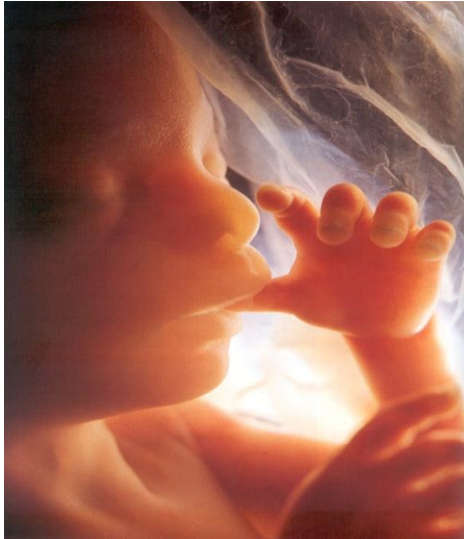
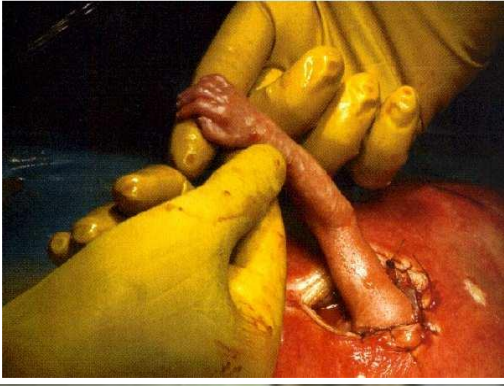


Bağırsak Yetmezliği ve Rehabilitasyon Programının Disiplinler Arası Düzenlenmesi ve Organizasyonu Yenidoğan Bakış Açısı



Doç. Dr. Merih Çetinkaya
**Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma
Hastanesi**

19.02.2016, İzmir



Neonatolog

**Diğer
branşlar**





TANIMLAR

Bağırsak yetmezliği;

- Büyüme, hidrasyon ve elektrolit dengesinin sağlanabileceği kritik eşik değerden daha az fonksiyonel barsak kitesinin varlığı,
- Yenidoğanlarda barsak yetmezliğinin esas nedeni **kısa bağırsak sendromu (KBS)**,

Kısa bağırsak sendromu

- KBS, bağırsak rezeksiyonu sonrasında ≥ 3 ay TPN ihtiyacının devam etmesi.

TANIMLAR

İntestinal adaptasyon;

- Rezeksiyon sonrası bağırsak fonksiyonlarının düzelmesi,
- Postoperatif 48 saat ile 18 ay,

İntestinal rehabilitasyon;

- Vücudun büyüme ve idame ihtiyaçları için geride kalan bağırsağın mukozal yapısı ve fonksiyonundaki kompensatuvar değişiklikler (villus aksiyel uzama, kriptlerin derinleşmesi, enterosit proliferasyonunda artış, enterosit fonksiyonlarında artış)

KBS EPİDEMİYOLOJİ

- 2002-2005 NIHCD KBS %0.7
- 400-1000 g %1.1 vs 1001-1500 g %0.4 (x2)

“Cole CR, et al. Pediatrics 2008”

- Kanada KBS 1000’de 22, prematürelere daha fazla (353/100000 vs 3.5/100000)

“Wales PW, et al. J Pediatr Surg 2004”

- İtalya’da bağırsak yetmezliği %0.5

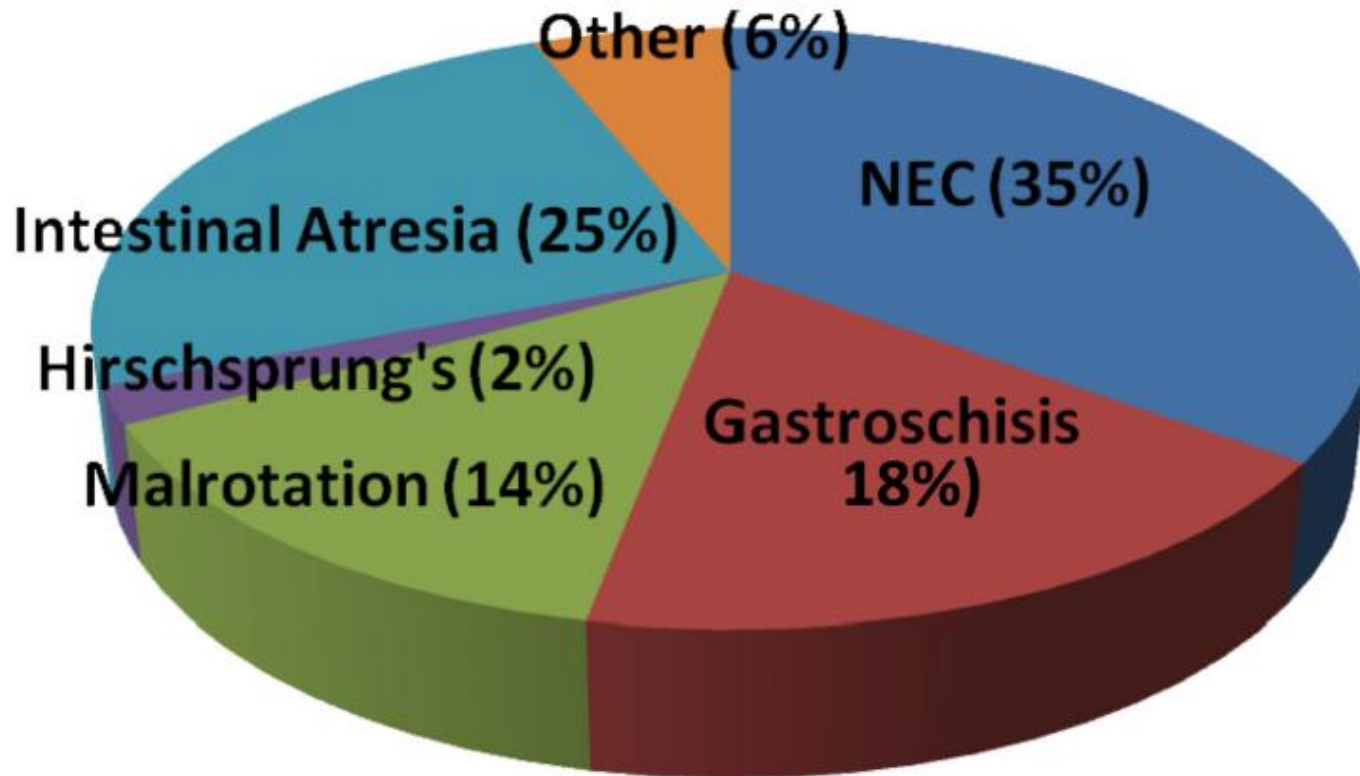
“Salvia G, et al. J Pediatr 2008”

KBS ETYOLOJİ

- ✓ Nekrotizan enterokolit
- ✓ Gastroşizis
- ✓ İntestinal atrezi
- ✓ İntestinal malrotasyon/volvulus

“Amin SC, et al. Clin Perinatol 2013”

KBS ETYOLOJİ



"Gutierrez IM, et al. Semin Fetal Neonatal Med 2011"

KBS KLİNİK

Evre I (akut faz):

- Postoperatif 1-3. haftalar,
- Sıvı ve elektrolit kaybı nedeni ile IV sıvı ve TPN,

Evre II (düzelme fazı):

- Postoperatif birkaç hafta-aylar,
- Diyare ve osteotomi kayıplarında düzelme,
- Bağırsak kaybı, geri kalan bağırsağın durumu, kompanzasyon,
- Enteral beslenme başlanıp, TPN azaltılır,

Evre III (idame fazı):

- Başarılı **intestinal adaptasyon**, enteral beslenme tolere edilir ve TPN kesilebilir,
- Süre bebeğin kliniği ve komplikasyonlar ile ilişkilidir.

KBS PROGNOZ

- Geride kalan bağırsak segmentinin uzunluğu ve durumu,
- Hastanın yaşı,
- Rezeke edilen bölgeler,
- İleoçekal valv varlığı/yokluğu,
- Diğer komorbiditeler.

KBS PROGNOZ

- Geride 35 cm İB kaldığında, TPN %50 kesilebilir,
- İntakt ileoçekal valv varlığında 15 cm'lik İB segmenti, yokluğunda 40 cm'lik İB segmenti sağ kalım artmış
- Bağırsak uzunluğu beklenenin %10'undan daha az ise mortalite artmış,
- Prematüre bebeklerde intestinal büyüme ve adaptasyon kapasitesi daha iyi.

“Andorsky DJ, et al. J Pediatr 2001”

KBS PROGNOZ

- Plazma sitrüllin düzeyleri fonksiyonel bağırsak kitlesi,
- Rezidüel İB uzunluğu ve TPN kesilmesi ile korele,
- Serum sitrüllin düzeyi $>19 \mu\text{mol/L}$ ise TPN'nin kesilebilir ve enteral beslenme tolere edilebilir,
- Serum sitrüllin düzeyi $< 12 \mu\text{mol/L}$ ise TPN kesilemez,

“Diamanti A, et al. 2011”

“Fitzgibbons S, et al. J Pediatr Surg 2009”

“Rhoads JM, et al. J Pediatr 2005”

KBS PROGNOZ

- KBS artmış morbidite ve mortalite,
- Sepsis, hastanede daha uzun süreli yatış, büyüme geriliği, nöromotor gerilik daha fazla,
- Mortalite 3 kat artmış,
- Hastalığa özgül mortalite 5 kat yüksek,
- Erken postoperatif dönemde ve son dönem karaciğer yetmezliğinde mortalite pikleri mevcut.

“Wales PW, et al. 2010, Semin Pediatr Surg”

“Wales PW, et al. 2005, J Pediatr Surg”

PREMATÜRİTE

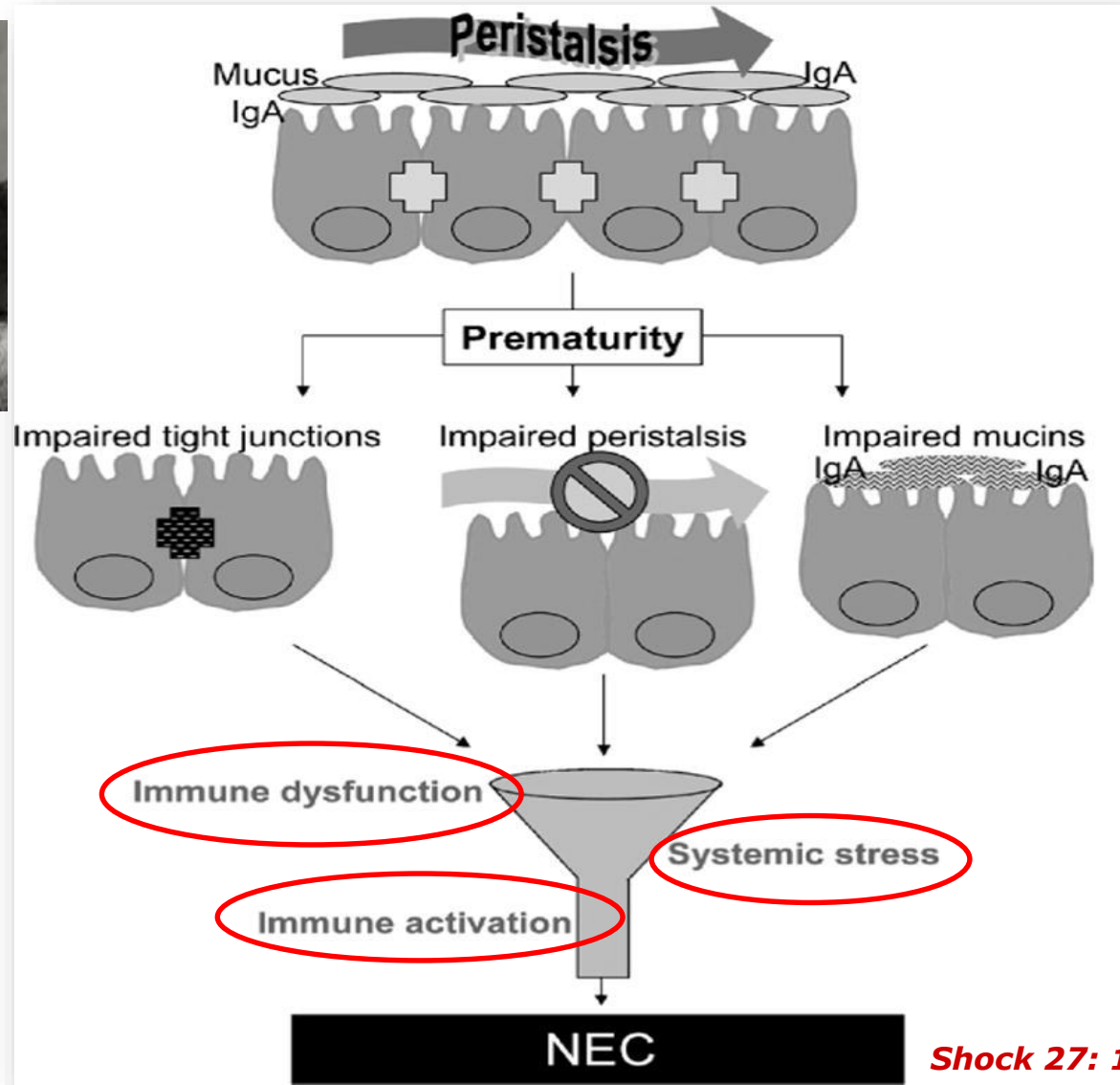
- **NEK**
- İmmünolojik faktörler
- Luminal faktörler
- İmmatüre intestinal bariyer

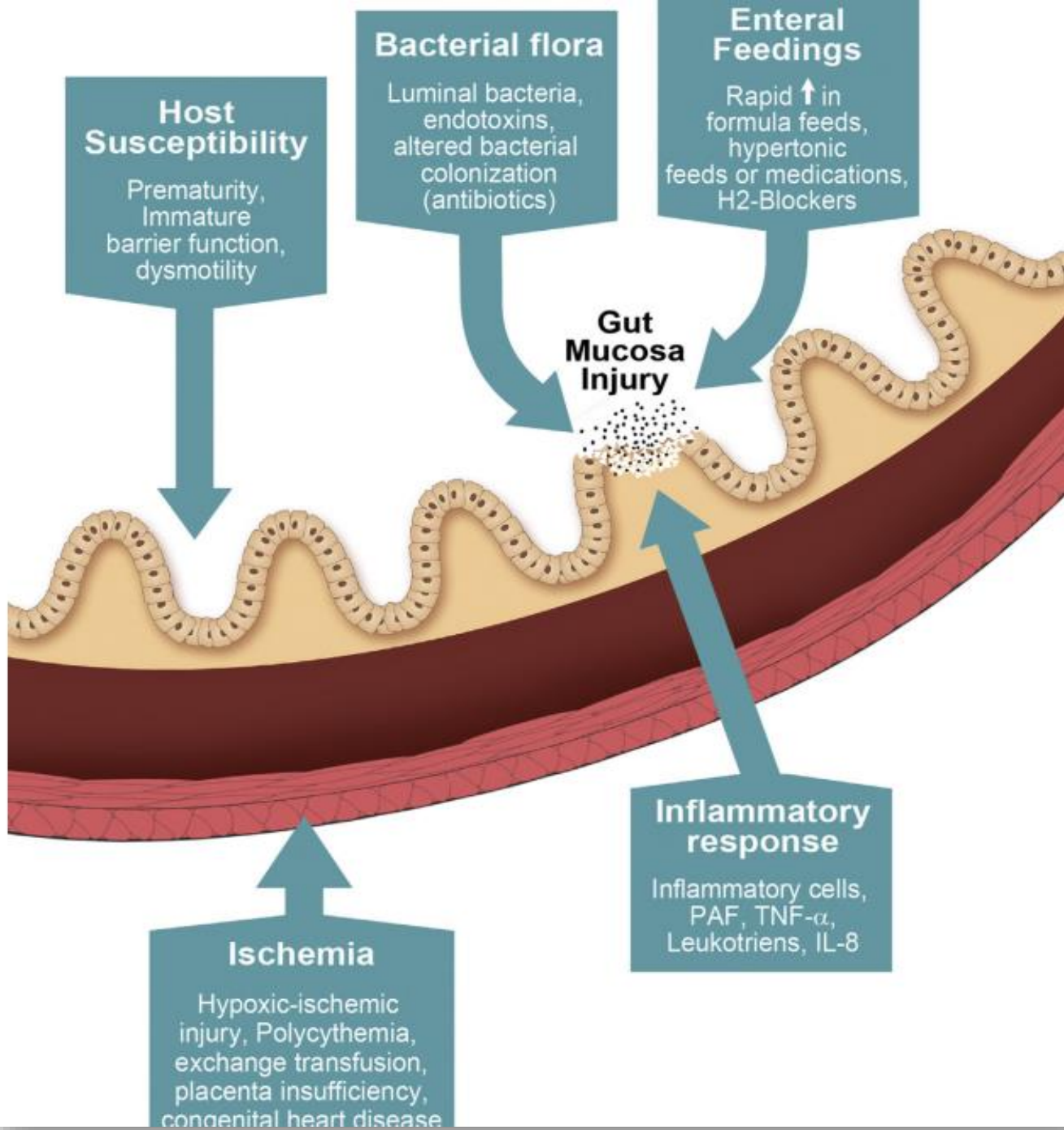




NEK& Prematürite

- En önemli risk faktörü **prematürite**







RİSK FAKTÖRLERİ

- Prematürite
- Perinatal asfiksi
- RDS
- Umbilikal kateterizasyon
- Hipotermi
- Şok
- PDA
- Siyanotik KKH
- Polisitemi
- Trombositoz
- Kronik diyare
- Kan deęiřimi
- Mama ile beslenme
- Nazojejunal beslenme
- Anemi
- Çok fazla mamanın kısa sürede verilmesi
- Konjenital GIS anomalileri



Maternal preeclampsia is associated with increased risk of necrotizing enterocolitis in preterm infants

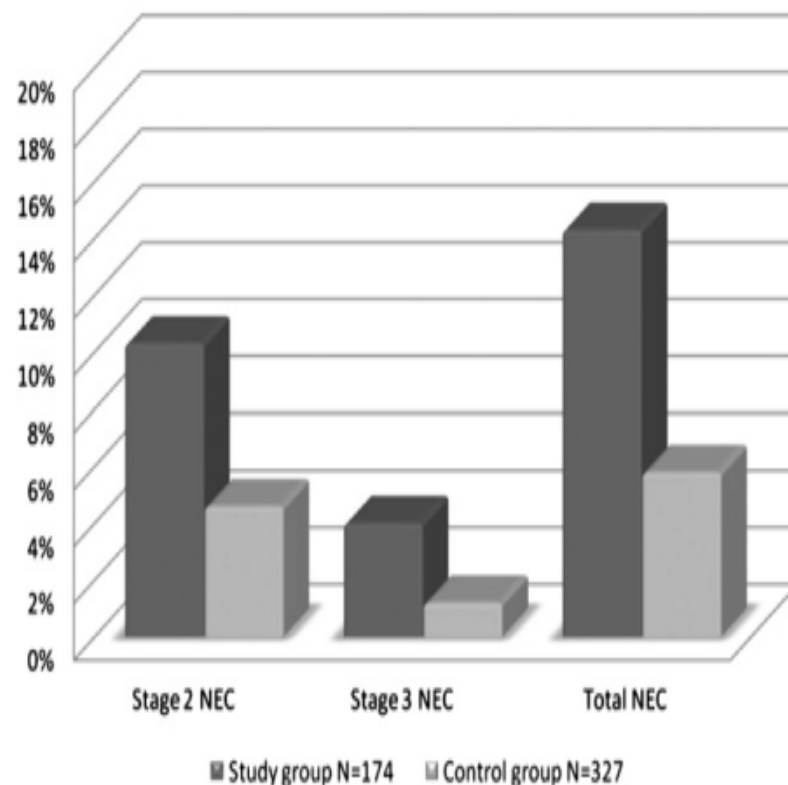
Merih Cetinkaya *, Hilal Ozkan, Nilgun Koksall

Uludag University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Bursa, Turkey

Table 2

Distribution of study group according to NEC stages.

	Study group n = 174	Control group n = 327	p value
Stage 2 NEC, n (%)	18/174 (10.3)	15/327 (4.6)	0.01
Stage 3 NEC, n (%)	7/174 (4.0)	4/327 (1.2)	0.04
Total NEC, n (%)	25/174 (14.3)	19/327 (5.8)	0.001



Neonatal characteristics/morbidities

Respiratory distress syndrome, n (%)	16 (64)	12 (63.2)	0.9
Patent ductus arteriosus, n (%)	9 (36)	6 (31.5)	0.52
Bronchopulmonary dysplasia, n (%)	11 (44)	7 (36.8)	0.6
Retinopathy of prematurity, n (%)	10 (40)	4 (21)	0.04
Intraventricular hemorrhage, n (%)	6 (24)	4 (21)	0.41
Time of NEC diagnosis (day), mean \pm SD	6.1 \pm 1.7	12.5 \pm 4.2	0.0001
Duration of NEC (day), mean \pm SD	11.0 \pm 5.6	6.1 \pm 2.4	0.0001
Number of transfusion, mean \pm SD	3.9 \pm 1.5	4.2 \pm 1.7	0.08
Duration of hospitalization (day), mean \pm SD	30 \pm 17	29 \pm 15	0.07

KLİNİK BULGULAR

Non-spesifik semptom ve bulgular

**EN
SIK**

- Batın distansiyonu
- Kusma
- Apne
- Isı düzensizlikleri
- Dolaşım bozukluğu
- Kanlı gaita



KLİNİK BULGULAR



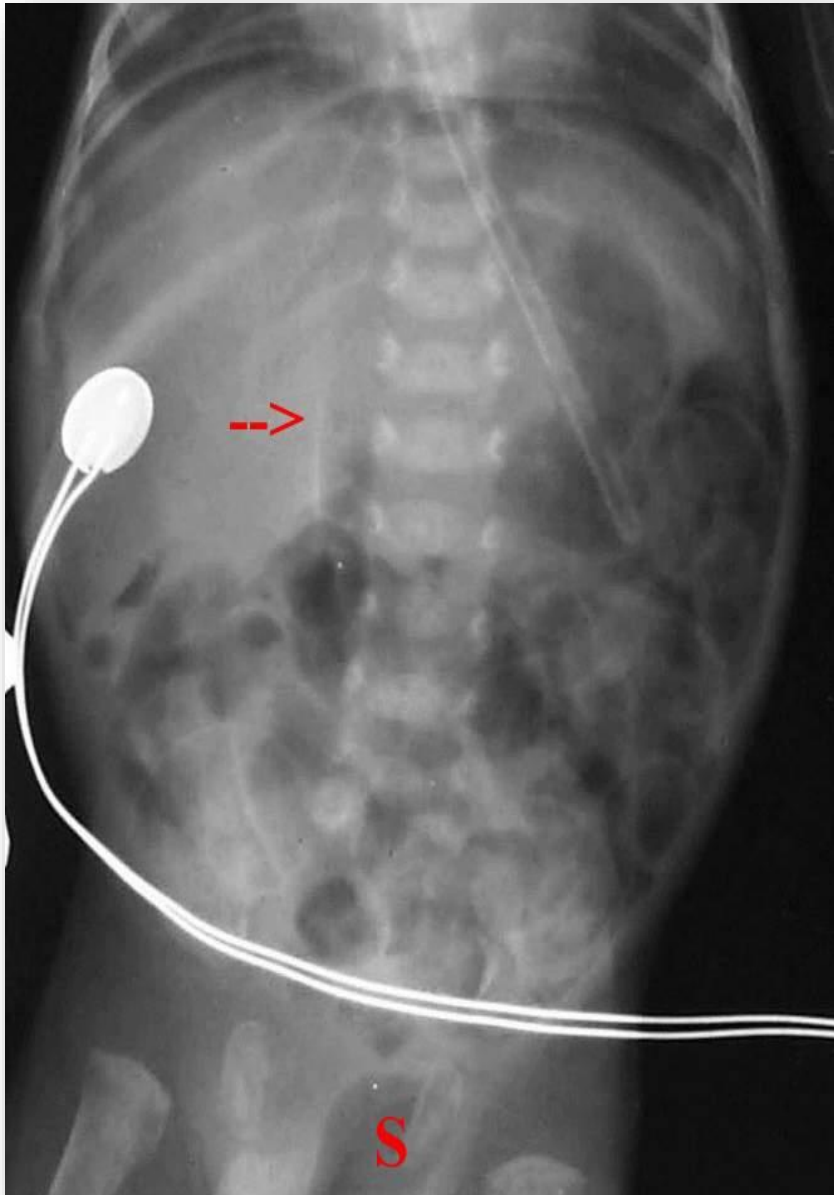
RADYOLOJİK BULGULAR

- Erken dönemlerde nonspesifik
- Dilate bağırsak segmentleri
- Yaygın bağırsak distansiyonu
- Barsak duvar incelmesi
- **Pnömatozis intestinalis** NEK için tanısal
- **Pnömoperitoneum** bağırsak perforasyonunda tanısal

DILATE BARSAK ANSLARI



PNÖMOPERITONEUM



DESTEKLEYİCİ TEDAVİ

- **Amaç;**

- Barsakların dinlendirilmesi
- İleri evrelere geçişin önlenmesi
- Enfeksiyonu kontrol etmek
- Metabolik dengeyi sağlamak



- Enteral beslenme kesilir
- NG dekompresyon
- Parenteral beslenme
- IV antibiyotik tedavisi

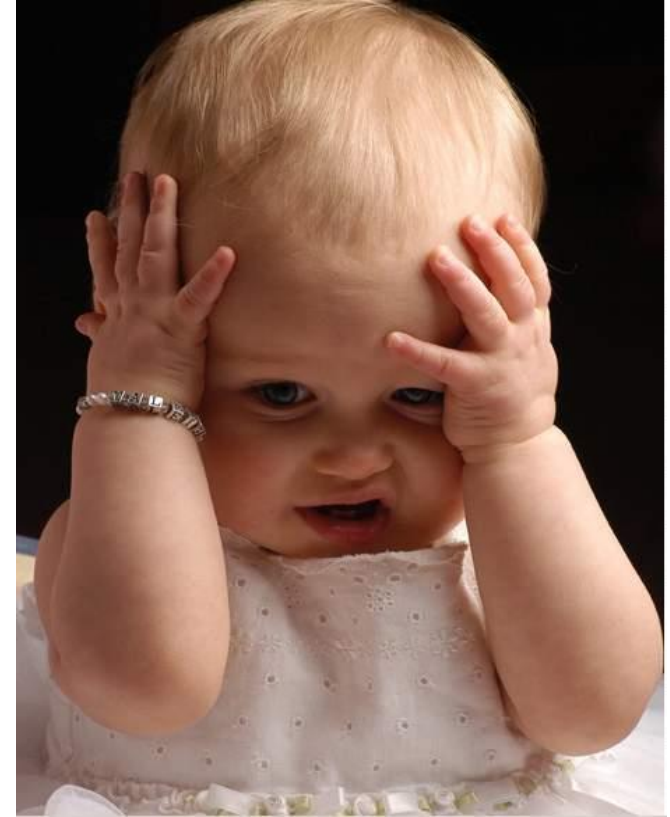
CERRAHİ TEDAVİ

- Kesin

- Pnömoreperitoneum
- Persistan intestinal obstrüksiyon/sepsis
- Tıbbi tedaviye yanıtızsılık
- İntestinal striktür

- Olası

- Klinik kötüleşme,
- Metabolik asidoz,
- Solunum yetmezliği,



CERRAHİ

- **Laporatomi**, nekrotik barsak rezeksiyonu, stoma ile dışa ağızlaştırma
- Yatak başı **peritoneal drenaj**

PROGNOZ

Komplikasyonlar

Erken

- Sepsis, menenjit, peritonit
- Perforasyon, abse
- Respiratuar & renal yetmezlik
- Şok, DİK, anemi, hipoglisemi, metabolik asidoz

Geç

- Strüktür (%10)
- *Kısa barsak sendromu (%11)*
- Rekürren NEK
- TPN komplikasyonları
- Malabsorbsiyon
- Enterik fistüller, abse



PROGNOZ

- Cerrahiye giden yenidoğanlarda en sık ölüm nedeni
- Ortalama mortalite %10-50
- Sağ kalanların %10-50'sinde uzun dönem sekel
- Nörogelişimsel gerilik, CP, görme-işitme problemleri, büyüme geriliği ve artmış diyare oranı

"Vohr BR, Pediatrics, 2000"



ÖNLEMEK ÖNEMLİ

PROGNOZ

- Düşük doğum ağırlığı ve gestasyonel hafta, cerrahi girişim ve Gram negatif sepsis NEK sonrası KBS gelişimi için risk faktörleri,

“Elfvig A, et al. Acta Paediatr 2015”

- KBS gelişen prematüre bebeklerde büyüme geriliği ve daha düşük baş çevreleri mevcut

“Cole CR, et al. Pediatrics 2008”



KSS YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM

- Son 3 yılda 557 ÇDDA'lı bebek, ort. DA 940 ± 450 g,
- Toplam NEK sıklığı: %33,
- Evre 3: %8.7,
- Cerrahi: %7.5,
- Perforasyon: %4.2,
- NEK ilişkili kısa bağırsak sendromu yok



NEK ÖNLEME



%90 preterm bebek



PREMATÜRE DOĞUMLARIN ÖNLENMESİ



EN ETKİLİ AMA İMKANSIZ

NEK ÖNLEME

Antenatal steroid

- Makromoleküllerin mukozal alımını azaltarak,
- Aerobik bakterilerin kolonizasyonunu ve bakteriyel translokasyonu azaltarak,
- Laktaz, maltaz, sukroz ve Na/K Atpaz etkinliğini arttırarak,



RDS, IVH, **NEK sıklığını azaltmıştır.**

"Bauer et al. 1984", "Crowley P, Cochrane 2000"

NEK ÖNLEME

- **Anne sütü ile besleme**
- Anti-mikrobiyal,anti-inflamatuvar
- sIgA
- Lökositler
- Laktoferrin
- Lizozim
- Sitokinler
- Büyüm faktörleri
- Enzimler
- Oligosakkaritler
- Poliansatüre yağ asidleri
- PAF asetilhidrolaz

- **NEK'i 6-10 KAT AZALTIR**
- AS+AS güçlendiricisi daha koruyucu etkili



**"Lucas&Cole,Lancet, 1990",
"Kuschel et al, Cochrane 2004"
"Sullivan S et al, J Pediatr,2010"**

Probiotics for prevention of necrotizing enterocolitis in preterm infants (Review)

AlFaleh K, Anabrees J

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2014, Issue 4

<http://www.thecochranelibrary.com>



Main results

Twenty-four eligible trials were included. Included trials were highly variable with regard to enrolment criteria (that is birth weight and gestational age), baseline risk of NEC in the control groups, timing, dose, formulation of the probiotics, and feeding regimens. In a meta-analysis of trial data, enteral probiotics supplementation significantly reduced the incidence of severe NEC (stage II or more) (typical relative risk (RR) 0.43, 95% confidence interval (CI) 0.33 to 0.56; 20 studies, 5529 infants) and mortality (typical RR 0.65, 95% CI 0.52 to 0.81; 17 studies, 5112 infants). There was no evidence of significant reduction of nosocomial sepsis (typical RR 0.91, 95% CI 0.80 to 1.03; 19 studies, 5338 infants). The included trials reported no systemic infection with the supplemental probiotics organism. Probiotics preparations containing either lactobacillus alone or in combination with bifidobacterium were found to be effective.

Authors' conclusions

Enteral supplementation of probiotics prevents severe NEC and all cause mortality in preterm infants. Our updated review of available evidence strongly supports a change in practice. Head to head comparative studies are required to assess the most effective preparations, timing, and length of therapy to be utilized.

Oral lactoferrin for the prevention of sepsis and necrotizing enterocolitis in preterm infants (Review)

Pammi M, Abrams SA



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2015, Issue 2

<http://www.thecochranelibrary.com>

Main results

Four RCTs are included in this review. Oral lactoferrin supplementation decreased late-onset sepsis (typical risk ratio (RR) 0.49, 95% confidence interval (CI) 0.32 to 0.73; typical risk difference (RD) -0.09, 95% CI -0.14 to -0.04; number needed to treat for an additional beneficial outcome (NNTB) 11, 95% CI 7 to 25; four trials, 678 participants, moderate-quality evidence), NEC stage II or greater (typical RR 0.30, 95% CI 0.12 to 0.76; typical RD -0.05, 95% CI -0.08 to -0.01; NNTB 20, 95% CI 12.5 to 100; two studies, 505 participants, low-quality evidence), and "all-cause mortality" (typical RR 0.30, 95% CI 0.12 to 0.75; typical RD -0.05, 95% CI -0.08 to -0.01; NNTB 20, 95% CI 12.5 to 100; two studies, 505 participants, low-quality evidence).

Oral lactoferrin supplementation with a probiotic decreased late-onset sepsis (RR 0.27, 95% CI 0.12 to 0.60; RD -0.13, 95% CI -0.19 to -0.06; NNTB 8, 95% CI 5 to 17; one study, 321 participants, low-quality evidence) and NEC stage II or greater (RR 0.04, 95% CI 0.00 to 0.62; RD -0.05, 95% CI -0.08 to -0.03; NNTB 20, 95% CI 12.5 to 33.3; one study, 496 participants, low-quality evidence), but not "all-cause mortality."

Oral lactoferrin with or without probiotics decreased fungal sepsis but not chronic lung disease or length of hospital stay (from one study, low-quality evidence). No adverse effects were reported. Long-term neurological outcomes or periventricular leukomalacia was not evaluated.

Authors' conclusions

Evidence of moderate to low quality suggests that oral lactoferrin prophylaxis with or without probiotics decreases late-onset sepsis and NEC stage II or greater in preterm infants without adverse effects. Completion of ongoing trials will provide evidence from more than 6000 preterm neonates and may enhance the quality of the evidence. Clarifications regarding optimal dosing regimens, type of lactoferrin (human or bovine), and long-term outcomes are still needed.

NEK ÖNLEME-ERKEN TANI

Necrotizing Enterocolitis: Predictive Markers and Preventive Strategies

Alison Chu, MD,*
Joseph R. Hageman, MD,[†]
Michael S. Caplan, MD[‡]

- Klinisyenin erken tanı koymasını sağlayacak serolojik belirteçler NEK'in önlenmesinde yararlı olabilir

	At Time of Diagnosis	For Monitoring Response to Therapy	For Predicting Disease Severity/Outcomes
Blood	↑ Platelet-activating factor ↑ Anaphylatoxin ↓ Inter- α -inhibitory protein	C-reactive protein, serum amyloid A	C-reactive protein, anaphylatoxin, citrulline
Urine	↑ Intestinal fatty acid-binding protein ↑ Claudin-3		Inhibitory fatty acid-binding protein
Stool	↑ Platelet-activating factor ↑ Calprotectin	Calprotectin	

The efficacy of serial serum amyloid A measurements for diagnosis and follow-up of necrotizing enterocolitis in premature infants

Merih Çetinkaya · Hilal Özkan · Nilgün Köksal · Okan Akacı · Taner Özgür

Table 2 The mean SAA levels in three groups at all time points analyzed

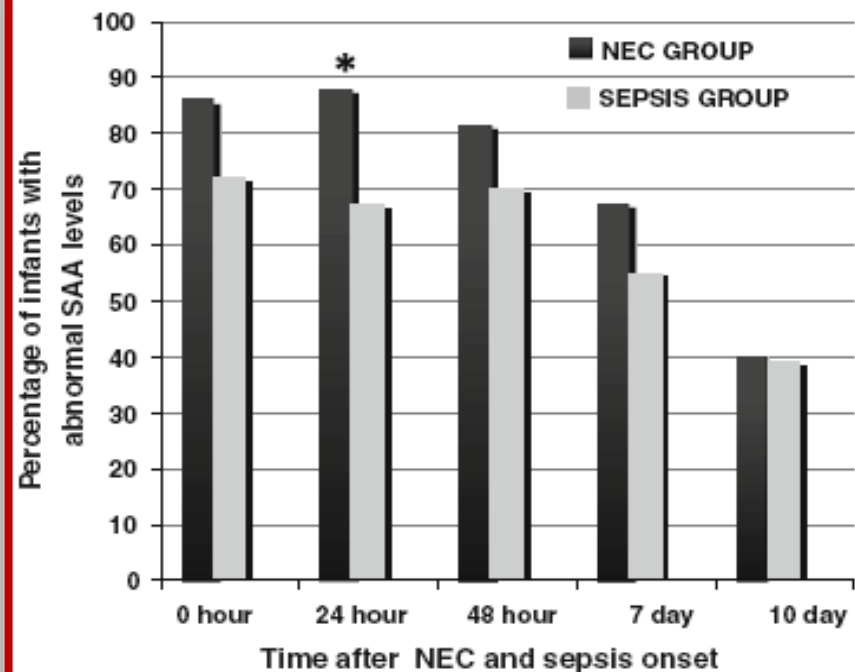
	Time after NEC and sepsis onset	Group 1 (n = 50)	Group 2 (n = 54)	Group 3 (n = 40)
SAA (mg/dl, mean ± SD)	0 h	43.2 ± 47.5* [‡]	16.1 ± 37.0 [†]	3.2 ± 3.4
	24 h	46.3 ± 75.2	28.5 ± 31.2	
	48 h	27.8 ± 33.3	27.0 ± 30.3	
	7 day	15.8 ± 17.8	12.4 ± 16.5	
	10 day	9.8 ± 12.8	7.9 ± 6.9	

NEC necrotizing enterocolitis, SAA serum amyloid A

* $p < 0.05$ (between group 1 and group 2)

[‡] $p < 0.05$ (between group 1 and group 3)

[†] $p < 0.05$ (between group 2 and group 3)





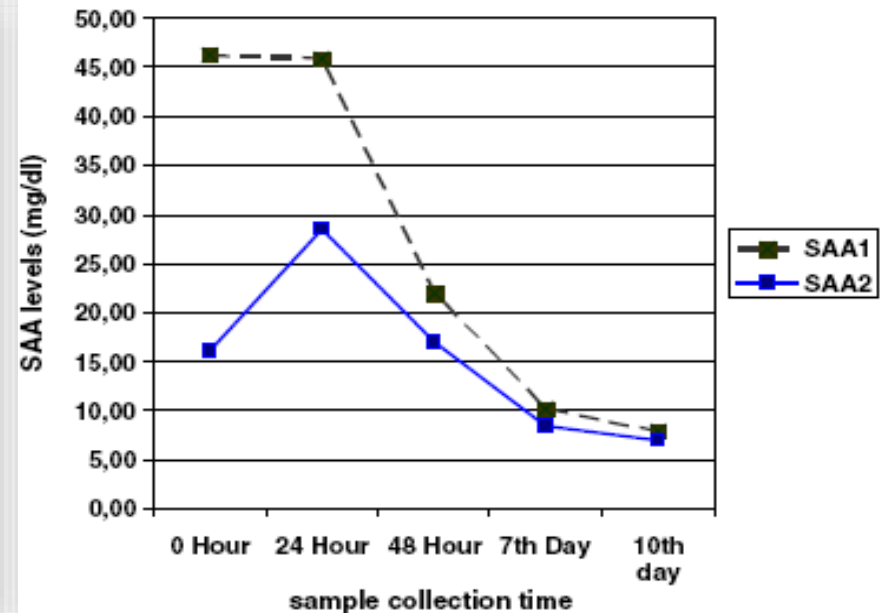
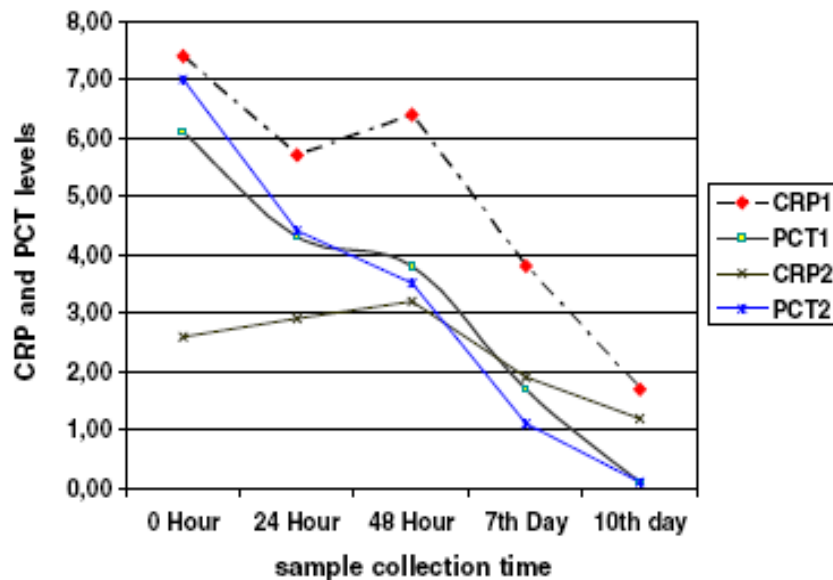
Comparison of the efficacy of serum amyloid A, C-reactive protein, and procalcitonin in the diagnosis and follow-up of necrotizing enterocolitis in premature infants ☆, ☆ ☆

Merih Çetinkaya^{a,*}, Hilal Özkan^a, Nilgün Köksal^a, Okan Akacı^b, Taner Özgür^b

^aDepartment of Neonatology, School of Medicine, Uludag University, Bursa, Turkey

^bDepartment of Pediatrics, School of Medicine, Uludag University, Bursa, Turkey

Received 24 October 2010; revised 7 February 2011; accepted 16 March 2011



Prevention

Antenatal corticosteroids	Small beneficial effect of antenatal steroids for reducing risk of NEC.	I	A
Minimal enteral (trophic) feedings	Infants receiving trophic feedings take less time to tolerate full enteral feeds and have a shorter duration of hospital stay, without an effect on the incidence of necrotizing enterocolitis.	I	C
Slow advancement of feedings	No evidence to suggest that slow advancement of enteral feed volumes reduces the risk of NEC in very low birth weight infants.	I	D
Breast milk	Although the mechanism of protection is not completely understood, there is strong evidence favoring the use of human milk to reduce the risk of NEC in premature infants.	II-2	A
Oral immunoglobulins	Data from available trials do not support oral administration of immunoglobulin for the prevention of NEC.	I	D
Enteral antibiotics	Enteral antibiotic treatment leads to a small reduction in NEC risk; however, increase in antimicrobial-resistant intestinal microbiota precludes routine use of this therapy.	I	D
Amino acid supplementation	Data are insufficient at present to support supplemental administration of parenteral <i>L</i> -arginine or glutamine to reduce the risk of NEC.	I	C
Recombinant cytokines and growth factors	Epidermal growth factor is a promising agent in preclinical studies. In early clinical studies, enteral administration of a synthetic amniotic fluid-like solution containing erythropoietin and granulocyte-colony stimulating factor has shown an encouraging safety and efficacy profile.	III	I
Probiotics	Probiotics may reduce the risk of severe NEC and related mortality; however, important questions remain regarding optimal choice of agent(s) and dose.	I	C
Prebiotics	Recent nonhuman animal experimental data suggest that oligofructose prebiotics may be useful in protecting against experimental NEC.	NA*	NA*

Available online at www.sciencedirect.com**SciVerse ScienceDirect**journal homepage: www.JournalofSurgicalResearch.com

GDP-choline reduces severity of intestinal injury in a neonatal rat model of necrotizing enterocolitis

Merih Cetinkaya, MD, PhD,^{a,*} Mehmet Cansev, MD,^b Ferhat Cekmez, MD,^a
Cuneyt Tayman, MD,^b Fuat Emre Canpolat, MD,^a Ilker M. Kafa, MD,^c
Sema Uysal, MD,^d Turan Tunc, MD,^a and S. Umit Sarici, MD^a

- **CDP-kolin**; PC sentezindeki endojen ara bileşik,
- Fosfolipidler; hücre **membran bütünlüğünden** ve inflamasyona karşı **koruyucu yüzey** oluşturmadan sorumlu,
- CDP-kolin, **anti-inflamatuvar** özellikleri mevcut ve TNF-alfanın indüklediği proinflamatuvar yolağı inhibe etmekte

Evaluation of melatonin and prostaglandin E1 combination on necrotizing enterocolitis model in neonatal rats [☆]

Ferhat Çekmez ^{a,*}, Merih Çetinkaya ^a, Cüneyt Tayman ^a, Fuat Emre Canpolat ^a, İlker Mustafa Kafa ^b, Sema Uysal ^c, Turan Tunc ^a, S.Ümit Sarıcı ^a

Comparison of histopathologic evaluation.

	Macroscopic scoring	Intestinal injury scoring	Apoptosis index scoring
Control (n = 12)	0 ± 0.0	0 ± 0.0	0 ± 0.0
NEC (n = 9)	1.7 ± 0.4	2.6 ± 0.5	2.4 ± 0.6
NEC + Melatonin (n = 10)	0.5 ± 0.4 [*]	1.7 ± 0.7 [*]	1.3 ± 0.4 ^{**††}
NEC + Prostaglandin (n = 9)	0.6 ± 0.4 [†]	2.1 ± 1 [†]	1.7 ± 0.3 ^{†∞}
NEC + Melatonin + Prostaglandin (n = 10)	0.3 ± 0.1 [‡]	1.5 ± 0.8 [‡]	0.8 ± 0.2 [‡]

^{*} $p < 0.001$ NEC + Melatonin vs. NEC.

[†] $p < 0.001$ NEC + Prostaglandin vs. NEC.

[‡] $p < 0.001$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC.

^{††} $p < 0.05$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC + Melatonin.

[∞] $p < 0.05$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC + Prostaglandin.

Biochemical evaluations for each group.

	Control (n = 12)	NEC (n = 9)	NEC + Melatonin (n = 10)	NEC + Prostaglandin (n = 9)	NEC + Melatonin + Prostaglandin (n = 10)
MDA (nmol/g protein)	0.5 ± 0.08	1.6 ± 0.2	1.1 ± 0.1 ^{**††}	1.3 ± 0.1 [∞]	0.86 ± 0.1 [‡]
SOD (U/g protein)	2486 ± 107	1041 ± 102	1878 ± 85 ^{**††}	1774 ± 105 [∞]	1965 ± 42 [‡]
GSH-Px (U/g protein)	84.2 ± 1.9	49.7 ± 3.5	65.5 ± 1.6 ^{**††}	62 ± 2.7 [∞]	70 ± 2.6 [‡]

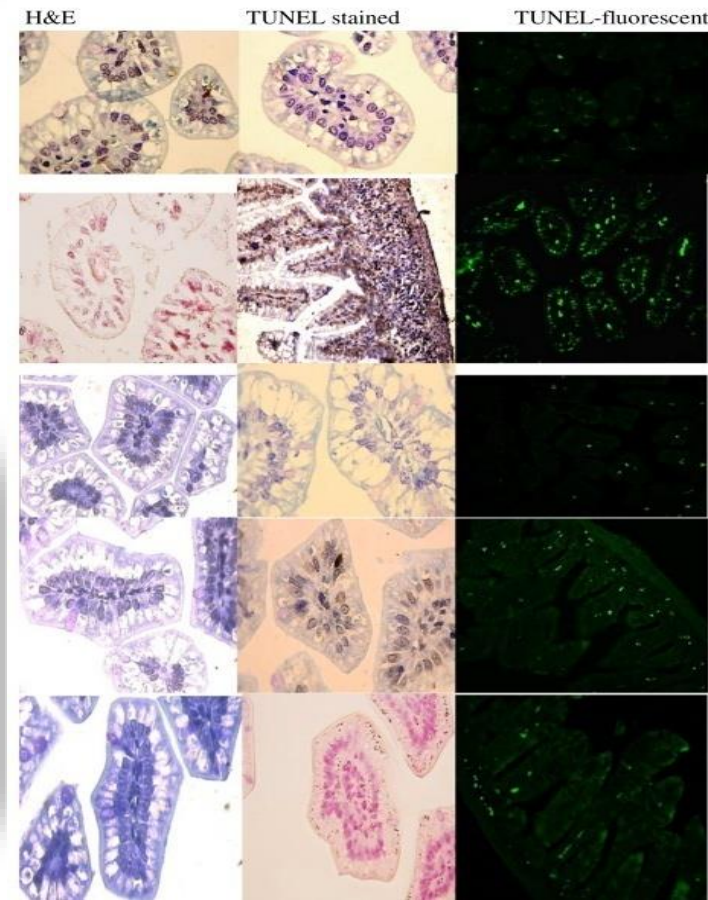
^{*} $p < 0.001$ NEC + Melatonin vs. NEC.

[†] $p < 0.001$ NEC + Prostaglandin vs. NEC.

[‡] $p < 0.001$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC.

^{††} $p < 0.05$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC + Melatonin.

[∞] $p < 0.05$ NEC + Melatonin + Prostaglandin vs. NEC + Prostaglandin.



ORIGINAL ARTICLE

Comparing beneficial effects of inhaled nitric oxide to L-arginine in necrotizing enterocolitis model in neonatal rats

Ferhat Çekmez · Tarık Purtuloğlu · Gokhan Aydemir · Secil Aydinoz ·
Kürşat Fidancı · Abdülbaki Karaoğlu · Oğuzhan Babacan · Fuat Emre Canpolat ·
Merih Çetinkaya · Turan Tunc · Selami Süleymanoglu

Journal of Investigative Surgery, Early Online, 1–9, 2012
Copyright © 2012 Informa Healthcare USA, Inc.
ISSN: 0894-1939 print / 1521-0553 online
DOI: 10.3109/08941939.2011.639849

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Beneficial Effects of Nigella Sativa Oil on Intestinal Damage in Necrotizing Enterocolitis

Cuneyt Tayman, MD,¹Ferhat Cekmez, MD,¹Ilker Mustafa Kafa,²Fuat Emre Canpolat, MD,¹Merih Cetinkaya, MD,¹Sema Uysal, MD,³Turan Tunc, MD,¹ S.Umit Sarıcı, MD¹

¹ Department of Neonatology, GATA Military School of Medicine, Ankara, Turkey ² Department of Anatomy, Uludag University Faculty of Medicine, Bursa, Turkey ³ Department of Biochemistry, Fatih University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey





GASTROŞİZİS

- İnsidans 5/10.000,
- İlişkili jejenoileal atrezi, malrotasyon ve sonrasında gelişen volvulus ve sıklıkla dirençli bağırsak yetmezliği nedeni ile KBS görülmekte,
- Volvulus ilişkili KBS ile kıyaslandığında gastroşizis ilişkili KBS daha ciddi seyretmekte.

“Sala D, et al. Transplant Proc 2010”

“Amin SC, et al. Clin Perinat 2013”

GASTROŞİZİS

- Bebek P,
- 31. GH'da 1175 gram
- Perfore gastroşizis
- Doğumda nekroze barsak segment rezeksiyonu ve kolostomi,
- 15. günde second-look, ileum ve ileoçekal valv çıkarılarak geride 30 cm'lik segment kaldı,
- Toplam 240 ml/kg/g TPN ve enteral beslenme ile 10-15 gram/g tartı alımı,
- 6. ayda sepsis nedeni ile ex.



İNTESTİNAL ATREZİ

- Sıklığı 1/5000 yenidoğan,
- Jejunoileal atrezili vakaların çoğunda izole atretik segment varlığında basit rezeksiyon ve uç-uca anastamoz,
- Ciddi olgularda ise KBS gelişmekte,
- In utero major arter oklüzyonu varlığında bağırsakların büyük kısmı atretik,
- Çoklu intestinal atrezilerde KBS olasılığı yüksek.

İNTESTİNAL ATREZİ

- Bebek H,
- 35+5 GH'da, 2120gr, midgut agenezi
- PN 3.gün ileum ve ileoçekal valv olmayan olguya jejunostomi ve kolostomi,
- PN 40. gün bağırsak uzatma (Bianchi anizoperistaltik) operasyonu,
- Parenteral ve enteral 300 ml/kg/g beslenme ile 10-15 g/gün kilo alımı sağlanabildi,
- Süt Çocuđu Servisinde 13 aylık ve 5700 gram,
- STEP ile 2. bağırsak uzatma planlandı

Sn. Dok. Seyithan Bey.

- Ben "Hemmat" Bebeğin Babası

Hamza, Belki faydam olur

Düşüncesizlikle çocuğumun durumuna

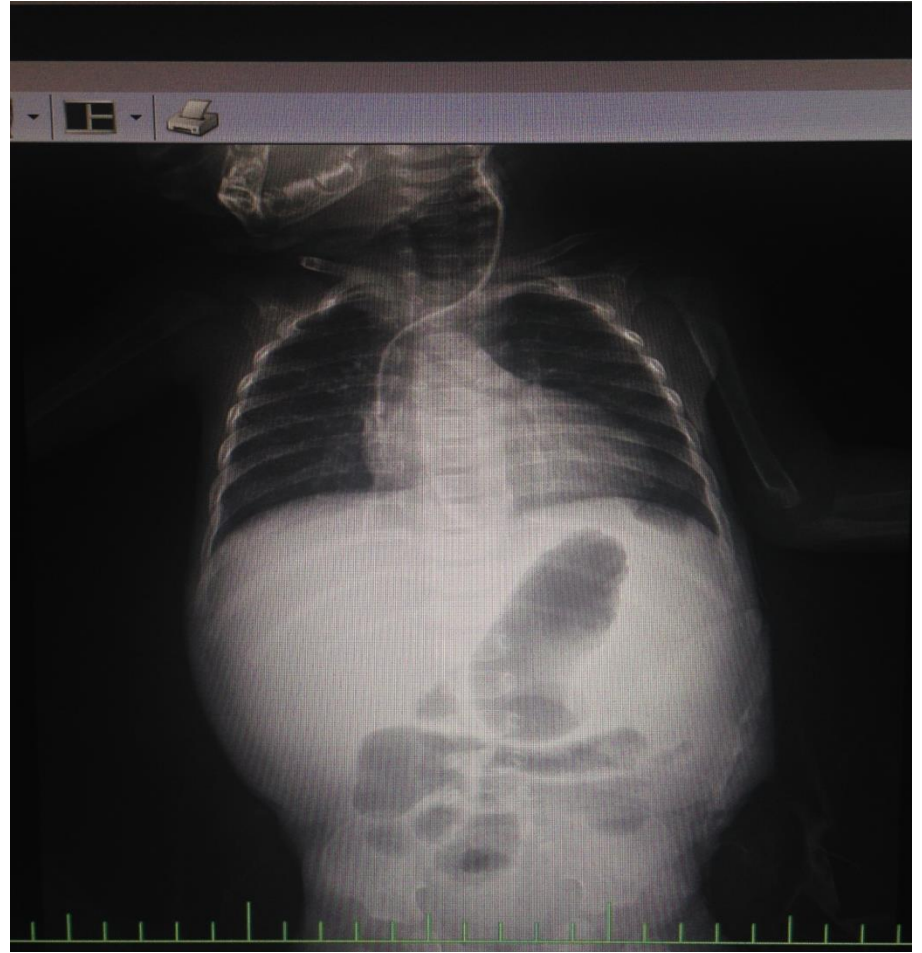
Benzer Hastaların tedavisi Hakkında

internetten yaptığım araştırmada

ulaştığım bazı Haberleri Sizinle

Paylaşmak istedim..

Bütün Hastalar Acil Şifalar Dileğiyle,





İNTESTİNAL ATREZİ

Bebek A,

- 35 GH, 2120 g,
- Antenatal intestinal obstruksiyon
- Jejunal atrezi+midgut agenezi? Nedeni ile jejunostomi+kolostomi, toplam İB 30 cm
- 45. günde Bianchi yöntemi ile bağırsak uzatma,
- Çocuk Gastroenteroloji servisinde izlenen 1 yaşındaki olgu 5900 g, STEP ile bağırsak uzatma planlandı.

İNTESTİNAL ATREZİ

Bebek İ,

- 2600 g, 38 GH, kız
- İleo-jejunal atrezi ve intrauterin intestinal perforasyon,
- Barsak nekrozu nedeni ile toplam 3 operasyon sonucu 3 cm'lik barsak bırakıldı,
- 4. ayda 3500 g,
- 7. ayda septik şok sonrası ex.

HİRSCHPRUNG HASTALIĞI

- Özellikle agangliyonosisin proksimal kısmının İB'lara doğru yayılım gösterdiği ciddi vakalar,
- Bazı olgularda ciddi enterokolit ve ilişkili doku nekrozu sonrası bağırsak yetmezliği ve KBS gelişmekte

VOLVULUS

Bebek Y,

- 37 GH'da 4545 g DAÇ, TTN nedeni ile sevk,
- PN 4. gün volvulus nedeni ile yatırıldı,
- Total nekroz nedeni ile tüm İB rezeksiyon,
- Duodenum sonrası 2 cm bağırsak segment kaldı
- En son 6 kg iken Temmuz 2015'de Tepecik EAH sevk edildi, transplantasyon adayı





Bebek B,

- 38 GH, 2590g,
- Bilier atrezi+duodenal rekanalizasyon yokluđuna bađlı disgenetik kist+jejunal atrezi
- İleal rezeksiyon+çekostomi+kistektomi
- Second-look kolonda atrezi, embriyonel dönemde tübularizasyon defekti
- 4.5 aylık iken sepsis nedeni ile ex





Çocuk Gastroenteroloji

Doç. Dr. Günsel Kutluk

Uzm. Dr. Esra Polat

Çocuk Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Sander

Uzm. Dr. Seyithan Özaydın



Prof. Dr.
Funda Özgenç

Doç. Dr.
Maşallah Baran



TEŞEKKÜRLER

