

Tartı Alamayan Yenidoğanda Tanınız Nedir?

What is The Diagnosis in Neonate with Failure to Thrive?

Işıl ÖZER¹

¹Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi İstanbul
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Metabolizma
Hastalıkları Bilim Dalı,
İSTANBUL

Yirmi dokuz günlük kız olgu kusma, ishal ve huzursuzluk şikâyeti ile getirildi. Annenin, tedavi gören büyük çocuğunun yanında hastanede refakatçi kaldığı dönemde bebeğin babaanne tarafından sulandırılmış inek sütü ile beslendiği öğrenildi. Kusma nedeninin inek sütü olabileceği düşünüldü. Bebeğin anneden ayrılmaması ve anne sütü ile beslenmesi için yatışı yapıldı.

Olgumuz aralarında akraba evliliği olmayan, ortaokul mezunu anne-babanın ikinci çocuğu idi. Anne ev hanımı, baba şofördü. Anne ailede herhangi bir kronik sağlık sorunu olmadığını bildirdi. Olgumuzdan 2,5 yaş büyük abisi parçalı ulna kırığı nedeni ile ameliyat edildiği için hastanede yatıyordu. Operasyon öncesi yapılan muayene ve tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştı.

Olgumuzun öz geçmişinde, annenin tansiyonu yükseldiği için miadında sezaryen ile devlet hastanesinde 2.500 g olarak doğduğu öğrenildi. Anne, gebelik döneminde ve doğum sonrasında herhangi bir sorun yaşamadığını bildirdi. Doğum sonrası anne sütü ile beslenen, günde 3 damla D vitamini verilen olgu son 3 gün sulandırılmış inek sütü ile beslenmişti.

Fizik muayenede tartı: 2.100 g, boy: 50 cm, baş çevresi: 35 cm olarak ölçüldü. Doğum tartısına göre 400 g (%16) kaybı olan olgu kusması, ishali olmaması, anneyi iyi emmesine rağmen bir haftalık izlem süresince tartı alamadı.

Annenin sütünün yetersiz olduğu inancı ve ek besin başlama ısrarı nedeni ile kontrol dışı, yaşına uygun olmayan besinlerle beslenme olasılığı açısından izleme alındı ve bir sorun olmadığı görüldü.

Hemogram, rutin kan ve idrar biyokimya kontrolünde özellik saptanmadı [Hb:14,8 g/dL, Hct: 43,2, MCV: %91, trombosit: 440.000/mm³, kan şekeri: 75 mg/dL (60-100), BUN: 11,5 mg/dL (5-18), ürik asit: 3,6 mg/dL (1,7-5,8), kreatinin: 0,2 mg/dL (0,2-0,4), Na: 138 mEq/L, K: 4,7 mEq/L, Cl: 104 mEq/L, AST: 37 U/L, ALT: 19 U/L, kalsiyum: 9,4 mg/dL, fosfor: 5,7 mg/dL, alkalin fosfataz: 514 U/L (150-500), GGT:

İletişim Adresi:

Yrd. Doç. Dr. IŞIL ÖZER
İstanbul Üniversitesi İstanbul
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Metabolizma
Hastalıkları Bilim Dalı
İSTANBUL
E-mail: ozer_isil@yahoo.com

80 U/L (12-123), albumin: 3,5 g/dL]. Dışkıının mikrobiyolojik, mikroskopik ve biyokimyasal tetkiklerinde (dışkıda yağ, pH, steatokrit, kimotriptik aktivite) özellik yok, idrar kültüründe üreme yoktu. CRP: 3,19 mg/L (0-5) bulundu.

Fizik muayenede huzursuzluk dışında bulgusu olmayan olgunun ateşi yoktu, diğer vital bulgularında da özellik saptanmadı.

Tartı kaybı olan yenidoğanın öyküde, muayenede ve rutin laboratuvar tetkiklerinde ipucu elde edilemedi, ayırıcı tanı açısından tetkikleri yapıldı.

Ayırıcı Tanıda Hangi Hastalıklar Düşünülebilir? İleri Tetkik İçin Ne Planlanabilir?

Olgunun tartı alamama nedeni ile enfeksiyon, endokrin (hipertroidi, konjenital adrenal adrenal hiperplazi), metabolik hastalıklar (tirozinemi, galaktozemi, organik asidemiler) açısından ileri tetkikleri planlandı. Tiroid hormonları ve serum elektrolit ve kortizon değeri normal sınırlarda bulunup, ayırıcı tanıda endokrin nedenler elendi. Metabolik asidoz olmadığı, idrarda keton bulunmadığı için organik asidemiler ayırıcı tanıdan elendi, tandem MS ile açıl karnitin düzeyleri ve idrar organik asidi analizi ile ileri tetkik düşünülmedi. İdrarda redüktan madde negatif olması, karaciğer ve böbrek fonksiyonları ile ilgili rutin biyokimyasal tetkikler normal sınırlarda olması ve protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı normal olması nedeni ile tirozinemi düşünülmeyp plazma kantitatif aminoasit analizi ile tirozin düzey kontrolü veya idrarda süksinilaseton analizi ile trozinemi ile ilişkili toksik metabolit düzeyi kontrolü planlanmadı. Yine idrarda redüktan madde negatif olduğundan, göz muayenesinde katarakt lehine bulgu olmadığından, karaciğer fonksiyonlarında özellik olmadığından idrarda

monosakkarid ince tabaka kromatografisi ile monosakkarid analizi ve kanda Beutler testi ile kalitatif galaktozemi enzimatik analizi için ileri tetkik düşünülmedi. Ayrıca dışkı tetkikleri, serum elektrolitleri normal olduğu için kistik fibroz düşünülmedi. Yenidoğan olduğu için ter testi, hastanemizde yapılamadığı için kistik fibroza yönelik genetik incelemesi yapılamadı. Annenin gebelik öncesi öyküsünde başvurduğu hekim tarafından tetkik yapılmadan A tipi olabileceğini söylediği bir hepatit geçirme öyküsü nedeni ile öncelikle perinatal enfeksiyon açısından tetkikleri yapıldı. Lökosit sayısı, CRP, kültürler normal olduğu için viral veya paraziter etioloji düşünülmedi. Rubella ve toksoplazmaya karşı antikorlar normal sınırlarda bulundu. Hepatit C ve A, HIV serolojik değerlendirmesi normal bulundu.

Anti-HBs: 612 mU/mL (0-10), anti-HBc total: 168 s/CO (0-1), anti-HBc IgM: 0,04 s/CO (0-1), HbsAg: 0,32 s/CO(0-1) bulundu. Yeni ameliyat olduğu için hepatit belirteçleri kontrolü yapılmış olan abisinin enfeksiyonu yoktu. Baba ile görüşülemedi. Annenin HbsAg değeri: 6.530 IU/mL, anti-HBs değeri 2 IU/mL bulundu. Annenin sosyal güvencesi olmadığı için diğer antikorlar bakılamadı. Aşılama öyküsü olmayan annede hepatit B taşıyıcılığı olduğu düşünülmedi.

Hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu dünya çapında bir sorundur. Tüm dünyada yaklaşık 2 milyar insanı etkilediği düşünülmektedir. Olguların 400 milyonunda kronikleşme olup, 1 milyon insan HBV kaynaklı karaciğer hastalığından ölmektedir (1). HBV ile enfekte erişkinlerin %25'i çocukluk döneminde virüsü alıp kronikleşen enfeksiyonun kanser veya siroz gibi sekeli ile ölmektedir (2,3). Yenidoğan genellikle doğum esnasında enfekte olmaktadır (4,5).

Genellikle bulgusuz olmakla birlikte, kronik subklinik hastalık oluşabilir. Bulgular sarılık, letarji, tartı duraklaması, karın şişliği, açık renk dışkılama, karaciğer yetmezliği olabilir. Olgumuzda bulgu sadece tartı duraklamasıydı. Diğer bulguların olmaması ve öyküde yeterli bilgi verilmesi tanıda sıkıntı yaratmıştı. Ciddi bulgu varlığında organ nakli bile gerekebileceği halde bulgusuz da geçirilebilen hastalıkta destek tedavisi ana tedavidir. Olgumuza yeterli beslenme desteği sağlandı ve izleme alındı. Tartı alamayan yenidoğan ayırıcı tanısında akla gelmesine katkı sağlamak amacı ile bu sunu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: *Yenidoğan, tartı alamama, hepatit B*

Key Words: *Infant, newborn, failure to thrive, hepatitis B*

KAYNAKLAR:

1. Pungpapong S, Kim WR, Poterucha JJ. Natural history of hepatitis B virus infection: an update for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2007;82(8):967-75.
2. Dumlu GŞ, Karakan T. Kronik hepatit B tanı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Microbiol-Infec* 2003;2(3):139-51.
3. Özen H, Koçak N, Yüce A, et al. Kronik hepatit B: 64 hastanın kliniği, laboratuvar bulguları, tedavi ve prognozları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 1998;18(4):265-72.
4. Han Bai, Lin Zhang, Li Ma, Xiao-Guang Dou, Guo-He Feng, Gui-Zhen Zhao. Relationship of hepatitis B virus infection of placental barrier and hepatitis B virus intra-uterine transmission mechanism. *World J Gastroenterol* 2007;13(26):3625-30.
5. Madendağ Y, Madendağ İ, Çelen S, Ünlü S, Danışman N. Hastanemize başvuran tüm obstetrik ve jinekolojik hastalarda hepatit B, hepatit C ve HIV seroprevalansı. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(6):442-6.