



KOCAELI ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK SERVİSİ
OLGU SUNUMU

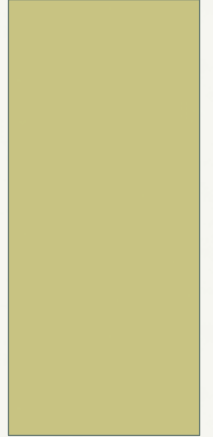
10 AĞUSTOS 2016 ÇARŞAMBA

İNT. DR. SENA GÖKÇE

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÇOCUK SERVİSİ OLGU SUNUMU
10.08.2016

INT.DR.SENA GÖKÇE



18 YAŞ, KIZ HASTA

- 7 gündür odaklanamama, telefondaki yazıları okuyamama, sorulan sorulara cevap vermede güçlük şikayetleri olan hasta 27.07.2016 tarihinde dış merkeze başvurmuş.
- Dış merkezde çekilen kranial MR'da şüpheli odaklar gözlenmesi üzerine hastanemiz Çocuk Nöroloji Bölümü'ne sevk edildi.

ÖZGEÇMİŞ

- Prenatal: Annenin gebeliği. Gebelik sırasında sigara, alkol, ilaç, madde kullanımı, kanama, akıntı, radyasyonla karşılaşma, idrar yolu enfeksiyonu, döküntülü ya da ateşli hastalık geçirme öyküsü yok. Hamilelikte düzenli usg ve doktor kontrolü mevcut değil.
- Natal: İzmit Sigorta Devlet Hastanesi'nde NSVY ile zamanında 3200 gr olarak doğmuş.
- Postnatal: Doğar doğmaz anne sütü almış. Morarma, kordon dolanması olmamış. Hemen soluk almış. Soluk alması ya da ağlaması için özel bir işlem uygulanmamış. Göbek bağı zamanında düşmüş.

- Büyüme-Gelişme: Başını zamanında tutmuş, 5 aylıkken desteksiz oturabiliyormuş, 12 aylıkken yürümüş. 12 aylıkken tek kelimeler konuşabiliyormuş. 2,5 yaşında tuvalet eğitimi tamamlamış.
- Beslenmesi: ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmiş. 6.ayda ek gıdaya geçilmiş. Toplamda 24 ay anne sütü almış. Ek mama kullanılmamış.
- Alerji: Bilinen bir alerji öyküsü mevcut değil.
- Aşılar: Tüm sağlık ocağı aşıları tam.
- Hastalıklar: Bilinen başka hastalık yok.
- Asalak Öyküsü: Yok.

SOYGEÇMİŞ

- **Anne:** 46 yaşında, lise mezunu, sağ (Glokom, Tip 2 DM , Astım, Gastrit)
- **Baba:** 49 yaşında, lise mezunu),sağ (Gastrit)
- **Anne baba arasında akrabalık:** Yok

Çocuklar:

- 1.çocuk: Hastamız

FİZİK MUAYENE

- Ateş: 36 C
 - Nabız: 89/dk
 - Solunum: 24/dk
 - Sp O₂: %100
 - Tansiyon: 110/60 mmHg
-
- Boy: 168cm
 - Kilo: 65kg
 - BMI: 23,03

- **Genel durum:** Genel görünüm, çevreyle ilgi iyi.
- **Deri:** Deri rengi normal. Solukluk, sarılık, morarım, peteşi, purpura, renk değişikliği alanı, ben, hemanjiyom, avuç içi eritemi yok. Derialtı yağ dokusu yeterli. Turgor normal. 1 tane BCG izi var.
- **Lenf düğümleri:** Ele gelen lenf düğümü yok
- **Baş boyun:** Özellik yok
- **Gözler:** Çekiklik, epikantus, hipo-telorizm / hiper-telorizm yok. Işık refleksi iki yanlı var. Pupiller izokorik. Konjonktiva ve skleralar doğal. Gözlerin her yöne hareketi doğal.
- **Kulak, burun, boğaz dizgesi:** Doğal.
- **Dolaşım dizgesi:** Kalp tepe atımı 5. kaburgalararası aralıkta. Kalp ritmi doğal. Kalp sesleri S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. Tril ele gelmiyor. Femoral atardamar nabızları iki yanlı alınıyor.
- **Solunum dizgesi:** Göğüs biçimi doğal. Rozari yok. Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor. Morarım, solunum sıkıntısı, takipne yok. Çekilme yok. Hışıltı yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- **Karın:** Çöküklük / kabarıklık / kitle yok. Damarlanma normal. Bağırsak sesleri doğal. Üfürüm yok. Duyarlık, defans, rebound yok. Karaciğer sağ ve sol lobu ele gelmiyor. Dalak ele gelmiyor. Traube alanı açık. Asit matitesi alınmadı. Fıtık saptanmadı.

Nörolojik Muayene:

- Bilinci açık, koopere
- Göz hareketleri her yöne tam, nistagmus yok.
- Derin tendon refleksi normoaktif, klonus yok.
- Kas gücü muayenesi tüm ekstremitelerde 5/5
- Serebellar testleri normal.
- Ense sertliği, Kernig, Brudzinski yok.

CRP	0.01	< 0.5 (mg/dl)
-----	------	---------------

SEDİMENTASYON	5	(mm/h)
WBC	13.049	▲ 3.6 - 10.2 (10 ³ /u
NEU	12.176	▲ 1.7 - 7.6 (10 ³ /uL
NEU%	93.31	▲ 43.5 - 73.5 (%)
LYM	0.611	▼ 1.0 - 3.2 (10 ³ /uL
LYM%	4.69	▼ 15.2 - 43.3 (%)
MONO	0.255	▼ 0.3 - 1.1 (10 ³ /uL
MONO%	1.95	▼ 5.5 - 13.7 (%)
EOS	0.000	0.0 - 0.5 (10 ³ /uL)
EOS%	0.00	▼ 0.8 - 8.1 (%)
BASO	0.007	0.0 - 0.1 (10 ³ /uL)
BASO%	0.05	▼ 0.2 - 1.5 (%)
NRBC	0.008	0.00 - 0.03 (x 10 ³ /uL
NR/W	0.06	0.0 - 0.6 (/100WBC)
RBC	4.892	4.06 - 5.63 (10 ⁶ /uL)
HGB	14.84	12.5 - 16.3 (g/dL)
HCT	44.64	36.7 - 47.1 (%)
MCV	91.24	73.0 - 96.2 (fL)
MCH	30.34	23.8 - 33.4 (pg)
MCHC	33.25	32.5 - 36.3 (g/dL)
PLT	285.3	152 - 348 (10 ³ /uL)
MPV	7.78	7.4 - 11.4 (fL)
RDW	12.55	12.1 - 16.2 (%)
RDW_SD	39.81	36.5 - 45.9 (fL)

RUTİN BİYOKİMYA

GLUKOZ(AKS)	172	▲ 74 - 106 (mg/dL)
ÜREA	17	16.6 - 48.5 (mg/dL)
BUN	8.0	6 - 20 (mg/dL)
KREATİNİN	0.56	(mg/dL)
CKD-EPI	137.1	(mL/dk/1.73m ²)
MDRD	141.0	(mL/dk/1.73m ²)
BUN / KREATİNİN ORANI	14.29	12 - 20 ()
TOTAL BİLİRUBİN	1.46	< 1.2 (mg/dL)
DİREKT BİLİRUBİN	0.39	< 0.30 (mg/dL)
İNDİREKT BİLİRUBİN	1.07	< 0.9 (mg/dL)
AST (SGOT)	15	(U/L)
ALT (SGPT)	16	(U/L)
GGT	11	(U/L)
LDH	204	(U/L)
ALKALEN FOSFATAZ	70	(U/L)
TOTAL PROTEİN	7.4	6.6 - 8.7 (g/dL)
ALBUMİN	5.0	▲ 3.97 - 4.94 (g/dL)
GLOBULİN	2.4	1.1 - 3.5 (g/dL)
ALBUMİN / GLOBULİN ORANI	2.1	▲ 0.8 - 2 (g/dL)
KALSİYUM FOSFOR ORANI	25.8	()
DÜZELTİLMİŞ KALSİYUM	9.2	()
DÜZELTİLMİŞ SODYUM	139.9	()
SODYUM	138.7	136 - 145 (mEq/L)
POTASYUM	4.14	3.5 - 5.1 (mEq/L)
KLOR	102.4	98 - 107 (mEq/L)
KALSİYUM	10.0	8.6 - 10.2 (mg/dL)
MAGNEZYUM	1.87	1.6 - 2.6 (mg/dL)
İNORGANİK FOSFOR	2.8	2.5 - 4.5 (mg/dL)
CPK	41	(U/L)
OZMOLARİTE(SERUMDA)	290	275 - 300 (mOsm/L)

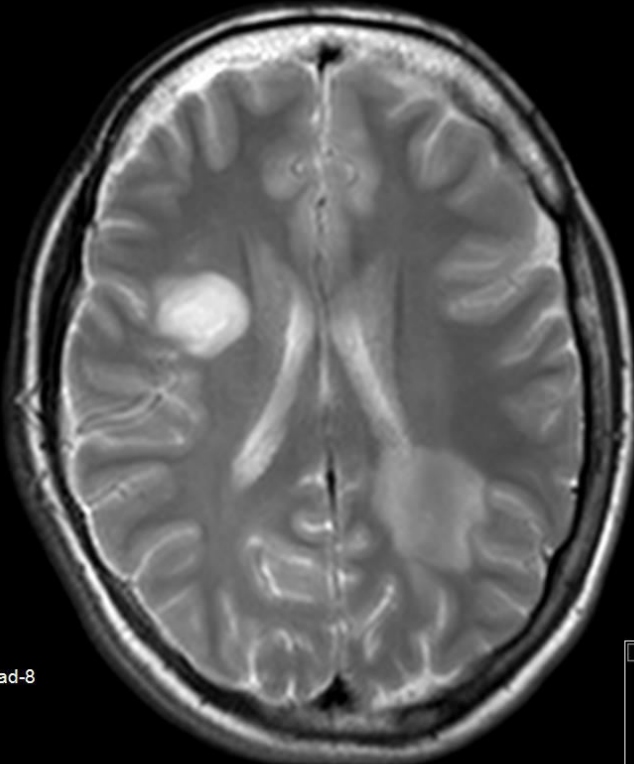
ÖN TANILAR

KRANIAL MR

Kesit: 5 mm
Dist: 5,5 mm
TR: 2000
TE: 80
AC: 2

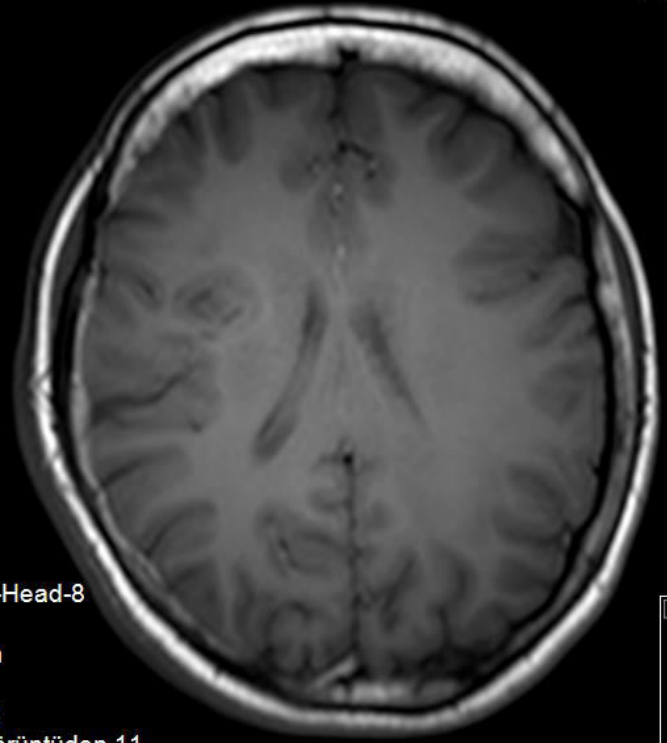
C: 468,0 W: 812,0
C=468, Kesit: 5 mm
Dist: 5,5 mm
TR: 350
TE: 10
AC: 2

C: 691,4, W: 1138,2
C=659,0, W=1145,0 * 1/3



Coil: SENSE-Head-8
Pos: HFS
FoV: 210 mm
Series: 501
Image no: 30
Toplam 50 görüntüden 11.
01.08.2016, 14:31:58

Coil: SENSE-Head-8
Pos: HFS
FoV: 210 mm
Series: 601
Image no: 15
Toplam 25 görüntüden 11.
01.08.2016, 14:35:04



L

5



Kesit: 5 mm
Dist: 5,5 mm
TR: 2356
TE: 67,2
AC: 2

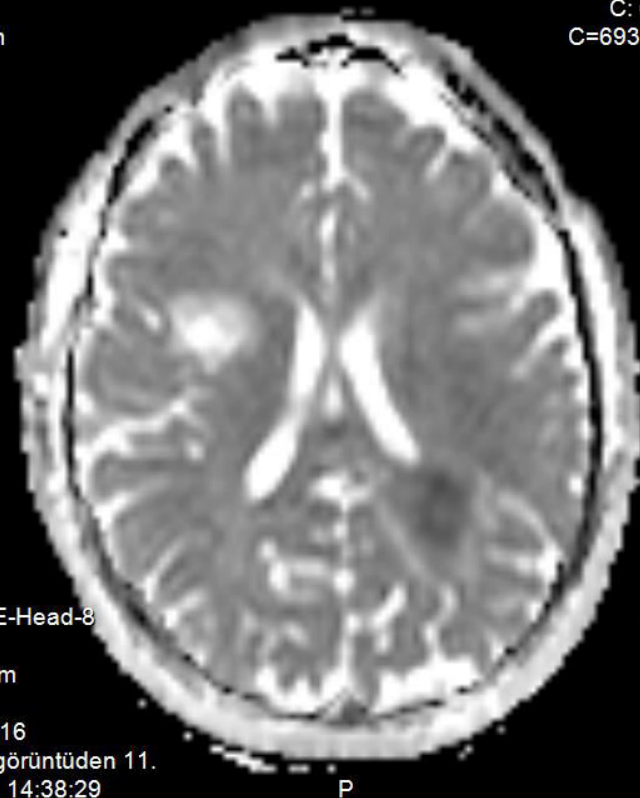
C: 269,0, W: 468,0
C=269,0, W=468,0 1/3



Coil: SENSE-Head-8
Pos: HFS
FoV: 210 mm
Series: 801
Image no: 109
Toplam 25 görüntüden 12.
01.08.2016, 14:38:29

Kesit: 5 mm
Dist: 5,5 mm
TR: 2356
TE: 67,2
AC: 2

C: 693,8, W: 1387,5
C=693,8, W=1387,5 1/3



Coil: SENSE-Head-8
Pos: HFS
FoV: 210 mm
Series: 802
Image no: 116
Toplam 25 görüntüden 11.
01.08.2016, 14:38:29

12

Kesit: 4 mm

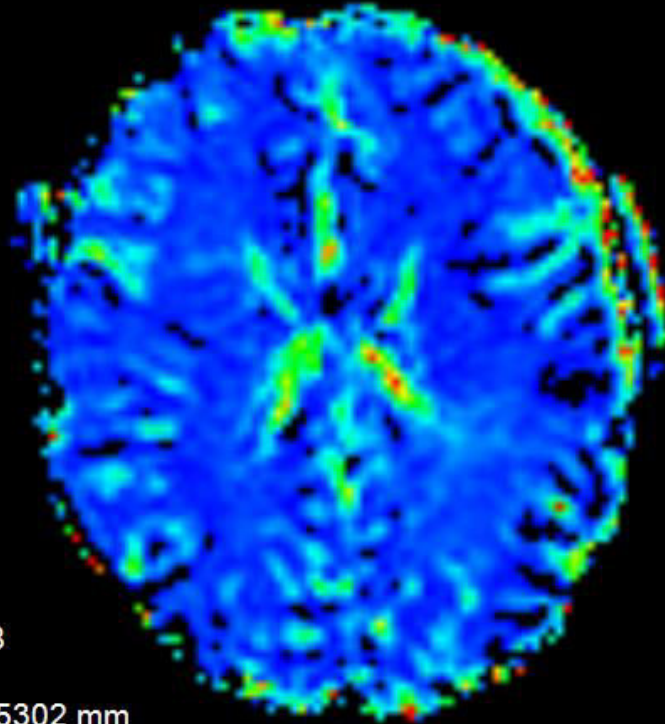
Dist: 4 mm

TR: 1607

TE: 40

AC: 1

C: 127,5, W: 255,0



Coil: SENSE-Head-8

Pos: HFS

FoV: 243,999996185302 mm

Series: 1252

Image no: 14

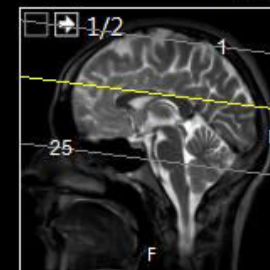
Toplam 25 görüntüden 12.

01.08.2016, 14:45:06

P

L

48



- Dış merkezde çekilen kranial MR'da intrakranial kitle?
İskemik patolojiler?
şeklinde yorumlanılarak tarafımıza yönlendirildi.
- Hastanemizde çekilen kranial MR bulguları doğrultusunda;

demyelinizan hastalık

ön tanısıyla servise yatışı gerçekleşti.

PLAN:

- Orbita ve tüm spinal MR
- Oligoklonal Bant Ig G
- Göz ve göz dibi muayenesi
- VEP

SPİNAL MR

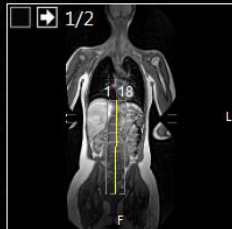
- Orbita ve tüm spinal incelemede belirgin plak saptanmadı.

Kesit: 4 mm
Dist: 4,4 mm
TR: 3500
TE: 120
AC: 3

C: 414,9, W: 721,7
C=414,9, W=721,7 1/3
Z

Coil: SENSE-Spine-15
Pos: HFS
FoV: 352 mm
Series: 301
Image no: 10
Toplam 18 görüntüden 9.
04.08.2016, 05:04:40

14



Kesit: 4 mm
Dist: 4,4 mm
TR: 3500
TE: 120
AC: 3

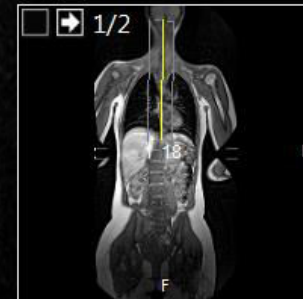
C: 389,8, W: 677,6
C=389,8, W=677,6 1/3
Z R

Coil: SENSE-Spine-15
Pos: HFS
FoV: 352 mm
Series: 302
Image no: 9
Toplam 18 görüntüden 10.
04.08.2016, 05:08:24



P

15



- Yapılan göz muayenesinde gözde herhangi bir patoloji saptanmadı.
- Hastaya LP yapıldı. BOS biyokimyası normal sınırlardaydı. Direkt bakıda hücre görülmedi.
- Oligoklonal Bant Ig G testi İ.Ü.T.F'ye gönderildi, sonucu bekleniyor.

- Multiple Skleroz tanısı konarak 30 mg/kg/gün i.v metil prednizolon tedavisi başlandı. 5.günde şikayetleri halen devam ettiği için 7 güne tamamlandı.
- 2.000 U/gün D vitamini tedavisi uygulandı.
- Tümeaktif MS tanısıyla prednizolon reçete edilerek, VEP sonucuyla çocuk nörolojisi polikliniğine kontrole çağrılarak taburcu edildi.

MULTİPLE SKLEROZ

Multipl Skleroz (MS)

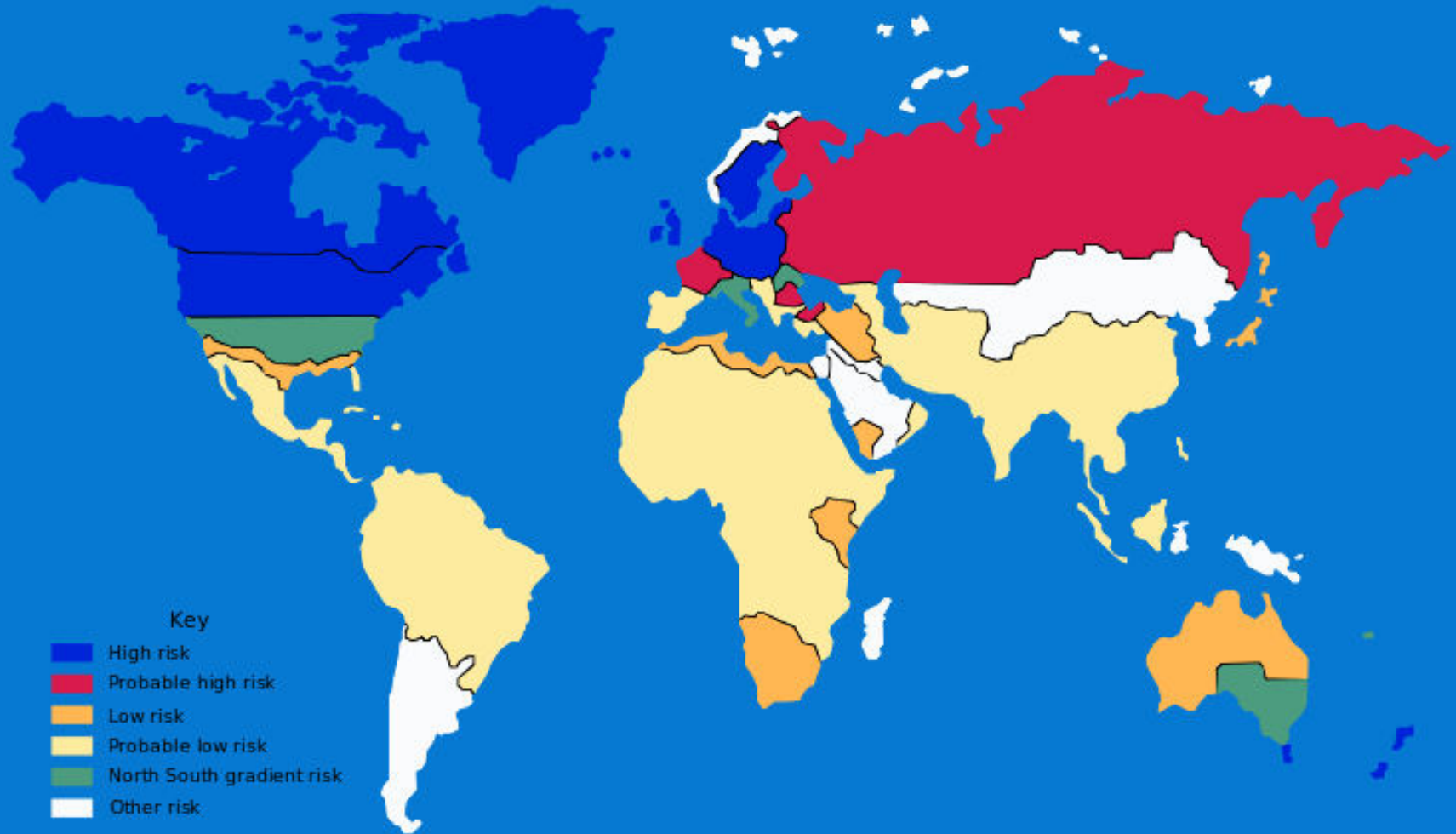
- ataklar halinde gelen,
- ilerleyici olabilen,
- genetik bir yatkınlığın varlığında,
- otoimmün nedenle ortaya çıkan temel olarak
 - myelin yıkımı,
 - sekonder aksonal dejenerasyon ile giden demyelinizan bir hastalıktır.

EPİDEMİYOLOJİ

- MS: 1/2500
- Pediatrik MS: 1.35-2.5/100.000 çocuk
- Pediatrik MS: Tüm MS olgularının % 5'i
- Bu olguların sadece %'ini 10 yaş altında tanı alan hastalar oluşturmakta.
- Kız/erkek: 2,8

MS RISK HARİTASI

Multiple Sclerosis risk



KLİNİK

Başlangıç bulguları;

- Parestezi %40
- Monoparezi/parezi %39
- Optik nörit %26
- Polisemptomatik (%55)
- monosemptomatik (%45)

Optik nörit mono-semptomatik olarak
en sık ortaya çıkan bulgu

1.DUYUSAL SEMPTOMLAR

- His azalması ya da kaybı gibi negatif duyuşsal algılar değil, algıların farklılaşmasına ait pozitif duyuşsal yakınmalar oluşur.
- Bedenin herhangi bir bölgesinde iğnelenme, karıncalanma, yanma, batışma, kabalaşma, kalınlaşma, küntleşme, soğuma, süngerleşme, mantarlaşma, uyuşturucu iğne yapılmış gibi bir his algılanabilir.
- **Lhermitte bulgusu** kesin MS tanısı konan hastaların %38'sinde pozitif bulunmuştur. Ancak özgöldeğildir.

2.MOTOR BULGULAR

- MS hastalarında en sık rastlanan semptomlardan birisi ekstremitelerde kuvvet kaybı-paralizi ya da pleji durumudur.
- Hastalarda **birinci motor nöron tipi**, alt ekstremitelere ait giderek artan kuvvetsizlik ve sertleşme, ilerleyici duruş bozukluğu, paraparezi sık izlenen şikayetlerdir.
- Nörolojik incelemede ilerleyen dönemlerde spastisite, artmış derin tendon refleksleri ve ekstansör plantar yanıtlar saptanır.

3.OPTİK NÖRİT VE OKULER BULGULAR

- İlk atakta optik nörit şeklinde başlangıç tüm MS grubunda %20 olarak bildirilmektedir.
- Fundus muayenesinde, bazen kanama ve eksudaların da eşlik edebildiği bir optik sinir şişmesi (papillit) saptanabilirse de, çoğunlukla hemen hiçbir patolojik bulgunun görülemediği retrobulber nörit söz konusudur.

- **Diplopi (%8-22)**
- **İnternükleer Oftalmopleji (İNO)** : MS'de komplet, inkomplet, unilateral veya bilateral olabilir. Horizontal veya vertikal bakış paralizi İNO'ya eşlik edebilir. İNO, MS için karakteristik olmasına karşın patognomonik değildir.
- **Nistagmus (%56)**: Nistagmus, en sık simetrik horizontal (jerk nistagmus) tipte görülür.

4.SPİNAL KORD SEMPTOMLARI

- Alt ekstremitede **artmış tonusla** birlikte spastik paraparezi, artmış tendon refleksleri ve plantar eksantör yanıt, mesaneye ait işlev bozuklukları sık rastlanılan bulgulardır.

5.SEREBELLAR VE BEYİN SAPI BULGULARI

- Aynı şekilde beyin sapi bulgularına da başlangıçta çok sık rastlanmaz,
ancak gelişmiş olması prognoz açısından olumsuz sayılır.
- Nistagmus çok sık rastlanılan bir bulgudur. En sık şekli yana bakışta oluşandır.

KLİNİK

Etkilenen yer	Yakınmalar	Belirtiler
serebrum	Bellek bozukluğu, affektif bozukluk (özellikle depresyon), hemiparezi, hemihipoestezi, bellek bozukluğu, kişilik değişiklikleri, epilepsi	disinhibisyon, dikkatte algılamada bozulma (erken dönem), demans, üst motor nöron bulguları
spinal kord	Ekstremitelerde güçsüzlük, Lhermitte belirtisi, ekstremitelerde sertlik, duysal bozukluklar(bazen ağrılı), erektile disfonksiyon, sık idrara çıkma ve retansiyon, konstipasyon, flexor spasmlar	Spastisite, piramidal güçsüzlük, hiperrefleksi, abdominal reflekslerin kaybı, extensor plantar yanıt, spinal düzey veren duyu kusuru
beyin sapı	Vertigo ataksi, diplopi, dizatri, disfaji, fasial güçsüzlük ve uyuşukluk	Internuklear oftalmopleji, nistagmus, bakış paralizisi, fasial duyu kaybı, rubral tremor
Serebellum ve serebellar yollar	Yürümede dengesizlik, konuşmada peltekleşme	Yürüme ve ekstremitate ataksisi, dizatri, nistagmus
optik sinir	Unilateral görme kaybı ve ağrılı göz hareketleri	Relatif afferent pupil defekti, renkli görmede, görme keskinliğinde azalma, optik atrofi (geç belirti)

MS ÇEŞİTLERİ

- Relapsing-Remitting MS (RRMS)
- Sekonder Progresif MS (SPMS)
- Primer Progresif MS (PPMS)
- Relapsing Progresif MS
- Subklinik MS
- Benign MS
- Malign MS (Marburg varyantı)
- Tümefaktif MS

TÜMÖR BENZERİ (TÜMEFAKTİF) MS

- Tümör benzeri (tümefaktif) MS akut tümör benzeri radyolojik bulguları olan bir MS tipidir.
- Demyelinizan lezyonlar 2 cm'nin üstünde olur ve sıklıkla hafif ödem eşlik eder. Ek olarak yüzük veya yarımay şeklinde gadolinium tutulumu beklenir. (Benzer tümöral lezyonlardaki ödeme göre daha azdır ve shift etkisi yapması beklenmez.)
- Tümör ayırıcı tanısında MR-SPECT yapılabilir. MS lezyonlarında N-asetil aspartat piki azalma ve glutamat piki olması beklenir. Tümörde kolin ve kreatinin/N-asetil aspartat oranında artış gözlenmesi beklenir.

TANI YÖNTEMLERİ (MCDONALD KRITERLERİ)

Zamanda ve mekanda dağılım ile konur.

- **Zamanda dağılım** (Dissemination in Time)(DIT): 24 saat veya daha uzun süren ve en az bir ay ara ile ayrılmış iki nörolojik atak
- **Uzay içinde dağılım** (Dissemination in Space)(DIS): En az iki farklı MSS lokalizasyonuna ait objektif bulgu

2010 McDonald criteria for MS

Attacks	Lesions	Additional requirements for MS diagnosis
2 or more	2 or more	None
2 or more	1	Dissemination in space demonstrated by MRI or further attack
1	2	Dissemination in time demonstrated by MRI or further attack
1	1	Dissemination in space and time demonstrated by MRI or further attack
0 Insidious neurological progression suggestive of MS		1 year of progression and 2 of the following: • Positive brain MRI • Positive spinal cord MRI • Positive CSF

UZAYDA DAĞILIM:

- Klinik veya radyolojik olarak farklı iki bölgeye ait tutulum
 - Radyolojik olarak aşağıdaki dört yerleşimden en az ikisinde tutulum olması gerekmektedir.
1. Jukstakortikal
 2. Perikallosal
 3. İnfratentorial
 4. Medulla spinal

ZAMANDA DAĞILIM:

- Klinik olarak farklı zamanda iki atak
- Radyolojik olarak ise tekrarlayan MR'da yeni lezyon varlığı veya aynı MR'da en az bir adet kontrast tutulumu gösteren ve en az bir adet kontrast tutulumu göstermeyen lezyon varlığı

TANIYI DESTEKLEYEN TESTLER

- **Oligoklonal band Ig G** % 90 (+)
- **Ig G indexi:**
$$\frac{\text{BOS IgG} / \text{Serum Ig G}}{\text{BOS Albümin} / \text{Serum Albümin}}$$
- $> 0,7$ ise MS lehinedir.
- **VEP:** P100 dalgası latansı uzar ve konfigürasyon korunur ise demiyelinizan, latans normal ama amplitüd küçük olur ise de aksonal kayıp ile giden etkilenmeyi gösterir.

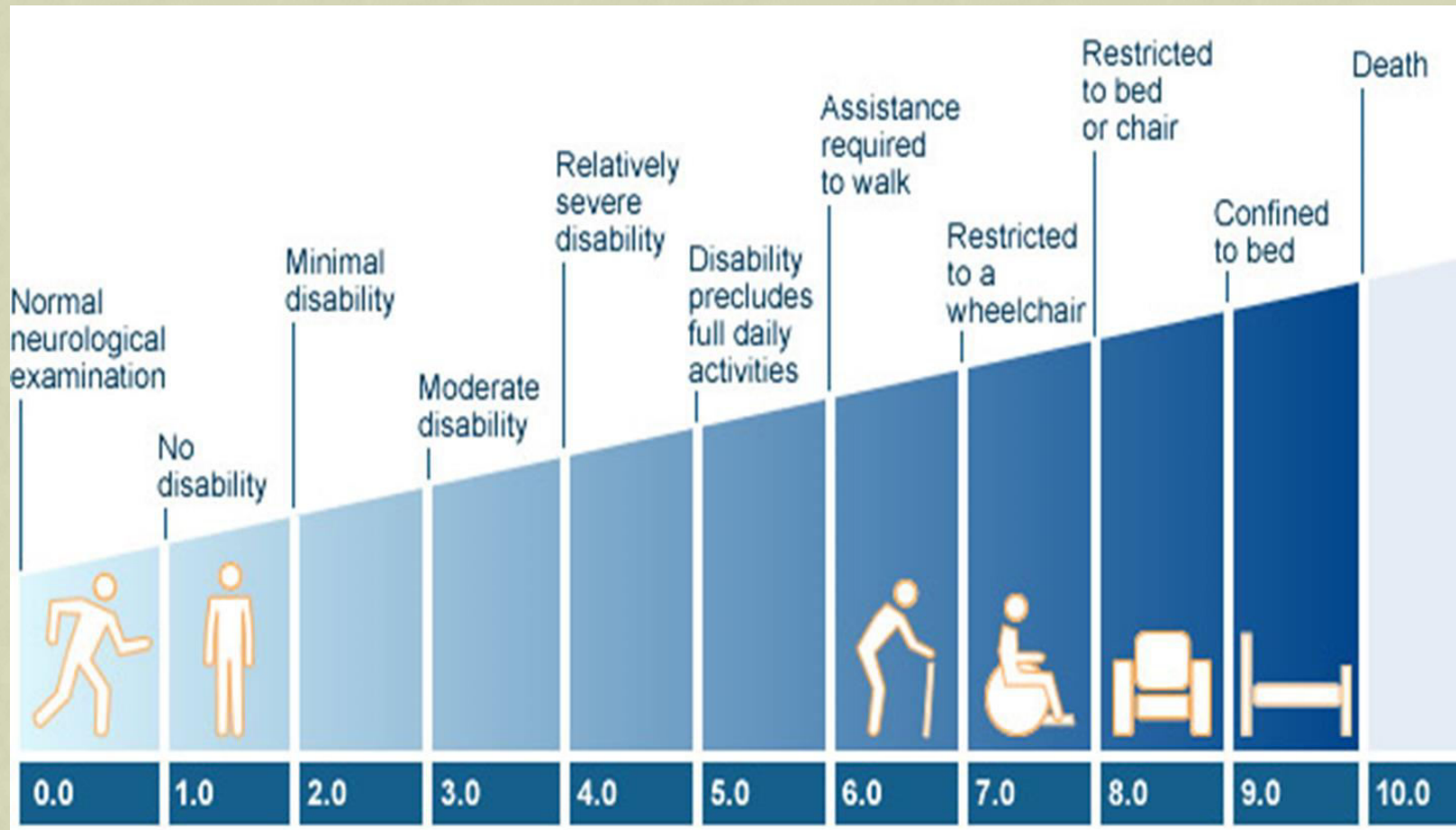
OLİGOKLONAL BANT (+) YAPAN NEDENLER

- MS (%90-95)
- Herpes ensefaliti (%100)
- SSPE (%90)
- Guillan Barre sendromu
- Sarkoidoz
- Subaraknoid kanama
- Nörosifiliz
- Kroik meningoensefalit
- ADEM

PROGNOZ

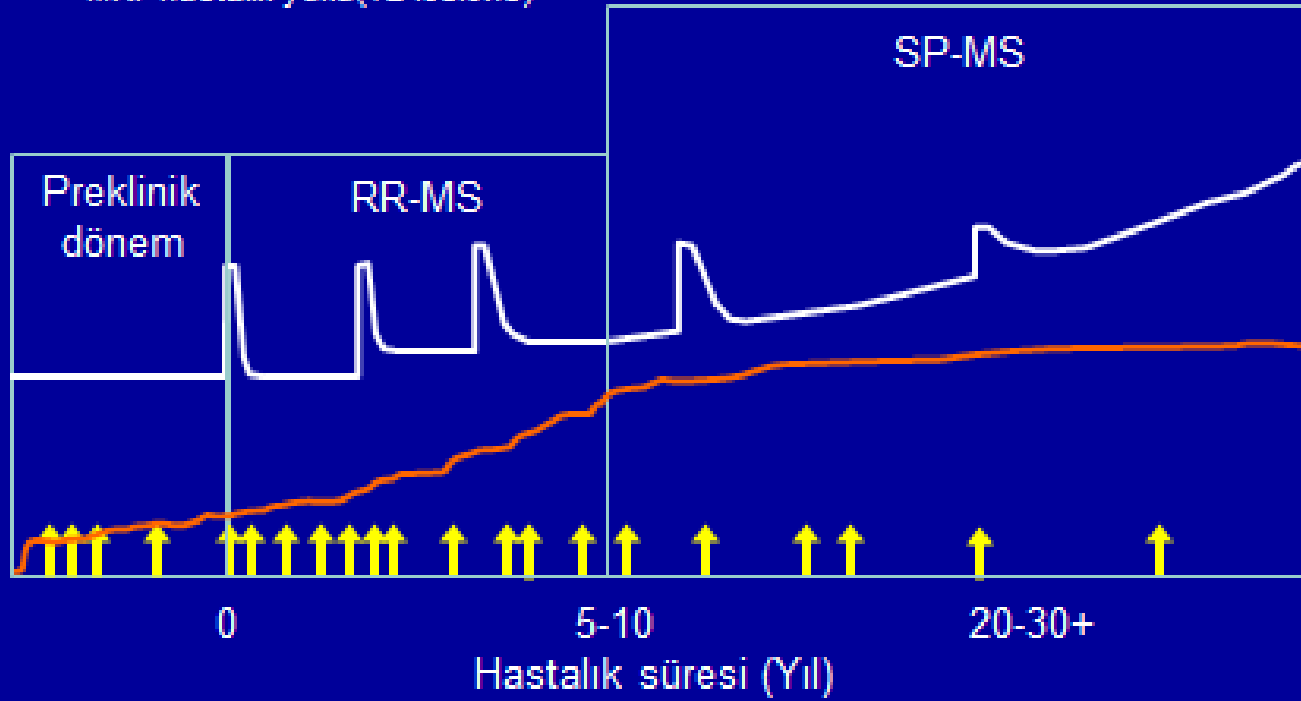
- MS'li hastalarda prognoz MS çeşidine göre oldukça değişkenlik göstermektedir.
- Daha genç yaşta saptanan olgularda hastalık ilerlemesi daha yavaş seyirlidir. Buna rağmen pediatrik MS grubunda daha erken yaşta nörolojik defisitler gözlenebilir.
- Pediatrik başlangıçlı olguların Kurtzke DSS 6 (destekli yürüme) olma süreci ortalama 29 yıl olarak bildirilmiştir.
- Hastanın Kurtzke DSS ile hastalığın ilk iki yılındaki relaps oranı arasında belirgin ilişki saptanmıştır.
- Tümefaktik MS'te diğer varyantlara oranla prognozun daha iyi olduğu düşünülmektedir.

KURTZKE DISABILITY STATUS SCORE



MS doğal seyri

- Ataklar ve klinik
- ↑ MRG aktivitesi
- MRI hastalık yükü(T2 lesions)



AKUT ATAĞ TEDAVİSİ

- 20-30 mg/kg/gün iv **metil prednizolon** (5 gün)
- 2 mg/kg/gün'den oral **prednizolon** ile idame (1 ay)
- Pulse steroide cevap vermeyen akut ataklarda: 0.4 gram/kg/gün **İViG** (5 gün)

PROFİLAKTİK TEDAVİ

1.Basamak Tedaviler:

- Glatiramer asetat
- İnterferon beta-1a

2.Basamak Tedaviler:

- Natalizumab
- Fingolimod, teriflunamid
- Alemtuzumab, daclizumab, oklizumab, ekulizumab
- Azotioprin, metotreksat, siklofosfomid

WWW.STARTV.COM.TR

MELEK İLE SERHAT

ENGİN HEPİLERİ

ASLI TANDOĞAN

İKİ MS'Lİ AŞKLARINI DA ORTAK NOKTALARINI DA BİRBİRİNDEN SAKLARSAN!

MS'LİLER ANLATTI
USTA KALIM

GANI MÜJDE YAZDI VE YÖNETTİ

TELEVİZYON DİZİSİ HABER MAGAZİN

www.TelevizyonDizisi.com

WWW.YOLARKADASIMSIN.COM

Erkek Çocuklarda Yaş ve ... Firewall Authentication K... MS'KLAVUZ(2).pdf Yol Arkadaşımın - MS H...
www.yolarkadasimsin.com

YOL ARKA DAŞIMSIN MS İLE İLGİLİ NÖROLOGLAR SIK SORULAN SORULAR

MS NEDİR? MS İLE YAŞAMAK MS TEDAVİSİ MS VE UNUTKANLIK UZMAN GÖRÜŞLERİ

Melek ile Serhat 1. Bölüm

Melek ile Serhat'ı izlemek için tıklayın.

MELEK İLE SERHAT
MS İLE YAŞAMAK İÇİN EN İYİ NÖROLOJİ KURUMU
STARTV.COM.TR

YolarkadaşımSin

HIZLI MENÜ

Prof. Dr. Ayşe Sadıkoğlu Kocaman
Prof. Dr. Akel Savaş
Kadir İstanbul

MS Nedir?

melek-ile-serhat-003.jpg

Tüm indirilenleri göster...

14:27
08.08.2016

BENİ DİNLEDİĞİNİZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER