İZMİR PEDİATRİ PLATFORMU

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

BİLDİRİ KİTABI

11-13 Eylül 2025

Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

www.puader.org

www.izmirpediatrikongresi.org

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

İÇİNDEKİLER

DAVET 3

KURULLAR 4

BİLİMSEL PROGRAM 7

KONUŞMA ÖZETLERİ 11

SÖZEL BİLDİRİLER 56

POSTER BİLDİRİLER 151

TAM METİNLER – SÖZEL BİLDİRİLER 226

TAM METİNLER – POSTER BİLDİRİLER 319

ORGANİZASYON SEKRETARYASI 329



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

İzmir, 8500 yıllık tarihi boyunca Hitit, İyon, Lidya, Pers, Roma, Bizans, Aydınoğulları ve Osmanlı medeniyetlerine ev sahipliği yapmış ve bu birikimle çok katmanlı ve çok kültürlü bir yapıya kavuşmuştur. Sanatın ve uygarlığın olduğu kadar bilimin de beşiğidir. Modern tıbbın doğduğu şehirdir İzmir. Hekim Galenos'un yurdudur.

Cumhuriyet döneminde çocuk sağlığı hizmetleri, özellikle de koruyucu hekimlik, anne-çocuk sağlığı ve aşılamalar konusunda Türkiye'nin incisi olan İzmir'de birçok üniversite ve eğitim kurumu; ülkemize hizmet etmekte olan birçok uzmanın yetişmesine katkı vermiş ve vermeye devam etmektedir. Bu kurumlardan mezun olmuş çok sayıda pediatristin diğer kurumlarda yan dal uzmanlık eğitimi yapmaları ve meslek yaşamlarını bir diğer kurumda sürdürmeleri nedeniyle tüm bu kurumlar aslında büyük bir pediatri ailesi haline gelmiştir. Bunu taçlandırmak amacıyla; 2024 yılında alınan ortak kararla İzmir'deki tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları eğitim birimlerince birlikte yapılacak olan Uluslararası Katılımlı İzmir Pediatri Kongresi'nin bu yıl ikincisini düzenlemekten onur duyuyoruz.

Dokuz Eylül Üniversitesi'nin ev sahipliğinde yapılacak ikinci kongremizin ana konusu "**Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı**" olarak belirlenmiştir. Bu kongrede iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerine olan etkileri yanı sıra, kurslar, bilimsel düzeyi yüksek çalışmaların paylaşılacağı oturumlar ve sempozyumlarda genel pediatri ve tüm pediatri yan dal uzmanlık alanlarındaki yenilikler, güncel uygulamalar, ayrıca çocuk psikiyatrisi konuları, sık karşılaşılan cerrahi sorunlar ve tedavileri gibi çocuk sağlığının her alanını ilgilendiren konular ele alınacaktır.

Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D ev sahipliğinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D işbirliğinde ve Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D ve Tınaztepe Üniversitesi katkı ve katılımları ile **11-13 Eylül 2025** tarihlerinde Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi'nde gerçekleştirilecek olan **2. Uluslararası Katılımlı İzmir Pediatri Kongresi**'ne katılımlarınızı bekliyoruz.

Saygılarımızla,

2. Uluslararası Katılımlı İzmir Pediatri Kongresi Düzenleme Kurulu



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KURULLAR

Kongre Onursal Kurulu
Prof. Dr. Bayram Yılmaz
Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Serdar Bayrak
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Adem Aydın
Dokuz Eylül Üniversitesi

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Can Balkan
Ege Üniversitesi

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Bumin N. Dündar
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Kongre Sekreterleri
Doç. Dr. Gazi Arslan
Dokuz Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Gülhadiye Avcu
Ege Üniversitesi

Prof. Dr. Ali Kanık
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Deniz Kızmazoğlu
Dokuz Eylül Üniversitesi



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Murat Anıl
Demokrasi Üniversitesi

Prof. Dr. Maşallah Baran
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Yüksel Bıcılıoğlu
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Ece Böber
Dokuz Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Handan Duman Şenol
Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Hande Gazeteci Tekin
Bakırçay Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşe Semra Hız
Dokuz Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Burçin İşcan
İzmir Tınaztepe Üniversitesi

Doç. Dr. Miray Karakoyun
Ege Üniversitesi

Prof. Dr. Kamer Mutafoğlu
İzmir Ekonomi Üniversitesi

Prof. Dr. Nihal Olgaç Dündar
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür Olukman
Bakırçay Üniversitesi

Prof. Dr. Esra Arun Özer
İzmir Tınaztepe Üniversitesi

Doç. Dr. Ayşe Şimşek
Demokrasi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Erdem Şimşek
Ege Üniversitesi

Prof. Dr. Uluç Yiş
Dokuz Eylül Üniversitesi



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Bilimsel Komite

Doç. Dr. Gazi Arslan
Dokuz Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Gülhadiye Avcu
Ege Üniversitesi

Prof. Dr. Adem Aydın
Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Can Balkan
Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Shahla Balayeva
Azerbaijan Medical University, Azerbaycan

Prof. Dr. And Demir
Helsinki Üniversitesi, Finlandiya

Prof. Dr. Bumin N. Dündar
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Ali Kanık
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Deniz Kızmazoğlu
Dokuz Eylül Üniversitesi

Dr. Enrico Lombardi
Anna Meyer Pediatric University Hospital, Floransa, İtalya

Prof. Dr. Sujit Sheth
Weill Cornell Medical College, New York, ABD

Doç. Dr. Tarana Taghizade
Azerbaijan Pediatric Association, Azerbaycan

Doç. Dr. Tolga Yavuz
University of Bonn, Almanya

Dr. Tony Waterson
The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, İngiltere



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

BİLİMSEL PROGRAM

11 Eylül 2025, Perşembe

Çocuk Sağlığı İzlem Kursu	Araştırma Planlama Ve Temel Biyoistatistik Kursu
Kurs Başkanları: Dr.Adem Aydın, Dr.Feyza Koç 09.30-10.00 Açılış – Tanışma 10.00-10.40 Çocuk Sağlığı İzleminin Önemi – Dr. Adem Aydın	Eğiticiler: Dr. Belgin Ünal, Dr. Ahmet N. Emecen 09.30-09.45 Tanışma 09.45-10.30 Araştırma Tasarımları
10.40-11.00 Kahve Arası	10.30-10.45 Kahve Arası
11.00-11.30 Çocuk Sağlığı İzleminde Güncel Yaklaşımlar – Dr. Feyza Koç 11.30-12.00 Taramalar – Dr. Özlem Bağ 12.00-12.15 Tartışma	10.45-11.30 Araştırma Planlamada Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar 11.30-11.45 Kahve Arası 11.45-12.30 Eleştirel Makale Okuma-Kılavuzlar
12.15-13.15 Öğle Yemeği	12.30-13.30 Öğle Arası
13.15-13.45 Güncel Aşı Uygulama Önerileri – Dr. Tolga İnce 13.45-14.15 Süt Çocuğu Beslenmesinde Güncel Yaklaşımlar – Dr. Merve Tosyalı 14.15-14.30 Tartışma	13.30-14.15 Veri Girişi ve Tanımlayıcı İstatistikler
14.30-14.50 Kahve Arası	14.15-14.30 Kahve Arası
14.50-15.30 Uzmanına Danışalım-İnteraktif Oturum Bebeklerde Uyku Sorunlarına Güncel Yaklaşım – Dr. Adem Aydın Emzirme Sorunları – Dr. Merve Tosyalı Tuvalet Eğitimi – Dr. Feyza Koç Kazalardan Korunma – Dr. Özlem Bağ Güvenli Çevre ve Oyuncak Seçimi – Dr. Tolga İnce	14.30-15.15 Sayım Verisinin Karşılaştırılması 15.15-15.30 Kahve Arası 15.30-16.15 Ölçüm Verisinin Karşılaştırılması
15.30-16.00- Tartışma - Kapanış	16.15-16.30 Geri Bildirimler ve Kapanış

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Olgularla Çocuk Acil Ve Yoğun Bakım Kursu	Alerji Ve İmmünolojide Aciller Kursu
Kurs Başkanları: Dr Murat Duman, Dr.Anıl Er, Dr.Yüksel Bıcılıoğlu, Dr.Gazi Arslan 09.00-09.45 Akut Solunum Sıkıntısı (Pnömoni) Oturum Başkanları: Dr. Murat Anıl, Dr. Ayşe Berna Anıl 09.00-09.20 Dr. Tuğçe Nalbant 09.20-09.40 Dr. Gökçen Özçiftçi 09.40-09.45 Tartışma	09.00-10.00 Astım Atakları: Tanı /Ayırıcı Tanı/ Tedavisi Oturum Başkanları: Dr. Hasan Yüksel, Dr. Özge Yılmaz 09.00-09.20 Astım Atak Tanısı ve Ayırıcı Tanısı – Dr. Adem Yaşar 09.20-09.40 Çocukta Atak Şiddetine Göre Hastanede Tedavi (<5 Yaş) – Dr. Seda Tunca 09.40-10.00 Çocukta Atak Şiddetine Göre Hastanede Tedavi (6-12 Yaş ve >12 Yaş) – Dr. Sanem Eren Akarcan
	10.00-10.20 Kahve Arası
09.45-10.30 Çoklu Travma Oturum Başkanları: Dr. Gamze Gökalp, Dr. Gazi Arslan 09.45-10.05 Dr. Anıl Er 10.05-10.25 Dr. Yasemin Çoban 10.25-10.30 Tartışma	10.20-11.00 Besin Protein İlişkili Enterokolit: Tanı/Ayırıcı Tanı/Acilde Tedavisi Oturum Başkanları: Dr. Esen Demir, Dr. Suna Asilsoy, Dr. Handan Duman Şenol 10.20-10.40 Ne Zaman Besin Protein İlişkili Enterokolit Düşünmeliyim? (Tanı/Ayırıcı Tanı) – Dr. İdil Akay Hacı 10.40-11.00 Acilde Besin Protein İlişkili Enterokolit Tedavisi – Dr. Özgen Soyöz
10.30-10.45 Kahve Arası	11.00-11.15 Kahve Arası
10.45-11.30 Sepsis Oturum Başkanları: Dr. Alkan Bal, Dr. Fatih Durak 10.45-11.05 Dr. Şefika Bardak 11.05-11.25 Dr. Eşe Eda Turanlı 11.25-11.30 Tartışma	11.15-12.00 Akut Ürtiker & Anjioödem: Tanı/Ayırıcı Tanı/ Tedavi Oturum Başkanları: Dr. Duygu Ölmez, Dr. Pınar Uysal 11.15-11.35 Akut Ürtiker/Anjioödem Tanı Ve Ayırıcı Tanısı – Dr. Sait Karaman 11.35-12.00 Akut Ürtiker/Anjioödem Acil Tedavisi – Dr. Ayşe Pakel Aygün
11.30-12.15 Status Epileptikus Oturum Başkanları: Dr. Emel Ulusoy, Dr. Bülent Karapınar 11.30-11.50 Dr. Fatma Akgül 11.50-12.10 Dr. Ümit Altuğ 12.10-12.15 Tartışma	12.00-13.00 Yemek Arası 13:00-14:30 Anafilaksi: Tanı /Ayırıcı Tanı/ Tedavi Oturum Başkanları: Dr. Figen Gülen, Dr. Tuba Tuncel 13.00-13.20 Anafilaksi Tanı ve Ayırıcı Tanısı – Dr. Özge Atay 13.20-13.40 Anafilaksi Tedavisi – Dr. Semiha Bahçeci 13.40-14.00 Hastam Dirençli Anafilaksi: Adrenalin Infüzyonu Gerekiyor: Nasıl Yaparım? (Olgu Örneğiyle) – Dr. Fatma Akgül 14.00-14.30 Hastam Dirençli Anafilaksi/Arrest Oldu: Ne Yapmalıyım? (Maket Üzerinde Canlandırma-CPR) – Dr. Fatma Akgül ve Dr. Hale Çitlenbik
12.15-13.30 Öğle Yemeği	14.30-14.50 Kahve Arası
13.30-14.15 Ağır Astım Atağı Oturum Başkanları: Dr. Aykut Çağlar, Dr. Pınar Yazıcı Özkaya 13.30-13.50 Dr. Gülşen Yalçın 13.50-14.10 Dr. Pınar Kulluoğlu 14.10-14.15 Tartışma	14:50-15:30 İmmünolojik Aciller Oturum Başkanları: Dr. Zeynep Arıkan, Dr. Neslihan Edeer Karaca 14.50-15.10 Herediter Anjioödem Ne Zaman Düşünmeliyim? Acilde Atak Tedavisini Nasıl Yaparım? – Dr. Selime Özen Bölük 15.10-15.30 Hastam Ağır Kombine Immün Yetmezlik Mi? Tanısal Ip Uçları? Pediatrist Olarak Ne Yapmalıyım? – Dr. İlke Taşkırdı
Oturum Başkanları: Dr. Gazi Arslan, Dr. Ulaş Saz 14.15-14.40 Diyabetik Ketoasidoz (Çocuk Acil) 14.15-14. 35 Dr. Ali Yurtseven 14.35-14.40 Tartışma 14.40-15.05 Uygunsuz ADH / Diabetes Insipitus / Santral Tuz Kaybı (ÇYB) 14.40-15.00 Dr. Neslihan Zengin 15.00-15.05 Tartışma	15:30-16:10 Ağır Kutanöz İlaç Reaksiyonları Oturum Başkanları: Dr. Nevin Uzuner, Dr. Şule Çağlayan Sözmen 15.30-15.50 Ağır Kutanöz Ilaç Reaksiyonundan Ne Zaman Şüphe Etmeliyim? – Dr. Özge Kangallı Boyacıoğlu 15.50-16.10 Eyvah Hastam Ağır Kutanöz Ilaç Reaksiyonu: Ne Yapmalıyım? (Pediatrist İlk Aşamada Ne Yapmalı) – Dr. M. Şirin Kaya
Oturum Başkanları: Dr. Anıl Er, Dr. Gamze Gökalp 15.05-15.25 Acilde Hipernatremik Dehidratasyon Olgusunun Yönetimi – Dr. Pınar Çay 15.25-15.45 Acilde Hiponatremik Dehidratasyon Olgusunun Yönetimi – Dr. Şule Demir	Değerlendirme -Kapanış



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

12 Eylül 2025, Cuma

SALON A	SALON B	SALON C
08.30 – 09.00 Kayıt 09.00 - 09:30 Açılış Konuşmaları 09.30 – 10.30 Açılış Konferansı Oturum Başkanları: Dr. Can Balkan, Dr. Tarana Taghizade Çevre ve Çocuk Sağlığı – Dr. Çağatay Güler (online) İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı - Dr. Elif Özmert The Role of Environmental Factors in the Development of Health Problems Among Schoolchildren - Dr. Shakhla Balayeva		
10.30 – 10.45 Kahve Arası		
10.45 – 12.00 Sosyal Pediatri Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Feyza Koç, Dr. Adem Aydın Olgular ile Çocuk İhmali ve İstismarı - Dr. Özlem Bağ Güncel Aşı Şeması ve Öneriler - Dr. Merve Tosyalı Air Pollution Created by Motor Traffic, Harms Children & Needs Pediatric Action - Dr. Tony Waterston (online)	10.45 – 12.00 Çocuk Enfeksiyon Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Dilek Yılmaz, Dr. Eda Karadağ Öncel Uzmana Danışalım: Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Ayaktan Uygulamada Antibiyotik Kullanımı Otitis Media Tedavisi - Dr. Semra Bayturan Şen Sinüzit Tedavisi - Dr. Gülhadiye Avcu Pnömoni Tedavisi - Dr. Nurşen Belet	10.45 – 12.00 Metabolizma Olgular Büyüme ve Metabolik Hastalıklar: Olgu Örnekleriyle Tanısal İpuçları Oturum Başkanları: Dr. Sema Kalkan Uçar, Dr. Pelin Teke Kısa Mukopolisakkaridozlar - Dr. Havva Yazıcı Mukopolisakkaridoz Tip IV - Dr. Sibel Burçak Şahin Uyar Gaucher Hastalığı - Dr. Emine Göksoy
12.00 – 13.00 Öğle Arası **12.00 – 13.00 E-poster Tartışması 1** **Oturum Başkanı: Dr. Deniz Kızmazoğlu, Dr. Gazi Aslan** ***P1 - P31 arasındaki poster bildiriler bu oturumda sunulacaktır.***		
13.00 - 14.00 LUCANE pharma Uydu Sempozyumu Olgularla Hiperamonyemiye Yaklaşım Oturum Başkanı: Dr. Mahmut Çoker Hiperamonyemiye Genel Yaklaşım -Dr. Nur Arslan Hiperamonyemi ile Başlayan Hasta Örnekleri ve Yönetimi - Dr. Ebru Canda 14.00 – 15.00 Çocuk Onkoloji Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Kantar, Dr. R. Emre Çeçen Lenfadenopati, Ne Zaman Onkoloji? - Dr. Gülcihan Özek Hangi Semptom, Hangi Onkolojik Tanı? - Dr. Deniz Kızmazoğlu	13.00 - 14.00 Sözlü Bildiri Oturumu 1 Oturum Başkanları: Dr. İpek Polat, Dr. Gazi Arslan *SS15 - SS22 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 14.00 – 15.00 Çocuk Göğüs Hastalıkları Oturum Başkanları: Dr. Figen Gülen, Dr. Beste Özsezen Long Term Effects of Prematurity and Other Factors on Respiratory Health - Dr. Enrico Lombardi (online) Olgularla Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer hastalıklarına yaklaşım – Dr. Beste Özsezen Kronik Öksürüğü Olan Çocuğa Yaklaşım - Dr. Gökçen Kartal Öztürk	13.00 - 14.00 Sözlü Bildiri Oturumu 2 Oturum Başkanları: Dr. Semra Gürsoy, Dr. Ayşe Şimşek *SS23 - SS31 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 14.00 – 15.00 Olgularla Sık Karşılaşılan Enfeksiyonlar ve Yönetimi Oturum Başkanları: Dr. Nurşen Belet, Dr. Zümrüt Şahbudak Bal Grup A Streptokok Enfeksiyonlarında Tanı ve Tedavi İkilemleri - Dr. Elif Böncüoğlu Atipik Pnömoninin Değişen yüzü - Dr. Hatice Karaoğlu Asrak Boğmacanın Yeniden Yükselişi - Dr. Elif Kıymet
15.00 – 15.30 Kahve Arası		
15.30 – 16.30 Endokrin Paneli 1: İklim ve Çevre Değişikliklerinin Endokrin Sisteme Etkileri Oturum Başkanları: Dr. Damla Gökşen, Dr. Ayhan Abacı Elektromanyetik Dalgaların Endokrin Bozucu Etkileri – Dr. Bumin N. Dündar Endokrin Bozucu Kimyasallar – Dr. Samim Özen Mikro ve Nanoplastiklerin Endokrin Bozucu Etkileri – Dr. Sezer Acar 16.30 – 17.45 Yoğunbakım Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Bülent Karapınar, Dr. Ayşe Berna Anıl Septik Şok: Sıcak mı? Soğuk mu? Tanı ve Tedavide Neler Değişti? - Dr. Pınar Yazıcı Özkaya ARDS'yi Yönetmek için Nelere İhtiyacım Var? - Dr. Fatih Durak Kritik Hasta Transportu: Sanat mı? Bilim mi? - Dr. Gazi Arslan 19:00 - 20.00 Kongre Açılışı ve Emeğe Saygı Oturumu	15.30 – 16.30 Çocuk Hematoloji Güncel Yaklaşımlar Oturumu Oturum başkanları: Dr. Yeşim Aydınok, Dr. Salih Gözmen İmmun Trombositopeniye Yaklaşım - Dr. Nihal Karadaş Anemia in Childhood - Dr. Sujit Sheth (online)	15.30 – 16.30 Çocuk Alerji İmmünoloji Olgular Oturum Başkanları: Dr. Esen Demir, Dr. Nevin Uzuner Olgularla Atopik Dermatit Tanı ve Tedavisi - Dr. Ebru Arık Yılmaz Olgularla Döküntülü Hastalıklar, Hangi Döküntü Allerjik Değil? - Dr. Münevver Güven İklim Değişikliğinin Astım Üzerine Etkisi – Dr. Seda Şirin 16.30 – 17.45 Nefroloji Olgular Oturum Başkanları: Dr. Belde Kasap Demir, Dr. İpek Kaplan Bulut Konjenital Üriner Sistem Dilatasyonu Olgu Sunumu - Dr. Cemaliye Başaran Tartışmacı: Dr. Eren Soyaltın Çocuklarda Akut Böbrek Hasarı Olgu Sunumu - Dr. Özgür Özdemir Şimşek Tartışmacı: Dr. Caner Alparslan 17.45 - 19:00 Nöroloji Oturumu 1 Oturum Başkanları: Dr. Hasan Tekgül, Dr. Semra Hız, Dr. Muzaffer Polat İklim Değişikliği Çocuklarda Nörolojik Hastalıkların Seyrini Nasıl Değiştirdi? - Dr. Müge Ayanoğlu Nörogelişimsel Gerilik ile Getirilen Çocukta Güncel Pratik Yaklaşımlar - Dr. Erdem Şimşek Çocuk Nörolojide Palyatif Bakımdan Yeni Tedavilere - Dr. Uluç Yiş

PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 Eylül 2025, Cumartesi

SALON A	SALON B	SALON C
08.30 – 09.40 Yenidoğan Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Nuray Duman, Dr. Esra Özer, Dr. Yekta Öncel Kan Değişim Sınırında Sarılıklı Bebeğe Yaklaşım - Dr. Coşkun Armağan Şoktaki Yenidoğan Bebeğe Yaklaşım - Dr. Burçin İşcan Solunum Sıkıntılı Term Yenidoğan Bebeğe Yaklaşım - Dr. Meltem Arslan 09.40 - 10.25 Uydu Sempozyumu Tam Zamanında ve Geniş Kapsamlı Koruma: Prevenar20 & Nimenrix Aşıları Konuşmacı: Dr. Eda Karadağ Öncel 10.25 – 11.25 Nefroloji Oturumu Oturum Başkanları: Dr. İlknur Girişgen, Dr. Meral Torun Bayram Hematürili Çocuğa Yaklaşım Olgu Sunumu - Dr. Gizem Yıldız Tartışmacı: Dr. Seçil Arslansoyu Çamlar Proteinürili Çocuğa Yaklaşım Olgu Sunumu - Dr. Sevgin Taner Tartışmacı: Dr. Seçil Conkar Tunçay	08.30 – 09.40 Çocuk Genetik Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Özlem Giray Bozkaya, Dr. Özgür Çoğulu İklim Değişikliği ve Genetik - Dr. Özgür Çoğulu Dismorfik Hastaya Yaklaşım - Dr. Tayfun Çinleti 09.40 - 10.25 Sözlü Bildiri Oturumu 3 Oturum Başkanları: Dr. Deniz Kızmazoğlu, Dr. Hande Gazeteci Tekin *SS32 - SS38 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 10.25 – 11.25 Gastroenteroloji Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Yeşim Öztürk, Dr. Maşallah Baran Mikroplastiklerin Çocuk Beslenmesindeki Yeri - Dr. Yeliz Çağan Appak Çocuk Beslenmesinde Sürdürülebilir Diyetler - Dr. Sevim Çakar Popüler Beslenmeler - Dr. Ezgi Kıran Taşcı	08.30 – 09.40 Endokrin Paneli 2: Küresel Değişiklikler ve Puberteye Etkileri Oturum Başkanları: Dr. Ece Böber, Dr. Korcan Demir Obezite ve Puberte – Dr. Deniz Özalp Kızılay Egzersiz ve Puberte – Dr. Eren Er Ekran Maruziyeti, Uyku Süreleri ve Puberte – Dr. Erdem Durmaz 09.40 - 10.25 Sözlü Bildiri Oturumu 4 Oturum Başkanları: Dr. Ali Kanık, Dr. Salih Gözmen *SS39 - SS45 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 10.25 – 11.25 Hematoloji Olgular Çocuk Hematoloji Olgularla Anemi ve Kanama Diyatezi Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Can Balkan, Dr. Şebnem Yılmaz Ağır Demir Eksikliği Anemisi - Dr. Mehtap Ertekin Talasemi - Dr. Yeşim Yiğit Kanama Diyatezi - Dr. Sultan Okur Acar
11.25 – 11.45 Kahve Arası		
11.45 – 12.45 Acil Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Murat Duman, Dr. Eylem Ulaş Saz, Dr. Murat Anıl Deniz Canlıları ile Yaralanma - Dr. Caner Turan Suda Boğulma - Dr. Emel Ulusoy Yüksek Isıya Bağlı Aciller - Dr. Hale Çitlenbik Akrep Sokması ve Yılan Isırığı - Dr. Yüksel Bıcılıoğlu	11.45 – 12.45 Çocuk Romatoloji Oturumu, Çocukluk Çağı Vaskülitleri Oturum Başkanları: Dr. Belde Kasap Demir, Dr. Erbil Ünsal Ig A Vasküliti – Dr. Burcu Güven Kawasaki Hastalığı - Dr. Balahan Bora Olgularla Diğer Vaskülitler – Dr. Süleyman İmamoğlu	11.45 – 12.45 Nöroloji Olgular 2 - Olgu Temelli Oturum Başkanları: Dr. Nihal Olgaç Dündar, Dr. Faruk İncecik Akut Güçsüzlük ile Gelen Çocuk- Dr. Hande Gazeteci Tekin Akut Bilinç Değişikliği ile Gelen Çocuk - Dr. Ayşe İpek Polat Antiepileptikler ile İlişkili Akut Yan Etkiler ve Yönetimi - Dr. Pınar Gençpınar
12.45 - 13.30 Öğle Arası **12.45 – 13.30 E-poster Tartışması 2** **Oturum Başkanı: Dr. Fatma Akgül, Dr. Hande Gazeteci Tekin** ***P32 - P63 arasındaki poster bildiriler bu oturumda sunulacaktır.***		
13.30 - 14.15 Uydu Sempozyumu Malnutrisyon Yönetimi ve Beyin Gelişimi Konuşmacı: Dr. Maşallah Baran 14.15 - 15.00 Uydu Sempozyumu Meningokok Aşılamasında Erken ve Tam Korumanın Önemi Konuşmacı: Dr. Osman Tolga İnce 15.00 – 16.15 Genel Pediatri Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Aslı Aslan, Dr. Ali Kanık Pediatrik Cilt Erüpsiyonları: Etiyoloji, Tanı ve Ayırıcı Tanı Perspektifler - Dr. Şule Gökçe Akut Bronşiolit: Tedavide ne Değişti? - Dr. Özlem Başpınar Üzüm Destek mi? Gereksiz mi? Vitamin ve Minerallerin Akılcı Kullanımı - Dr. Burçe Emine Dörtkardeşler	13.30 - 15.00 Sözlü Bildiri Oturumu 5 Oturum Başkanları: Dr. Sevim Çakar, Dr. Gülcihan Özek *SS46 - SS58 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 15.00 – 16.15 Çocuk Alerji İmmünoloji Oturum Başkanları: Dr. Özkan Karaman, Dr. Suna Asilsoy Sık Hastalanan Çocuğa Yaklaşım – Dr. Neslihan Edeer Karaca IgE Aracılı Besin Allerjileri – Dr. Tuba Tuncel Allerjik Rinitli Hastaya Yaklaşım – Dr. Tolga Yavuz (online)	13.30 - 15.00 Sözlü Bildiri Oturumu 6 Oturum Başkanları: Dr. Handan Duman, Dr. Gülhadiye Avcu *SS59 - SS71 arasındaki sözlü bildiriler bu oturumda sunulacaktır.* 15.00 – 16.15 Sık Karşılaşılan Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Oturum Başkanları: Dr. Hasan Özkan, Dr. Funda Erdoğan, Dr. Mete Akisu, Dr. Özge Altun Yenidoğanda K Vitamini Eksikliği ve Proflaksisi - Dr. Aslıhan Abbasoğlu Sağlık ve Hukuk Yönüyle K Vitamini, Tarama ve Aşı Reddi - Av. Rayhan Bozabalı
16.15 - 16.30 Kahve Arası		
16.30– 17.45 Kardiyoloji Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Ertürk Levent, Dr. Rahmi Özdemir Doğal Çevresel Faktörler ve Çocuk Kalp Sağlığı (Mevsimler, güneş, yükseklik, yeşil alan, coğrafya) - Dr. Tülay Demircan Sosyal Çevresel Faktörlerin Çocuk Kalp Sağlığına Etkisi (Yapılaşma, hava kirliliği, sosyalleşme, sosyoekonomi, kimyasallar, koku) - Dr. Eser Doğan Bireysel Faktörler ve Çocuk Kalp sağlığı (Fiziksel Aktivite, beslenme, sigara) - Dr. Kaan Yıldız	16.30– 17.45 Hematoloji Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Hale Ören, Dr. Hüseyin Gülen Nötropenik Çocuğa Yaklaşım - Dr. Ayşen Türedi Yıldırım Kan Transfüzyonunda Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar - Dr. Özlem Tüfekçi Gürocak	16.30– 17.45 Gelişimsel Pediatri Oturumu Oturum Başkanları: Dr. Semra Hız, Dr. Osman Tolga İnce Çocuğum Konuşamıyor - Dr. Şenay Güven Baysal Çocuğum Uyumuyor - Dr. Nihal Yaman Artunç
17.45 - KAPANIŞ		



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KONUŞMA ÖZETLERİ

,



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çocuklarda Akut Sinüzit Tedavisi

Gülhadiye Avcu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,İzmir,Türkiye

Akut bakteriyel sinüzit (ABS), çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir komplikasyonu olup, sıklıkla viral rinosinüziti takiben gelişir. En sık etkenler *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae* ve *Moraxella catarrhalis*'tir. Viral ve bakteriyel etkenlerin klinik olarak ayırt edilmesi, gereksiz antibiyotik kullanımını önlemek ve antibiyotik direncini azaltmak açısından kritik önemdedir.

ABS tanısı üç ana klinik senaryoya dayanır:

1. **Şiddetli başlangıç:** Ateş ≥39 °C ve pürülan nazal akıntının birlikte, ardışık en az 3 gün boyunca sürmesi.
2. **Persistan semptomlar:** Nazal akıntı (pürülan veya mukopürülan) ve/veya gündüz öksürüğünün 10 günden uzun sürmesi ve düzelme göstermemesi.
3. **Kötüleşme paterni ("double-sickening"):** Viral üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında başlangıçta düzelme eğilimi gösteren semptomların ani kötüleşmesi (ateşin yeniden yükselmesi, akıntının koyulaşması, öksürüğün artması).

Bu kriterler dışında görüntüleme yöntemlerinin rutinde yer alması önerilmez. Görüntüleme, yalnızca komplikasyon şüphesi olması halinde (orbital ya da intrakraniyal komplikasyon) kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılmalıdır.

Tedavi:
Tedavide amaç, enfeksiyonu eradike etmek, semptomları hafifletmek ve komplikasyonları önlemektir. Çocukluk çağında hastanın yaşına, klinik tablonun ağırlığına ve antibiyotik direnci riskine tedavi yaklaşımı değişebilmektedir. Şiddetli başlangıç,kötüleşme paterni gösteren ya da persistan semptomları olan hastalarda tedavi geciktirilmeden başlanmalıdır.

Antibiyotik direnci için risk faktörü olmayan, komplike olmayan hafif/orta şiddette ABS'li çocuklarda yüksek doz amoksisilin (klavulanatlı veya klavulanatsız) ile ampirik antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır.

Direnç riski yüksek bölgeler, ağır seyir, son bir ayda antibiyotik kullanımı, <2 yaş olanlarda Amoksisilin-klavulanat 90 mg/kg/gün başlanmalıdır. Çocuklarda tedavi süresi genellikle 10-14 gündür. Kılavuzlarda semptomların kaybolmasından sonra 7 gün daha tedaviye devam edilmesi şeklinde öneriler de yer aldığından hastanın klinik yanıtı ve semptomları iyi takip edilmelidir. Yetersiz yanıt veya kötüleşme durumunda antibiyotik dozu ve süresinin gözden geçirilmesi,alternatif etkenler veya komplikasyonların değerlendirilmesi,gerekirse antibiyotik değişikliği (örn. amoksisilin-klavulanattan seftriaksona geçiş) gerekir.

Penisilin alerjisi olan olgularda;

Hafif tip alerjide: Sefdinir, sefuroksim aksetil veya sefprozil gibi oral sefalosporinler

Tip I alerjide (anafilaksi riski): Levofloksasin kullanılabilir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Destekleyici tedaviler arasında yeterli hidrasyonun sağlanması, analjezik/antipiretik kullanımı izotonik salin ile nazal irrigasyon, alerjik rinitin eşlik ettiği olgularda intranazal kortikosteroidler yer alır. Nazal dekongestanlar çocuklarda rutin önerilmez; kısa süreli kullanım düşünülebilir.

Komplike olmayan ancak hastaneye yatırılan çocuklar için, yüksek dirençli *S. pneumoniae*, ampisiline dirençli *H. influenzae* ve ampisiline dirençli *M. catarrhalis*'e karşı etkili oldukları için ampisilin-sulbaktam, seftriakson veya levofloksasin ile ampirik tedavi verilebilir.

Tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilen ABS olgularında orbital selülit/apse, osteomiyelit, menenjit ve beyin apsesi gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir. Bu durumda hastaneye yatış, intravenöz geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi (örn. seftriakson + vankomisin + metronidazol kombinasyonu) ve gerekirse cerrahi drenaj uygulanmalıdır.



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

HİPERAMONYEMİLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Nur ARSLAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Vücuttaki proteinlerin yıkım ürünü amonyaktır. Amonyak, merkezi sinir sistemine ileri derecede toksik olduğundan, derhal karaciğere iletilmesi ve hepatositlerde üre siklusuna girerek suda erir ve idrarla atılabilir bir molekül olan üreye çevrilmesi gerekir. Genel olarak çocuk ve yetişkinlerde 50 µmol/L, yenidoğan döneminde ise 100 µmol/L'nin üzerindeki kan amonyak düzeyleri hiperamonyemi olarak kabul edilir. Amonyak yüksekliğine, kronik karaciğer hastalığı, ilaç kullanımı, konjestif kalp yetmezliği, kan hastalıkları gibi sekonder nedenlerin yanı sıra, üre döngüsü defektleri, organik asidemiler, yağ asidi oksidasyon bozuklukları, mitokondriyal hastalıklar gibi kalıtsal metabolik hastalıklar da yol açar. Yenidoğanda amonyak yüksekliğinin en belirgin bulguları kusma, nöbet, hipotermi, solunum sıkıntısı, apne ve derhal tedavi edilmez ise letarji, koma ve ölümdür. Daha büyük çocuklar ve yetişkinlerde ise, kusma atakları, proteinli besinlerden kaçınma (vegan beslenme), nöbet, dikkat eksikliği, otizm ve diğer psikiyatrik semptomlar ve letarji ataklarıdır. Bu ataklar katabolizmanın arttığı her durumda (enfeksiyon, aneztezi, açlık vb) tekrarlar ve hayati risk taşır. Bu nedenle, bu tür semptomlarla başvuran bir hastada derhal kan amonyak düzeyi bakmak ve hastanın ilk tedavilerinin düzenlenmesi için hemogram, biyokimya ve kan gazı analizi yapmak ve ayrıca, ayırıcı tanının yapılabilmesi kan aminoasitleri, idrar organik asitleri ve Tandem MS ile açil karnitin incelemesi yapmak gereklidir. Kan amonyak incelemesi pek çok dış faktörden etkilendiğinden, hastadan turnike yapmadan kan alınmalı, alınan kan örneği hemolizli olmamalı, buz üzerinde taşınmalı ve en kısa zamanda (30 dakika içinde) laboratuvara ulaştırılmalıdır. Eğer çalışılan kurumda amonyak düzeyi çalışılamıyorsa, alınan kanın plazması ayrılmalı ve çalışılan bir laboratuvara ulaştırılmak üzere uygun koşullarda (+4^{0}C'de 4 saat ve -20^{0}C'de 24 saat stabil) saklanmalıdır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KRONİK ÖKSÜRÜĞÜ OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Gökçen Kartal Öztürk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Öksürük; akciğerleri aspirasyondan koruyarak sekresyonların atılmasını sağlayan, istemli veya istemsiz refleks yoldan oluşan, ani patlayıcı ekspirasyon manevrasıdır. Sağlıklı bir çocukta günde 10 epizoda kadar öksürük görülebilmektedir. En sık üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) 'na bağlı olarak gelişir ve çocukların en az %90'ında 1-3 haftada kendiliğinden düzelmektedir.

Kronik öksürük ise dört haftadan uzun süren öksürük olarak tanımlanmaktadır ve çocuklarda altta yatabilecek bir hastalığa bağlı olarak görülebilmektedir. Çok merkezli bir çalışmada ≥ 4 hafta öksürük ile başvuran çocukların %30.8'inde yeni/ciddi kronik akciğer hastalığı tespit edilmiştir. Bu nedenle kronik öksürük ile başvuran bir çocukta ayrıntılı öykü, fizik muayene ve gereken hastalarda ileri inceleme yapılması önerilmektedir.

Kronik öksürük algoritması kullanırken yaklaşım;

- Öykü
- Fizik muayene
- Öksürük özellikleri (spesifik/non-spesifik, kuru/ıslak…)
- Akciğer grafisi
- Solunum fonksiyon testi (sıklıkla spirometri)

bulgularının varlığına bağlıdır.

Öyküde; ne zaman ve nasıl başladığı, öksürük özellikleri ve niteliği, tek semptom veya eşlik eden semptom olup olmadığı, tetikleyiciler, ailede solunum semptomu, hastalığı ve atopi varlığı, sigara kullanımı, yabancı cisim aspirasyonu düşündürecek bulgu, uykuda ve/veya dikkat dağınıklığında kaybolup kaybolmadığı, tedavi ve yarar görüp görmediği ayrıntılı sorgulanmalıdır. Öykü ve fizik muayenede kırmızı alarm bulguları olarak tanımlanan dispne/takipne, göğüs ağrısı, efor dispnesi, yaş/prodüktif öksürük, pürülan burun akıntısı, beslenme sorunları, büyüme ve gelişme geriliği, stridor, hemoptizi, tekrarlayan enfeksiyonlar, oskültasyon bulguları varlığı, çomak parmak, göğüs duvarı deformiteleri, eşlik edebilecek hastalıklara yönelik sistemik bulgular, hipoksi veya siyanoz bulguları varlığında ileri inceleme yapılması önerilmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Kaynaklar

1) Chang AB, Oppenheimer JJ, Irwin RS; CHEST Expert Cough Panel. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2020 Jul;158(1):303-329.
2) Chang AB, Robertson CF, van Asperen PP, et al. A multi-centre study on chronic cough in children: burden and etiologies based on a standardized management pathway. Chest. 2012;142(4):943-950.
3) Kantar A, Marchant JM, Song WJ, Shields MD, Chatziparasidis G, Zacharasiewicz A, Moeller A, Chang AB. History Taking as a Diagnostic Tool in Children With Chronic Cough. Front Pediatr. 2022 Apr 15;10:850912.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

GRUP A STREPTOKOK ENFEKSİYONLARINDA TANI VE TEDAVİ İKİLEMLERİ

Elif Böncüoğlu

İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

Grup A streptokoklar (GAS), farenjit ve impetigodan nekrotizan fasiit ve streptokoksik toksik şok sendromu (STSS) gibi ağır invaziv tablolara kadar uzanan yelpazesiyle çocukluk çağının en önemli enfeksiyon etkenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Yerleşik kılavuzlara rağmen günlük pratikte birçok tanısal ve tedaviye yönelik ikilem varlığını sürdürmektedir.

Tanıda en önemli güçlük, özellikle tekrarlayan farenjitli çocuklarda asemptomatik taşıyıcılığı gerçek enfeksiyondan ayırt etmektir. Hızlı antijen testleri yüksek özgüllük sağlar ancak duyarlılıkları değişkendir; bu nedenle çocuklarda negatif sonuçların kültür ile doğrulanması gerekir. Üç yaş altındaki çocuklarda test yapılması genellikle önerilmemekte, ancak risk grubunda temaslısı olabilecek olgularda gündeme gelmektedir.

Tedavideki temel amaç, GAS enfeksiyonunun süpüratif ve nonsüpüratif komplikasyonlarını engellemektir. Penisilin ve amoksisilin ile tedavi halen altın standarttır; ancak kısa süreli rejimler ve geniş spektrumlu alternatifler pratikte sık kullanılmaktadır. Penisilin alerjisi olanlarda artan makrolid ve klindamisin direnci dikkate alınmalıdır. Rekürren farenjitlerde gerçek enfeksiyon ile taşıyıcılığı ayırt etmek güçtür; eradikasyon rejimlerinin ya da tonsillektominin rolü belirsizdir. İnvaziv enfeksiyonlarda penisilin-klindamisin kombinasyonu önerilmekle birlikte klindamisin direncinin artışı linezolid seçeneğini gündeme getirmiştir.

GAS enfeksiyonlarında klinik değerlendirme, laboratuvar doğrulaması ve uygun antibiyotik seçimi doğru yönetim için kritik öneme sahiptir. Güncel literatürün ve kılavuzların yakından takip edilmesi, gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesi ve ağır invaziv olguların erken tanınıp etkin şekilde tedavi edilmesi, çocukluk çağında morbidite ve mortalitenin azaltılmasında temel stratejileri oluşturmaktadır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ATİPİK PNÖMONİNİN DEĞİŞEN YÜZÜ

Hatice Karaoğlu Asrak

S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları,İzmir

Atipik pnömoni, düşük dereceli ateş, beta-laktam antibiyotiklere yanıtsızlık ve akciğer dışı bulgularla seyreden, çoğunlukla *Mycoplasma pneumoniae*'nin neden olduğu bir tablodur. Klinik spektrum asemptomatik enfeksiyondan ağır pnömoni ve ARDS'ye kadar geniştir. Ekstrapulmoner komplikasyonlar (dermatolojik, nörolojik, kardiyak, gastrointestinal vb.) önemli tanısal ipuçları sağlayabilir.

Tanıda PCR ve serolojik yöntemler kullanılmakla birlikte, PCR kolonizasyonu da gösterebileceği için dikkatli yorum gerektirir. Radyolojik bulgular değişken olup konsolidasyon, plevral efüzyon ve hiler lenfadenopati görülebilir.

Tedavide çocuklarda ilk tercih makrolidlerdir; ancak giderek artan makrolid direnci önemli bir sorun haline gelmiştir. Direnç, özellikle Çin ve Asya ülkelerinde %80-90 düzeyine ulaşırken, Avrupa'da %10, ABD'de bölgesel farklılıklarla %2-80 arasında değişmektedir. Makrolid dirençli olgularda klinik iyileşme gecikir, ateş ve öksürük uzar, yoğun bakım gereksinimi artabilir. Bu durumda tetrasiklinler ve florokinolonlar ikinci basamakta kullanılabilir.

Refrakter pnömonide immün aracılı inflamatuvar yanıt rol oynar. Kortikosteroidler ve IVIG, ağır veya dirençli olgularda fayda sağlayabilir. Steroidler özellikle uzamış ateş ve yüksek inflamatuvar belirteçleri olan hastalarda kullanılmaktadır.

Son yıllarda COVID-19 pandemisi sonrası azalan toplum bağışıklığı nedeniyle vaka sayılarında artış gözlenmiştir. Ayrıca patojenin virülans faktörleri, antijenik değişkenlik ve biofilm oluşturma kapasitesi de daha iyi anlaşılmıştır.

Olgu sunumları ile atipik pnömoninin değişen klinik bulgularına örnekler verilmeye çalışılmıştır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

BOĞMACANIN YENİDEN YÜKSELİŞİ

Elif Kıymet

Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Boğmaca (whooping cough), etkeni *Bordetella pertussis* olan akut ve bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. *B. pertussis* her yaştan bireyi enfekte edebilir. Boğmacalı çocuklar ciddi ve uzun süreli öksürük nöbetleri yaşayabilir; yenidoğanlar ve bebekler için hastalık yaşamı tehdit edici olabilir.

Boğmaca aşısının geliştirilmesi ve yaygın uygulanması, hastalığı uzun yıllar boyunca düşük seviyede tutarak başarıyla kontrol altına almıştı. Ancak, son yıllarda yüksek aşılama oranlarına rağmen pek çok ülkede boğmacanın yeniden yükselişe geçtiği bildirilmiştir.

Boğmacanın yeniden yükselişinin nedenleri incelendiğinde birden fazla etken öne sürülmüştür. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından boğmacanın daha iyi tanınması
- Laboratuvar tanılarına daha fazla erişim ve kullanım
- Halk sağlığı birimlerine daha fazla bildirim yapılması
- Boğmacanın 2-5 yılda bir salgınlar yapması
- Aselüler boğmaca aşılarından sonra bağışıklığın azalması
- 5 yaş üstü çocuklarda ve ergenlerde koruyucu antikor seviyelerindeki düşme
- COVID-19 pandemisi sırasındaki katı önlemler nedeniyle vaka sayılarının azalması, ardından daha fazla duyarlı bireyin birikmesi.

Boğmacayla mücadelede temel stratejiler enfeksiyonu olan bireylerin uygun yönetimini, bulaşın önlenmesini ve duyarlı bireylerin korunmasını kapsar. Aşılama, boğmacanın önlenmesinde en etkili yöntemdir. Yüksek aşılama oranları sürdürülmelidir. 5 yaş üstü çocuklara rapel doz önerilmekte; ayrıca ergenler ve yetişkinler için güvenli ve etkili rapel dozların geliştirilmesi önemlidir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

MİKRO VE NANOPLASTİKLERİN ENDOKRİN BOZUCU ETKİLERİ

Sezer Acar

Çocuk Endokrinolojisi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Yıllar içinde plastik üretiminin büyük ölçüde yaygınlaşması mikroplastiklerin (MP) ve nanoplastiklerin (NP) çevresel etkisini önemli ölçüde artırmıştır. Bu yapılar endokrin bozucu kimyasallar ve çeşitli zararlı bileşikler içerdikleri için deniz ve kara canlıları için bir tehdit haline gelmiştir. MP'ler (1 µm ila 5 mm) ve NP'ler (<1 µm), hipotalamus, hipofiz, tiroid, böbrek üstü, testis ve over gibi endokrin dokular üzerinde zararlı etkilere sahiptir. MP'ler ve NP'ler, plastik üretiminde katkı maddesi olarak yaygın kullanılan bisfenoller, fitalatlar, polibromlu difenil eter, poliklorlu bifenil eter, organotin, perflorlu bileşikler, dioksinler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, organik kirleticiler ve ağır metaller gibi zararlı kimyasalları açığa çıkarır. MP ve NP'ler insan vücuduna öncelikle kirlenmiş gıdaların (özellikle deniz ürünleri) tüketilmesi, havadaki partiküllerin solunması veya direk cilt teması yoluyla girerler. Toksisiteleri boyuta bağlıdır, daha küçük parçacıklar daha fazla emilim ve yüzey alanına sahip olduğundan daha yüksek endokrin bozucu etkiye yol açar. MP'ler ve NP'ler tarafından taşınan veya içinde bulunan çeşitli endokrin bozucu kimyasallar, belirli hormon reseptörleriyle yapısal benzerlikler taşır; bu nedenle normal hormon reseptörlerine etki ederek endokrin bezlerinin hormonal etkisini değiştirirler. MP ve NP'ler hipotalamus-hipofiz-tiroid / adrenal / testis / over ekseni de dahil olmak üzere hipotalamus-hipofiz eksenlerini direk (oksidatif strese yol açarak) ve dolaylı olarak olumsuz etkilediği; ve bunun sonucunda üreme toksisitesine, nörotoksisiteye, sitotoksisiteye, gelişimsel anormalliklere, sperm kalitesinde düşüşe ve immünotoksisiteye yol açtığı gösterilmiştir. Burada, MP ve NP'lerden kaynaklanan çeşitli kimyasal moleküllerin endokrin bezler (hipotalamus, hipofiz, tiroid, adrenal, testis ve over) üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini sunmayı amaçladım.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

PEDİATRİK SEPTİK ŞOK: SICAK MI? SOĞUK MU? TANI VE TEDAVİDE NELER DEĞİŞTİ?

Pınar Yazıcı Özkaya

Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sepsis, enfeksiyona karşı gelişen düzensiz konak yanıtı sonucu ortaya çıkan sık ve karmaşık bir sendromdur. Zamanında tedavi edilmediğinde hızla septik şoka ilerleyebilir; bu durumda çoklu organ disfonksiyonu gelişir ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle ölüm riski artar. Mortaliteyi azaltmak için en kritik nokta, erken tanı ve erken tedavidir.

Phoenix Pediatrik Sepsis Skoru, 2024 yılında tanımlanmış yeni bir değerlendirme sistemidir. Bu skorun amacı, çocuklarda sepsis ve septik şokun tanısını daha objektif ve standardize biçimde koyabilmektir. Sistem, klasik "soğuk–sıcak şok" ayrımının sınırlılıklarını aşmayı hedefleyerek, altı organ sistemini (kardiyovasküler, solunum, renal, hematolojik, hepatik ve nörolojik) kapsayan ölçütler kullanır. Klinik bulgularla birlikte laboratuvar verileri de dâhil edilerek puanlama yapılır; her organ disfonksiyonu derecesine göre puan alır ve toplam skor sepsis şiddetini yansıtır

Uzun yıllar boyunca şok, klinik bulgulara göre "soğuk şok" ve "sıcak şok" olarak sınıflandırılmıştır. Soğuk şokta düşük kardiyak output ve yüksek sistemik vasküler direnç, sıcak şokta ise yüksek kardiyak output ve düşük sistemik vasküler direnç olduğu düşünülür. Çocuklarda daha çok soğuk şok, erişkinlerde ise sıcak şok fenotipinin baskın olduğu klasik bilgi olarak aktarılmıştır. 2020 sonrası yayımlanan ESPNIC ve SCCM rehberleri, tedavi kararlarının yalnızca " sıcak /soğuk" ayrımına göre verilmemesini önermektedir. Eski rehberlerde "soğuk şok → inotrop, sıcak şok → vazopressör" yaklaşımı varken, güncel rehberler fizyolojik hedeflere yönelmiştir. Bu hedefler arasında yaşa uygun ortalama arter basıncı, laktat temizlenmesi, santral venöz oksijen satürasyonu ve organ perfüzyon bulguları yer almaktadır. Dopamin artık önerilmemekte, epinefrin ve norepinefrin birinci basamak ajanlar olarak tercih edilmektedir. Ayrıca, sıvı tedavisinde de önceki agresif bolus stratejisinden ziyade daha kısıtlı ve hedefe yönelik yaklaşımlar önerilmektedir.

Sonuç olarak, pediatrik septik şokta "sıcak mı soğuk mu?" sorusu tek başına artık tedaviyi yönlendiren bir kriter değildir. Güncel yaklaşım, klinik değerlendirmeyi tamamen terk etmeden, onu fizyolojik hedefler ve multimodal monitörizasyonla desteklemektir. Böylece, hem daha doğru şok sınıflaması yapılabilir hem de seçilen vazoaktif tedavilerin sonuç üzerindeki etkisi daha iyi değerlendirilebilir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ARDS'Yİ YÖNETMEK İÇİN NELERE İHTİYACIM VAR?

Fatih Durak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Akut respiratuvar distres sendromu (ARDS), çocuklarda erişkinlere göre farklı epidemiyoloji, patofizyoloji ve klinik seyir gösteren, ciddi hipoksemik solunum yetmezliği tablosudur. Uzun yıllar erişkin tanım ve kriterlerinin çocuklara uygulanması, pediatrik ARDS'nin (PARDS) gerçek prevalansını ve yönetim stratejilerini gölgeledi. Bu nedenle 2015'te PALICC tarafından çocuklara özgü bir tanım geliştirilmiş, 2023 yılında PALICC-2 ile güncellenmiştir (1,2).

Tanı, yaş ve etiyolojiye göre perinatal dönem hastalıklarının dışlanması, hipokseminin ilk bir hafta içinde gelişmesi, kardiyak nedenlerle açıklanamayan pulmoner ödem varlığı ve yeni akciğer infiltratlarının saptanmasına dayanır (1). Oksijenlenme değerlendirmesinde erişkinlerde kullanılan PaO_2/FiO_2 oranının sınırlılıkları nedeniyle çocuklarda Oksijenasyon İndeksi (OI) ve Oksijen Satürasyon İndeksi (OSI) önerilmektedir (2,3,4).

Tedaviye özgül bir farmakolojik ajan bulunmadığından, yönetim temel olarak altta yatan nedenin tedavisi, akciğer koruyucu mekanik ventilasyon stratejileri ve destekleyici yaklaşımlara odaklanır. Yüksek PEEP, düşük tidal volüm, permisif hiperkapni ve hipoksemi stratejileri ön plandadır. Noninvaziv ventilasyon seçilmiş olgularda invaziv ventilasyona alternatif olabilir; ancak yakın izlem gerektirir (2). Dirençli olgularda prone pozisyon, nitrik oksit, yüksek frekanslı osilatör ventilasyon ve ECMO kurtarıcı tedaviler olarak değerlendirilebilir (1,2).

Sonuç olarak, PARDS yönetimi multidisipliner, dinamik ve yaşa özgü parametreler üzerinden yapılandırılmalıdır. Pediatristlerin, yoğun bakım uzmanlarıyla iş birliği içinde güncel PALICC-2 önerilerini bilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik önem taşır.

Kaynaklar

1. Emeriaud G, López-Fernández YM, Iyer NP, et al. *Executive summary of the second international guidelines for the diagnosis and management of pediatric acute respiratory distress syndrome (PALICC-2).* Pediatr Crit Care Med. 2023;24(2):143-168.
2. Yıldızdaş D, Aslan N. *Pediatric acute respiratory distress syndrome updates in the light of the PALICC-2 guidelines.* Turk Arch Pediatr. 2025;60(4):362-371.
3. Wu SH, Kor CT, Chi SH, Li CY. Categorizing acute respiratory distress syndrome with different severities by oxygen saturation index. *Diagnostics (Basel)*. 2023;14(1):37.
4. Thomas NJ, Shaffer ML, Willson DF, Shih MC, Curley MAQ. Defining acute lung disease in children with the oxygenation saturation index. Pediatr Crit Care Med. 2010;11(1):12-17.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ANEMIA IN CHILDHOOD

Sujit Sheth

New York Presbyterian Phyllis and David Komansky Children's Hospital

Dr. Sheth will discuss the approach to anemia in children. He will provide different classifications of anemia based on mechanism, and then discuss the differential diagnosis of each. He will discuss the nuances of the hemogram, and then focus some time on the most common cause of anemia in children- iron deficiency.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KAN DEĞİŞİM SINIRINDA SARILIKLI BEBEĞE YAKLAŞIM

Coşkun Armağan

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Kan değişim transfüzyonu (exchange transfusion), yenidoğanda bilirubin nörotoksisitesini önlemek amacıyla uygulanan, yüksek riskli ancak hayat kurtarıcı bir girişimdir. Temel hedef, dolaşımdaki bilirubini ve hemolitik olgularda antikor kaplı eritrositleri uzaklaştırarak kernikterus gelişme riskini azaltmaktır. En sık endikasyon, alloimmün hemolitik hastalığa bağlı ciddi indirekt hiperbilirubinemi olup, bunun dışında fototerapiye yanıtsız ağır hiperbilirubinemi, akut bilirubin ensefalopatisi, ağır anemi veya nadiren metabolik bozukluklar da işlem gerektirebilir. G6PD eksikliği, sepsis, asfiksi, asidoz gibi risk faktörleri varlığında ise eşik değerler daha düşük tutulur.

İşlem öncesinde en önemli basamak, endikasyonun kesin olarak belirlenmesidir. Toplam serum bilirubin düzeyinin değişim sınırını aşması, hızlı yükselme eğilimi, fototerapiye yetersiz yanıt veya ensefalopati bulgularının varlığı acil müdahale gerektirir. Karar verildiği anda yoğun fototerapi başlatılır ve işlem bitimine kadar sürdürülür. Ebeveynlere durum ayrıntılı olarak anlatılır, işlem ve olası riskler hakkında bilgilendirme yapılarak yazılı onam alınır. Kan bankası ile derhal iletişime geçilerek uygun kan ürünleri hazırlanır; bu ürünlerin hematokritinin uygun, antijen-negatif, lökosit filtreli, CMV negatif, ışınlanmış ve mümkün olduğunca taze olması sağlanır. Vasküler erişim sağlanarak, işlem öncesi bazal laboratuvar tetkikleri (bilirubin, tam kan sayımı, elektrolit, vb.) alınır. Ayrıca resüsitasyon ekipmanının ve gerekli acil ilaçların hazır olması sağlanır.

Kan değişimi genellikle çift volümlü olarak uygulanır; term bebeklerde yaklaşık 160mL/kg, pretermlerde ise 200mL/kg kan değiştirilerek dolaşımın yaklaşık %85'i yenilenir ve bilirubin düzeyinde %50'ye yakın düşüş elde edilir. İşlem sonrası fototerapiye devam edilir. Tüm süreçte hipokalsemi, hipoglisemi, aritmi, hemodinamik instabilite, koagülopati, nekrotizan enterokolit ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından dikkatli izlem şarttır. Zamanında karar verme, eksiksiz hazırlık ve multidisipliner ekip çalışması, morbidite ve mortaliteyi belirgin şekilde azaltır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ŞOKTAKİ YENİDOĞAN BEBEĞE YAKLAŞIM

Burçin İşcan

İzmir Tınaztepe Üniversitesi

Şok, doku perfüzyonunun yetersizliği ile karakterize edilen, hücrelerin metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak kadar oksijen ve besin alamaması sonucu gelişen, dolaşım bozukluğu ve tansiyon düşüklüğü ile seyreden hayatı tehdit eden hemodinamik dengenin bozulduğu klinik bir sendromdur. Hemodinami kardiyovasküler sistemin (KVS), kanın oksijen taşıma kapasitesinin ve dokunun otoregülasyon yeteneğinin hep birlikte hedef organın normal fonksiyon görmesini sağlamasıdır. KVS fizyolojisi yenidoğan hemodinamisinin en önemli öğesidir. Burada değerlendirilen sadece kalp olmayıp, damarların tonusu, akciğerlerin sağlıklı biçimde oksijen sağlayıp sağlamadığı ve dolaşımda yeterli hemoglobin (Hb) olup olmadığı hep birlikte değerlendirilir. Kan Basıncı ölçmesi en kolay, bu nedenle de en sık kullanılan doku perfüzyonu belirtecidir. Hipotansiyonu değerlendirirken KB'yi oluşturan faktörler dikkate alınmalıdır. Bir yenidoğan bebeğin hemodinamik olarak iyi durumda olup olmadığını söyleyebilmek için sadece klinik gözlem ve kan basıncının kullanımı günümüzde artık yeterli kabul edilmemektedir. Neonatal hemodinamiye modern yaklaşımda kardiyak fonksiyonlar, kardiyak output'un, damar direncinin ve doku oksijen tüketimini çeşitli yöntemlerle değerlendirilmesi ile yeni ufuklar açılmıştır. İnotroplar miyokard üzerine etki ederek kalp kontraksiyonunu artırır ve kardiyak debiyi artırırlar. İnotropların çoğu kalp hızı ve vasküler tonusu da etkiler. Vazopressörler vasküler yatakta vazokonstrüksiyonla KB'de artışa yol açan ajanlardır. İlaçlar, inotropik ve vazopressör olarak sınıflansa da bazıları (ör., dopamin ve adrenalin) verilen doza göre her iki etkiyi de göstermektedir. Gebelik haftası ve postnatal yaşa göre matürasyon farklılıkları adrenerjik ve dopaminerjik reseptör ekspresyonunu ve dolayısıyla kardiyovasküler yanıtı değiştirmektedir. Hangi yenidoğanda hangi ajanın seçileceği halen devam eden tartışma konusu olmakla birlikte, hemodinamik bozulma durumundaki altta yatan fizyopatolojinin anlaşılması nedene yönelik uygun tedavilerin seçilmesi sağlar.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

HEMATÜRİLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM OLGU SUNUMU

Gizem Yıldız

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Hematüri, çocukluk çağında sık karşılaşılan ve tek başına tanıdan çok klinik bir uyarı olarak görülmesi gereken bir bulgudur. Tanım, santrifüjlenmiş idrarda yüksek büyütmede sahada >3-5 eritrosit/HPF ya da taze, santrifüjsüz orta akım idrarda >5 eritrosit/µL saptanmasıdır. Etyoloji geniştir: enfeksiyon, hiperkalsiüri ve nefrolitiyazis, travma, egzersiz, yapısal anomaliler ve nutcracker sendromu gibi non-glomerüler nedenler ile postenfeksiyöz glomerülonefrit, IgA nefropatisi, lupus nefriti ve Alport sendromu gibi glomerüler hastalıklar ön plandadır. Persistan hematüri, özellikle proteinüri eşlik ettiğinde, ileride kronik böbrek hastalığı için bağımsız bir risk belirtecidir; bu nedenle sistematik değerlendirme şarttır. İlk yaklaşımda dipstikle saptanan kan varlığı mikroskopiyle doğrulanmalı; dismorfik eritrosit ve eritrosit silendirleri glomerüler kökeni düşündürürken, kristalüri non-glomerüler nedenleri destekler. Eşlik eden belirtiler (ateş, dizüri, kolik ağrı, ödem, hipertansiyon), aile öyküsü ve son infeksiyon/ilaç/egzersiz öyküsü ayırıcı tanıyı yönlendirir. Laboratuvarda tam idrar tahlili ve kültür, spot protein/kreatinin ve kalsiyum/kreatinin oranları, tam kan sayımı, kreatinin ve kompleman C3–C4 klinik bağlama göre seçilerek istenir. Ultrasonografi birinci basamak görüntülemedir; nutcracker sendromu kuşkusunda böbrek ven doppler USG eklenir. Proteinüri, hipertansiyon, eGFR azalması, kalıcı C3 düşüklüğü veya nefritik sendrom gibi alarm bulgularında çocuk nefrolojisine sevk ve uygun hastada böbrek biyopsisi gereklidir. Çocuklarda hematüri multidisipliner yaklaşım gerektirir. Ayrıntılı öykü, muayene ve laboratuvar bulguları tanı için kritiktir. Burada anlatılan glomerüler ve non-glomeruler kaynaklı hematürisi olan olgular sistematik yaklaşımın önemini göstermektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

MİKROPLASTİKLERİN ÇOCUK BESLENMESİNDEKİ YERİ

Yeliz Çağan Appak

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme

Mikroplastikler (MP) 5 mm'den küçük plastik parçacıklar olarak tanımlanmaktadır. Bir µm'den küçük (=1000 nm'den küçük) plastik parçalarına ise nanoplastikler denmektedir. Gıdada, suda ve solunan hava/ev içi tozda yaygındırlar. Gıdalara ve içeceklere ambalaj, işlem ekipmanı, kapak/ boya kaplamaları veya hazırlama/saklama sırasında sürtünme ve ısı etkisiyle salınarak karışabilir. Özellikle bebek ürünlerinde ısı ve çalkalama mikroplastik parçacık salımını arttırmaktadır. Bebek biberonları (özellikle polipropilen (PP) biberonlar) mama hazırlama sırasında 1,3–16,2 milyon partikül/L düzeyinde MP salınımı yapabilmektedir ve ısı arttıkça salınımda artmaktadır. Biberon uçları, oyuncaklar ve ev içi toz özellikle yürüme ve ağıza götürme döneminde anlamlı MP kaynağı olabilmektedir. Plasenta ve anne sütünde MP varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Şişe içme sularında musluk suyuna kıyasla daha yüksek MP seviyeleri bildirilmektedir.

MP'nin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri son yıllarda artan sayıda çalışma ile gösterilmektedir. Oksidatif stres düzeyinde, MP'nin hücrelerde reaktif oksijen radikallerinin üretimini artırarak lipid peroksidasyonu, DNA hasarı ve mitokondriyal disfonksiyona yol açtığı bildirilmiştir. Bu durum, özellikle kronik inflamatuvar süreçleri tetikleyebilmektedir. Mikrobiyata açısından da MP'nin bağırsak mikrobiyal çeşitliliğini azalttığı, yararlı bakterilerin oranını düşürdüğü ve patojenik türlerin kolonizasyonuna zemin hazırladığı gösterilmiştir. Buda disbiyozis üzerinden metabolik ve immünolojik bozukluklara katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca MP'nin bağırsak epitel bariyerini bozarak bağırsak geçirgenliğinde artışa neden olduğu, toksik bileşiklerin ve inflamatuvar belirteçlerin sistemik dolaşıma geçişini kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Solunum yoluyla alınan MP'nin akciğer dokusunda birikerek epitel bütünlüğünü bozduğu ve inflamasyonu artırdığına dair bulgular da mevcuttur. Bunlara ek olarak literatürde MP'nin immün yanıtın düzensizleşmesi, endokrin bozucu etkiler, hepatotoksisite, nörotoksisite ve kardiyovasküler risk artışıyla ilişkili verileri bulunmaktadır.

Beslenmede MP'den çocukların korunması için formül ile beslenen bebeklerde cam biberon veya paslanmaz çelik tercih edilmelidir, mümkün değilse PP biberon kullanırken sıcak sıvının plastikle teması azaltılmalıdır. Biberon kaynar suyla sterilize edildikten sonra oda ısısında steril su ile birkaç kez çalkalanabilir. Formülü plastik olmayan bir kapta ≥70 °C suyla hazırlayarak, oda ısısına kadar soğutup, sonra biberona aktarılabilir. Anne sütü saklamada cam kap tercih edilmeli, saklama poşeti/PP kap kullanılıyorsa kaynar sıvı temasından kaçınılmalıdır. Musluk suyu partikül tutucu filtreler gibi uygun filtrelenmesi sonrası, şişe suyuna kıyasla daha düşük MP içerebilir. Sıcak içecekler plastik kap ve bardakta bekletilmemelidir. Cam ve çelik tencereler, saklama kapları, kaşık ve kaplar kullanılmalıdır. Plastik tek kullanımlık ürünler (pipet, tabak) mümkün olduğunca azaltılmalıdır. Ev içinde ıslak silme ve HEPA süpürme ile tozun azaltılması, bebek oyun alanında tekstil lif dökülmesi yüksek çok tüylü battaniye gibi ürünleri sınırlamak MP maruziyetini azaltabilir.

MP'nin çocuk beslenmesindeki varlığı sağlık açısından bir tehdit oluşturmaktadır. Ailelerin bu konuda eğitilmesi, bilinçli gıda tercihlerinde bulunmaları, ambalajsız ve doğal ürünleri tercih etmeleri ve çocukların beslenme alışkanlıklarını sağlıklı bir zeminde şekillendirmeleri önemlidir. Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimleri için, MP kirliliğinin azaltılması önemli bir çevresel ve halk sağlığı sorunudur. MP maruziyetinin önlenmesi için sıkı çevre politikaları ve toplum temelli eğitim programları ile gerekmektedir.



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ÇOCUK BESLENMESİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİR DİYETLER

Sevim Çakar

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocukluk dönemi, sağlıklı büyüme ve gelişmenin yanı sıra yaşam boyu sürecek beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı kritik bir dönemdir. Bu nedenle çocuklarda sürdürülebilir beslenme hem bireysel sağlık hem de çevresel sürdürülebilirlik açısından özel önem taşımaktadır. Sürdürülebilir beslenme; yeterli enerji ve besin öğelerini sağlayan, aynı zamanda çevresel etkileri en aza indiren ve kültürel olarak kabul edilebilir beslenme modellerini ifade eder (FAO & WHO, 2019).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, çocuklarda bitkisel kaynaklı besinlerin artırılması, işlenmiş gıdaların sınırlandırılması ve yerel, mevsimsel ürünlerin tercih edilmesinin hem obezite ve metabolik hastalıkların önlenmesinde hem de ekosistem üzerindeki yükün azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (Springmann et al., 2018; Willett et al., 2019). Özellikle okul çağı çocuklarında sağlıklı beslenme eğitimi ve okul yemek programlarının sürdürülebilir ilkelere uygun olarak planlanması, davranış değişikliğini destekleyen kanıta dayalı yaklaşımlar arasında öne çıkmaktadır.

Türkiye'de de sürdürülebilir beslenme konusunda farkındalık artmakta, çocuk sağlığı politikalarında çevre dostu ve sağlıklı beslenme önerileri giderek daha fazla yer bulmaktadır. Pediatristler, ebeveynler ve eğitim kurumlarının işbirliğiyle yürütülecek multidisipliner yaklaşımlar, gelecek nesillerin hem sağlıklı hem de çevreye duyarlı beslenme alışkanlıkları kazanmasında belirleyici olacaktır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

EKRAN MARUZİYETİ, UYKU SÜRELERİ VE PUBERTE

Erdem Durmaz

Ergenlik (puberte) fiziksel, duygusal ve bilişsel değişimle beraber çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir.

Kız çocuklarında 8 yaşından önce, erkek çocuklarında 9 yaşından önce başlayan ergenliğe erken ergenlik denir.

Ergenlik başlama zamanını ve ilerleme hızını etkileyen birçok faktör vardır (genetik faktörler, obezite, sosyoekonomik koşullar, fiziksel ve ruhsal stres, kronik hastalıklar, çevresel endokrin bozucular).

Son yıllarda hem gerçek erken ergenlik hem de kısmi erken ergenlik görülme sıklığında artış olduğuna yönelik çalışmalar yayınlanmaktadır.

Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, çocuklarda artan obezite sıklığı ve/veya çevresel endokrin bozuculara maruziyeti olabileceği düşünülmektedir. Covid pandemisi sonrası dünya genelinde erken ergenlik sıklığında daha da artış olması başka sebepler olabileceğini de düşündürmektedir.

Artmış ekran maruziyeti gerek sedanter yaşam nedeniyle yağ dokusu artış, leptin ve insülin değerlerinde artış ve sonucunda hipotalamik- pitiuter-gonad aks erken aktivasyonu yapabilirken, özellikle tablet ve telefonların uzun süre kullanılması, mavi ışık maruziyeti nedeniyle melatonin seviyesinin düşük olması ve GnRH pulslarının baskılanmasında azalma /erken aktivasyon sebep olabileceği düşünülmektedir. Melatonin düşüklüğünün bir sebebi de uyku süresinin kısa olması ile olabilmektedir. Ayrıca kronik uyku bozukluklarının da obezite, insülin direnci, oreksin eksikliğinin de erken ergenlikte risk oluşturabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak özellikle erken ergenlik riski açısından ailelere çocuklarının televizyon, tablet ve telefon kullanım süresinin kısıtlanması ve uyku süresinin düzenli ve yeterli miktarda olması konusunda bilgilendirilmesi uygun olacaktır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

AĞIR DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Mehtap Ertekin

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Demir eksikliği anemisi (DEA), çocukluk çağının en sık karşılaşılan anemi nedenidir ve global ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Çocuklarda günlük demir gereksinimi 0,8–1,5 mg olmakla birlikte, diyetle alınan demirin yalnızca yaklaşık %10'u emilebilmektedir. Demir metabolizmasının temel düzenleyicisi olan hepsidin, ferroportin aracılığıyla gastrointestinal sistemden ve makrofajlardan demirin dolaşıma geçişini kontrol etmektedir. Kronik inflamatuvar süreçler ve obezite, hepsidin ekspresyonunu artırarak demir biyoyararlanımını azaltmakta ve DEA gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Klinik yansımalar arasında solukluk, halsizlik, iştahsızlık, koilonişi ve taşikardi yer almakta; laboratuvar bulgularında düşük Hb, MCV, serum demiri ile yüksek TDBK ve RDW dikkati çekmektedir. Periferik yaymada hipokromi ve mikrositoz tipiktir.

Üç olgu bu durumu örneklemektedir. Birinci olgu, anne sütü kesildikten sonra yetersiz beslenen ve profilaksi almayan 1,5 yaş kız çocuğunda ağır anemi tablosudur. İkinci olgu, menarş sonrası tekrarlayan ve yoğun menstruel kanamalar nedeniyle ciddi anemi gelişen 14 yaş kız hastadır. Üçüncü olgu ise kronik paraziter enfeksiyon öyküsü olan 14 yaş erkek hastada malabsorbsiyon ve demir kaybına bağlı ağır anemi tablosudur.

Tedavide öncelik etiyolojik nedenin ortadan kaldırılması, beslenmenin düzenlenmesi ve elementer demir replasmanıdır. Oral demir tedavisi ilk seçenektir; emilim bozukluğu veya intolerans varlığında parenteral preparatlar tercih edilmektedir. Eritrosit transfüzyonu yalnızca yaşamı tehdit eden durumlarda endikedir.

Sonuç olarak DEA, çocukluk çağında morbidite ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen, ancak erken tanı, uygun tedavi ve profilaktik yaklaşımlarla büyük ölçüde önlenebilir bir hematolojik sorundur.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

OLGULARLA KANAMA DİYATEZİNE YAKLAŞIM

Sultan Okur Acar

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Kanama diyatezi, primer hemostaz, sekonder hemostaz veya fibrinoliz basamaklarındaki bozukluklara bağlı olarak artmış kanama eğilimini ifade eder. Hemostaz süreci; damar hasarı sonrası vazokonstriksiyon, trombosit adhezyonu ve agregasyonu, koagülasyon faktörlerinin aktivasyonu ve fibrin pıhtısının oluşumu ile doku bütünlüğünün korunmasını sağlar. Bu basamakların herhangi birinde meydana gelen aksama, klinik olarak değişik şiddetlerde kanama tablolarına yol açabilir.

Klinik değerlendirmede ayrıntılı öykü ve fizik muayene kritik öneme sahiptir. Spontan, tekrarlayan, atipik lokalizasyonlu veya küçük travmalar sonrası beklenmedik şiddette ortaya çıkan kanamalar, demir tedavisi ya da transfüzyon gerektirmiş öyküler tanı açısından yol göstericidir. Öyküde topuktan kan alma, göbek düşmesi, aşılamalar, cerrahi girişimler (sünnet, adenotonsillektomi), diş çekimleri ve adet kanamaları mutlaka sorgulanmalıdır.

Laboratuvar değerlendirme basamaklı şekilde yapılmalıdır. İlk basamak tarama testleri; tam kan sayımı, periferik yayma, PT, aPTT, fibrinojen düzeyi ve kanama zamanı olup, ileri incelemeler gerekirse karışım testi, faktör düzeyleri, trombosit fonksiyon testleri, von Willebrand faktör analizleri ve fibrin yıkım ürünleri çalışılmalıdır.

Sunumda çocukluk çağında kanama diyatezine yol açan farklı klinik tablolar olgu örnekleri üzerinden aktarılacaktır. İlk olgu Glanzmann trombastenisi olup, normal trombosit sayısı ve normal PT/aPTT ile seyreden, agregasyon bozukluğu sonucu ortaya çıkan bir tabloyu göstermektedir. İkinci olgu Tip 3 von Willebrand hastalığı olup, ağır faktör eksikliği nedeniyle hemartroz ve mukozal kanamalarla karakterizedir. Üçüncü olgu immün trombositopenik purpura (İTP), viral enfeksiyon sonrası gelişmiş izole trombositopeni ile sunulmaktadır. Dördüncü olgu ise akut lenfoblastik lösemi (ALL) olup, sitopenilerle birlikte kanama diyatezinin malign nedenlerine dikkat çekmektedir.

Bu olgular ışığında kanama diyatezinde tanısal yaklaşım ve tedavi stratejilerinin önemi vurgulanacaktır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

AKREP SOKMASI VE YILAN ISIRIĞI

Yüksel Bıcılıoğlu

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı

Akrep sokması: Tüm dünyada yaklaşık 18 aileden 1500 tür akep vardır. Antarktika hariç tüm kıtalarda bulunurlar. Tüm dünyada her yıl yaklaşık olarak 1 milyon akrep sokmasına bağlı envenomasyon meydana gelmektedir. Türkiye'de bugüne kadar Buthidae, Chactidae, Scorpionidae ve Iuridae ailelerine ait 8 aile içinde 13 tür tespit edilmiştir. *Androctonus crassicauda*, *Leiurus quinquestratus, Mezobuthus gibboussus ve Mezobuthus eupeus* türleri envenomasyon vakalarının çoğundan sorumludur.

En önemli ve ciddi klinik bulgulara neden olan; α-toksindir. Bu toksin yavaş sodyum voltaj kanallarının inaktivasyonunu inhibe eder. Depolarizasyon sürecinin uzaması ve nöronal eksitasyona neden olur. *Androctonus* , *Buthus* , *Leiurus* , *Mesobuthus* ve *Tityus* türleri otonomik fırtına kliniği oluşturur.

Lokal etkiler: Sokmaların %66 ila %90'ında; lokal ağrı, parestezi ve cilt değişiklikleri (şişlik, eritem ve piloereksiyon)

Sistemik etkiler: Akrep türüne bağlı olarak, otonomik fırtınanın sistemik etkileri sokmadan sonraki 30 dakika gibi kısa bir sürede ve genellikle dört saat içinde ortaya çıkar.

Sokma bölgesi temizlenmeli ve gerektiğinde tetanoz profilaksisi sağlanmalıdır. Turnike, lokal insizyon, potasyum permanganat, bitkisel ilaç uygulaması; enfeksiyon ve kangren riski nedeniyle önerilmez. Sistemik bulgu varlığında temel tedavi antivenomdur. Doz yaş ve kilodan bağımsız olarak 1 ampul 50 ml SF içerisinde İV 30 dk infüzyon şeklinde uygulanır. Otonomik bulgu varlığında antivenom ile birlikte PO Prazosin 0,03 mg/kg (maks 0,5 mg) önerilir. Yanıt yetersiz ise; 3-6 saatte bir tekrarlanabilir. Prazosin 'e alternatif olarak Doksazosin 0,05mg/ kg kullanılabilir. Tedavide antihistaminik ve steroidlerin yeri yoktur.

Yılan Isırığı: Türkiye'de 6 familyaya zehirli ve zehirsiz yılan türleri mevcuttur. 59 yılan türünden 17'si zehirlidir. Bu türlerin; 14'ü Viperidae, 2'si Colubridae, 1'i Elapidae' dır. Büyük çoğunluğu Avrupa'da yaşayanlar ile aynı özelliklere sahiptir.

Klinik görünüm**;** yılanın türüne, boyutuna yaşına, yakın geçmişte başka bir canlıya venom enjekte etmesine, ısırılan yere enjekte edilen venom miktarına, kurbanın yaşına, kilosuna ve sağlık durumuna göre değişir. Türkiye'de yaşayan zehirli türler doku yıkımının belirgin olduğu ağır lokal reaksiyon ve koagülopatinin neden olduğu sistemik bulgulara neden olurlar. Hasta dişeti kanaması, girişim yerlerinden sızıntı şeklinde kanama ve burun kanaması, Hemetemez, hemotokezya ve iç organ kanamaları, nadiren intrakranial kanama ve inme ile başvurabilir. İstenecek laboratuvar tetkikleri klinik bulgular ve o bölgedeki yılan cinslerinin toksik etkilerine göre planlanmalıdır.

Yılan ısırıklarının önemli bir kısmında lokal veya sistemik zehirlenme bulguları oluşmaz (kuru ısırık). Fakat tüm olgular zehirlenme bulguları olsun veya olmasın hastanede gözlem altında tutulmalı ve 12-24 saat izlenmelidir.

Temel tedavi Antivenomdur. Ciddi yan etkileri vardır fakat mümkünse **endikasyonu olan** tüm hastalara uygulanmalıdır.Etkinliği ilk 4 saatte en fazla, 8 saat sonra etkinliği azalır. Acil servis veya yoğun bakım koşullarında verilmeli anaflaksi açısından yakın takip yapılmalıdır. Erişkin ve çocuk dozu aynıdır. Orta şiddette zehirlenme de 5-9 vial, şiddetli zehirlenme 10-15 vial (gerekirse daha fazla) verilir. Ayrıca bulgularına göre destek tedavisi verilir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

IMMUNGLOBULIN A VASKÜLITI

Raziye Burcu Taşkın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Immunglobulin A vasküliti (IgAV) küçük çaplı damarlarda IgA baskın immün kompleks biriminin ön planda olduğu çocukluk çağının en sık görülen primer sistemik vaskülitidir. Olguların % 90'dan fazlası 10 yaş altındadır ve hastalığın ortalama görülme yaşı 4-7 yaştır. Epidemiyolojik çalışmalarda IgAV'nin sonbahar ve kış aylarında daha görüldüğü saptanmıştır. Enfeksiyonların, bazı ilaçların ve genetik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici rolü olduğu gösterilmiştir. Patogenezde, anormal şekilde glikozillenmiş IgA1'e karşı gelişen IgG antikorları ile oluşan immün komplekslerin damar duvarında birikerek kompleman sistemini (alternatif ve lektin yolu) aktive ettiği düşünülmektedir. Bu süreç, proinflamatuar yanıtı tetikler ve organ hasarına yol açar. Hastalığın klasik bulguları palpabl purpura, eklem ağrısı, gastrointestinal şikayetler ve renal tutulumdur. Tanıda fizik muayene, idrar tahlili ve böbrek fonksiyon testleri temel yaklaşımlardır. Atipik durumlar varlığında biyopsi tanıda yardımcıdır. Küçük damar vasküliti düşünülen bir hastada 2008 Ankara kriterlerine göre palpabl purpuraya; karın ağrısı, eklem bulguları, renal tutulum ya da cilt biyopsisinde histopatolojik olarak IgA birikiminin ön planda olduğu lökositoklastik vaskülitin gösterilmesi bulgularından en az birinin eşlik etmesi durumunda tanı konulmaktadır. Prognozu belirleyen akut dönemde gastrointestinal tutulum, kronik dönemde ise renal tutulumun şiddetidir. Özellikle ağır cilt lezyonları ve ciddi GIS tutulumu olan vakalarda nefrit riski daha yüksektir. Hafif vakalarda tedavi genellikle semptomatik olup NSAİİ ve istirahat yeterlidir. Şiddetli karın ağrısı, kusma gibi durumlarda intravenöz sıvı desteği verilir. Kortikosteroidler, özellikle gastrointestinal semptomları hafifletmekte etkilidir; ancak nefriti önlemede yetersizdir. Şiddetli renal tutulumda immünsüpresif veya biyolojik ajanlar kullanılabilir. Nefrit varlığında hastaların uzun süreli izlemi önerilir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

OLGULARLA DİĞER VASKÜLİTLER

Süleyman İmamoğlu

Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Vaskülitler, çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte, multisistemik tutulumları ve heterojen klinik seyirleri nedeniyle tanı ve tedavide önemli zorluklar oluşturur. Bu sunumda üç farklı olgu üzerinden diğer vaskülit formlarının klinik özellikleri, tanısal süreçleri ve tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

İlk olgu; uzamış ateş, kilo kaybı ile başvuran, fizik muayenede radial nabızlarda zayıflık saptanan ve Takayasu arteriti tanısı alan bir hastadır. Bu vaka, uzamış ateş ve konstitüsyonel semptomlar eşliğinde büyük damar vaskülitlerinin akılda tutulması gerektiğini ve fizik muayenenin önemini vurgulamaktadır.

İkinci olgu; halsizlik, derin anemi ve renal fonksiyon bozukluğu ile başvuran bir adolesandır. Üst solunum yolu tutulumu ve akciğer tutulumunun eşlik etmesi ve renal biyopsi bulguları, granülomatozis polianjiitis (GPA) tanısına götürmüştür. Olgu, anemi ayırıcı tanısında kronik hastalık anemisinin önemini ve multisistemik bulguların vaskülit tanısında önemini göstermektedir.

Üçüncü olgu; ateş, poliartralji, ciltte nodüller ve kutanöz nekroz ile seyreden, biyopsi sonrası poliarteritis nodosa tanısı alan bir çocuk hastadır. Vaskülitlerin cilt tutulum bulgularını ve biyopsinin önemini göstermesi bakımından önemlidir.

Bu olgular, çocukluk çağında vaskülitlerin farklı klinik spektrumunu ortaya koymakta ve tanıda ayrıntılı öykü, dikkatli fizik muayene ile geniş laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ÇOCUKLARDA AKUT KAS GÜÇSÜZLÜĞÜ: OLGULAR EŞLİĞİNDE KLİNİK YAKLAŞIM

Hande Gazeteci Tekin
Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş
Çocukluk çağında akut güçsüzlük, primer motor korteksten kas liflerine kadar uzanan nöroanatomik yolakların herhangi bir düzeyinde ani gelişen işlev kaybı olarak tanımlanır. Nadir görülmekle birlikte sıklıkla yaşamı tehdit edici nedenlere bağlıdır ve hızlı tanı ile acil müdahale gerektirir. Etyoloji, santral sinir sistemi lezyonlarından periferik sinir, nöromüsküler kavşak ve kas hastalıklarına kadar geniş bir spektrumda yer alır. Ayrıntılı öykü, fizik muayene ve uygun tanısal testler ile anatomik lokalizasyonun belirlenmesi kritik öneme sahiptir. Bu sunumda akut güçsüzlüğün farklı nedenleri olgular eşliğinde tartışılmıştır.

Yöntem
Klinik uygulamada karşılaşılan olgular üzerinden çocukluk çağı akut güçsüzlük nedenleri, klinik özellikleri, tanısal yaklaşım ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmiştir. Tanısal algoritmalar; nörolojik muayene, nörogörüntüleme, elektrofizyolojik incelemeler ve laboratuvar testlerini içermektedir.

Bulgular
Olgulardan ilki santral nedenli hemiparezi ve afazi ile başvurmuş, postiktal (Todd) paralizi ayırıcı tanıda öne çıkmıştır. İkinci olguda glob ve kuadriparezi ile başvuru sonrası spinal MRG'de longitudinal olarak geniş yerleşimli transvers miyelit saptanmıştır. Üçüncü olgu, başlangıçta poliomyelit ön tanısı alan, ancak Guillain–Barré sendromu tanısı konulan akut flask paralizi olgusudur. Ayrıca miyastenik kriz, botulizm, kene paralizisi, akut viral miyozit, metabolik nöropatiler ve toksinlere bağlı güçsüzlük nedenleri de tartışılmıştır. Hızlı ilerleme, sfinkter disfonksiyonu, solunum etkilenmesi ve enfeksiyon/aşı öyküsü önemli uyarı bulguları olarak vurgulanmıştır.

Sonuç
Çocuklarda akut güçsüzlük geniş ve yaşamı tehdit eden bir ayırıcı tanıya sahiptir. Yapısal bir değerlendirme ile hızlı lokalizasyon ve etiyolojiye özgü tedavi morbidite ve mortaliteyi önlemede kritik önemdedir. Olgu temelli yaklaşım, klinik değişkenliğin anlaşılmasını ve disiplinler arası iş birliğini güçlendirir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

AKUT BRONŞİOLİT: TEDAVİDE NE DEĞİŞTİ?

Özlem Başpınar Üzüm

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Akut bronşiolit iki yaş altında görülen viral etkenlerin sebep olduğu, öykü ve fizik muayene ile tanısı konulan bir alt solunum yolu enfeksiyonudur. Akut bronşiolit tanısında öykü, fizik muayene yeterlidir ve laboratuvar ile görüntüleme tetkiklerine gerek yoktur. Olgu kliniğine göre hafif, orta, ağır olarak değerlendirilir, bronşiolit skoru hesaplanır ve risk faktörleri gözetilerek ayaktan veya yatarak izlemine karar verilir. Her enfeksiyonda olduğu gibi akut bronşiolitte de ortak bir yaklaşım olması için ulusal ve uluslararası protokoller mevcuttur. Klinikler kendi deneyimleri ile birlikte bu protokoller arasında tercih yapmakta ve uygulamaktadır.

Akut bronşiolit konusunda uluslararası American Academy of Pediatrics (AAP) ve National Institute for Health and Care Excellence (NİCE), aralıklı güncellemeler ile protokol yayınlamaktadır. Ayrıca bizim ülkemizde çocuklar için Türk Toraks Derneği (TTD) ülkemizin tedavi imkanlarını da göz önüne alarak klavuzlar eşliğinde izlem ve tedavi protokollerini belirlemektedir.

Akut bronşiolit tedavisi konusunda birçok farklı yaklaşım mevcuttur. Akut bronşiolit tedavisinde ise birçok çalışma yapılmış ve çalışmalar sonucunda tedavi hidrasyon ve oksijen olarak belirlenmiş, nebulize salbutamol, adrenalin, steroid, damar içi steroid tedavilerinin gerekli olmadığı ve bronşiolit skorunda uzun süreli düzelme veya taburculuk süresinde kısalmaya sebep olmadığı belirtilmiştir. Hipertonik salin nebulize tedavilerinin ise taburculuk süresine etkisi olduğunu belirten yayınlar mevcuttur. Tüm bu yaklaşımların yanında nebulize salbutamol, nebulize adrenalin tedavilerini denemek ve fayda görüyorsa vermeye devam etmenin, fayda görülmesi halinde intravenöz steroid tedavilerinin hastanın klinik süreci için uygun olduğunu savunan çalışmalar ve uygulayan klinikler mevcuttur. Ancak güncel protokoller öncülüğünde akut bronşiolit tedavi yaklaşımı olan oksijen ve hidrasyon en etkin tedavi olarak düşünülmelidir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

DESTEK Mİ? GEREKSİZ Mİ? VİTAMİN VE MİNERALLERİN AKILCI KULLANIMI

Burçe Emine Dörtkardeşler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı

Amaç:
Vitamin ve mineral destekleri pediatri pratiğinde sık başvurulan ancak sıklıkla tartışmalı bir alandır. Bu sunumun amacı, güncel uluslararası kılavuzlar ışığında çocukluk çağında vitamin ve mineral kullanımının gerekli olduğu durumları, fayda sağlamadığı alanları ve yanlış uygulamaların olası risklerini özetlemektir.

Yöntem:
Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Avrupa Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN), Pediatrik Endokrinoloji Derneği gibi kuruluşların en güncel kılavuzları taranmış; vitamin ve mineral desteğine ilişkin sistematik derlemeler ile klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlar değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Kanıta dayalı öneriler arasında; tüm bebeklere doğumdan itibaren 400 IU/gün D vitamini verilmesi, yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerde 4. aydan itibaren demir desteği, akut ishalde çinko tedavisi, kızamıkta A vitamini desteği ve diş çürüklerinin önlenmesinde florür içeren diş macunlarının etkinliği yer almaktadır. Özel diyet uygulayan veya yetersiz beslenen çocuklarda B12 desteği kritik öneme sahiptir. İyotlu tuz kullanımı, iyot eksikliğini önlemede halen en etkili toplumsal stratejidir. Buna karşın, sağlıklı çocuklarda rutin multivitamin-mineral desteğinin büyüme ve hastalık yükü üzerinde anlamlı bir katkısı gösterilememiş, gereksiz kullanımın toksisite riski taşıdığı ortaya konmuştur.

Sonuç:
Vitamin ve mineral desteğinde akılcı yaklaşım, kanıta dayalı kılavuzların izlenmesi ve bireyselleştirilmiş klinik kararlarla mümkündür. Pediatri pratiğinde gereksiz veya yanlış desteklerin önlenmesi hem çocuk sağlığının korunması hem de sağlık kaynaklarının etkin kullanımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelime: Pediatri, Mikrobesinler, Vitamin-Mineral Desteği, Akılcı kullanım

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

BİREYSEL FAKTÖRLER VE ÇOCUK KALP SAĞLIĞI: FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME VE TÜTÜN KULLANIMI

Kaan Yıldız

İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği

Amaç:
Çocukluk çağında kardiyovasküler risk faktörleri, erişkin dönemde ortaya çıkan kalp damar hastalıklarının temelini oluşturmaktadır. Bu sunumda bireysel faktörler olan fiziksel aktivite, beslenme ve tütün kullanımı ile çocuk kalp sağlığı arasındaki ilişki güncel literatür ve kılavuzlar ışığında değerlendirilmektedir.

Yöntem:
Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Pediatri Akademisi, Amerikan Kalp Derneği ve güncel sistematik derlemeler taranarak çocuklarda fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve tütün/elektronik sigara kullanımının kardiyovasküler sağlık üzerine etkileri özetlenmiştir. Ayrıca iklim değişikliği ve çevresel faktörlerin bu bireysel alışkanlıklarla kesişimi vurgulanmıştır.

Bulgular:

- Çocukların çoğu önerilen günlük ≥60 dakika orta-şiddetli fiziksel aktivite düzeyine ulaşamamaktadır. Yetersiz aktivite; obezite, hipertansiyon ve insülin direnci riskini artırmaktadır.
- Ultra-işlenmiş gıda tüketimi çocuklarda enerji alımının önemli bir kısmını oluşturmakta ve dislipidemi, obezite ve metabolik sendrom riskini yükseltmektedir.
- Tütün ve e-sigara ürünlerine erken yaşta maruziyet; otonom sinir sistemi bozuklukları, endotel disfonksiyonu ve uzun dönem kardiyovasküler risklerle ilişkilidir.
- İklim değişikliği ve hava kirliliği, çocukların güvenli fiziksel aktivite imkânlarını kısıtlayarak riskleri artırmaktadır.

Sonuç:
Çocuklarda kalp sağlığını korumak için günlük aktivite ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi, tütün/nikotin ürünlerinden uzak durulması ve çevresel faktörlerin göz önüne alınması gereklidir. Klinik pratikte kısa danışmanlık müdahaleleri ve okul-aile temelli politikalar bu süreçte kritik rol oynamaktadır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

TRANSFÜZYONDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

Özlem Tüfekçi Gürocak

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

Kan ve kan bileşenleri transfüzyonu, pediatri pratiğinde en sık uygulanan tedavilerden biridir. Doğru endikasyon, doğru ürün, doğru hasta, doğru zaman ve doğru uygulama prensipleriyle yapıldığında hayat kurtarıcıdır.

Pediatride kullanılan başlıca kan bileşenleri; eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma (TDP), kriyopresipitat ve granülosit süspansiyonudur. Her bir bileşenin saklama koşulları, endikasyonları ve uygulanacak doz/hız farklıdır. Yenidoğan ve çocuklarda transfüzyon eşik değerleri; yaş, altta yatan hastalık, klinik durum ve cerrahi/yoğun bakım koşullarına göre belirlenir. Lökosit filtrasyonu (CMV geçişini, FNHTR ve HLA alloimmünizasyonunu önleme) ve ışınlama (GVHH önleme) gibi ek işlemler, özellikle bağışıklığı baskılanmış hastalarda ve akraba donör ürünlerinde gereklidir.

Transfüzyon komplikasyonları; ortaya çıkış zamanına göre akut (<24 saat) ve geç (>24 saat), mekanizmaya göre immünolojik ve immünolojik olmayan olarak sınıflanır. Akut immünolojik reaksiyonlar arasında hemolitik transfüzyon reaksiyonu, febril hemolitik olmayan reaksiyon, ürtiker, anafilaksi ve TRALI; immünolojik olmayanlar arasında ise sepsis, TACO, non-immün hemoliz, metabolik bozukluklar ve hava embolisi yer alır.Komplikasyon şüphesinde transfüzyon derhal durdurulmalı, damar yolu serum fizyolojik ile açık tutulmalı, kimlik ve ürün doğrulaması yapılmalı, hasta değerlendirilmeli ve transfüzyon ünitesi bilgilendirilmelidir.

Son yıllarda önem kazanan Hasta Kan Yönetimi yaklaşımı, gereksiz transfüzyonları önlemeyi, kan kaybını azaltmayı, hematopoetik kapasiteyi güçlendirmeyi ve transfüzyon güvenliğini artırmayı hedefleyerek pediatrik hastalarda güvenli ve etkin transfüzyon uygulamasını destekler.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ÇOCUĞUM KONUŞMUYOR?

DİL VE KONUŞMA GECİKMESİNDE KLİNİK DEĞERLENDİRME

Şenay GÜVEN BAYSAL

İzmir Şehir Hastanesi, Gelişimsel Pediatri

Dil, bireyler arası iletişimin sembolik ve kurallı bir sistemi olup, konuşma bu sembollerin sözel olarak ifade edilmesidir. Dil ve konuşma bozuklukları, çocukluk çağında sık rastlanan gelişimsel sorunlar arasında yer almakta ve farklı bileşenlerde ortaya çıkabilmektedir. DSM-5'e göre dil bozukluğu, dil ses bozuklukları, akıcılık bozuklukları ve sosyal pragmatik iletişim bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Çeşitli toplum temelli araştırmalarda dil bozukluklarının farklı oranlarda görüldüğü, erkeklerde ise daha yaygın olduğu bildirilmektedir.[1,2] Tanısal değerlendirmede ayrıntılı öykü, gelişimsel basamakların sorgulanması, gözlem, fizik muayene ve işitme-görme incelemeleri kritik önemdedir. Ayırıcı tanıda işitme kaybı, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile selektif mutizm dikkate alınmalıdır. Özellikle "late talkers" olarak tanımlanan çocukların bir kısmı yaşıtlarını yakalasa da erken destek almayanlarda kalıcı sorunlar gözlenebilmektedir.[3] Dil gelişimi biyolojik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Ev içi uyaran yoğunluğu, ebeveynlik biçimleri ve ekran maruziyeti dil gelişimini doğrudan etkilemektedir. Babaların etkileşim yoğunluğu da dil becerilerinde belirleyici bulunmuştur.[4] Erken çocuklukta dil gecikmesi fark edildiğinde "bekle-gör" yaklaşımı uygun değildir. Erken müdahale, dil konuşma terapisi ve ebeveynlere yönelik bilinçlendirme uygulamaları çocukların iletişimsel ve bilişsel gelişimini destekler. Sonuç olarak, dil gelişiminin düzenli takibi, risk faktörlerinin azaltılması ve koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi, sağlıklı gelişim için temel oluşturmaktadır.[5,6]

Kaynakça

1. McLeod, S., & Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of speech and language impairment in 4- to 5-year-old children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52(5), 1213–1229.

2. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2024). Quick statistics about voice, speech, and language. National Institutes of Health. Erişim adresi: https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-voice-speech-language

3. Rescorla, L. (2011). Late talkers: Do good predictors of outcome exist? Developmental Disabilities Research Reviews, 17(2), 141–150.

4. Roberts, J., Jergens, J., & Burchinal, M. (2005). The role of home literacy practices in preschool children's language and emergent literacy skills. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48(2), 345–359.

5. Bishop, D. V. M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder. International Journal of Language & Communication Disorders, 52(6), 671–680. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12335

6. Marrus, N., & Hall, L. (2017). Intellectual disability and language disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 26(3), 539–554. https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.03.001

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

HEREDİTER ANJİOÖDEM NE ZAMAN DÜŞÜNMELİYİM? ACİLDE ATAK TEDAVİSİNİ NASIL YAPARIM?

Selime ÖZEN BÖLÜK
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

Anjioödem vazoaktif mediatörler aracılığıyla vasküler permeabilitedeki artış sonucu subkutan ve submukozal dokularda ortaya çıkan lokalize ve kendini sınırlayan ödem tablosudur.[1] Vazoaktif mediatörün tipine göre 2 farklı mekanizma ile ortaya çıkar.[2] Mast hücre degranülasyonu sonucu ortaya çıkan histamin aracılı anjioödemde ürtiker beklenen bir bulgu iken, kinin-kallikrein kaskadının aktivasyonu sonucu ortaya çıkan bradikinerjik anjioödem de ise ürtiker beklenen bir bulgu değildir. Histaminerjik ve bradikinerjik anjioödemin diğer klinik farklarına baktığımızda histamin aracılı anjioödemde alerjen maruziyeti söz konusu olabilir, başlangıç hızlıdır, anjioödem 24 saatten kısa sürelidir, anafilaksi gelişme riski taşır ve antihistaminik tedaviye iyi yanıt verir. Bradikinin aracılı anjioödemde ise basınç, temas, stres, hormonal değişiklikler ve enfeksiyon gibi bir tetikleyici olabilir, daha yavaş seyir gösterir, anjioödem genellikle 72 saatten daha uzun sürelidir, prodromal bulgular ve barsak duvarında ödem eşlik edebilir ve antihistaminik/adrenalin/steroid tedavilerine yanıtsızdır.

Herediter anjioödem ise bradikininin kontrol edilemeyen artışı sonucu ortaya çıkan, tekrarlayan anjoödem atakları ile karakterize, ürtikerin eşlik etmediği, yüksek penetransa sahip OD bir hastalıktır. Ancak %20 kadar olguda de-novo mutasyon bildirilmektedir. Pervelansı 1/50000 düzeyinde olup kontak sistem aktivasyonunu sınırlayıcı bir protein olan C1 inh proteinin eksikliği veya fonksiyonel eksikliği tablodan sorumludur. Bununla birlikte çok daha nadir olmakla birlikte C1 İnhibitörü normal olmasına rağmen bu kaskatta sorumlu diğer bazı moleküllerle ilişkili olabilecek bazı mutasyonlar da aynı klinik tabloya yol açabilmektedir.

Ortalama semptom başlangıç yaşı 8-12 yaş olarak bildirilmekle birlikte literatürde yenidoğan döneminde bulguları başlayan olgular da bildirilmektedir. Puberte ile birlikte atak sıklığında ve şiddetinde artış beklenir. %42-58 olguda yorgunluk, halsizlik, eklem ve kas ağrıları, duygudurum değişikliği, karıncalanma ve eritema marginatum gibi bir prodromal bulgu gözlenebilir. Anjioödem asimetrik, kaşıntısız, ağrılı ve gode bırakmayan niteliktedir.

Ataklar yüz-baş-boyun,larinks, abdomen,genital bölge ve ekstremite atakları olarak ortaya çıkabilir. En ciddi semptomlar larinks/glottis ödemi durumunda ortaya çıkar, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, ses değişikliği, nefes darlığı, boğulma hissi/asfiksi yaşanabilir. Bir çalışmada HAÖ hastalarının yaklaşık %50sinin hayatları boyunca laringeal atağı deneyimlediği belirtilmiştir. Tüm hastalar laringeal atak için risk altındadır ve ölümcül laringeal atak ilk başvuru olabilir. Hayat boyu en sık karşılaşılan atak ise abdominal ataklardır. Karın ağrısı, bulantı, kusma ve/veya ishal görülebilir. Hipovolemi ve şok riski vardır. Akut batını taklit eder ve gereksiz cerrahi girişimlere neden olabilir.

Herediter Anjioödem tanısını koymada en önemli adım hastalıktan şüphelenmektir. Tanı almamış hastalardaki ataklara bağlı ölüm oranı tanı almış olan hastalardan 24 kat daha yüksektir.[3] Şüphelenilen olgularda ilk bakılması gereken parametre C4 düzeyidir. Hastaların tümgnde atak anında düşüktür. Ataklar arası dönemde bile nadiren (%2) normal bulunabilir. Bunu takiben C1 inhibitör proteininin kantitatif olarak düzeyinin ve fonksiyonel aktivitesinin ölçümü tanıyı netleştirmede önemlidir. Kompleman düzeyi ölçümü 1 yaş altı çocuklarda doğru sonuç vermeyebilir.[4] Genetik analiz normal C1 inhibitörlü HAÖ kliniğinden şüphelenildiğinde gereklidir.

Özetle tekrarlayan bir anjioödem öyküsü varsa, ailede benzer öykü/asfiksiden kaybedilen bireyler varsa, semptom başlangıcı çocukluk/adölesan dönemse, rekurren ve ağrılı abdominal ataklar eşlik ediyorsa, ürtiker eşlik etmiyorsa, prodromal bulgular eşlik ediyorsa, antihistaminik/streroid/adrenalin tedavilerine yanıtsız bir anjioödem tablosu söz konusuysa Herediter Anjioödem düşünmek gerekir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Atak tedavisinde amaç atağa bağlı olabilecek ağrı/rahatsızlığı azaltmak ve mortaliteyi önlemektir. Şiddet, lokalizasyon ve HAÖ tipinden bağımsız olarak tüm atakların tedavi edilmesi ve mümkün olduğu kadar erken tedavi edilmesi önerilmektedir.

Asfiksi nedeniyle ani ölümlere yol açabileceğinden üst hava yolunu etkileyen ve etkileme potansiyeli olan tüm atakların tedavisinde çok hızlı davranılmalıdır.

HAÖ akut atak farmakolojik tedavisinde C1 inhibitör proteininin yerine koyulması bir tedavi seçeneğidir. Ülkemizde plazma kaynaklı C1 inhibitör konsantresi içeren 2 preparat mevcuttur. Etkileri ortalama 30 dakika içinde başlar. Tedaviye yanıt alınamazsa 1 saat sonra 2. Doz uygulanabilir ancak bu gereksinim çok az olarak bildirilmektedir. Bir diğer mekanizma kallikrein inhibisyonu ile bradikinin üretiminin bloke edilmesidir. Mevcut preparat ülkemizde bulunmamaktadır. Bir diğer tedavi seçeneği ise brakinin reseptör blokajı yapan ikatibant etken maddeli ilaçlardır. Ülkemizde pek çok preparatı mevcuttur. 2 yaş ve üzeri çocuklarda ve erişkinlerde onaylıdır. Subkutan yolla uygulama söz konusudur. Evde uygulama kolaylığı mevcuttur. Gerektiğinde 6 saat sonra doz tekrarı yapılabilir. Hiçbir spesifik tedavi ulaşılabilir değilse bu durumda Taze Donmuş Plazma/ Solvent Deterjanla işlenmiş plazma kullanılabilir. C1 inhibitör proteini yanı sıra yüksek molekül ağırlıklı kininojen, prekallikrein ve FXII de içerdiğinden atakları kötüleştirme riski olabileceği bildirilmektedir. Abdominal ataklarda ciddi sıvı kaybı ve hipovolemi söz konusu olabileceğinden iv hidrasyon çok önemlidir. Laringeal ataklarda acil hava yolu desteği gerekebilir. Kortikosteroidlerin, antihistaminiklerin ve adrenalinin farmakolojik tedavide yeri yoktur.

KAYNAKLAR

1. Cicardi M, Aberer W, Banerji A, Bae M, Bernstein JA, Bork K, et al; HAWK under the patronage of EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology). Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. Allergy. 2014;69(5):602-16. doi: 10.1111/all.12380.
2. Kaplan AP. Angioedema. World Allergy Organ J. 2008;1(5):103-13. doi: 10.1097/WOX.0b013e318187eecb.
3. Bork K, Hardt J, Witzke G. Fatal laryngeal attacks and mortality in hered- itary angioedema due to C1-INH deficiency. J Allergy Clin Immunol. 2012 130(3):692-7. doi: 10.1016/j.jaci.2012.05.055.
4. Pedrosa M, Phillips-Angles E, López-Lera A, López-Trascasa M, Ca- ballero T. Complement Study Versus C1INH Gene Testing for the Diag- nosis of Type 1 Hereditary Angioedema in Children. J Clin Immunol. 2016; 36(1):16-8. doi: 10.1007/s10875-015-0222-9.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Ne Zaman Besin Protein İlişkili Enterokolit Düşünmeliyim? Tanı / Ayırıcı Tanı

İdil Akay Hacı

İzmir Şehir Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği

1.Giriş:

Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES) non-IgE bir gastrointestinal besin hipersensitivitesidir. Tanı; klinik öykü, bulgular ve besin yükleme testi ile konur. Semptomların besin alımından birkaç saat sonra ortaya çıkması, ürtiker veya hışıltı gibi tipik deri ve solunum sistemi bulgularının eşlik etmemesi, genellikle düşük alerjeniteye sahip olduğu düşünülen pirinç ve meyve gibi besinlerin tetikleyici olabilmesi ve tanıyı kesinleştirecek laboratuvar testlerinin bulunmaması besin alerjisi olasılığının göz ardı edilmesine ve tanının gecikmesine yol açabilmektedir.

2.Gereç ve Yöntem:

Bu sunumda BPİES'in tanımı, fenotipleri, tanı kriterleri, klinik özellikleri ve ayırıcı tanıları güncel literatür ışığında incelenmiştir. Ayrıca akut ve kronik formlarda BPİES gelişen iki olgu örneği tanı ve ayırıcı tanı yaklaşımlarımızı irdelemek ve bu konudaki farkındalığı artırmak amacıyla paylaşılmıştır.

3.Bulgular:

Tanım ve Tarihçe:

Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu (BPİES) tipik olarak sorumlu besin alımından 1–4 saat sonra başlayan tekrarlayıcı ve şiddetli kusma, ardından bazı olgularda 4–8 saat içinde gelişen ishal ile seyreden non-IgE aracılı besin alerjisi olarak tanımlanmaktadır [1,2]. Ağır olgularda dehidratasyon, letarji, hipotoni, hipotansiyon, hipotermi, asidoz, metabolik bozukluklar ve hipovolemik şok eşlik edebilmektedir [2]. BPİES ilk kez 20. yüzyılın ortalarında tanımlanmış olup, başlangıçta inek sütü ve soya proteini ile ilişkili ciddi gastrointestinal reaksiyonlar olarak bildirilmiştir [3]. Zaman içinde farklı besinlerle de benzer tabloların geliştiği görülmüş ve sendromun geniş bir spektrum oluşturduğu anlaşılmıştır.

Klasik IgE aracılı alerjik reaksiyonlardan farklı olarak, BPİES'te ürtiker, anjioödem gibi deri semptomları ve bronkospazm, hırıltı gibi solunum semptomları görülmez; tanı koydurucu biyobelirteçler mevcut değildir. Özellikle akut ataklar sırasında klinik tablo sıklıkla sepsis, gastroenterit veya metabolik bozukluklar ile karışabilmektedir [4]. Tipik klinik öykü, semptomların besin alımından sonra ortaya çıkmasının gecikmesi, semptomların maruziyetle birlikte tekrarlaması, diğer tanı olasılıklarının dışlanması ve gerektiğinde besin provokasyon testi yapılması ile tanı konulur [2].

Epidemiyolojik çalışmalara göre BPİES, nadir bir durum olarak kabul edilmekle birlikte tanı koydurucu kriterlerin belirlenmesi ve bilinirliğin zaman içerisinde artması ile çocuklarda prevalansı bazı bölgelerde %0,3-%0,7 olarak bildirilmiştir. Ancak olasılıkla az tanı konması, farkındalığın düşük olması gibi nedenlerle gerçek prevalansı bilinmemektedir [5].

Klinik Özellikler ve Fenotipler:

BPİES'in klinik özelliklerine göre tanımlanan farklı fenotipleri Tablo 1'de yer almaktadır [2]:

Tablo 1: BPİES'in klinik fenotiplendirilmesi için önerilen tanımlayıcı özellikler

BPİES Alt Tipleri	Tanımlayıcı Özellikler
Başlangıç Yaşı	
Erken	9 aydan küçük
Geç	9 aydan büyük
Şiddet	
Hafif-orta	Tekrarlayan kusma, ishal eşlik edebilir ya da etmeyebilir; solukluk, hafif letarji
Ağır	Tekrarlayan, fışkırır tarzda kusma, ishal eşlik edebilir ya da etmeyebilir; solukluk, letarji, dehidratasyon, hipotansiyon, şok, methemoglobinemi, metabolik asidoz
Semptomların Zamanlaması ve Süresi	
Akut	Aralıklı besin alımı sonrası görülür. Kusma genellikle 1–4 saat içinde başlar, letarji ve solukluk eşlik eder; ishal 24 saat içinde gelişebilir, genellikle 5–10 saat sonra başlar. Semptomlar, tetikleyici besinin diyetten çıkarılmasını takiben 24 saat içinde düzelir. Büyüme normaldir ve çocuk tetikleyici besin elimine edildiğinde asemptomatiktir.
Kronik	Günlük besin alımıyla (örn. inek sütü veya soya bazlı mama ile beslenen bebeklerde) görülür. Aralıklı kusma, kronik ishal, yetersiz kilo alımı veya büyüme geriliği ile karakterizedir. Kronik BPİES'li bebeklerde hipoalerjenik formülaya geçişten sonraki 3–10 gün içinde genellikle düzelme olur. Şiddetli olgularda geçici bağırsak istirahati ve intravenöz sıvı gerekebilir. Kaçınma sonrası sorumlu besinin tekrar verilmesiyle akut semptomlar ortaya çıkar.
IgE Pozitifliği	
Klasik	Besin spesifik IgE negatif
Atipik	Besin spesifik IgE pozitif

1. Akut BPİES: En sık görülen fenotip olan akut formda genellikle besin alımından 1–4 saat sonra tekrarlayıcı projektil tarzda kusma, eş zamanlı letarji, hipotoni, solgunluk, hipotermi görülebilir; ardından 4-8 saat içinde genellikle sulu ishal gelişir [1,6]. Şikayetler genellikle 24 saat içerisinde düzelir. Laboratuvar bulguları arasında nötrofili, eozinofili ve trombositoz, metabolik asidoz ve methemoglobinemi yer alır. Bu bebeklerde sepsis veya şoku taklit eden akut faz reaktanlarının negatif ya da pozitif olabildiği hipotansiyon ve vital bulgu instabilitesi sıklıkla mevcuttur.

2. Kronik BPİES: Genellikle inek sütü ve soya bazlı formula mamaların günlük kullanımı gibi tetikleyici besinin düzenli olarak diyette yer aldığı bebeklerde ortaya çıkar. Belirgin bulgular arasında aralıklı ve giderek artan kusmanın eşlik ettiği persistan sulu ishal (nadiren kan ve mukus varlığı), gelişme geriliği, hipoalbuminemi ve anemi yer alır. Akut formdaki gibi uyuşukluk, dehidratasyon ve nötrofili görülebilir. Kronik form özellikle süt ve soya ile ilişkili vakalarda bildirilmiştir [6]. Yetersiz büyüme ve hipoalbuminemi kronik BPİES'in önemli ayırt edici özellikleridir. Hem akut hem kronik BPİES dehidratasyon, metabolik asidoz, hipotansiyon ve hipovolemik şok nedeniyle hızlı tanı ve tedavi gerektirebilir.

3. Atipik BPİES: Atipik formda, BPİES'in tipik klinik tablosuna ek olarak besin tetikleyicisine karşı pozitif deri testi ve/veya serumda besin spesifik IgE testlerinde pozitiflik saptanmaktadır [5,6]. Atipik BPİES'li hastaların yaklaşık %25'inin zamanla klasik IgE aracılı besin alerji reaksiyonlarına dönüşme riski bulunmaktadır [7]. Atipik BPİES sıklığı topluma göre değişkenlik göstermekle birlikte ülkemizde BPİES'li çocukların incelendiği bir çalışmada spesifik IgE pozitifliği %26 olarak saptanmıştır [8]. 2025 yılında 53 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde IgE duyarlılığının BPİES'in persistan seyir üzerine etkisi olmadığı, ayrıca akut BPİES'in IgE aracılı besin alerjisine fenotip değişiminin nadir olduğu ortaya konulmuştur [9].



4. Erişkin BPİES: Çocukluk çağından farklı olarak erişkinlerde en sık tetikleyiciler balık ve kabuklu deniz ürünleridir [10]. Klinik tablo sıklıkla şiddetli karın ağrısı ardından gelişen gecikmiş başlangıçlı kusma, ishal ve çok şiddetli olgularda bilinç kaybı ile karakterizedir. Bu form kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Hastalar alerjen besini daha önce sorunsuz tüketirken sonradan belirlenemeyen bir tetikleyici bir olay ile bu reaksiyonun oluştuğu bildirilmektedir.

5. Anne Sütü ile İlişkili BPİES: Nadir olmakla birlikte, tetikleyici besinlerin anne sütü yoluyla geçtiği ve bebekte BPİES bulgularına yol açtığı olgular bildirilmiştir [11].

BPİES'in bu fenotipik çeşitliliği, tanıda dikkatli klinik öykü almayı ve her olgunun bireysel özelliklerinin göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır.

Tetikleyici besinlerin dağılımı yaş, fenotip, coğrafi farklılıklar, beslenme alışkanlıklarına göre değişmektedir. Tüm dünyada BPİES için en sık tetikleyici besin inek sütüdür [12]. Ayrıca patates, yulaf, pirinç, tavuk ve balık gibi hipoalerjenik olarak bilinen besinler ile de hastalık tablosunun tetiklendiği gözlenmiştir [6]. Ülkemizde en sık neden olan besinler arasında süt, yumurta, balık ve pirinç yer alır [8]. Hua ve ark. tarafından ABD'den bildirilen güncel bir yayında hastaların %52'sinde tekli, %23'ü ikili, %12'sinde üçlü tetikleyici saptanmıştır [13].

Tanı

BPİES tanısı, özgül biyobelirteçlerin ve rutin laboratuvar testlerinin olmaması nedeniyle klinik öykü, tipik semptomların varlığı, diğer olası tanıların dışlanması ve besin yükleme testi ile konur [2,14]. 2025'te yayınlanan hem akut hem kronik BPİES'i içeren tanısal algoritmanın günlük pratikte kullanılması önerilmektedir [15]. 2017 yılında yayımlanan uluslararası kılavuza göre akut BPİES için bir majör ve en az üç minör kriterin birlikte bulunması klinik tanıyı destekler (Tablo 2) [2].

Tablo 2: Olası BPİES kliniğinde başvuran hastalarda tanı kriterleri

Akut BPİES		
Majör kriterler	+	**Minör Kriterler (En az üç minör kriter)**
Şüpheli besinin alımından 1-4 saat sonra kusma olması ve IgE aracılı deri ve solunum yolu bulgularının olmaması		1. Aynı besini ikinci veya daha fazla kez tükettikten sonra tekrarlayıcı kusma 2. Farklı bir besini yedikten 1-4 saat sonra tekrarlayıcı kusma 3. Belirgin letarji 4. Belirgin solukluk 5. Acil servise başvuru ihtiyacı 6. İntravenöz sıvı tedavisi gereksinimi 7. 24 saat içerisinde ortaya çıkan diyare (sıklıkla 5-10 saat) 8. Hipotansiyon 9. Hipotermi

Kronik BPİES	
Semptom ve şiddet	**Kriterler**
Hafif seyir 1. **Aralıklı kusma ve/veya diyare** 2. **Büyüme geriliği** 3. **Dehidratasyon veya metabolik asidoz mevcut değil**	1. Sorumlu besinin diyetten çıkarılması ile semptomların günler içerisinde düzelmesi 2. Sorumlu besinin diyete yeniden eklenmesi ile semptomların akut tekrarlaması (kusma 1-4 saat, diyare <24 saat, sıklıkla 5-10 saat) 3. Doğrulayıcı besin yükleme testi (BYT), veya BYT yapılamıyorsa muhtemel tanı
Ağır seyir 1. **Aralıklı ama progresif kusma ve diyare (bazen kanlı)** 2. **Olası dehidratasyon ve metabolik asidoz**	

Besin yükleme testi ise hastane koşullarında damar yolu açılarak Alerji uzmanı gözetiminde yapılması gereken, tanı aşamasında altın standart yöntem olarak kabul edilir [2,16]. Ciddi reaksiyon riskinden ötürü test mutlaka hastane ortamında, deneyimli bir ekip eşliğinde uygulanmalıdır [2,17]. Besin yükleme testinin değerlendirilmesinde kullanılan tanı kriterleri Tablo 3'te yer almaktadır; 1 majör ve en az 2 minör kriterin karşılanması durumunda BPİES tanısı konulmaktadır.

Tablo 3: Besin Protein ilişkili Enterokolit Sendromunda besin yükleme testinin (BYT) yorumlanmasında kullanılan tanı kriterleri [2]

Majör kriterler	Minör Kriterler (En az iki minör kriter)
Şüpheli besinin alımından 1-4 saat sonra kusma olması ve IgE aracılı deri ve solunum yolu bulgularının olmaması	1. Letarji 2. Solukluk 3. Besin alımından 5-10 saat sonra diyare 4. Hipotansiyon 5. Hipotermi 6. BYT öncesinde ölçülen sayıma göre nötrofil sayısının ≥1500 artması

Laboratuvar Bulguları

Akut atak sırasında laboratuvar testlerinde lökositoz, trombositoz, CRP artışı, ağır ataklarda metabolik asidoz ve methemoglobinemi görülebilir [5,6]. Ancak bu bulgular BPİES için spesifik değildir. Tipik BPİES'li hastalarda normalde alerjen spesifik IgE negatiftir. Ancak %20-30'luk bir hasta grubunda serum spesifik IgE pozitif saptanır [16]. Spesifik IgE pozitifliği BPİES'e neden olan besine karşı olabileceği gibi başka besinlere de karşı oluşmuş olabilir. Bu sebeple BPİES tanısı konulan hastalarda sIgE ve/veya deri prik testi ile IgE pozitifliğinin araştırılması önerilir. Yama testinin ise duyarlılığı değişken olduğu için tanı ve tolerans gelişim aşamalarında yeri yoktur. Bağırsak mukozasının incelenmesi açısından yapılan radyolojik tetkikler ve endoskopik girişimler ise diğer akut gastrointestinal süreçleri ayırt etmek için yapılabilir; ancak BPİES için tanısal amaçlı kullanılmaz.

Ayırıcı Tanı

BPİES'te deri ve solunum semptomlarının eşlik etmemesi, önemli bir bulgusu olan kusmanın besin tüketiminden 1-4 saat sonra görülmesi, ishalin ise daha geç dönemde 6-8 saat sonra eşlik etmesi, semptomlarının besin alerjisi ile ilgili veya ilgisi olmayan birçok patoloji ile benzemesi nedeniyle tanı gecikmeleri olabilmekte ve bazen tanı atlanabilmektedir. En önemli klinik özellik gastrointestinal sistem bulgularıdır [4,5]. Akut BPİES ve viral gastroenteritlerin her ikisinde de kusma, ishal ve ateş eşlik edebileceği için akut gastroenterit (AGE) BPİES tanısında en yaygın dışlama tanısıdır. Hastalık uzun yıllar boyunca sıklıkla "gastroenterit" ya da "sepsis" gibi tanılarla karıştırılmış, hatta bazı olgularda tamamen atlanmıştır [5]. Tablo 4'te BPİES ayırıcı tanısında yer alan hastalıklara yer verilmiştir [2].

Tablo 4. Besin protein ilişkili enterokolit sendromu ayırıcı tanısında önemli klinik durumlar ve ayıran özellikler

Hastalık	BPİES'ten Ayıran Özellikler
Enfeksiyöz gastroenterit (viral/bakteriyel)	Genellikle tek atak, ateş ve hasta temas öyküsü mevcut
Sepsis	Yalnızca sıvı resüsitasyonu ile düzelmez, sistemik tablo ağırdır
Nekrotizan enterokolit (NEK)	Yenidoğan ve küçük bebeklerde; hızlı kötüleşme, kanlı dışkı, şok, abdominal grafide barsak duvarında gaz
Anafilaksi	Semptomlar dakikalar–2 saat içinde başlar, pozitif IgE testleri, sıklıkla ürtiker ve diğer kutanöz/solunumsal bulgular eşlik eder
Besin intoksikasyonu	Etkilenen başka bireylerin varlığı, tekrarlama eğiliminde değildir
Besin reddi/aversiyonu	Beslenme davranışı ve ailevi faktörler ön planda
Doğumsal metabolik hastalıklar (Üre siklus defektleri, herediter fruktoz intoleransı, organik asidemiler, yağ asidi oksidasyon defektleri, MSUD, mitokondriyal hastalıklar vb.)	Gelişimsel gerilik, nörolojik semptomlar, hepatomegali, özellikle meyve tüketimi sonrası reaksiyon
Laktoz intoleransı	Şiddetli formda, süt ve laktoz içeren süt ürünlerinin yüksek dozda tüketilmesinin ardından gaz, şişkinlik, kramplar, ishal, mide bulantısı ve kusma görülür.
Nörolojik bozukluklar (örn. siklik kusma)	Belirli besin alımı ile ilişkili değildir
Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH)	Kusma kronik seyirli, genellikle dehidratasyona yol açmaz, yalnızca üst GİS bulguları vardır
Hirschsprung hastalığı	İlk mekonyum çıkışında gecikme, belirgin abdominal distansiyon
Besin protein ilişkili enteropati	Belirli besinle zamansal ilişki yok, semptomlar kronik, kusma daha hafif; en sık inek sütü, soya, buğday, yumurta beyazı
Eozinofilik gastroenteropatiler (EoE, eozinofilik gastroenterit)	Semptomlar kronik, belirli besinle doğrudan ilişkili değil, kusma hafif, daha yüksek olasılıkla pozitif IgE testleri
Çölyak hastalığı	Belirli besin alımıyla doğrudan ilişki yok, ilerleyici malabsorpsiyon, çölyak serolojisi pozitif

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

İmmün enteropatiler (örn. inflamatuvar barsak hastalığı, otoimmün enteropati, immün yetmezlikler)	Bebeklikte nadir, belirli besinlerle ilişkili değildir
Obstrüktif problemler (örn. malrotasyon, pilor stenozu, Ladd bantları, volvulus)	Belirli besin alımıyla ilişkili değil, görüntüleme yöntemlerinde obstrüksiyon bulguları vardır
Koagülasyon bozuklukları	Belirli besin alımıyla ilişkili değildir
Alfa-1 antitripsin eksikliği	Belirli besin alımıyla ilişkili değil, hepatik tutulum ön plandadır
Primer immün yetmezlikler	Belirli besin alımıyla ilişkili değil, intestinal bulgular ve sık enfeksiyonlar eşlik eder
Konjenital adrenal hiperplazi	Semptomlar besin alımıyla ilişkili değil; doğumdan itibaren veya günler–haftalar içinde elektrolit dengesizliği ve adrenal yetersizlik bulguları ile seyreder. Kusma ve kilo alamama dışında hiperpigmentasyon, dehidratasyon ve cinsiyet farklılaşma anomalileri dikkat çekicidir.

Olgu 1: 7 aylık kız bebek, 4 aylıktan itibaren atopik dermatit ve 2 kez bronşiolit atağı öyküsü mevcut. 6. ayda ilk kez yoğurt tüketiminden 2 saat sonra şiddetli kusma, halsizlik gelişmiş. Acil başvurusunda 'viral gastroenterit' olarak değerlendirilmiş. 7,5 aylıkken anne sütü yetersiz olması nedeniyle standart formula mama başlanmış. Yine mamadan 2.5 saat sonra kusma ve 5-6 saat sonra ise ishal görülmüş. Senkop nedeni ile acil servise götürüdüğünde ateş 37.5°C, %10 dehidratasyon saptanmış. Tetkiklerinde nötrofil hakimiyetinde lökositoz, trombositoz, CRP yüksekliği, metabolik asidoz, gayta direkt bakısında 7-8/lökosit, gayta rota-adenovirüs negatif, gaytada redüktan madde negatif saptanmış. Dehidratasyon nedeniyle acilde sıvı tedavisi verilmiş, akut faz reaktanlarında artış olması nedeniyle sepsis düşünülerek iv antibiyotik başlanıp 3 gün hastanede yatırılmış. İlk 24 saatte klinik düzelmiş. Tetkiklerinde deri prik testi (süt) negatif, total IgE: 80 kU/L saptanmış. İzleminde diaper dermatiti de olan hastaya laktoz intoleransı ön tanısıyla laktoz içermeyen inek sütü bazlı formula mama başlanmış, ancak 2 saat sonra yine projektil kusma, hipotansiyon gelişmiş. Yeni antibiyotik eklenip oral alımı kesilmiş. Gastrointestinal patolojiler açısından (pilor stenozu, intestinal obstrüksiyon vb) yapılan abdomen USG normal saptanmış.

Bu noktada bazı ayırıcı tanıların gözden geçirilmesi gerekir: Anafilakside daha hızlı bir başlangıç ve sıklıkla deri bulgusu beklenir. Gastroenterit ataklarında bazen ateş eşlik edebilir, gayta tetkiklerinde patoloji izlenirken daha yavaş bir düzelme beklenir. Sepsis tablosu ise sadece sıvı alımı ile hızlı düzelmez, ayrıca tekrar mama başlanması ile benzer tablonun ortaya çıkması maruziyet-sonuç ilişkisini vurgulamaktadır. Gastrointestinal cerrahi patolojiler açısından değerlendirildiğinde ise abdomen muayenesinde belirgin defans, rebaund bulgusu olmaması ve ultrasonografik incelemenin olağan saptanması bu tanıdan uzaklaştırır. Dolayısıyla bu hasta tekrarlayan öyküsü ve tipik klinik tablosu (1–4 saat sonra başlayan ve tekrarlayan kusma, letarji, ishal) düşünüldüğünde akut BPİES atağı ile başvurmuştur.

Olgu 2: 4 aylık erkek bebek, 38. gebelik haftasında sezaryen ile, 3200 gram doğmuş. İlk bir ay yalnızca anne sütü ile beslenmiş, sonrasında formula mama başlanmış. 1. aydan itibaren aralıklı kusma, ishal ve huzursuzluk olmuş. Dışkı günde 6–8 kez, mukuslu ve zaman zaman kanlı, boy ve kilo ölçümleri 3. persantilin altında olup gelişme geriliği mevcuttur. Soygeçmişinde ailede kalıtsal hastalık ve atopi öyküsü yoktur. Laboratuvar bulgularında hafif lökositoz, hipoalbüminemi (2.1 g/dL), gaitada gizli kan pozitif, karaciğer-böbrek-tiroid fonksiyon testleri, elektrolit düzeyi, tam idrar tetkiki, kan şekeri, kan gazı, amonyak düzeyi normal olup idrar kültüründe üreme saptanmadı, organik asidemi açısından idrar tetkiki, ter testi normal, süt spIgE negatif idi. Değerlendirme: Bulgular gastrointestinal sistem kaynaklı, non-IgE aracılı besin alerjisini öncelikli tanı haline getirmektedir. Anne sütünden formula mamaya geçiş sonrası ortaya çıkan persistan kusma, mukuslu/kanlı ishal, hipoalbüminemi ve gelişme geriliği ile kronik form besin protein ilişkili enterokolit sendromunu (BPİES) düşündürmektedir. Normal karaciğer ve böbrek fonksiyonları, kan şekeri, amonyak ve idrar organik asit analizleri metabolik hastalıkları dışlamada destekleyicidir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Konjenital adrenal hiperplazi (KAH) ve FPIES benzer şekilde akut kusma, hipotansiyon ve şok tablosu ile prezente olabilir; ancak ayrıntılı öykü, laboratuvar değerlendirmeleri ve klinik izlemin ayırıcı tanıda kritiktir. Elektrolit bozuklukları ve tipik hormonal bulguların olmaması nedeniyle KAH dışlanmıştır. Özellikle kronik BPİES için ayırıcı tanıda malabsorpsiyon sendromları, kistik fibrozis, immün yetmezlikler, gastrointestinal enfeksiyonlar, Çölyak, eozinofilik GİS hastalığı da dikkate alınmalıdır. Özellikle yaşamın erken döneminde görülen kusma, ishal tablolarında besin alımı ile ilişkili semptomların ayrıntılı sorgulanması, gereksiz ileri tetkiklerin önlenmesi ve doğru tanı için önemlidir.

4.Tartışma:

Besin alımından 1–4 saat sonra başlayan tekrarlayan kusma, solukluk, letarji ve bazen hipotansiyon gelişmesi, aynı besinle 2 ve daha fazla benzer atak olması, atakların 12–24 saatte tamamen düzelmesi, tekrarlayan 'sepsis/gastroenterit' tanısıyla takip edilme öyküsü olması, sepsis veya gastroenterit tanısı düşünülen ancak hızla klinik bulguları gerilemesi durumunda, negatif testlerle açıklanamayan besin ilişkili akut tablolar varlığında BPİES düşünülmelidir.

5.Sonuç ve Öneriler:

Günümüzde BPİES patogenezi ve prognozu konusunda bilgiler kısıtlı olmakla birlikte giderek daha fazla tanınmaktadır. BPİES'in klinik, laboratuvar bulguları, seyri ve prognozu geniş bir yelpaze içinde yer almakta ve bu hastalar tıbbi bir acil durum oluşturan ciddi semptomlar açısından risk altındadır. Tanı gecikmesi yaşanmaması için belirli bir besinin alınmasından sonra klinik ile uyumlu semptomlar varlığında her yaştaki çocukta ve hatta sadece anne sütü alan infantlarda bile BPİES akla getirilmelidir.

6.Kaynaklar:

1. Nowak-Węgrzyn A, Katz Y, Mehr SS, Koletzko S. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. J Allergy Clin Immunol. 2015 May;135(5):1114-24.

2. Nowak-Węgrzyn A, Chehade M, Groetch ME, Spergel JM, Wood RA, Allen K, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: Executive summary-Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. J Allergy Clin Immunol. 2017 Apr;139(4):1111-1126.e4.

3. Gryboski JD. Gastrointestinal milk allergy in infants. Pediatrics. 1967 Sep;40(3):354-62.

4. Akashi M, Kaburagi S, Kajita N, Morita H. Heterogeneity of food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES). Allergol Int. 2024 Apr;73(2):196-205.

5. Caubet JC, Cianferoni A, Groetch M, Nowak-Wegrzyn A. Food protein-induced enterocolitis syndrome. Clin Exp Allergy. 2019 Sep;49(9):1178-1190.

6. Leonard SA, Nowak-Węgrzyn A. Food protein-induced enterocolitis syndrome: an update on natural history and review of management. Ann Allergy Asthma Immunol. 2011 Aug;107(2):95-101; quiz 101, 162.

7. Ruffner MA, Wang KY, Dudley JW, Cianferoni A, Grundmeier RW, Spergel JM, et al. Elevated Atopic Comorbidity in Patients with Food Protein-Induced Enterocolitis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 Mar;8(3):1039-1046.

8. Arik Yilmaz E, Soyer O, Cavkaytar O, Karaatmaca B, Buyuktiryaki B, Sahiner UM, et al. Characteristics of children with food protein-induced enterocolitis and allergic proctocolitis. Allergy Asthma Proc. 2017 Jan 1;38(1):54-62.

9. Phelan AK, Infante S, Barni S, Nurmatov U, Boyle RJ, Vazquez-Ortiz M. The Role of IgE Sensitization in Acute FPIES: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2025 Apr;13(4):861-884.e3.

10. Anvari S, Ruffner MA. Adult Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome. Front Allergy. 2022 May 26;3:889879.

11. Monti G, Castagno E, Liguori SA, Lupica MM, Tarasco V, Viola S, Tovo PA. Food protein-induced enterocolitis syndrome by cow's milk proteins passed through breast milk. J Allergy Clin Immunol. 2011 Mar;127(3):679-80.

12. Akashi M, Kaburagi S, Kajita N, Morita H. Heterogeneity of food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES). Allergol Int. 2024 Apr;73(2):196-205.

13. Hua A, El-Zataari M, Hudson E, Sanders GM, Schuler CF 4th. Evolution of Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome (FPIES) Index Trigger Foods and Subsequent Reactions After Initial Diagnosis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023 Oct;11(10):3179-3186.e2.

14. Mathew M, Leeds S, Nowak-Węgrzyn A. Recent Update in Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Allergy Asthma Immunol Res. 2022 Nov;14(6):587-603.

15. Beaudoin M, Mehra A, Wong LSY, Vazquez-Ortiz M, González-Delgado P, Nowak-Wegrzyn A. An Algorithm for the Diagnosis and Treatment of Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome (FPIES), 2024 Update. Allergy. 2025 Jan;80(1):362-365.

16. Sackesen C, Buyuktiryaki B. Besin Yükleme Testleri: Türkiye Ulusal Rehberi 2019. Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği.

17. Kaya MŞ, Büyüktiryaki B. Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu tanımı, sınıflandırılması ve tanısı. Can D, editör. Çocuklarda Alerjik Aciller. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.115-20.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Acilde Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu Tedavisi

Özgen Soyöz

Bakırçay Ünviversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği

Olgu: İki yaşında kız olgu, balık yedikten yaklaşık 4 saat sonra başlayan, tekrarlayan kusmasının olması, kusma sonrası halsizleşip uyku hali gelişmesi üzerine acil servise getirilmiş. Beraberinde döküntü ya da solunum semptomu olmamış. Daha önce ilki 11 aylıkken olmak üzere, farklı dönemlerde toplam 3 kez daha balık (2 kez levrek, 1 kez sardalya) yedikten 4-5 saat sonra kusması olmuş, ikisinde ishal eşlik etmiş. Benzer şekilde bu ataklarda da beraberinde döküntü olmamış. Kusmalardan sonra halsizleşme ve uyku hali ile acil servise başvurulmuş. Özgeçmişinde miadında doğum, küvöz bakımı ve daha önce hastane yatışı yok. Eşlik eden atopik dermatit öyküsü olmayan olgunun soygeçmişinde ailede atopi öyküsü yok, anne baba arasında akrabalık yoktu. Olgunun geliş fizik muayenesinde genel durumu orta, letarjik, kan basıncı 78/42 mmHg, kalp tepe atımı 136/dk, O_2 %96, kapiller dolum zamanı <2 sn idi. Soluk görünümde, turgor tonusu azalmış, göz küreleri çöküktü. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuar tetkiklerinde hemoglobin 10,2 gr/dl, lökosit 29,7 $X10^3$/µl, nötrofil 22,6 $X10^3$/µl, trombosit 736 $X10^3$/µl, kan gazında hafif metabolik asidozu mevcuttu. Olguya Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu ön tanısı ile 20 cc/kg iv serum fizyolojik yükleme yapıldıktan sonra idame mayiye geçildi. Ondansetron 0,15 mg/kg i.v. ve metilprednizolon 1 mg/kg i.v yapıldı. Yakın izlendi. İzlemde kusması geriledi. Aile bilgilendirildi. Balık yedirilmemesi, çocuk alerji immünoloji polikliniğine başvurması önerildi.

Tartışma: Besin protein ilişkili enterokolit sendromu, genellikle yaşamın ilk üç ayında klinik bulguların ortaya çıktığı, hem ince hem de kalın bağırsakların inflamatuar olaya katıldığı, sıklıkla uzamış ishal ve kusmalar ile prezente olan klinik tablodur.[1] Hastalarda büyüme gelişme geriliği, anemi, hipoalbuminemi, ileri olgularda hipotansiyon, dehidratasyon gibi tablolar gelişebilmektedir. En sık rastlanan tetikleyiciler sıvı besinler, bunlar arasında da inek sütüdür, ikinci sıklıkta ise katı besinler gelir. Coğrafik farklılıklarla etkenler de farklı olabilmekte olup katı besinlerde en sık pirinç görülmektedir. İspanya ve İtalya'da ise balık sık rastlanan bir etken olarak tanımlanmıştır.[2] Besin protein ilişkili enterokolit sendromu tanısı için tanı kriterleri kullanılmaktadır.[1,3] (Tablo 1) Sorumlu besin proteininin diyetten çıkarılması ile tüm bulgularda dramatik düzelme sağlandığı gösterilmiştir.[4]

Besin protein ilişkili enterokolit sendromunda atak ile gelen hastada acil serviste önce atak derecelendirmesi yapılır. Olgu 1-2 kusma atağı ile başvurduysa ve letarjisi yok ise hafif atak, üç veya daha fazla kusma atağı ve hafif ile orta derecede letarji mevcut ise orta şiddette atak, üç veya daha fazla kusma atağına şiddetli letarji, hipotoni veya belirgin solukluk eşlik ediyorsa (dehidratasyon, hipotansiyon, şok, methemoglobinemi ve metabolik asidoz görülebilir.) şiddetli atak olarak tanımlanır.[5] Her 3 atakta da acil serviste önce dolaşım, havayolu ve solunum değerlendirilir. Atak şiddetine göre sonraki tedavi basamaklandırılır. Eğer hafif atak ile başvurduysa oral rehidratasyon sıvısı verilebilir ve ondansetron i.m. (0,15 mg/kg/d max. 16 mg/d) yapılmalıdır. Ataktan sonra 4-6 sa veya düzelene kadar gözlenmelidir. Olgu orta şiddette atak ile başvurduysa ondansetron i.m. (0,15 mg/kg/d max. 16 mg/d) yapılmalı, damar yolu açılmalı, 20 ml/kg %0,9 izotonik sodyum klorür yüklenmeli, gerekirse tekrarlanmalıdır. Ataktan sonra 4-6 sa gözlenmesi gerekmektedir. Eğer olgu şiddetli atak ile başvurursa damar yolu hemen açılmalı, 20 ml/kg %0,9 izotonik sodyum klorür yüklenmeli, gerekirse tekrarlanmalı, ondansetron i.m. (0,15 mg/kg/d max. 16 mg/d) yapılmalı, metilprednizolon T hücre aracılı intestinal inflamasyon için i.v olarak 1 mg/kg max 60-80 mg/doz olacak şekilde uygulanmalıdır. İzlemine göre gerekirse vazopressör ajanlar, elektrolit ve asit-baz dengesinin düzeltilmesi için gerekli olgularda bikarbonat tedavisi, methemoglobinemi var ise metilen mavisi yapılabilir. Ağır olguda yoğun bakım ihtiyacı, mekanik ventilasyon gerekliliği açısında değerlendirilmelidir. Ataktan sonra en az 4-6 sa gözlem yapılmalıdır.[3] Ondansetron serotonin 5-HT3 reseptör antagonisti olup nöroimmün mekanizmayla etkisini gösterir. Akut tedavide vakaların %81'inde kusmayı 15 dakika içinde durdururken, verilmeyen hastaların ancak %7'sinde kusma durduğu bildirilmiştir.[6] Altı aydan büyük çocuklarda, 0,15 mg/kg/dozda önerilmektedir. (max. 16 mg/d i.v., veya i.m.) QT uzaması yapabileceği için dikkatli olunmalıdır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Olgular alerji kliniklerine başvurduğunda sorumlu besin kesilmediyse kesilmeli, diyet sonrası beslenme durumu, büyüme gelişme, vitamin ve mineral eksiklikleri açısından yakından takip edilmeli, tolerans gelişimini doğrulamak için en son reaksiyondan 12-24 ay sonra, hastane koşullarında besin provokasyon testi yapılması planlanmalıdır. Genellikle akut besin protein ilişkili enterokolit sendromlarında yanıt eliminasyondan sonra 4-12 sa içerisinde olup kronik vakalarda 3-10 günde olabilmektedir. Genel olarak önerilen tam bir eliminasyon olsa da ağır vakalar dışında tolere ediliyorsa eser miktarda alerjen tüketilebilir. Anne sütü alan bebekte ilk semptomlar; inek sütü bazlı formül veya tamamlayıcı beslenmede inek sütü proteini içeren herhangi besin alımı sonrası görülürse annenin diyetinden inek sütü proteininin çıkarılmasına gerek yoktur. Sadece anne sütü alanlarda semptom geliştiğinde bulgular anne sütü alımıyla ortaya çıkıyor veya büyüme geriliği saptanıyorsa anneye ilgili besinin eliminasyonu önerilir.[3] Sorumlu inek sütü ise ve formül mama kullanıyorsa ileri yoğun hidrolize mamalar ya da amino asit bazlı mamalara geçilmelidir. Bu olgularda tamamlayıcı beslenmeye geçişin 6. aydan daha fazla geciktirilmesi önerilmemektedir.[3] Hastaların klinik seyri tetikleyici besin türüne, ilave atopik hastalık bulunmasına, sIgE pozitifliğine, bulunan coğrafyaya bağlı olarak farklı seyir gösterebilir. İnek sütü ve soyada ortalama 1-2 yaşlarında, katı gıdalarda ise ortalama 4-5 yaşında tolerans gelişebileceği bilinmektedir. Tekrar diyete ekleme zamanı konusunda standart bir zaman dilimi önerilmemekle birlikte genelde tavsiye edilen uygulama, en son reaksiyondan 1 yıl sonra, besin yükleme testi sonrasında reaksiyon olmaz ise eklenebileceğidir.[7]

Tablo 1. Besin protein ilişkili enterokolit sendromu tanı kriterleri

Major Kriterler	Minor Kriterler
Kuşkulu gıdanın alımı sonrası 1-4 saat içinde kusma ve buna klasik IgE aracılı besin alerjilerinde görülen deri ve solunum semptomlarının eşlik etmemesi	1. Aynı şüpheli besin alımı sonrası yineleyen kusma atağı 2. Başka bir besin alımından 1-4 saat sonra yineleyen kusma 3. Herhangi bir şüpheli reaksiyon sonrası belirgin letarji 4. Herhangi bir şüpheli reaksiyon sonrası belirgin solukluk 5. Herhangi bir şüpheli reaksiyon sonrası acile başvuru gereksinimi 6. Herhangi bir şüpheli reaksiyon sonrası IV sıvı tedavisi gereksinimi 7. 24 saat içinde ishal olması (genellikle 5-10 saat) 8. Hipotansiyon 9. Hipotermi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sonuç: Besin protein ilişkili enterokolit sendromu son yıllarda giderek önemi artan ve daha sık tanınan alerjik bir hastalıktır. Akut formunun acil olarak tanınıp uygun şekilde tedavisinin yapılması gerekmektedir. Bu olguların çocuk doktorları tarafından tanınıp erken yönlendirmelerinin yapılması için farkındalığın artması ve bu konuda ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Besin Alerjisi Türk Ulusal Rehberi 2017. Astım Alerji İmmunoloji Dergisi 2017. Vol 15. Supp 1,69. Ed: Derya Ufuk Altıntaş.
2. Vila L, Garcia V, Rial MJ, Novoa E, Charron T. Fish is a majör trigger of solid food protein induced enterocolitis syndrome in Spanish children. J Allergy Clin Immunol Pract 2015;3:621-623
3. Nowak Wegrzyn A, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: Executive summary -Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. J Allergy Clin Immunol. 2017;139:1111-26.
4. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts, G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, et al; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy 2014;69:1008-1025
5. Leonard SA, Miceli Sopo S, Baker MG, Fiocchi A, Wood RA, Nowak-Węgrzyn A. Management of acute food protein-induced enterocolitis syndrome emergencies at home and in a medical facility. Ann Allergy Asthma Immunol. 2021;126(5):482-488.e1. doi:10.1016/j.anai.2021.01.020
6. Miceli Sopo S, Battista A, Greco M, Monaco S. Ondansetron for food protein-induced enterocolitis syndrome. Int Arch Allergy Immunol 2014;164:137-139
7. Akashi, M., Kaburagi, S., Kajita, N., & Morita, H. (2024). Heterogeneity of food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES). Allergology international : official journal of the Japanese Society of Allergology, 73(2), 196–205. https://doi.org/10.1016/j.alit.2024.02.001

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Ağır Kutanöz İlaç Reaksiyonun Ne Zaman Şüphe Etmeliyim?

Özge Kangallı Boyacıoğlu

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Ve İmmünoloji Hastalıkları Kliniği

Giriş

İlaç aşırı duyarlılıkları; yetişkinlerde ve çocuklarda özellikle yeni kullanıma giren ilaçlarla birlikte artış göstermektedir. İlaç aşırı duyarlılıkları **erken tip reaksiyonlar** (ilaç alımından 1-6 saat sonra) ürtiker, anjıoödem veya anafilaksi ve **geç tip reaksiyonlar** (ilaç alımından >1 saat) makülopapüler reaksiyonlar, ağır kutanöz ilaç reaksiyonları (SJS/TEN, DRESS, AGEP vb..), tek organ reaksiyonları ve ilaç spesifik reaksiyonlara kadar geniş spektrumda görülebilir.

SJS/TEN tablosunda sorumlu ilaç ya da ilaç metaboliti keratinositlerdeki HLA proteinleri ile etkileşir ve epidermisteki CD8+ T hücreleri aktive olur. Aktive olan CD8+ T hücreleri keratinosit ölümüne neden olan granülizin gibi sitolitik peptitler üretir. Bu süreçte, perforin/granzim, Fas ligand gibi sitotoksik proteinler de salınmaktadır

DRESS tablosunda ilaç spesifik T hücrelerinde güçlü bir aktivasyon görülür. Th2 hücreler interlökin-4, interlökin-5 ve interlökin-13 salgılayarak eozinofilik inflamasyona neden olur. İlacın uzun süreli kullanımı (tedavinin başlangıcıyla semptomların ortaya çıkması arasındaki süre; DRESS için 2-8 hafta, SJS/TEN için 4-28 gün, AGEP için aminopenisilinlerde saatler ile 2 gün arasında diğer ilaçlarda 2 haftaya kadar) görülebilir.

SJS (Stevens–Johnson Sendromu) /TEN (Toksik Epidermal Nekroliz)

SJS ve TEN epidermal nekrolizin iki ayrı tipidir. SJS' de %10 ayrılma varken TEN'de %30'dur. Başlangıçta 1-3 gün süren ateş, boğaz ağrısı ve gözlerde batma ile başlar.

Sonrasında konjonktiva, ağız, genital mukoza, trakea ve gastrointestinal mukoza tutulumu görülür. Kutanöz lezyonlar eritamatöz maküller şeklinde başlar ve hızlıca kolayca ayrılan gevşek veziküllere dönüşür. Ağır hemorajik mukozit, ağız, dudak ve göz tutulumu yapar. Ağır deri lezyonlarının başlamakta olduğunu gösteren bulgular ise deride ağrı, epidermolizis ve pozitif Nikolsky işaretidir (cildin hafif ovalanması ile epidermis ve dermisin birbirinden ayrılması). Erişkinlerde bildirilen SJS ve TEN insidansları SJS için 3.96-5.4/1 milyon, TEN için 0.4-1.45/1 milyon' dur. Kadınlar hastalıktan erkeklere göre 1,5 kat daha fazla etkilenir

En yüksek sıklığın ≥80 yaş ve 1-10 yaş arasına ait olduğu belirtilmiştir. Çocuklar ve erişkinlerde SJS ve TEN'in en sık nedeni ilaçlardır. Sorumlu ilacın ilk dozu ile SJS/TEN kliniği ortaya çıkmasına kadar geçen süre tipik olarak 4 gün ile 4 haftadır, ancak yarı ömrü uzun ilaçlar için 8 haftaya kadar uzayabilir.

SJS/TEN'e en sık neden olan ilaçlar allopurinol, sülfonamidler (özellikle kotrimoksazol), bazı antiepileptikler (karbamazepin, lamotrijin, fenobarbital, fenitoin), oksikam grubu nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ'ler), aminopenisilinler, sefalosporinler ve kinolonlardır.

Çocuklarda SJS etiyolojisinde *Mycoplasma penumoniae* ve *Herpes simplex* virüs de etken olarak saptanmıştır

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

Ateş, deri döküntüleri, lenfadenopati ve organ tutulumları ile karakterize bir ağır ilaç, aşırı duyarlılık reaksiyonudur

Klinik belirtiler genellikle sorumlu ilaçla tedaviye başlandıktan 2-8 hafta sonra gelişir, ancak sorumlu ilacın yeniden verilmesi ile klinik tablo çok daha kısa sürede ortaya çıkabilir ve daha şiddetli olabilir

Klinik prezentasyonu tipik olarak kaşıntı ve ateş gibi prodromal semptomlarla başlar, ardından deride eritematöz morbiliform döküntü ve sonra lenfadenopati ile birlikte farenjit, oral ülserler ve sistemik semptomlar gelişir

Deri, tutulan birincil organdır ve makülopapüler döküntü, eritrodermi ve yüz ödemi en yaygın belirtilerdir

AGEP (Akut Generalize Egzentamatöz Pustulozis)

Geniş ödemli ve eritemli bir zeminde başlayan çok sayıda, 5 mm'den küçük ve genellikle non foliküler olan intraepidermal ya da subkorneal püstüller, 38°C'nin üzerinde ateş, nötrofil yüksekliği, hastalığın akut gelişimi ile karakterizedir.

Hastalık, dramatik görünümüne rağmen genellikle visseral tutuluma neden olmaması ve hastalığın 5-10 gün içinde kendini sınırlaması nedeniyle spesifik bir tedavi gerektirmez. Ancak yüksek ateş ve artmış deri kan akımı kardiyak toleransın zayıflamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle bu hastalara antipiretik tedavi ve topikal steroidler uygulamak derideki artmış kan akımını azaltmak açısından gerekli olabilmektedir. AGEP için en sık şüphelenilen ilaçlar, antibiyotikler (aminopenisilinler, makrolidler, kinolonlar, sülfonamidler, pristamisin), antikonvülzanlar, terbinafin, antimalaryal ilaçlar (özellikle hidroksiklorokin) ve diltiazemdir. Ağır kutanöz ilaç reaksiyonlarında mortalite hızı SJS için %10'a, TEN için %30'a, DRESS için %10'a varan sıklıklar mevcutken AGEP için %5'in altında olarak bildirilmiştir. Yanık ünitesine erken yatışın mortalite ve morbidite üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir

Alarm Verici İşaretler

İlaç alerjilerinden şüphelenildiğinde; Öncelikle detaylı bir anamnez alınmalı; kullanılan ilaçların türü, dozu, kullanılma süresi, semptom ve bulguların tipi, başlangıcı, lokalizasyonu ve ilerlemesi, derinin ve mukozal zarların (ağız, gözler ve cinsel organlar dahil) tam muayenesi, laboratuvar parametreleri ile alarm verici işaretlerin araştırılması gerekir. Alarm verici işaretlerin varlığında şüphe duyulan ilaçlar derhal durdurulmalıdır.

Sonuç

SCAR az görülen ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonları arasında olmakla beraber, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması nedeniyle, iyi tanınması, erken tanı alması, sorumlu ilacın hemen kesilmesi ve erken tedavi başlanması önemli olan bir durumdur.

Risk faktörlerinin bilinmesi, hem tabloya neden olan ilaçların saptanmasının kolaylaştırılması hem de risk gruplarında ilaç seçimine dikkat edilerek olası reaksiyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İlaç aşırı duyarlılıkları, Pediatri, Ağır kutanöz reaksiyonlar

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SÖZEL BİLDİRİLER



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SÖZEL BİLDİRİ PROGRAMLARI

11 Eylül 2025, Perşembe
13:00 – 14:30 Online Sözel Bildiri Oturumu
Oturum Başkanları: **Dr. Deniz Kızmazoğlu, Dr. Pelin Teke Kısa**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS1	**Meltem ORBAY**, Elif KIYMET, Kübra ONUN, Hale ÇITLENBIK, Özgür OLUKMAN	Akut Bronşiolit Bulguları İle Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi
SS2	**Meltem Orbay**, Hepsen Mine Serin, Seda Kanmaz, Esra Işık, Tahir Atik, Özgür Çoğulu, F. Özkınay, Sanem Yılmaz, Hasan Tekgül	Tuberoskleroz Kompleks Tanılı Çocuk Hastalarda Epileptogenezis
SS3	**Yavuz ATAŞ**, Nihal SOYLU, Pamuk Betül ULUCAN ATAŞ	Pediatrik İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon: Nadir Etiyolojiler, Atipik Klinik Prezentasyonlar ve Rutin Muayenede Yapılan Göz Dibi Değerlendirmesinin Tanısal Önemi
SS4	**Zeynep ERGENC**	Epidemiologıcal Trends Of Invasıve Fungal Infections In A Quaternary Pediatric Hospital In London: A Five Year Retrospective Study
SS5	**Yekta ÖZKAN**	Suça Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Tanıların Ve Sosyodemografik Özelliklerin Suç Tekrarı İle İlişkisinin İncelenmesi
SS6	**Coşkun Fırat ÖZKEÇECİ**, Arzu ARAS, Nurel İNAN AYDEMIR	Organik Hastalığı Taklit Eden Fonksiyonel Bozukluk: İzole Fokal Aktif Kolit Eşliğinde Abdominal Migren
SS7	**Eren GÜZELOĞLU**	Çevre Ve İklim Değişikliğinin Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: Sahada Çalışan Hekimlerin Görüşleri
SS8		Bildiri Geri Çekilmiştir.
SS9	**Batuhan YEKE**, Gökçe ÇIPLAK, Ezgi BAŞARAN, Gülsüm KADIOĞLU ŞIMŞEK, Dilek ŞAHIN	Servikal Serklaj Uygulanmış Anne Bebeklerinin Perinatal Sonuçları
SS10	**Deniz ARGÜZ**, Gonca ÖZYURT, Kerem KEMİK, Berrin ÇAVUŞOĞLU, Zohal ALMOUR EMAM, Fazilet ERGÜVENDI, M. Alper SELVER, Pembe KESKINOĞLU, Emel ADA	Akran Zorbalığı Ve Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Olgularda Sosyal Biliş Ve Beyin Yapısı
SS11	**Arda BULUT**, Ezgi OĞUZ, Eylem TAZEGÜL ÇOKGEZER, Kübra ÇAKMAKKAYA, Miray KARAKOYUN	Kronik Karaciğer Hastası Çocuklarda D Vitamini Profilaksısı Yeterli Midir?
SS13	**Aliye GÜLBAHÇE**, Nihat Atahan KANBUR	Kalıtsal Metabolizma Hastalıkları Açısından Hipoglisemi Olgularının Değerlendirilme
SS14	**Ayça AYDOĞAN**, Zümrüt ARSLAN GÜLTEN	Doksan Nadir Vakanın Tanısal Yolculuğu
SS35	**Bahar GİRGİN DİNDAR**, Gökçen KARTAL ÖZTÜRK, Figen GÜLEN	Çocukluk Çağı Pulmoner Emboli Tanılı Olguların Geriye Dönük İncelenmesi, Tek Merkezli Bir Çalışma
SS12	**Müge ÇINAR**, Meral BAHAR İSTER, Merve EŞGI, Özlem ÜNAL UZUN	Galaktozemili Hastalarda Diyet Tedavisi, Büyüme-Gelişme Ve Klinik Değerlendirmeleri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

12 EYLÜL 2025, CUMA
SALON B
13.00 - 14.00 Sözlü Bildiri Oturumu 1
Oturum Başkanları**: Dr. İpek Polat, Dr. Gazi Arslan**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS15	Sevgi KUŞ, Dilek YILMAZ, **Nesli AĞRALI ERÖZ**	Evaluation Of Diagnostic And Therapeutic Approaches In Pediatric Osteoarticular Infections at A Tertiary Center
SS16	Çağatay GÜNAY, **Merve ERASLAN CANBELDEK**	Ülkemizin Süregelen Endemiği: Pediyatrik Nörobrusellozda 10 Yıllık Deneyim
SS17	Sema TANRIVERDİ, **Bilge TAŞLICA YILMAZ**, Zühre Başak TAN KÖKTÜRK	Noninvaziv Solunum Desteği İle Sevk Edilen Yenidoğanların Değerlendirilmesi
SS18	**Gamze YAKIN**, Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK	Enürezıs Tanılı Olgularda Ekran Maruziyetinin Değerlendirilmesi
SS19	Esra ENSARİ, **Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK**	Sosyal Medyada Hipertansiyon Bilgilendirmesi: Sağlık ile Reklam Arasındaki Denge
SS20	**Tuğba TAŞTEMEL ÖZTÜRK**	Proteınürı Nedeniyle Çocuk Nefroloji Polikliniğine Yönlendirilen Hastaların Değerlendirilmesi
SS21	**Pırıl YILDIZ**, Ali YURTSEVEN, Caner TURAN, Eylem Ulaş SAZ, Burcu VURAL ATALAY	Metilfenidat Zehirlenmesinin Çocuklar Üzerindeki Etkileri
SS22	**Şerife ÖZTÜRK YILMAZ**, Semra GÜRSOY, Suzan SÜNCAK, Meryem HALIS, Mehmet KOCABEY, Özlem GIRAY BOZYAKA	Title: Ectodermal Dysplasia: A Rare Cause Of Fever In Childhood

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

12 EYLÜL 2025, CUMA
SALON C
13.00 - 14.00 Sözlü Bildiri Oturumu 2
Oturum Başkanları**: Dr. Semra Gürsoy, Dr. Ayşe Şimşek**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS23	**Ece ŞENBAYKAL YİĞİT**, İlke TAŞKIRDI, İdil AKAY HACI	Primer İmmün Yetmezlikli Hastalıklarda Ivıg Tedavisi Alan Hastalıkların Geriye Yönelik Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi
SS24	**Elif KIYMET**, Izel KUTLU CAN, Yeliz SEVINÇ, Ulaş KARADAŞ	Çocukluk Çağı Miyokardit Olgularında Klinik Bulguların ve Tespit Edilen Viral Etkenlerin Değerlendirilmesi
SS25	**Ece OCAK**	Primer Siliyer Dıskınezi Genetik Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi: 2 Yıllık Tek Merkez Deneyimi
SS26	**İkbal Nur ŞAFAK**, Seda TUNCA, Tuba TUNCEL	Antibiyotikler İle Hafif Kutanöz Reaksiyonu Olan Çocuklarda Uygulanan Direkt Provokasyon Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi
SS27	**Halime YAĞMUR**, Özge ATAY	Pediatri Asistanlarının İlaç Alerjisi Konusunda Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilme
SS28	**Gizem KABADAYI**, Nevin UZUNER	Anjıyoödem Eşlik Eden ve Etmeyen Kronik Ürtikerli Olguların Karşılaştırılması
SS29	**Betül DEMIRCAN COŞKUN**, Özge YILDIRIM ŞALBAŞ, Deniz ERDEN, Korcan DEMIR, Ayhan ABACI, Sevim ÇAKAR, Ece BÖBER	Boy Kısalığıyla Başvuran Olgularda Çölyak Hastalığı Sıklığı Ve Bu Olgularda Tedavinin Büyümeye Etkisi
SS30	**Benay TURAN**, Gülçin ARSLAN, Emrullah ARSLAN, Tayfun ÇINLETI, Merve SAKA GÜVENÇ, Bumin Nuri DÜNDAR	Shox Geninde Delesyon Ve Duplikasyon Saptanan Hastaların Klinik Özellikleri
SS31	**Müge DEVECİ**, Emrullah ARSLAN, Tayfun ÇINLETI, Eren ER, Bumin Nuri DÜNDAR	Erken Başlangıçlı Obezitede Saptanan Genetik Etıyolojıler: Tek Merkez Deneyimi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 EYLÜL CUMARTESİ

SALON B

09.40 - 10.25 Sözlü Bildiri Oturumu 3

Oturum Başkanları**: Dr. Deniz Kızmazoğlu, Dr. Hande Gazeteci Tekin**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS32	**Rıza YILDIRIM**, Sanem AKARCAN, Ayşe AYGÜN	Omalızumab Tedavisi Başlanan Kronik Ürtikerli Hastaların Klinik Özellikleri ve Tedavi Yanıtlarının Değerlendirilmesi
SS33	**Seçil OKTAY**	Çocukluk Çağı Absans Epilepside Frontal Keskin Paternler ve Tedavi Yanıtı: Tek Merkez Deneyimi
SS34	**Zeynep ÖLMEZ MART**, Anıl ER, Dilara BAŞARAN, Emel ULUSOY, Öznur ESER, Merve ERASLAN CANBELDEK, Özge GÜNAL, Murat DUMAN	Çocuklarda Boğulma Hakkında Ebeveyn Bilinci Ve Davranışları: Göz Ardı Edilen Riskler
SS36	**Yeşim YIĞIT**	B12 Hipervitaminozu İle Çocuk Hematolojı ve Onkolojı Polikliniğine Müracat Eden Olguların Retrospektif Analizi ve Literatürün İncelenmesi
SS37	**Gülümay VURAL TOPAKTAŞ**, Sevim ONGUNER, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Çocukluk Ve Adölesan Döneminde Santral Diabetes Insipidus: Etıyolojıden Klınık Seyre Tek Merkez Deneyimi
SS38	**Suzan SÜNCAK**, Semra GÜRSOY, Ahmet Okay ÇAĞLAYAN, Uluç YIŞ, Ayşe Semra HIZ, Şerife ÖZTÜRK YILMAZ, Meryem HALIS, Ayfer ÜLGENALP, Özlem GIRAY BOZKAYA	Fragile X Syndrome In Children With Developmental Delay: A Six-Year Single-Center Experience

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 EYLÜL CUMARTESİ

SALON C

09.40 - 10.25 Sözlü Bildiri Oturumu 4

Oturum Başkanları**: Dr. Ali Kanık, Dr. Salih Gözmen**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS39	**Gonca GÖKMEN ÖZEL**, Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK, Yıldız EKEMEN KELEŞ	Kültür Kanıtlı İdrar Yolu Enfeksiyonu Olan Olguların Değerlendirilmesi
SS40	Şeyma Şebnem ÖN, **Eser DOĞAN**, Deniz YILMAZ KARAPINAR, Zülal ÜLGER TUTAR	Lösemi Tanılı Pediatrik Hasta Grubunda Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu Bozulmadan, Global Longutudınal Strain Ekokardiyografı İle Doksorubısın Kardıyotoksısıtesının Saptanması, Kesitsel Çalışmanın Erken Dönem Sonuçları
SS41	**Emine Didem DEMİRDÖKEN**, Duygu UZUN DİNÇTÜRK, Pelin TEKE KISA	Hiperkolesterolemisi Olan Çocuklarda Etiyolojık Değerlendirme
SS42	**Meryem HALIS**, Mehmet KOCABEY, Suzan SÜNCAK, Şerife ÖZTÜRK YILMAZ, Semra GÜRSOY, Ayfer ÜLGENALP, Ahmet Okay ÇAĞLAYAN, Özlem GIRAY BOZKAYA	Beyond The Acronym: Expanding The Clınıcal And Genetic Spectrum Of Charge Syndrome
SS43	**Merve TOSYALI**, Feyza KOÇ	Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularının Klinik Ve Demografik Özellikleri: Ege Üniversitesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nın Dört Yıllık Deneyimi
SS44	**Fatma KUŞGÖZ**, Mahmut DOĞRU, Feyza Mediha YILDIZ	Çocukluk Çağı Alerjik Hastalıklarında Risk Faktörü Olarak Nutrisyonel Aneminin Değerlendirilmesi
SS45	**Raziye Burcu TAŞKIN**, Bora KUNAY	Tekrarlayan Oral Aft İle Çocuk Romatoloji Poliklıniliğine Başvuran Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 EYLÜL 2025, CUMARTESİ
SALON B
13.30- 15.00 Sözlü Bildiri Oturumu 5
Oturum Başkanları**: Dr. Sevim Çakar, Dr. Gülcihan Özek**

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS46	**Melis KIRMIZITAŞ**, Merve BILEN , Nur ARSLAN	Adölesan Yaştaki Fenilketonürı Hastalarının Nutrisyonel Parametrelerinin Değerlendirilmesi
SS47	**Bahar KULU**, Haluk MERGEN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesine Bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinin 2020-2025 Yılları Arası Neonatal Tarama Programı Sonuçlarının Değerlendirilmesi
SS48	**Ilke BAŞ**, Hatice Ceren ESER, Mehmet GEYİK, Handan DUMAN ŞENOL, Figen GÜLEN	Kronik Ürtıkerli Hastaların Yaşam Kaliesi Skorlarının Değerlendirilmesi
SS49	**Sultan OKUR ACAR**, Çağrı Berhan KURDU, Tuba YURDUSEV, Özlem TÜFEKÇİ GÜROCAK, Şebnem YILMAZ, Hale ÖREN	İdiopatik Hipereozinofilik Sendromun Çocukluk Çağındaki Tanısal Özellikleri Ve Sonuçları: Türkiye'den Tek Merkez Deneyimi
SS50	**Aslı ARSLAN**, Nihal KARADAŞ, M. Alper ÖZARSLAN, Gülhadiye AVCU	Hematolojık Malıgnıte Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Çocuk Hastalarda Clostrıdıum Dıfficile Enfeksiyonu İçin Risk Faktörlerinin Prospektif İzlem İle Değerlendirilmesi
SS51	**Fadime Çağla KAŞIKÇI**, Ali KANIK, Belde KASAP DEMIR, Yavuz DEMIRÇELIK, Mine İNAL AKKAYA	Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit, Servikal Adenit (Pfapa) Sendromu Tanılı Hastalarda Büyüme Ve Gelişmenin Değerlendirilmesi
SS52	**Gülçin AYTAÇ**, Mustafa GÖKOĞLU	Pfapa Ön Tanısıyla Yönlendirilen Hastalarda Mefv Mutasyonlarının İncelenmesi
SS53	Sinem ÖZGÖKMEN , Muhammet Ali KANIK , Gonca ÖZYURT, **Özlem BAĞ**	Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Olan Ebeveynlerin Aşı Tereddütünün Değerlendirilmesi
SS54	**Necla İPAR**, Ezgi Nur ALPER, Özgür AKTAŞ, Seda OCAK, Ipek OTRAV, Mert VEZNİKLİ	The Relatıonshıp Between Parental Feedıng Practıces And Infant Feedıng Behavıor In Early Chıldhood: A Cross-Sectıonal Study
SS55	**Mahmut Esva AKDEMİR**, Ilkim DİNÇOL, Göksenin GÖK, Fatma AYDIN, Tuğçe NALBANT, Maşallah BARAN	Çocuk Acil Servisi Başvurularında Fonksiyonel Kabızlık
SS56	**Gözde AKIN KAĞIZMANLI**, Fatma Ceren SARIOĞLU, Erdoğan ÖZGÜR, Recep BEKİŞ, Ahmet Ömer İKİZ, Oğuz ATEŞ, Safiye AKTAŞ, Erdener ÖZER, Deniz KIZMAZOĞLU, Refik Emre ÇEÇEN, Ayhan ABACI, Ece BÖBER, Zekiye ALTUN, Korcan DEMİR	Çocukluk Çağı Papiller Tiroid Kanserlerinde Klınikopatolojık Özellikler, Tedavi Süreçleri ve İzlem Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi
SS57	**Mahli Batuhan ÖZDOĞAR**, Deniz KIZMAZOĞLU, Ceren KIZMAZOĞLU, Handan GÜLERYÜZ UÇAR, Cenk UMAY, Orhan KALEMCI, Ayşe Nur DEMIRAL, Erdener ÖZER, Emrullah Rıza ÇETINGÖZ, Refik Emre ÇEÇEN, Dilek İNCE, Hatice Nur OLGUN	Merkezimizde Tedavi Edilen Santral Sinir Sistemi Glial Hücre Tümörün Klinik Özelliklerinin Ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi
SS58	**Tuba YURDUSEV**, Deniz KIZMAZOĞLU, Berhan KURDU, Ceren SARIOĞLU, Refik Emre ÇEÇEN	Karaciğer Hemanjiomları: Tek Merkez Deneyimi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 EYLÜL 2025, CUMARTESİ
SALON C
13.30 - 15.00 Sözlü Bildiri Oturumu 6
Oturum Başkanları: Dr. Handan Duman, Dr. Gülhadiye Avcu

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
SS59	**Ayşe Tuba GÜRLEN ALTOK** , Bilge ALDEMIR KOÇABAŞ, Meral Dilara ÖĞÜNÇ	Pediatrik Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Etken Olan Enterobacterıaceae Ailesi Üyelerinde Gsbl Ve Karbapenemaz Üretim Sıklığının Ve Enzim Tiplerinin Araştırılması Ve Klinik Yansıması
SS60	Elif BÖNCÜOĞLU, **Sinem ÖZGÜR**, Özlem ÖZDEMİR BALCI, Kamile Ötiken OKTAY, Murat ANIL	Adenovirüs Enfeksiyonu Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Pediatrik Olguların Değerlendirilmesi
SS61	**Elif BÖNCÜOĞLU**, Kamile Ötiken OKTAY, Özlem ÖZDEMIR BALCI, Barkın Savaş TONAK, Murat ANIL	2024–2025 Sezonunda Hastaneye Yatan Pediatrik İnfluenza Olgularının Klinik Profili
SS62	**Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER**, Damla SEYHANLI , Büşra YEN , Eda KARADAĞ ÖNCEL , Soykan ÖZKOÇ , Nurşen BELET	Evaluation Of Pediatric Patients With Blastocystıs Homınıs Detected In Stool: Does It Have Clınıcal Significance?
SS63	**Damla SEYHANLI**, Esma Tugba KASIKCI-MERMER, Eda KARADAĞ-ÖNCEL, Ozgur APPAK, Nursen BELET	Parvovırus B19 Infectıon In Healthy Children: What Are The Clınıcal Presentatıon
SS64	**Pelin ABDAL YILDIRIM**, Işıl Seren ARISÜT, Gülce İMAMOĞLU, Cemaliye BAŞARAN, Eren SOYALTIN, MuhammetnAKYÜZ, Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR, Onur IŞIK, Belde KASAP DEMİR	Renovasküler Hipertansiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi
SS65	**Ayşen GÖK**	Erzurum İl Merkezinde Yaşayan Semptompsuz Adölesanlarda Ailevi Akdeniz Ateşi (Aaa) Gen Polimorfizmının Araştırılması
SS66	**Oğuzhan AKYAZ**, Tuğçe TATAR ARIK, Tülay DEMIRCAN, Mustafa KIR, Şevket Baran UĞURLU, Betül AKSOY, Sevim ÇAKAR	Non-Invasıve Assessment Of Fontan And Tetralogy Of Fallot Associated Lıver Dısease In Chıldhood And Adolescence
SS67	**Deniz ERDEN**, Betül DEMIRCAN COŞKUN, Özge YILDIRIM ŞALBAŞ, Ipek PAMUKOĞLU, Korcan DEMIR, Ece BÖBER, Ayhan ABACI	Beş Yaş Altı Çocuklarda Hipokalsemının Klinik, Laboratuvar Ve Etıyolojık Özelliklei
SS68	**Özge YILDIRIM ŞALBAŞ**, Deniz ERDEN, Betül DEMİRCAN COŞKUN, Ayhan ABACI, Ece BÖBER, Korcan DEMİR	Çocuklarda Hipoglisemi Nedenleri Ve Klinik Özellıklerinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi
SS69	**Ümit Aslan SARITAŞ**, Dilek YILMAZ	Pediatrik Mastoıdıtlerde Klinik Özellikler ve Tedavi Yaklaşımları: Gözlemsel Bir Değerlendirme
SS70	Özgen SOYÖZ, Özge KANGALLI BOYACIOĞLU, **Ece KIRDEM**, Hande GAZETECI TEKIN, Semiha BAHÇECI	Farklı İlaçlara Bağlı Gelişen Dress Sendromu: 4 Pediatrik Olgunun Değerlendirilmesi
SS71	**Gülşen YALÇIN**, Tuğçe ŞEN, Ömer Seyfi EKİNCİ, Murat ANIL	Karbonmonoksit Zehirlenmesi Olan Çocuklarda Gecikmiş Nöropsikiyatrik Sendrom Tanısı İçin Tam Kan Sayımı, Kan Gazı Ölçümleri Ve Glikoz/Potasyum Oranının Tahmini Değeri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS1

AKUT BRONŞİOLİT BULGULARI İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN SİGARA KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem ORBAY[1], Elif KIYMET[2], Kübra ONUN[1], Hale ÇITLENBIK[4], Özgür OLUKMAN[5]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları , İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - Çocuk Acil , İzmir, Türkiye
[5]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - Neonatoloji, İzmir, Türkiye

Amaç: Şubat- Mayıs 2025 aylarında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servise akut bronşiolit bulguları ile başvuran çocukların ebeveynlerinin sigara kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve bu maruziyetin bronşiolit atak sıklığı ve şiddetine etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Şubat-Mayıs 2025 tarihleri arasında acil servise bronşiolit atağı ile başvuran 0-6 yaşlar arasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların ebeveynlerine sosyoekonomik özellikleri ve sigara kullanım alışkanlıkları ile ilgili sorular içeren anket uygulandı. Hastaların demografik ve sosyoekonomik bilgileri, bronşiolit atak şiddeti, atak sıklığı, ebeveynlerin sigara kullanım alışkanlıkları vaka formlarına kaydedildi. Bronşiolit atak şiddeti Türk Toraks Derneğinin Akut Bronşiolit Tanı ve Tedavi Rehberi 2024'e uygun olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizler için SPSS Statistics for Windows Version 21.0 kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 352 hasta dahil edildi. Bunların %62,2'si (n:219) erkekti. Yaşların ortalama değeri 21,5 (18,7 sd) aydı. Hastaların %71'i sezaryenle doğurtulmuş olup, %59,4'ü term dönemde doğmuştu. Ebeyenlerin yaş ortalaması sırasıyla 30,8 ve 34,7 olarak saptadı. Ailelerin %97,7 si düşük ve orta gelir düzeyine sahipti. Hastaların ilk bronşiolit atağı geçirme yaşı ortalama 11,1 aydı. Her iki ebeveynlerden birisinin sigara içmesi oranı %68,5 (n:241) idi. Annelerin %25,6'sı, babaların ise %65,6'sı sigara kullanmaktaydı. Ebeveynlerin %6,8'i (n:24) çocuğunun yanında sigara içerken, sigara içme yeri olarak en sık balkonu (%56) tercih ettikleri saptandı. Ebeveynlerin %65,9'u sigara içmenin çocuklarının sağlığına zararlı olduğunu düşündüklerini belirtti. Ayrıca, ebeveynlerin %31,9'unun sigarayı bırakmayı düşündüğü saptandı.

Hastaların %42,9'unun (n:151) başvuruda hafif atak geçirdikleri, %57,1'inin orta-ağır atak geçirdikleri saptandı. İlk başvuruda kızların %61,6'sı, erkeklerin %54,3'ü orta-ağır atak ile başvurdu. Atak şiddeti ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. Hafif atakla başvuran hastaların ebeveynlerinin sigara içme oranı %66,8 iken orta-ağır atakla başvuranların ebeveynlerinin sigara içme oranı %69,6 saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hafif atakla başvuran hastaların sigara içen ebeveynlerinin %27,4'ü sigarayı bırakmayı düşünürken iken orta-ağır atakla başvuranların %34,2'si sigarayı bırakmayı düşünüyordu. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yanında sigara içilen çocukların %87,5'i orta-ağır şiddette atak geçirirken yanında sigara içilmeyen çocukların %54,8 orta-ağır atak geçirmekteydi. Çocuğun yanında sigara içilmesi orta-ağır atak geçirilmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Hastanın doğum şekli, doğum haftası, ailenin gelir düzeyi, ebeveynlerin eğitim durumu ile bronşiolit atak şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Sonuç olarak sigara maruziyeti istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermese de oransal olarak atak şiddetini arttırmakta ve özellikle çocuğun yanında sigara içmesi ile bronşiolit atak şiddetini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut bronşiolit, Çocuk, Sigara, Atak şiddeti, Ebeveyn

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS2

TUBEROSKLEROZ KOMPLEKS TANILI ÇOCUK HASTALARDA EPİLEPTOGENEZİS

Meltem Orbay[1], Hepsen Mine Serin[2], Seda Kanmaz[3], Esra Işık[4], Tahir Atik[4], Özgür Çoğulu[4], F. Özkınay[4], Sanem Yılmaz[3], Hasan Tekgül[3]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Acıbadem Sağlık Grubu, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye

Amaç: Tuberoskleroz kompleksi (TSK), tedaviye dirençli epilepsiye ve gelişimsel problemlere neden olan genetik, multisistemik bir hastalıktır. Nöbetler ile kendini gösteren, tedavi edilmeyen erken başlangıçlı epilepsi, otizm ve entelektüel yetersizlik de dahil olmak üzere nörogelişimsel gerilikle ilişkili bir hastalıktır. Bu çalışmada TSK tanısıyla takip edilen hastalarımız retrospektif olarak değerlendirilerek epilepsinin seyrini etkileyebilecek klinik faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: TSK tanısıyla 2010-2022 yılları arasında takip edilen hastaların demografik verileri, laboratuvar bulguları, klinik ve psikiyatrik bulguları, uygulanan tedaviler retrospektif olarak değerlendirildi. Dirençli epilepsi gelişimi ve nöbet kontrolü ile nöbet başlangıç yaşı, nöbet tipi, otizm ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) varlığı, bilişsel düzeyleri arasındaki ilişki incelendi. Prognoza etki eden faktörler saptandı. İzleminde dirençli epilepsi gelişen, otizm tanılı ve mental düzeyde orta ve ağır etkilenimi olan hastalar kötü prognozlu kabul edildi. mTOR inhibitörü kullanılan hastaların nöbet ve nörogelişimsel seyirleri incelendi. İstatistiksel analiz verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 25.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: TSK tanısıyla takip edilen 55 hastanın yaş ortalaması 129,3 ±74,6 ay olup, 28'i (%50,9) erkekti. Tanı yaşı ortalaması 30±43,4 ay olarak saptandı. 39 hastanın başvuru yakınması nöbet olup, 49 hasta epilepsi nedeni ile takipliydi. Genetik inceleme yapılan 18 hastanın %50'sinde TSK2 mutasyonu ile %27,7'inde TSK1 mutasyonu saptandı. İlk nöbet tipi fokal olan 17 hasta ile ilk nöbet tipi infantil spazm olan 6 hastada izlemde dirençli epilepsi geliştiği görüldü. İlk nöbet tipi ile nöbet kontrolü ve izlemde dirençli epilepsi gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı . Hastaların ilk nöbet geçirme yaşı ile izlemde dirençli epilepsi gelişimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmasa da, dirençli epilepsi gelişme oranı bir yaş altında başlayan grupta %55,2 en yüksek idi. Hastaların %21,8 inde orta-ağır bilişsel etkilenim olduğu saptandı. Nöbet başlangıç yaşı ile zeka düzeyi etkilenimi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmazken , ağır düzeyde zeka etkilenimi olan 4 hastanın da nöbetlerinin bir yaşından önce başladığını saptandı. İlk nöbet tipi infantil spazm olan hastalarda otizm gelişiminin daha sık olduğunu saptandı. Nöbet başlangıç yaşının bir yaş altında olması ve izlemde birden fazla nöbet tipinin olması kötü prognoz ile ilişkili olarak saptandı. Nöbet olmasından bağımsız olarak tüm hasta grubunda, ilk EEG'nin anormal olması kötü prognoz ile ilişkili bulundu . Litaretürün aksine MRG' de tuber varlığı prognoz üzerine etkili bulunmadı.

Sonuç: TSK'de en sık görülen nörolojik semptom olan epilepsinin erken tanınması ve etkin tedavi edilmesi TSK'li bireylerin entelektüel gelişimleri üzerinde olumlu katkı sağlayacaktır. Dirençli epilepsi gelişen hastalarda antinöbet ilaçların yanı sıra antiepileptojenik etkinlik gösteren m TOR inhibitörleri umut verici moleküler tedavi olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tuberoskleroz kompleks, m TOR inhibitörleri, Dirençli epilepsi, Mental gelişim geriliği, Nörobilişsel etkilenim düzeyi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS3

PEDİATRİK İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON: NADİR ETİYOLOJİLER, ATİPİK KLİNİK PREZENTASYONLAR VE RUTİN MUAYENEDE YAPILAN GÖZ DİBİ DEĞERLENDİRMESİNİN TANISAL ÖNEMİ

Yavuz ATAŞ[1], Nihal SOYLU[1], Pamuk Betül ULUCAN ATAŞ[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, 3319, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göz Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 3319, Türkiye

GİRİŞ
Pediatrik idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (IIH), çocukluk çağında nadir görülen ancak erken tanı ve tedavi edilmediğinde kalıcı görme kaybına yol açabilen önemli bir klinik tablodur.

AMAÇ
Bu çalışma, pediatrik IHH tanısı alan çocuk hastalarda nadir etiyolojiler ve atipik klinik prezentasyonların yanı sıra, klinik-radyolojik bulguların, tedavi yaklaşımlarının ve prognozun değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

BULGULAR
Çalışmaya 13'ü kız (%52) ve 12'si erkek (%48) olmak üzere toplam 25 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 10,1 yıl idi. En sık başvuru semptomu görme azalmasıydı. Dört hastada (%16) altıncı kranial sinir (CN6) paralizisi mevcuttu. Bir hasta ise literatürde nadir olarak bildirilen izole total üçüncü kranial sinir paralizisi ile başvurmuştu. Baş ağrısı şikâyetiyle değerlendirilen bir hastada yapılan göz dibi muayenesi sırasında bilateral papil ödem saptanmış ve hasta, izole intrakraniyal hipertansiyon etiyolojisinde nadir bir prezentasyon şekli olarak nörobruselloz tanısı almıştır.
Özellikle 6 yaş altındaki dört asemptomatik olguda, rutin göz muayenesi sırasında papil ödem saptanması üzerine ileri tetkik başlatılmıştır. Eşlik eden sistemik hastalıklar arasında iki hastada epilepsi, bir hastada çölyak hastalığı, bir hastada ROHHAD sendromu ve bir hastada pürin metabolizması bozukluğu saptanmıştır.
Tüm hastalara birinci basamak tedavi olarak asetozolamid başlanmıştır. On bir hastada metabolik asidoz gelişmiş olup, bunlardan dört hastada pH değeri 7,25'in altında izlenmiştir. Bu dört hastaya anti-asidoz tedavisi uygulanmış; ek tedavi veya ilaç değişimi gereksinimi doğmamıştır. Bir hastada klinik nüks gelişmiştir. Asetozolamid tedavisine kısmi yanıt veren dört hastada tedaviye topiramat eklenmiştir.
Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde 8 hastada (%32) optik sinir kılıfı genişliği (OSW), 2 hastada (%8) transvers sinüs stenozu ve 1 hastada (%4) empty sella tespit edilmiştir. Takiplerde 21 hastada (%84) tam klinik iyileşme (normal görme keskinliği ve görme alanı) sağlanırken, 3 hastada (%12) kalıcı görme alanı defekti izlenmiştir.

SONUÇ
Pediatrik idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, yalnızca klasik semptomlarla değil, nadir etiyolojiler ve atipik klinik prezentasyonlarla da karşımıza çıkabilen, heterojen bir klinik tablodur. Bu çalışmada, özellikle asemptomatik veya küçük yaş grubundaki bazı olgularda tanının yalnızca rutin göz dibi muayenesi ile konulmuş olması, fundus muayenesinin tanı sürecindeki belirleyici rolünü ortaya koymuştur. Eşlik eden sistemik hastalıklar ve nadir nörolojik bulgular, psödotümör serebrinin multidisipliner yaklaşım gerektiren bir hastalık olduğunu desteklemektedir. Uygun tedaviyle çoğu hastada tam görsel iyileşme sağlanabilmiş olup, erken tanı ve düzenli takip ile kalıcı sekellerin önlenebileceği bir kez daha vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, papil ödem, altıncı kranial sinir paralizisi, üçüncü kranial sinir paralizisi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS4

EPIDEMIOLOGICAL TRENDS OF INVASIVE FUNGAL INFECTIONS IN A QUATERNARY PEDIATRIC HOSPITAL IN LONDON: A FIVE YEAR RETROSPECTIVE STUDY

Zeynep ERGENC

Great Ormond Street Hospital for Children, University College London, Paediatric Infectious Diseases and Immunology, Londra, Birleşik Krallık.

Introduction
Invasive fungal infections (IFIs) are a significant cause of mortality and morbidity in hospitalized patients. Understanding the local epidemiology of IFIs informs infection control, management, and antifungal prophylaxis planning. This study evaluated temporal and pathogen-specific trends in IFIs at a quaternary pediatric hospital in London.

Methods
Positive fungal cultures from inpatients between April 2019 and July 2024 were retrospectively reviewed. Skin swabs, sputum, nasopharyngeal aspirates, urine, rectal swabs, and stool cultures were excluded. Included samples were from blood, tissue biopsies, sterile body fluids, abscess/drainage materials, endotracheal aspirates (ETA), bronchoalveolar lavage (BAL), and postmortem specimens. Duplicate samples from the same infection episode were removed.

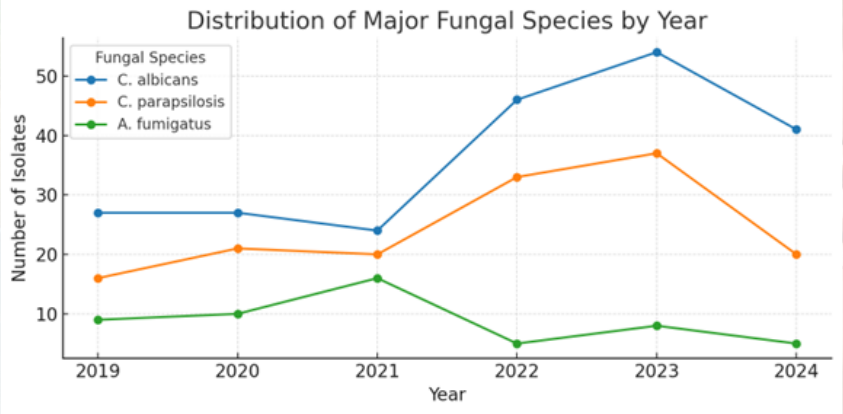
Results
Of 14414 positive fungal cultures from 13132 patients, 1208 met inclusion criteria. After excluding duplicates, 573 unique cultures from 508 patients were analyzed, 38 patients experienced multiple IFIs. Sample sources included: 68 blood, 22 cerebrospinal fluid (CSF), 84 abscess/drainage materials, 60 tissue biopsies, 44 postmortem biopsies, and 296 lower respiratory tract samples.

The most common pathogens were *Candida albicans* (n=233), *C. parapsilosis* (n=156), and *Aspergillus fumigatus* (n=45). Other frequently detected species included *C. tropicalis* (n=28), *C. lusitaniae* (n=31), *C. glabrata* (n=26), *C. krusei* (n=13), *Pichia* spp. (n=7), *Penicillium* spp. (n=10), and *Rhodotorula* spp. (n=9).

The annual number of positive cultures increased: 69 (2019), 78 (2020), 84 (2021), 115 (2022), 142 (2023), and 85 by July 2024. *C. albicans* and *C. parapsilosis* were the most frequent species each year, dominating hospital-acquired fungal infections. A. fumigatus was the leading mold. (Figure1)

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR



Conclusion

Over five years, IFI cases at this pediatric hospital showed a steady increase, with *C. albicans*, *C. parapsilosis*, and *A. fumigatus* as the predominant pathogens. These findings provide essential data for guiding empirical antifungal therapy, optimizing prophylaxis strategies, and updating infection control policies. Continuous surveillance of local fungal epidemiology is critical for patient management and antifungal resistance monitoring.

Anahtar Kelimeler:aspergillus, candida, epidemiology, fungal culture, invasive fungal infection

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS5

SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARDA PSİKİYATRİK TANILARIN VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN SUÇ TEKRARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yekta ÖZKAN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Afyonkarahisar, Türkiye

Giriş/Amaç: Suça sürüklenen çocuk (SSÇ), suç olarak tanımlanan bir eylemi gerçekleştirdiği gerekçesiyle hakkında soruşturma veya kovuşturma başlatılan ya da güvenlik tedbiri uygulanan çocukları ifade eder. Son yıllarda ülkemizde ve dünyada SSÇ sayısında ciddi bir artış gözlenmektedir. SSÇ'lerde, suç tekrarını öngören faktörlere ilişkin literatür sınırlıdır. Bu nedenle çalışma bu boşluğu gidermek için planlanmış olup amacı da suça sürüklenen çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını belirlemek ve suç tekrarı ile ilişkili olabilecek faktörleri incelemek olarak belirlenmiştir.

Yöntem: Bu çalışma, retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Ekim 2022-Temmuz 2025 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na adli rapor amacıyla yönlendirilen 11–17 yaş arası 90 SSÇ'nin dosya kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm olgular çalışmanın yazarı tarafından değerlendirilmiş ve tanılamaları yapılmıştır. Olgular, tek suç öyküsü olanlar ve tekrarlayan suç öyküsü olanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Tekrarlayan suç davranışını öngören faktörleri belirlemek için binary ve firth penalize lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 14,6±1,6 yıl olup %76,7'si erkekti. En sık adli başvuru nedeni, hırsızlık, tehdit-hakaret ve mala zarar verme oluşturmaktaydı. Tekrarlayan suç oranı %23,3'tü. Lojistik regresyon analizinde, okul devamsızlığı (OR=3,23; %95 GA=1,13-9,27), kendine zarar verme davranışı varlığı (OR=3,57; %95 GA=1,26-10,08), ailede suç öyküsü (OR=8,13; %95 GA=2,09-31,58) ve erkek cinsiyet (OR=8,16; %95 GA=1,03-64,99)tekrarlayan suç için anlamlı yordayıcılar olarak bulunmuştur. Psikiyatrik tanı sıklığı, genel grupta %62,2, tekrarlayan suçu olan grupta %66,7 ve tek suçu olan grupta %60,9 olarak saptanmış olup, en yaygın tanılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu görülmüştür. Ancak psikiyatrik tanı varlığı ile suç tekrarı arasında anlamlı ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç: Suç davranışının sürdürülmesinde, en güçlü risk faktörü erkek cinsiyet ve ailede suç öyküsü olduğu görülmüştür. Okul devamsızlığı ve kendine zarar verme davranışı da önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur. Bu bulgular, risk altındaki çocukların erken tanınması, okul ve aile temelli önleyici müdahaleler ile ruh sağlığı hizmetlerine erken erişimin sağlanmasının çocuk suçluluğunu ve tekrarlayan suç davranışını azaltmada kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri, Suça sürüklenen çocuk, Suç tekrarı, Risk faktörleri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS6

ORGANİK HASTALIĞI TAKLİT EDEN FONKSİYONEL BOZUKLUK: İZOLE FOKAL AKTİF KOLİT EŞLİĞİNDE ABDOMİNAL MİGREN

Coşkun Fırat ÖZKEÇECİ[1], Arzu ARAS[2], Nurel İNAN AYDEMİR[3]

[1]Antalya Şehir Hastanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çocuk Gastroenterolojisi, Antalya, Türkiye
[2]Antalya Şehir Hastanesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenterolojisi, Ankara, Türkiye
[3]Antalya Şehir Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenterolojisi, Antalya, Türkiye

Amaç:Kronik karın ağrısı, çocuk ve adölesanlarda sık görülen ve hem organik hem de fonksiyonel etiyolojilerle ilişkili olabilen bir semptomdur. Tanı sürecinde organik patolojilerin dışlanması kadar, fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların doğru tanımlanması da önemlidir. Bu olgu, izole fokal aktif kolit bulgusunun ayırıcı tanıdaki yerini ve fonksiyonel bozukluklarla ilişkisini tartışmayı amaçlamaktadır.

Olgu:On yedi yaşında kız hasta, 8 yıldır devam eden, aralıklı mide bulantısı ve baş ağrısının eşlik ettiği karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Daha önce yurt dışında yapılan değerlendirmelerde yalnızca kabızlık tanısı konmuş, laksatif ve probiyotik tedavisi başlanmış. Ülkemizde yapılan incelemelerde temel laboratuvar testleri, tiroit fonksiyon testleri, çölyak serolojisi ve akut faz reaktanları normal bulundu; demir eksikliği anemisi saptanmadı. Kabızlık tedavisine ek olarak mide koruyucu ve pankreatik enzim preparatı (kreon) kullanmasına rağmen karın ağrısı yakınması aynı sıklıkta devam etti. Endoskopi ve kolonoskopide makroskopik patoloji saptanmazken, kolonda birkaç odakta fokal aktif kolit gözlendiği raporlandı. Fekal kalprotektin düzeyi 50 µg/g'nin altındaydı. Kontrastlı batın BT ve MR enterografi normaldi. İrritabl bağırsak sendromu (IBS) ön tanısıyla rifaksimin tedavisi uygulandı ancak semptomlar gerilemedi. Süreç içinde fonksiyonel GİS hastalıklarından abdominal migren olasılığı değerlendirilerek serotonin antagonisti tedavisi başlandı ve hasta bu tedaviden belirgin fayda gördü.

Tartışma:İzole fokal aktif kolit, çocuk ve ergenlerde her zaman inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ile ilişkili değildir; geçici enfeksiyöz süreçler, ilaçlar veya disbiyozis gibi nedenlere bağlı olabilir. Bu olguda normal kalprotektin düzeyi, sistemik inflamasyon bulgularının olmaması ve radyolojik incelemelerde patoloji saptanmaması, İBH olasılığını düşük kılmıştır. Tedaviye yanıtsızlık ve eşlik eden baş ağrısı ile bulantı varlığı, abdominal migren tanısını desteklemiştir. Serotonin antagonisti tedavisi ile belirgin düzelme sağlanması, fonksiyonel GİS hastalıklarının klinik değerlendirmede öncelikli düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, karın ağrısı, kolit

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS7

ÇEVRE VE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN İNCELENMESİ: SAHADA ÇALIŞAN HEKİMLERİN GÖRÜŞLERİ

Eren GÜZELOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Amaç:
İklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri giderek artmakta, sağlık sistemlerinin bu etkilerle başa çıkma kapasitesi ise sorgulanmaktadır. Bu çalışma, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında görev yapan hekimlerin iklim değişikliğine ilişkin algılarını, klinik gözlemlerini ve kurumsal hazırlık düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:
Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, 01 Temmuz – 01 Ağustos 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan 100 hekime, iklim değişikliği ve sağlık etkilerine yönelik 18 maddelik bir anket uygulanmıştır. Anket formunda; iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri, bireysel bilgi düzeyi, kurumsal hazırlık ve gözlemlerle ilgili ifadeler, beşli Likert ölçeği (Kesinlikle katılıyorum – Kesinlikle katılmıyorum) üzerinden değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Katılımcıların %82'si iklim değişikliğinin çocuk sağlığını ciddi biçimde etkilediğini kabul ederken, yalnızca %1'i bu görüşe katılmamıştır. Son bir yıl içinde aşırı sıcaklara bağlı çocuk hasta vakalarında artış gözlemleyenlerin oranı %80, hava kirliliğine bağlı astım alevlenmelerinde artış gözlemleyenlerin oranı ise %86 olarak belirlenmiştir.
Sel ve taşkın gibi ekstrem hava olaylarının çocukların fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz etkilediğini düşünenlerin oranı %91'dir. Kurumsal düzeyde iklim farkındalığını yeterli bulanların oranı %63, iklim değişikliği hakkında kendini bilimsel olarak yeterli hissedenlerin oranı ise %62'dir.
Danışmanlık hizmeti sunmada en büyük engeller olarak %78 oranında zaman yetersizliği, %85 oranında ise yeterli eğitim materyali eksikliği belirtilmiştir. Isı stresi yönetimi konusunda hazırlıklı olduğunu ifade edenlerin oranı %49, karbon ayak izini azaltmaya yönelik bireysel girişimleri olduğunu belirtenlerin oranı ise %60'tır.
Katılımcıların %92'si PM 2.5 maruziyetinin (ince partiküller) çocuklarda astım ataklarını artırdığı bilgisine katıldığını ifade ederken, "Isı dalgaları sırasında 6 aydan küçük bebeklerde susuzluk riski düşüktür" önermesine %80 oranında katılmadıkları, yani bu yanlış bilgiyi reddettikleri görülmüştür.

Tartışma
Bu çalışmanın bulguları, sahada çalışan çocuk sağlığı uzmanlarının iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine dair yüksek düzeyde farkındalık taşıdığını; ancak bilgiye erişim, zaman yönetimi ve kurumsal destek açısından çeşitli yapısal engellerle karşılaştıklarını ortaya koymuştur.

Güçlü Yönler ve Kısıtlılıklar:
Bu çalışmanın güçlü yönlerinden biri, çocuk sağlığı uzmanlarının sahadaki özgün gözlemlerine dayalı olması ve mevcut literatürle güçlü biçimde karşılaştırılabilmesidir. Ancak, çalışmanın yalnızca bir anket çalışması olması ve örneklem büyüklüğünün sınırlı kalması, genellenebilirliği kısıtlamaktadır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sonuç:
Çalışma bulguları, çocuk sağlığı alanında çalışan hekimlerin iklim değişikliğinin çocuklar üzerindeki etkilerinin farkında olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bilgi eksikliği, zaman kısıtı, eğitim materyali eksikliği ve kurumsal destek yetersizliği gibi faktörler, etkin müdahale ve danışmanlık sunulmasını engellemektedir. Elde edilen veriler, sağlık sistemlerinin iklim değişikliğine uyum sağlaması için sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin artırılması, kanıta dayalı materyallerin geliştirilmesi ve kurumsal düzeyde politika ile altyapı desteğinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:İklim değişikliği, çocuk sağlığı, hava kirliliği, hekim görüşü, sağlık sistemi



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS8

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS9

SERVİKAL SERKLAJ UYGULANMIŞ ANNE BEBEKLERİNİN PERİNATAL SONUÇLARI

Batuhan YEKE[1], Gökçe ÇIPLAK[1], Ezgi BAŞARAN[2], Gülsüm KADIOĞLU ŞIMŞEK[1], Dilek ŞAHIN[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Neonatoloji, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Perinatoloji, Ankara, Türkiye

OBJECTIVE: We aimed to evaluate the perinatal morbidity and mortality outcomes of infants born to mothers who underwent cervical cerclage.

METHODS: This study included infants of mothers diagnosed with cervical insufficiency who underwent cervical cerclage and were followed in the perinatology clinic between 2019 and 2023. Demographic, maternal, and neonatal data were retrieved from medical records and hospital databases and retrospectively analyzed.

RESULTS: Data were obtained for a total of 47 newborns whose mothers underwent cervical cerclage in our neonatology clinic between 2019 and 2023. Twenty-one mothers had a history of multiple abortions. The mean gestational age at cerclage placement was 16 ± 3.1 weeks. The median birth weight of the newborns was 2880 g (2220–3260, 25–75p), and the median gestational age at delivery was 36 weeks (29–37, 25–75p). When mothers were divided into two groups according to the presence or absence of cervical funneling, infants in the funneling group had significantly lower gestational age and birth weight compared to those without funneling ($p < 0.01$). Among neonatal morbidities, the frequencies of early and late neonatal sepsis ($p < 0.01$), respiratory distress syndrome ($p < 0.001$), patent ductus arteriosus ($p = 0.006$), bronchopulmonary dysplasia ($p = 0.009$), and necrotizing enterocolitis ($p = 0.02$) were higher in the funneling group, whereas no differences were found between the groups in the rates of germinal matrix hemorrhage or mortality. Additionally, when infants of mothers with and without amniotic fluid sludge were compared in terms of sepsis rates, no significant difference was observed.

CONCLUSION: Our findings indicate that the presence of cervical funneling after cerclage is associated with preterm birth and adverse neonatal outcomes.

Anahtar Kelimeler: Cervical insufficiency, cervical cerclage, sepsis, funneling.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS10

AKRAN ZORBALIĞI VE ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA SOSYAL BİLİŞ VE BEYİN YAPISI

Deniz ARGÜZ [1], Gonca ÖZYURT[2], Kerem KEMİK[3], Berrin ÇAVUŞOĞLU[4], Zohal ALMOUR EMAM[5], Fazilet ERGÜVENDI[6], M. Alper SELVER[7], Pembe KESKINOĞLU[8], Emel ADA[9]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Sinir Bilimler, Konak, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları , İzmir
[3]Karabağlar 7 Nolu AİIe Sağlığı Merkezi, İzmir
[4]Post Doc Araştırmacı, İzmir
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Sinir Bilimler, İzmir
[6]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları , İzmir
[7]Dokuz Eylül Üniversitesi, Mühendislik , Elektrik Elektronik Mühendisliği, İzmir
[8]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi, İzmir
[9]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji, İzmir

Amaç: Bu çalışmae, çocuk ve ergenlerde görülen akran zorbalığı (AZ) ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) birlikteliğinin klinik ve nörogörüntüleme (yapısal/fonksiyonel MR) bulgularını incelemeyi amaçlamaktadır. Amaç, zorbalığa uğrayan ve öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların beyin yapısı ve işlevlerindeki değişiklikleri tanımlamak, bu verileri sosyal biliş ölçümleriyle karşılaştırmaktır. Literatürde AZ'nın beyin üzerindeki etkileri net olarak tanımlanmamış olup, AZ-ÖÖB birlikteliğine özgü nörobiyolojik değişiklikler de bilinmemektedir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, Özgül Öğrenme Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 9-16 yaş aralığında olan 30 olgu, akran zorbalığına uğrayan psikiyatrik tanısı olmayan 30 olgu ve olgularla yaş ve cinsiyet açısından grup eşleştirmesi olan 30 sağlıklı kontrol oluşturacaktır. Ebeveyni veya yasal vasisi ve kendisi bu çalışmayı kabul etmiş, 9-16 yaş aralığındaki İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları birimine başvuran çocuk ve ergenlere çalışmanın başlangıç vizitinde K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) ile klinik durum saptaması yapılacak, "Olweus öğrenciler için akran zorbalığı anketi" (OÖAZ) uygulanacak, sosyodemografik ve klinik veri formu verilecektir. Aynı zamanda sosyal biliş ile ilgili klinik veriler elde etmek için olgulara zihin kuramı testleri uygulanacaktır.
Kontrol grubuna da ilk vizitte sosyo-demografik ve klinik veri formu doldurulacak, herhangi bir psikiyatrik bozukluğunun olup olmadığını saptamak için K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) ve, OÖAZ uygulanacaktır. Olguların sosyal biliş ile ilgili becerilerini değerlendirmek için zihin kuramı testlerinden yararlanılacaktır. Klinik değerlendirme yapıldıktan ortalama 2 hafta sonra radyolojik inceleme yapılacaktır.
Bulgular: Araştırma Temmuz ayında başlamış olup toplamda 6 olgu araştırmaya dahil edilmiştir. Sunumda o güne kadar alınacak çocukların da verileri sunulacaktır Olgular akran zorbalığı grubu (n=1), disleksi grubu (n=1), sağlıklı control (n=4) olarak gruplandı. Olguların Olweus akran zorbalığı ölçeği puan ortalaması 56,83'tür. Akran zorbalığı (n=1) grubunun ölçek puanı 90 iken disleksi grubunun (n=1) puanı 68.5 dir. Sağlıklı kontrollerin ortalama Olweus ölçek puanı 62.7'dir. Yüz testi ortalaması kontrol grubunda 16.75 iken akran zorbalığı grubunda 15 puan, disleksi grubunda 17'dir. Olguların görüntüleme bulguları sunum esnasında verilecektir.

Sonuç: Akran zorbalığının eşlik ettiği disleksi grubu ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan akran zorbalığı vakalarının beyin görüntüleme bulgularının arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenecektir. Çalışma doğru ve hızlı tanıya katkı sağlamayı, eğitimden dışlanmayı önlemeyi, eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemektedir

Anahtar Kelimeler: Disleksi, Akran zorbalığı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS11

KRONİK KARACİĞER HASTASI ÇOCUKLARDA D VİTAMİNİ PROFILAKSISI YETERLİ MİDİR?

Arda BULUT[1], Ezgi OĞUZ[1], Eylem TAZEGÜL ÇOKGEZER[1], Kübra ÇAKMAKKAYA[1], Miray KARAKOYUN[2]

[1]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, İzmir, Türkiye

Giriş:
Kronik karaciğer hastalığı çocuklarda birçok sistemde sorunlara neden olmaktadır. D vitaminiNdüzeyinde düşüklük kronik karaciğer hastalığı olan çocuk hastalarda önemli bir sağlık sorununa neden olabilmektedir. Bu çalışmada kronik karaciğer hastalığı olan çocuklarda d vitamini düzeyinin klinik buğularla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal Metot:
Çalışmaya Ege Üniversitesi çocuk gastroenterolojisi bilim dalı tarafından takip edilen kronik karaciğer hastalığı olan 120 hasta dahil edildi. Olguların demografik verileri, primer hastalıkları, d vitamini düzeyleri, vücut kitle indeksleri, kullandıkları ilaçlar, eşlik eden kronik karaciğer ilişkili klinik bulgu ve öyküler kaydedildi.

Tartışma:
D vitamini eksikliği osteopeni yanı sıra enfeksiyonlar kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok soruna neden olmaktadır. Kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda D vitamini eksikliğinin normal topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ancak çocukluk çağında bu konuyla ilgili çalışma azdır.Çalışmamızdaki d vitamini eksikliği oranı literatürde belirtilen değerler aralığında olup literatürle uyumludur. Merkezimizde literatürle uyumlu olarak D vitamini profilaksisi verilmesine rağmen bu sorunun devam etmesi önemli bir bulgudur.

Bulgular:
Olguların 58 (%48,3)'i kız, 62 (%51,7)'si erkekti. Ortalama yaşları 10,9 ; ortalama vücut kitle indeksi 41,6; ortalama ağırlıkSDS -,78 ; boySDS -,56 olarak saptandı. Ortalama D vitamini düzeyi 29 olarak bulundu. Hastaların kronik karaciğer hastalığı sebepleri değerlendirildiğinde biliyer atrezi, portal ventrombozu + Portal hipertansiyon, otoimmün hepatit ve Wilson hastalığı en sık sebeplerdi. Mevcut olgulardan 46 hastanın d vitamini değeri vardır. Bu hastalardan 14 (%30)'u 20 ng/ml'nin altında iken 32 (%70)'i 20 ng/ml'Nin altındadır. D vitamini düşük olan hastaların 7'si otoimmün hepatit, 4 tanesi biliyer atrezi, 3 tanesi Wilson. D vitamini düzeyi ile vücut kitle indeksi arası bir ilişki saptanmadı.

Sonuç:
Kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda D vitamini profilaksisi verilmesine rağmen D vitamini eksikliği görülebilmektedir. Bu hastalarda profilaksinin artırılması düşünülebilir. Ayrıca bu hastalarda patofizyolojiye yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Kronik karaciğer hastalığı, D vitamini

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS13

KALITSAL METABOLİZMA HASTALIKLARI AÇISINDAN HİPOGLISEMİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aliye GÜLBAHÇE[1], Nihat Atahan KANBUR[2]

[1]Kocaeli Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Çocuk Metabolizma, İzmit, Türkiye
[2]Kocaeli Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kocaeli, Türkiye

Giriş: Beyin metabolizmasının temel enerji kaynağı olan glikoz düzeyindeki düşüklükler nöbet, kalıcı nörolojik hasar ve yetersiz tedavi durumunda nadir de olsa ölüme neden olabilir. Akut dönemdeki tedavi hayat kurtarıcıdır. Tedavinin sürekliliği ve morbiditenin önlenmesi için hastalarda hipoglisemiye neden olan etyolojik nedeninde araştırılması büyük önem taşımaktadır.

Metod: Bu çalışmada Haziran 2023-Temmuz 2025 tarihleri arasında hipoglisemi ön bulgusu ile çocuk metabolizma kliniğimize başvuran hastalar etyolojideki metabolik nedenler açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 61,5 ay (Aralık: 1-334 ay) olan 34 olgu (%52,9 kız) araştırmaya dahil edildi. Semptom başlangıç yaşı ortanca 29 aydı (1-252 ay) ve olguların %14,7'sinin (n: 5) ebeveynleri arasında akrabalık vardı. Hastaların %41,2'sinde (n: 14) prematür doğum öyküsü, %26,5'inde (n: 9) normal doğum öyküsü, %35,3'ünde (n: 12) küvöz bakımı öyküsü, %23,5'inde (n:8) gestasyonel diyabet, %41,2'sinde (n:14) yenidoğan sarılığı saptandı.
Kliniğimize başvurduklarında hastaların %44,1'inde (n: 15) plazma glukozu 50 mg/dl'nin altında, %26,5'inde (n: 9) asidoz ve %26,5'inde (n: 9) keton pozitifliği vardı. Hastaların %94,1'inde (n:32) farklı zamanlarda ölçülmüş hipoglisemik değerler mevcuttu. İki olgunun kanıtlanmış hipoglisemisi yoktu, anneleri açlıkta kan şekeri düşüklüğü olduğunu düşündüğü için başvurmuştu. Abdomen ultrasonografik değerlendirmede hastaların %11,7'sinde (n: 4) hepatosteatoz, %8,8'inde (n: 3) hepatomegali saptandı.

Hipoglisemi etyolojisi araştırması sonrası hastaların %14,7'si (n: 5) metabolik hastalık tanısı aldı. Bir olgu İzovalerik Asidemi, 1 olgu Glikojen Depo Hastalığı Tip 0, 1 olgu Herediter Fruktoz İntoleransı tanısı aldı. Yenidoğan döneminde değerlendirilen bir hastanın izleminde hipoglisemisi olmadı ancak genetik analizde Glikojen Depo Hastalığı Tip 0 taşıyıcısı olduğu saptandı. Bir olgunun hipoglisemi bulgusu büyüme hormonu eksikliği ile ilişkilendirilirken ek olarak Ailesel Hiperlipidemi Tip 1 tanısı ile izleme alındı. Olguların %26,4'ü (n: 9) takip ve tetkik sürecine devam etmedikleri için tanı alamazken, %14,7'sinin (n: 5) tetkik süreci hala devam etmektedir.

Tartışma: Çocukluk çağında hipoglisemi, yaşamı tehdit eden morbiditesi ve mortalitesi yüksek metabolik acillerdendir. Akut tedavi sürecinde normal kan şekeri düzeyinin sağlanması oldukça önemli olduğu gibi etyolojiye bağlı nedenlere yönelik destek tedavisi de sağlanmalıdır. Bu nedenle hipoglisemiye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hastaların hızlıca tanı alması önemlidir.

Sonuç: Pediatrik hipoglisemi olgularında kalıtsal metabolizma hastalıklarının sıklığını belirlemek ve bu konuda çocuk hastalıkları uzman hekimlerine bilgilendirme yapmak, hastaların tanı ve takip süreçlerini kolaylaştıracak ve tedavi yönetiminin seçiminde hekimlere yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler:hipoglisemi, metabolizma, hepatosteatoz

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS14

DOKSAN NADİR VAKANIN TANISAL YOLCULUĞU

Ayça AYDOĞAN[1], Zümrüt ARSLAN GÜLTEN[2]

[1]Mersin Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, Mersin, Türkiye
[2]S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kalıtsal metabolik hastalıklar (KMH), metabolik yolaktaki bir enzim ya da kofaktörün eksikliği veya yokluğu sonucu özel bir metabolitin oluşamaması ya da birikimi sonucu oluşmaktadır. Günümüze kadar tanımlanmış olan KMH sayısı 1450'den fazla olup, genetik tanı yöntemlerinin geliştirilmesi ile bu sayı artmaktadır. Ülkemizde akraba evlilikleri oranının fazla olması, kalıtsal metabolik hastalıkların görülme sıklığında ciddi artışlara neden olmaktadır. Bu hastalıklar özellikle yenidoğan ve çocukluk döneminde bulgu vermekte olup, erken teşhis ve tedavi edilmediğinde nörolojik ve sistemik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Günümüzde gelişmiş biyokimyasal analiz ve genetik tetkikler sayesinde hastaların tanı süreçleri kısalmakta, nörolojik ve sistemik komplikasyonların oluşması önlenebilmektedir.

Metot: Şubat 2022- Eylül 2024 tarihleri arasında çocuk metabolizma polikliniğine yönlendirilen kesin KMH tanısı alıp izlenen toplam 90 hasta retrospektif olarak çalışmaya alındı. Tüm hastaların yaşı, şikayeti, cinsiyeti, akrabalık durumu, biyokimyasal testleri ve genetik özellikleri hasta dosyalarından kaydedildi. Ulusal yenidoğan tarama programından metabolizma polikliniğine yönlendirilen ve tanı alan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular: 90 olgunun 49 (%54,4) erkek, 41(% 45,6) kadın idi. Olguların 81'inde (%90) anne ve babası arasında akraba evliliği mevcuttu. 25 (%27,8) olguda aile öyküsünde metabolik hastalık mevcuttu. Aile öyküsünde 5 (%5,6) hasta hayatını kaybetmişti. Olguların güncel yaş ortalaması 76 ay (1-204) idi. 8 (%8,9) olgu takip süresinde ex oldu. 23 (%26,6) olgu göçmen kökenliydi. Çalışmaya alınan 60 (%66,7) hastanın tanısı metabolik ve genetik testlerle konulurken, 30 hastaya (%33,3) sadece genetik analizler tanı konulabildi. 3 hastada birleşik heterezigot, bir hastada hemizigot geri kalan tüm hastalarda homozigot mutasyon saptandı. Hastaların başvuru şikayetleri nörolojik, visseral , bilişsel, göz bulguları başta olmak üzere multisistemik idi. Hastaların 26'sı (%28,8) lizozomal depo, 16'sı (%17,7) karbonhidrat metabolizması bozukluğu, 14'ü (%15,5) aminoasit metabolizması bozukluğu, 9'u (%10) mitokondiyal hastalık ve geri kalanı diğer metabolik hastalıklar tanısı almıştır. 60 (%67) olguya spesıfik tedaviler başlandı. 2 göçmen hastaya mukopolisakkaridoz tip 6, tanısı konuldu fakat spesifik tedavi sağlık sigortası olmaması nedeni ile başlanamadı.

Tartışma:Kalıtsal metabolik hastalıkların erken tanısında genetik testlerin yanında spesifik laboratuvar testleri ve enzim analizleri de önemlidir. Bu testler sayesinde klinik bulgular laboratuvar bulguları ile desteklenerek hastaya daha hızlı tanı konulmasına ve hastanın tedaviye erken ulaşımına olanak sağlar. Bu yüzden ülkemizde merkez illerin yanı sıra genetik ve biyokimyasal analizlerin yapıldığı laboratuvarların sayısı arttırılmalıdır. Ayrıca ülkemizde akraba evliliğinin önlenmesi açısından toplumsal farkındalık artırılarak toplum sağlığı korunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalıtsal metabolik hastalık, akraba evliliği, tedavi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS35

ÇOCUKLUK ÇAĞI PULMONER EMBOLİ TANILI OLGULARIN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ, TEK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

Bahar GİRGİN DİNDAR[1], Gökçen KARTAL ÖZTÜRK[2], Figen GÜLEN[2]

[1]SBÜ İTP Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye

GİRİŞ
Pulmoner emboli (PE) genellikle pulmoner dolaşımdaki bir damarın distal bölgesinden çıkan bir trombüs ile tıkanması sonucu ile oluşur. Çocuklarda PE erişkin nüfusla karşılaştırıldığında insidans, yatkınlık, patofizyoloji, semptomların ortaya çıkışı ve yönetim stratejileri açısından farklılık göstermektedir. Pulmoner emboli çocukluk çağında nadir görülen, tanı konması güç ancak mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Klinik genelde sessizdir ancak belirtiler hastalığa özgü olmayıp pnömoni gibi diğer hastalıkları da taklit edebilir ya da altta yatan hastalığın yol açtığı semptomlarla da karşımıza çıkabilir. Tanıda gecikmeyi önlemek için artan klinik şüpheye ihtiyaç vardır.
Bu çalışmada kliniğimizde pulmoner emboli tanısı konulan çocuk hastaların demografik ve klinik özelliklerini araştırarak tanısal değerlendirme ile ilgili farkındalık yaratmayı amaçladık.

MATERYAL METOD
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı'nda Ocak 2020-Haziran 2024 tarihleri arasında akut pulmoner emboli tanısı konulan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Demografik veriler, klinik, laboratuar ve radyolojik sonuçları kaydedildi.

BULGULAR
Toplam 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %61,5 'i erkek olup yaş ortanca değeri 180(12-204)aydı. %69,2'ü(9) pulmoner tromboemboli, %23,1'ü(3) yağ embolisi, %7,7'i(1) septik tromboemboli tanısı almıştı ve 7 hasta tanı anında yoğun bakım ünitesinde (ybü) yatırılarak izleme alınmıştı. Ortanca yatış süresi 17(7-45) gündü. Altta yatan risk faktörleri içerisinde en sık travma ve cerrahiye bağlı immobilizasyon öyküsü (n:5; n:5) olup sırasıyla obezite(n:2), ventriküloperitoneal şant (n:1), multiple skleroz(n:1), konjenital kalp hastalığı (n:1), nefrotik sendrom (n:1) varlığı izlendi. Bu hastaların 4'ü oral kontraseptif ve steroid kullanmaktaydı, 2'si tanı anında aktif enfeksiyonu olup 2 hastada geçirilmiş Covid 19 öyküsü mevcuttu. Hastaların en sık başvuru semptomları öksürük (%76,9) olup sırasıyla nefes darlığı (%69,2), oksijen ihtiyacı (%69,2), göğüs ağrısı (%53,8), takipne, hemoptizi, ateş yüksekliği ve taşikardi (%38,5)idi. 2 hastada derin ven trombozu eşlik etmekteydi. Toraks BT anjiografi görüntülemelerinde en sık çift taraflı pulmoner arter tutulumu görülürken konsolidasyon (%76,9), buzlu cam görünümü (%38,5), atelektazi (%23,1), pulmoner efüzyon (%30,8), hemorajik görünüm (%15,4) saptandı.
Aile öyküsü olan hastalarda yoğunbakım yatışı daha sık görülürken (p: 0,007); başvuru anında laktat düzeyi ile yatış süresi arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,790, p: 0,002). Tanıya kadar geçen süre arttıkça yoğun bakımda kalış süresi uzarken istatistiksel olarak anlam görülmedi(p: 0,069).

SONUÇ
Pulmoner emboli çocukluk çağında nadir görülür. Ancak, pulmoner emboli sıklıkla klinik olarak sessiz olduğundan veya altta yatan bozuklukları taklit eden semptomlar gösterdiğinden, insidans oranları bilinenden daha fazladır. Bir veya daha fazla risk faktörünün varlığında tanısal değerlendirme yapılmalı, erken teşhis ve tedavi için ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Emboli, pulmoner, trombüs

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS12

GALAKTOZEMİLİ HASTALARDA DİYET TEDAVİSİ, BÜYÜME-GELİŞME VE KLİNİK DEĞERLENDİRMELERİ

Müge ÇINAR, Meral BAHAR İSTER, Merve EŞGI, Özlem ÜNAL UZUN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma, Kocaeli

GİRİŞ

Galaktozemi, galaktozun vücutta glikoza metabolize edilmesinde rol oynayan enzimlerde mutasyon sonucu ortaya çıkan otozomal resesif geçişli kalıtsal bir karbonhidrat metabolizması bozukluğudur. Tanı konulmazsa çoklu organ tutulumu ile giden ve ölümcül seyredebilen bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde sarılık, kusma ile başlayıp ilerleyici karaciğer yetmezliği ile seyredebilir. Katarakt ortaya çıkabilir. Erken tanı konulduğunda yenidoğan dönemindeki bulgular geri dönüşümlü olabilse de uzun dönem komplikasyonlar ortaya çıkabilir (1). Tedavisi laktoz ve galaktoz içeren gıdaların diyetten çıkarılmasıdır(2). Çalışmamızda kliniğimizde izlenen galaktozemi hastalarının diyet tedavileri ile büyüme-gelişme durumları ve klinik bulguları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kliniğimizde takip edilen 14 galaktozemi hastasının 7'si (%50) kız, 7'si erkekti. Hastaların 11'inde (%78,5) akrabalık öyküsü mevcuttu. 12 hastaya yenidoğan döneminde tanı konmuş, bir hastaya 35 günlükken, bir hastaya 2,5 aylıkken tanı konmuştu. Tamamına tanı konar konmaz laktoz içermeyen enteral ürün başlanmıştı. Hastaların izlem süreleri ortalama izlem süresi 25 ay ±17,4 ay olarak hesaplandı. Toplam 14 hastanın 4'ünde (%28,6) büyüme geriliği saptandı; bunların 2'sinde (%14,3) hem boy hem vücut ağırlığı -2 SD'nin altında iken, kalan iki hastadan birinde (%7,1) yalnızca boy, diğerinde (%7,1) yalnızca vücut ağırlığı -2 SD'nin altında bulundu. Hem boy hem vücut ağırlığı etkilenen 2 hastanın ikisinin de diyetine uymadığı saptandı. Bu hastalardan biri yenidoğan döneminde tanı almışken diğeri 2,5 aylıkken tanı almış ve tedavilerine başlanmıştı. Bu iki hastanın birinde kemik mineral dansitesi ölçümünde L1-4 Z skoru -2,5 SDS'de olduğu yaşa göre düşük, D vitamini düzey 18ng/mL düşük saptanmıştı. Aynı zamanda öğrenme güçlüğü de mevcut, okul başarısı kötü olduğu görüldü. İki hastada (%14,2) öğrenme güçlüğü, iki hastada da konuşma bozukluğu, 2 hastada katarakt öyküsü vardı. 15 yaşın üzerinde kız iki hasta vardı,18 yaşında ve 20 yaşında olan bu hastaların ikisinde de prematüre ovaryan yetmezlik saptandı, bu hastalardan biri tedavi ve takibe uyumsuzdu aynı zamanda katarakt ve katarakt nedenli operasyon öyküsü mevcuttu.

SONUÇ

Galaktozemi hastalarında erken tanı konulduğunda ve tedaviye uyum sağlandığında bazı klinik bulgular ortaya çıkmayabilirken tedaviye uyumsuzluk olduğunda büyüme gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü konuşma bozukluğu, katarakt, gibi bulgular ortaya çıkabilir. Prematüre ovaryan yetmezlik ise tedavi alan hastalarda dahi görülebilir. Hastalarımızda tedaviye uyumsuz olanlarda bu bulguların daha fazla olduğu görülmüştür. Erken tanı koymak kadar, tedaviye uyumun düzenli olarak değerlendirilmesi, gözden geçirilmesi ve gerektiğinde düzeltilmesi de büyük önem taşımaktadır.

REFERANSLAR

1)Succoio M, Sacchettini R, Rossi A, et all. Galactosemia: Biochemistry, Molecular Genetics, Newborn Screening, andTreatment. Biomolecules. 2022 Jul 11;12(7):968.

2) Welling L, Bernstein LE, Berry GT, et all; Galactosemia Network (GalNet). International clinical guideline for the management of classical galactosemia: diagnosis, treatment, and follow-up. J Inherit Metab Dis. 2017 Mar;40(2):171-176.

Anahtar Kelimeler: Galaktozemi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS15

EVALUATION OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACHES IN PEDIATRIC OSTEOARTICULAR INFECTIONS AT A TERTIARY CENTER

Sevgi KUŞ[1], Dilek YILMAZ[2], **Nesli AĞRALI ERÖZ**[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon, İzmir, Türkiye
[3]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Introduction: Pediatric osteoarticular infections, though relatively uncommon, are potentially serious conditions that can lead to significant morbidity if not diagnosed and managed in a timely manner. Accurate differentiation from non-infectious musculoskeletal conditions is critical, as is the prompt initiation of appropriate antibiotic therapy and the identification of cases requiring surgical intervention. This study aims to evaluate the diagnostic performance of clinical and laboratory criteria used in these infections and to assess the real-world effectiveness of antibiotic regimens and surgical decision-making processes in a tertiary care setting.

Materials and Methods: This retrospective study included 40 pediatric patients hospitalized at Izmir City Hospital between 2022 and 2024 with suspected osteoarticular infections. Initial clinical evaluation was guided by Kocher and Ciard criteria, along with laboratory and imaging findings. Patient management was assessed based on intravenous and oral antibiotic use, clinical response, surgical interventions when indicated, and outpatient follow-up frequency. Treatment strategies and outcomes were analyzed descriptively.

Results: The mean age of the patients was 10.4 ± 5.3 years, with 60% being male. Among the 40 children, 18 (45%) were diagnosed with septic arthritis and 14 (35%) with osteomyelitis. The most commonly affected joints were the knee (n=17, 42.5%), ankle (n=7, 17.5%), and hip (n=4,10%). Septic arthritis patients had significantly higher Kocher scores ($p < 0.05$), associated with elevated WBC and neutrophil counts ($p < 0.05$) and younger age ($p < 0.05$). Caird scores were significantly higher in septic arthritis ($p < 0.05$). All septic arthritis patients with Kocher scores ≥3 (n=10, %100) required surgery; while most with scores of 0–2 (n=8, %26,6) were managed conservatively. Synovial fluid cultures identified pathogens in 4 cases (10%): *Staphyloccus aureus* (n=3) and *Staphylococcus haemolyticus* (n=1). Intravenous antibiotics were given in 97.5% (n=39), most commonly cefotaxime plus clindamycin combination (n=12, 30%). Mean intravenous treatment lasted 21.8 days; total therapy averaged 32.3 days. In addition to conventional therapy, one osteomyelitis case (%2.5) was treated with a vancomycin-impregnated cast. After discharge, 75% of patients (n=30) received oral antibiotics—most often amoxicillin-clavulanate (n=8, 20%) and cefuroxime (n=5, 12.5%). Surgery was performed in 52.5% (n=21). Revisit frequency averaged 5.7 ± 3.8 days and was higher in osteomyelitis patients ($p < 0.05$).

Conclusions: Pediatric osteoarticular infections require careful management, especially in the context of a growing skeletal system. Although culture positivity was limited, diagnostic criteria proved helpful in clinical decision-making. Treatment strategies should be individualized and aligned with up-to-date evidence and patient-specific needs.

Anahtar Kelimeler:osteoartirt, osteomyelit, septik artrit, kocher kriterleri, caird kriterleri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS16

ÜLKEMİZİN SÜREGELEN ENDEMİĞİ: PEDİYATRİK NÖROBRUSELLOZDA 10 YILLIK DENEYİM

Çağatay GÜNAY[1], **Merve ERASLAN CANBELDEK**[2]

[1]Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, Siirt, Türkiye
[2]Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Siirt, Türkiye

Giriş: Brusella, endemik bölgelerde hala yaygın bir antropozoonoz olup ülkemiz için ciddi bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Özellikle tedavisi geciken ya da eksik tedavi alan olgularda hastalık ilerleyici ve dirençli seyredebilmektedir. Pediyatrik nörobruselloz bugüne kadar literatürde toplam 119 olguda bildirilmiştir. Bu çalışmada tek merkezin 10 yıllık deneyimini sunarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanemize 2015-2025 yıllarında çocuk acile başvurarak nörobruselloz tanısı alan arasında 0-18 yaş arası hastaların demografik, klinik, radyolojik özellikleri incelendi. Nörobruselloz tanısında Güven et al. tarafından önerilen tanı kriterlerinin hepsini karşılaması esas alındı. Bu kriterler şu şekildeydi: (i) nörobruselloz sendromuyla uyumlu klinik özellikler, (ii) BOS'ta lenfositik pleositoz, yüksek protein ve düşük glukoz; (iii) kanda veya BOS'ta veya kemik iliğinde veya serolojide Brucella türlerinin pozitifliği (kanda >1:160 veya BOS'ta herhangi bir pozitif titre); ve (iv) alternatif etiyolojinin dışlanmasıyla uygun tedaviye klinik yanıt.

Bulgular: Çalışmaya 13 hasta dahil edildi. Medyan yaş 10'du (4-18) ve olguların %61,5'i (n=8) kızdı. Tanıya kadar geçen medyan süre 44 gündü (7-730). Santral tutulumların içinde en sık olanı 11 (%84,6) hastada olacak şekilde menenjit/memningoensefalitti. Bu tablo en sık akut (n=10, %76,9) şeklindeyken bir olguda (%7,7) kronik menenjit izlendi. Üç (%23,1) hastada abdusens sinir felci saptandı. Bir (%7,7) hastada sensörinöral işitme kaybı gözlendi. İkişer (%15,4) hastada nöropsikiyatrik bulgu ve uygunsuz ADH sendromu başvuru tabloları arasındaydı. BOS incelemelerinde tüm hastalarda pleositoz, yüksek protein (medyan=85, 65-110) mg/dl ve düşük glukoz değerleri (medyan: 39, 33-41 mg/dl) saptandı. Hastaların hepsinde serum aglütinasyon ve serum Rose-Bengal testi pozitifti. Kan ve BOS kültüründe Brusella üremesi sırasıyla %23 (n=3) ve %15 (n=2) hastada saptanırken BOS'ta ELISA ile IgM tespiti %61 (n=8) hasta tanı almıştı. Yedi (%53,8) hastada BOS PCR'da Brusella DNA'sı tespit edilmişti. Hiçbir hastada kemik iliği kültürü alınmamıştı. Hastaların hepsine beyin manyetik rezonans görüntülemesi yapılmıştı ancak üçünün (%23) sonucuna ulaşılamadı. Altı (%46) hastada nörogörüntüleme normaldi. Dört (%31) hastada meningeal kontrast tutulumu saptanmıştı. Tanı netleşene kadar meningoensefalite yönelik standart antibiyotik ve antiviral tedavilere yanıt yoktu. Tanı ile birlikte her hasta en az üçlü antibiyotik kullanmıştı. En çok tercih edilen antibiyotik %100 oran ile rifampisindi. Medyan ilaç kullanım süresi 18 (14-22) haftaydı. %77 (n=10) hasta sekelsiz iyileşirken sırasıyla iki (%15) ve bir (%7,6) hastada bilişsel fonksiyonlarda azalma ve işitme kaybı görüldü. Mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Nörobrusellozun tanısında klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi önemlidir. BOS'ta PCR ve ELISA'nın kültüre kıyasla daha yüksek duyarlılık gösterdiği ve çoğu hastanın sekelsiz iyileşebildiği görülmüştür. Bilişsel fonksiyon kaybı ve işitme kaybı gibi kalıcı sekeller göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler:nörobruselloz, menenjit, brusella, rifampisin

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS17

NONİNVAZİV SOLUNUM DESTEĞİ İLE SEVK EDİLEN YENİDOĞANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema TANRIVERDİ[1], **Bilge TAŞLICA YILMAZ**[2], Zühre Başak TAN KÖKTÜRK[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Manisa, Türkiye
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Amaç: Çalışmamızda noninvaziv solunum desteğinde sevk edilen bebeklerin sevk öncesi ve sonrasında durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya hastanemizde doğan ve solunum sıkıntısı nedeniyle noninvaziv solunum desteğine alınıp sevk edilen 85 yenidoğan bebek alındı. Solunum sıkıntısı nedenleri, uygulanan noninvaziv ventilasyon modu ve ventilatör parametrelerindeki PİP, PEEP, solunum sayısı, inspiryum zamanı, $Fi0_2$ değerlerine bakıldı. Sevk öncesi ve sonrasındaki kayıt altına alınmış kan gazı, kardiak nabız, saturasyon, solunum sayısı, vücut sıcaklığı, kan şekeri değerleri ve TRİPS sorlaması karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan bebeklerin doğum haftası 33,7±3,0 hafta (28-41), doğum ağırlığı 2146,2±762,2 gram (800-4410) idi. Bebeklerin %23,5'inde (n=20) respiratuar distress sendromu, %76,5'inde (n=65) yenidoğan geçiçi takipnesi (n=65) nedeniyle solunum sıkıntısı mevcuttu. Transport sırasında bebeklerin %25,9'u (n=22) NCPAP, %74,2'si (n=63) NIPPV solunum desteği aldı. Transport öncesi PH: 7,26±0,06 (7,14-7,45), $PC0_2$: 50,33±10,64 (25,40-66,20), BE: -4,74±2,82 (-12,60-1,30), kardiak nabız: 148,36±13,92(110-180), solunum sayısı 61,22±5,93 (50-80), $Sa0_2$: 95,73±2,90 (90-100) vücut sıcaklığı: 36,50±0,31 (36-37,1), kan şekeri: 71±0,31 (52-150), TRİPS skoru: 5,55±4,73 (0-20) idi. Transport sonrası PH: 7,34±0,09 (7,17-7,78), $PC0_2$: 40,67±9,94 (14,2-73,20), BE: -4,13±3,52 (-14,30-7,40), kardiak nabız: 142,67±12,11(113-180), solunum sayısı: 57,25±4,71 (50-69), $Sa0_2$: 97,36±2,23 (90-100) vücut sıcaklığı: 36,32±0,24 (35,6-37,0), kan şekeri: 88,83±19,56 (64-159) TRİPS skoru: 3,60±3,85 (0-14) idi. Sevk öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırdığımda transport sonrası pH, kan şekeri, $Sa0_2$ değerleri anlamlı yüksek, $PC0_2$, kardiak nabız, solunum sayısı ve TRİPS skoru anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda yenidoğan sevkinde noninvaziv solunum desteği alan bebeklerin vital bulguları ve solunum parametrelerinde düzelme olduğu gördük.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan sevki, noninvaziv ventilasyon, solunum sıkıntısı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS18

ENÜREZIS TANILI OLGULARDA EKRAN MARUZİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze YAKIN[1], Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK[2]

[1]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: "Ekran zamanı" bahsi geçen tüm ekranlı cihazlarla bir gün içerisinde geçirilen süreyi ifade eder. Uyku düzeni ve kalitesi göz önüne alındığında günlük ekran maruziyetinin bilişsel ve fiziksel fonksiyonlar üzerine etkisi ile enüreziste etkili olduğu düşülmektedir.

AMAÇ: Enürezis ile ekran maruziyeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

YÖNTEM: İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi polikliniğine primer enürezis nedeni ile başvuran 6-18 yaş arası 145 hasta değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama yaşı 9,3±3,2 yıl olup 72 kız, 73 erkek hasta değerlendirildi. 112 hastanın (%77) ailesinde enürezis öyküsü bulup, 109 tanesinin 1.derece akrabalarında öykü bulunmaktaydı. Tuvalet eğitim yaşı 2,5±0,8 yıl idi. Eşlik eden semptomlar frequency, urgency, idrar kaçırma, idrar tutma ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu idi. Çocukların ekran maruziyet süresi ortalama 5,7±1,6 saat/gün tespit edilmiş, %66'inde (98 hasta) ise uykudan hemen önce ekran maruziyeti olduğu ifade edilmiştir. Tamamının bilgisayar ya da tablet maruziyeti olduğu görüldü. Tedavinin 3.ayında hala idrar kaçırma şikayeti devam eden 47 hastanın tamamının yatmadan önce ekran maruziyetinin olduğu, hepsinin bilgisayar/tablet ile olduğu ve bu şikayetleri devam eden olguların hepsinin oyun oynadığı görüldü. Tedavinin 6.ayında davranış terapisi ve medikal tedaviye rağmen enürezisi devam eden 27 hastanın tamamının yatmadan önce ekran maruziyetinin oyun oynayarak devam ettiği ve 120 dakika üzerinde olduğu gözlendi.

TARTIŞMA: Enürezis multifaktöriyel bir patoloji olup, ekran maruziyetinin önemli bir antite olduğu bilinmektedir. Hatta ekran maruziyetinin çocukların bilişsel ve fiziksel yetilerinde gerilemeye sahip olduğu literatürdeki yayınlarla da gösterilmiştir.

SONUÇ: Çocuklarda davranış terapisi ve medikal tedaviye ek olarak ekran maruziyetinin özellikle oyun oynama süresinin azaltılması göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekran Maruziyeti, Enürezis, Oyun Oynama Süresi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS19

SOSYAL MEDYADA HİPERTANSİYON BİLGİLENDİRMESİ: SAĞLIK İLE REKLAM ARASINDAKI DENGE

Esra ENSARİ[1], **Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK**[2]

[1]Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji, Antalya, Türkiye
[2]Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye

Amaç
Hipertansiyon (HT), çocukluk çağından itibaren görülebilen, ciddi kardiyovasküler (KVS) sonuçlara yol açabilen bir halk sağlığı sorunudur. Dijitalleşme ile birlikte sosyal medya platformları, hem bilgi edinme hem de sağlıkla ilişkili ürünlerin pazarlanmasında etkin kanallar hâline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, Instagram'da yer alan pediatrik ve erişkin hipertansiyon temalı içeriklerin bilimsel doğruluk ve ticarileşme düzeyleri açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem
Bu çalışmada, 4–10 Temmuz 2025 tarihleri arasında Instagram'da #hipertansiyon, #hypertension, #çocuklardahipertansiyon ve #hypertensioninchildhood etiketleriyle paylaşılan toplam 200 (100 pediatrik, 100 erişkin) gönderi incelenmiştir. İçerikler, iki çocuk bağımsız nefroloğu tarafından; paylaşım amacı (reklam, kişisel deneyim, mizah, bilgilendirme, motivasyon) ve bilimsel doğruluk açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular
Pediatrik hipertansiyon içeriklerinde en sık görülen paylaşım türü bilgilendirme/öğretici içeriklerdi (%45,6). Bu grupta doğru bilgi oranı yüksekti (Türkçe: %67, İngilizce: %78; p=0,729) ve reklam oranı görece düşüktü (Türkçe: %14,6; İngilizce: %30,5; p=0,321).
Erişkin hipertansiyon içeriklerinde ise Türkçe gönderilerde reklam oranı (%28), motivasyon ve yaşam tarzı değişimi önerileri oranı (%27) anlamlı olarak İngilizce gönderilere (reklam: %12,5, motivasyon ve yaşam tarzı değişimi: %15) göre daha yüksekti (p<0,001). İngilizce gönderilerde kişisel deneyim oranı daha fazlaydı (p=0,036) ve doğru bilgi oranı da anlamlı olarak yüksekti (p=0,049). Türkçe erişkin paylaşımlarda reklam barındıran profil oranı %77,5 olup, İngilizce gruba kıyasla anlamlı şekilde yüksekti (p<0,001).
Tansiyon cihazları her iki yaş grubunda en sık tanıtılan ürün olurken, takviye ürün reklamları yalnızca Türkçe erişkin içeriklerde izlendi.

Sonuç
Pediatrik HTN paylaşımları, erişkine göre daha yüksek doğruluk oranı ve daha az ticarileşmiş yapı göstermektedir. Buna karşın, erişkin içeriklerde hızlı çözüm vaat eden ve bilimsel temelden uzak ticari içeriklerin ağırlığı dikkat çekmektedir. Bu durum, dijital ortamda pediatrik gruba yönelik sağlık iletişiminin gelecekte bu eğilimlerden etkilenerek zarar görebileceği endişesini doğurmaktadır. Sosyal medyada sağlık içeriklerinin daha güvenilir ve bilimsel temelli olabilmesi için profesyonellerin aktif rol alması gereklidir.

Anahtar Kelimeler:hipertansiyon, Instagram içerik analizi, pediatrik hipertansiyon, Sağlık iletişimi, Sosyal medya

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS20

PROTEINÜRI NEDENİYLE ÇOCUK NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba TAŞTEMEL ÖZTÜRK

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi, Balıkesir, Türkiye

Amaç:
Proteinüri, Çocuk Nefroloji Polikliniklerine başvuruların yaygın nedenleri arasındadır. Bu çalışmada proteinüri nedeniyle Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilen hastaların klinik özelliklerinin tanımlanması hedeflenmiştir.

Yöntem:
Çalışmaya Mayıs 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında proteinüri nedeniyle Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilen 0-18 yaş arası hastalar dahil edildi. Hastaların başvurularındaki demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ve tanıları retrospektif olarak incelendi. Bilinen nefrolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:
Çalışmaya 29 hasta dahil edildi, 10'u (%34,5) erkek, 19'u (%65,5) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 11,8±4,5 yıldı. Dokuz hastanın (%31,0) altta yatan hastalığı, 7 hastanın (%24,1) sürekli kullanmakta olduğu ilacı mevcuttu. Sekiz hastanın geçirilmiş ateşli idrar yolu enfeksiyonu, iki hastanın ailesinde böbrek yetmezliği öyküsü vardı.

Hastaların ilk değerlendirildikleri merkezde ortalama idrar dansiteleri 1021,7±6,9, idrar pH değerleri 6,4±0,9 idi. Dört hastada 3+ proteinüri, 11 hastada 2+ proteinüri, 14 hastada ise 1+ proteinüri vardı. Hastaların hiçbirinde hematüri yoktu, 2 hastanın piyürisi mevcuttu.

Hastanemiz Çocuk Nefroloji Polikliniğine başvuru anında 2 hastada yüzde şişlik, 1 hastada köpüklü idrar yapma yakınması mevcuttu. Fizik muayenede hastaların tamamı normotansifti, bir hastada ödem tespit edildi. Başvuru anındaki laboratuvar incelemelerinde ortalama idrar dansiteleri 1016,7±8,5, idrar pH değerleri 6,5±0,5 idi. On bir hastanın tam idrar analizinde proteinüri tespit edildi. Üç hastada 2+ proteinüri, 8 hastada 1+ proteinüri vardı. Beş hastada hematüri, 5 hastada ise piyüri saptandı. On üç hastanın başvuru anındaki spot idrar protein-kreatinin oranı 0,2 mg/mg'ın üzerindeydi. Bu 13 hastanın ortalanca spot idrar protein-kreatinin oranı 0,8 (25-75 persentil=0,4-2,6) mg/mg'dı ve sabah alınan ilk idrar örneklerinin analizinde bir hastada proteinüri (spot idrar protein-kreatinin oranı 0,35 mg/mg) saptandı (bir hastada başvuru anında hipoalbuminemi ve ödem olduğu için sabah ilk idrar istenmedi). Ortalama serum kreatinin düzeyi 0,66±0,15 mg/dl, eGFR 96,99±15,47 ml/dk/1,73m^2 idi. Sadece bir hastada hipoalbuminemi vardı. Yirmi hasta renal ve üriner sistem ultrasonografisi (USG) ile değerlendirildi, tamamı normaldi.

Sonuç olarak proteinüri nedeniyle yönlendirilen 29 hastanın 2'sinde kalıcı proteinüri, 11'inde postural (ortostatik) proteinüri tespit edildi, 16 hastada ise proteinüri tespit edilmedi. Kalıcı proteinürisi olan hastaların biri nefrotik sendrom tanısı aldı, diğeri ise 11,7 mg/m^2/saat proteinüriye sahipti, ileri değerlendirmeleri yapılıp takibe alındı. Postural proteinürisi olan hastaların dördüne renal ven Doppler USG yapıldı, bir hastaya Nutcracker sendromu tanısı konuldu.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Tartışma ve Sonuç:
Proteinüri varlığı ileri değerlendirme ve tedavi gerektiren önemli bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi çocuklarda proteinürinin geçici olabileceği durumlar da mevcuttur. Rutin tetkiklerinde proteinüri saptanan hastaların geçici proteinüri nedenleri açısından ve postural proteinüri açısından sabah ilk idrar protein-kreatinin oranı ile değerlendirilmesi Çocuk Nefroloji Polikliniklerine yönlendirilen hasta sayısını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Proteinüri, Postüral proteinüri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS21

METILFENIDAT ZEHİRLENMESİNİN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKI ETKİLERİ

Pırıl YILDIZ, Ali YURTSEVEN, Caner TURAN, Eylem Ulaş SAZ, Burcu VURAL ATALAY

Ege Üniversitesi Çocuk Acil Bd, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, İzmir, Türkiye

AMAÇ: Metilfenidat (MF), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHAB) tedavisinde uzun süredir kullanılan, güvenilirliği ve tolerabilitesi yüksek bir psikostimülandır. Son yıllarda kullanım sıklığı artan MF'nin, tedavi dozunun üzerinde alınması durumunda bazı olgularda nörolojik, psikiyatrik ve kardiyak etkilenmelere yol açabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada, MF zehirlenmesi nedeniyle acil servise (AS) başvuran çocuk hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne 1 Ocak 2020 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında MF zehirlenmesi nedeniyle başvuran, 18 yaş altı 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, hasta dosyaları geriye dönük olarak incelenerek değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 14,2 (±4,1) yıl olup, 23'ü (%72) kızdı. Hastaların 21'i (%66) DEHAB, 4'ü (%12) majör depresyon, 2'si (%6) ise bipolar bozukluk tanısıyla izlenmekteydi. Olguların 27'si (%84) intihar amacıyla, 5'i (%16) ise kaza sonucu ilacı almıştı. Alınan ortalama MF dozu 5,7 (±3,7) mg/kg olup, doz aralığı 2 mg/kg ile 14 mg/kg arasında değişmekteydi. Acil servis izleminde hastaların 13'ünde (%41) klinik bulgu izlenirken, 19'unda (%59) herhangi bir semptoma rastlanmadı. En sık gözlenen bulgu taşikardi (%38) olup; bunu sırasıyla hafif hipertansiyon (%34), ajitasyon (%22), midriyazis (%19), kasılma (%16), çarpıntı (%9) ve deliryum (%3) takip etti. Yaş, cinsiyet ve alınan MF dozu ile klinik bulgu gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hastaların büyük çoğunluğunda (%88), herhangi bir tedaviye ihtiyaç duyulmaksızın 12 saatlik izlem sonrasında semptomlar gerilerken, geri kalan olgularda bulgular 48 saate kadar devam etti.

SONUÇ: Çalışmamız, çocukluk yaş grubundaki metilfenidat (MF) zehirlenmelerinin büyük oranda semptomsuz veya hafif klinik bulgularla seyrettiğini ortaya koymaktadır. Bu olgularda en sık görülen belirtiler taşikardi ve hafif hipertansiyon olup, ciddi semptomlara nadiren rastlanmaktadır. Ayrıca, yaş, cinsiyet ve alınan dozun klinik belirti gelişimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Metilfenidat Zehirlenmesi, Toksikasyon, Pediatri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS22

TITLE: ECTODERMAL DYSPLASIA: A RARE CAUSE OF FEVER IN CHILDHOOD

Şerife ÖZTÜRK YILMAZ[1], Semra GÜRSOY[1], Suzan SÜNCAK[1], Meryem HALIS[1], Mehmet KOCABEY[3], Özlem GIRAY BOZYAKA[1]

[1]Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Genetics, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Medical Genetics, İzmir, Türkiye

Background: Ectodermal dysplasia (ED) is a genetically heterogeneous group of disorders characterized by abnormal development or function of at least two ectodermal-derived structures, most commonly hair, teeth, nails, and sweat glands. Hypohidrotic ectodermal dysplasia (HED) represents the most frequent subtype and is typically associated with pathogenic variants in genes such as *EDA, EDAR, EDARADD* which play crucial roles in the EDA/NF-κB signaling pathway. Impaired sweating due to anhidrosis or hypohidrosis can lead to recurrent febrile episodes during childhood. Although rare, ED should be considered a clinically significant cause of fever in the differential diagnosis. This study aimed to evaluate the clinical and molecular characteristics of patients ED.

Methods: Patients who were evaluated with a provisional diagnosis of ED at our department between 2010 and 2025 were included in the study. Demographic data and molecular genetic results were retrospectively analyzed.

Results: Seventeen patients were included to the study (male/female, 13/4). Median age at presentation was 24 months (1–168 months) and median age at diagnosis was 99 months (24–204 months). The most frequent clinical findings were hypotrichosis (78.6%), nail dystrophy (69.2%), dental anomalies including hypodontia (84.6%) and hypohidrosis (71.4%). A history of fever was reported in 58.8% of the patients. The most frequent clinical subtype was HED observed in 57.1 % of the patients. Molecular analysis could be performed in seven patients and pathogenic/ likely pathogenic or VUS variants were detected in five different genes [*EDA* (n=2), *EDAR* (n=2), *PKP1* (n=1), *PRKD1* (n=1), and *NECTIN4*/*PVRL4* (n=1)]. Three of these variants (43%) were novel. Mutation types included truncating variants accounting for 57.1% and missense variants comprising 42.9%. In addition, one patient was diagnosed with dual condition harboring both ED and Prader-Willi sydrome .

Conclusion: Ectodermal dysplasias represent a rare but important cause of recurrent fever in childhood. The combination of sweating abnormalities, dental anomalies and hair defects, together with a history of fever, should prompt consideration of ED in the differential diagnosis. Clinical and molecular analysis confirms the diagnosis and plays a critical role in guiding both genetic counseling and treatment planning.

Anahtar Kelimeler: Ectodermal dysplasia, hypohidrosis, fever

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS23

PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLİ HASTALIKLARDA IVIG TEDAVİSİ ALAN HASTALIKLARIN GERİYE YÖNELİK DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ece ŞENBAYKAL YİĞİT[1], Ilke TAŞKIRDI[2], Iidil AKAY HACI[1]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk İmmunoloji ve Alerji Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk İmmunoloji ve Alerji Kliniği, İzmir, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ: Primer immün yetmezlik; immün sistemi oluşturan herhangi bir bileşenin doğuştan eksikliği, yetersizliği veya fonksiyon bozukluğu sonucunda ortaya çıkan kalıtsal geçişli hastalıklar grubudur. Ülkemizde akraba evliliğine bağlı olarak genel populasyonda daha sık görülmektedir (30,5/100.00). Tedavide immünglobulin replasman tedavisi kullanılmaktadır. Sıklıkla intravenöz yoldan, 3-4 hafta arayla, 0,4-0,8 g/kg dozda kullanılmaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde primer immün yetmezlik nedeniyle IVIG tedavisi alan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri sunulmuştur.

YÖNTEM ve GEREÇLER: 2023-2025 yılları arasında İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji kliniğinde primer immün yetmezlik tanısı ile IVIG tedavisi alan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmada primer immün yetmezlik nedeniyle IVIG tedavisi alan 29 hasta alındı. Hastaların 12'si (%41,4) kız, 17'si (%58,6) erkekti. Hastaların başvuru yaşı 65,48±56,69 ay, tanı alma yaşı 72,83±58,40 ay ve tanıda gecikme süresi ise 35,90±38,92 ay olarak bulundu. 19 hastada (%65,5) antikor defekti [%31 süt çocuğunun geçici hipogamaglobulinemisi (SÇGH), %24,1 sınıflandırılmamış hipogamaglobulinemi (SH) ve %10,3 hastada yaygın değişken immün yetmezlik (YDİY)], 5 hastada (%17,2) sendromik kombine immun yetmezlik (SKİY), 3 hastada (%10,3) immundisregülasyon, (İD) 1 hastada (%3,4) fenokopi ve 1 hastada (%3,4) doğal immun sistem defekti (DİSD) saptandı. Hastaların 8 'inde (%27,6) genetik defekt tanımlanabildi. Hastaların en sık başvuru şikayeti tekrarlayan, sık ve/veya persistan enfeksiyon olmakla birlikte alerji, otoimmün, otoinflamatuar, romatolojik bulgular da yer almaktaydı. Preinfüzyonel Ig G değeri 396,72±169,72 (7-601), postinfüzyonel Ig G değeri 754,76±168,81 (431-1355) bulundu. Hastaların 22'si (%75,9) %5 kontrasyonda IVIG tedavisi almaktaydı. Yalnızca 3 hastada IVIG tedavisine bağlı erken yan etki gözlendi ve bu hastaların 2'si %10 konsantrasyonda tedavi almaktaydı. Hastalarda görülen yan etkiler ürtiker, baş ağrısı, kusma ve ateş yüksekliğiydi. Hastaların ikisinde premedikasyon ile yan etkiler kontrol altına alınırken, bir hastada ise başka bir IVIG preparatı geçildi. Bu hastanın izleminde ise IVIG' e bağlı yan etki saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Sık enfeksiyon geçirme dışında, anne-baba akrabalığı ve aile öyküsü olan hastalar, erken başlangıçlı romatolojik, otoimmun, otoinflamatuar hastalığı olanlarda ve sendromik özellikleri olan hastaların ön tanısında doğuştan gelen bağışıklık bozuklukları akla gelmelidir. Erken tanı ile hastalarda, IVIG replasmanı ile komplikasyonların azaltılması ve uygun ek tedaviler ile mortalitenin ve morbiditenin önlenmesi sağlanabilir. IVIG'e bağlı yan etki az sayıda hastada saptanmış olup, hastane ortamında kullanılması güvenli olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: İmmunglobulin replasman tedavisi, Primer immun yetmezlik, Yan etki

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS24

ÇOCUKLUK ÇAĞI MIYOKARDIT OLGULARINDA KLİNİK BULGULARIN VE TESPİT EDİLEN VİRAL ETKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif KIYMET[1], Izel KUTLU CAN [1], Yeliz SEVINÇ [2], Ulaş KARADAŞ[2]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Miyokardit kalp kas dokusunun inflamasyonudur. Çocuklarda nadir görülmesine rağmen ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Mortalite görüldüğünde çoğunlukla akut evrede beklenirken uzun vadede dilate kardiyomiyopati, kalp yetmezliği ve kalp nakli gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. Tanı genellikle klinik bulgulara dayanır. Etiyolojide sıklıkla enfeksiyöz, nedenlerdir. Enteroviruslar, koksakivirus, parvovirus-B19 ve adenovirus ilk sıralarda yer alan etkenlerdendir.
Bu çalışmada miyokardit nedeni ile takip edilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri, tedavi yaklaşımları ve tespit edilen enfeksiyöz etkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Mart 2024-30 Haziran 2025 tarihleri arasında klinik ve laboratuvar bulgularına göre miyokardit tanısı alarak takip edilen 1 ay-18 yaş aralığındaki çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri hastane elektronik bilgi sisteminden retrospektif olarak taranmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS Statistics for Windows Version 15.0 kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 41 hasta dahil edildi. Hastaların 23'ü (%56,1) erkekti. Yaş ortalaması 11,6(±4,04)'ydı. Ortanca hastanede yatış süresi 5 gündü. Hastaların %31,1'i intravenöz immünglobulin (IVIG), %61'i asetilsalisilik asit (ASA) ve %97,6'sı intravenöz sıvı tedavisi almıştı. Başvuru sırasında alınan ortanca troponin değeri 58,9 ng/L (14,7-1291ng/L), klinik izlemde görülen en yüksek ortanca troponin değeri ise 80,8 ng/L (18,1-2221ng/L) idi. Hastalar en sık %90,2 oranında göğüs ağrısı ile başvururken; bunu çarpıntı (%12,2), sol kolda ağrı (%9,8), öksürük (%7,3), bulantı-kusma, karın ağrısı, burun akıntısı, ishal, baş ağrısı, nefes darlığı ve senkop gibi yakınmalar izlemekteydi. İki hastada tanı rutin kontrol sırasında kondu. Sekiz hastada göğüs ağrısının eforla şiddetlendiği bildirildi. Semptomların ortanca süresi 4 gün (1 gün–1 yıl) bulundu.
Otuz beş (%85,3) hastanın elektrokardiyografileri normal sinüs ritminde izlendi. Diğer hastalarda ST elevasyonu, T dalgasında minimal voltaj kaybı, V5-V6 derivasyonlarında T negatifliği, sol ventrikül hipertrofisi ve bifazik T dalgası, inkomplet sağ dal bloğu gibi bulgular görüldü. Ekokardiyografi (EKO) bulguları incelendiğinde %41,4 hastanın EKO'su normaldi, diğer hastalarda en sık PFO olmak üzere hafif mitral yetersizlik, ASD sekundum, biküspit aorta gibi bulgular saptandı. Tüm hastaların ejeksiyon fraksiyonu normaldi.
Hastaların %29,2'sinde (n:12) viral etken saptandı. Saptanan etkenler hastaların 2'sinde parvovirüs, 2'sinde HHV-7, 1'inde HHV-6, 1'inde enterovirüs, 1'inde EBV, 1'inde influenza-B, 1'inde rotavirüs, 1'inde HHV-6-HHV-7 koenfeksiyonu, 1'inde enterovirüs-parvovirüs koenfeksiyonu, 1'inde hastada enterovirüs-rhinovirüs koenfeksiyonuydu. Viral etken saptanan hastaların %91,7'sinde tedavide ASA verilirken, etken saptanmayan hastaların %56'sında ASA verilmiştir (p=0,01). Viral etken saptanan hastaların %41,7'sine IVIG verilirken etken saptanamayanların %27,6'sına IVIG verilmiştir (p=0,378).

Sonuç: Çalışmamızda çocukluk çağı miyokardit olgularının yaklaşık üçte birinde viral etken saptanmış olup, bu bulgunun miyokardit etiyolojinin belirlenmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokardit, Çocuk, Viral miyokardit, Parvovirus

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS25

PRIMER SILIYER DISKINEZI GENETİK TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: 2 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ece OCAK

İzmir Şehir Hastanesi, Tıp, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Türkiye

Giriş ve Amaç:
Primer siliyer diskinezi (PSD), nadir görülen, kalıtsal bir hastalık olup tekrarlayan alt ve üst solunum yolu enfeksiyonları, bronşiektazi ve ilerleyici akciğer fonksiyon kaybına yol açmaktadır. Tanı süreci çoğunlukla gecikmekte ve heterojen klinik bulgularla seyretmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde genetik olarak tanısı doğrulanan PSD'li hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem:
Kasım 2023–Ağustos 2025 tarihleri arasında İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları'nda izlenen ve genetik test ile PSD tanısı doğrulanan tüm olgular retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanı yaşı, mutasyon sonuçları, PICADAR skorları, ek hastalık varlığı (astım, bronşiektazi), bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları, solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları ve son iki yıldaki pnömoni sıklığı kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 17 hasta [6 kız (%35,2)] dahil edildi. Ortalama yaş 9,4±3,5 yıl, tanı yaşı 7,8±3,4 yıl olarak bulundu. En sık saptanan genetik mutasyonlar DNAAF2 (n=3), DNAI1 (n=3) ve DNAH5 (n=2) idi. Ortalama PICADAR skoru 7,8 idi. En sık genetik test nedeni situs anomalisi (n=6) varlığıydı. Hastaların 7'nde (%41,1) bronşiektazi, 9'nda (%52,9)'inde eşlik eden astım tanısı ve 3'nde (%17,1) atopi mevcuttu ve inhaler kortikosteroid kullanıyordu. 4 hastada (%23,5) sürekli olarak wheezng ve ronküs dinleme bulgusu vardı. BT incelemelerinde en sık görülen bulgu bilateral alt lob bronşiektazisi iken, bazı olgularda mukus tıkaçları ve sinüzit eşlik ettiği gözlendi. SFT yapabilen 9 hastanın hepsinde obstruktif patern olup ortalama FEV_1 %72±3,8 idi. son iki yıldaki pnömoni sıklığı 1,9±0,9 idi.

Sonuç:
Genetik olarak doğrulanan PSD olgularında tanı yaşı genellikle geç olmakta, hastalarda situs anomalisi ve bronşiektazi ön planda seyretmektedir. PICADAR skoru tanısal süreçte yol gösterici olmakla birlikte, kesin tanı için genetik analiz gereklidir. Hastalığın klinik spektrumunun genişliği, erken tanı ve düzenli izlem gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışma, ülkemizde PSD'ye yönelik genetik tanı konulan hasta grubuna dair verileri sunarak farkındalığın artmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: primer siliyer diskinezi, genetik, çocuk, PICADAR skoru

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS26

ANTİBİYOTİKLER İLE HAFİF KUTANÖZ REAKSİYONU OLAN ÇOCUKLARDA UYGULANAN DİREKT PROVOKASYON TEST SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ikbal Nur ŞAFAK[1], Seda TUNCA[1], Tuba TUNCEL[2]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Hastalıkları Kliniği, Çocuk Alerji ve İmmünoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmünoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Çocuklarda ilaç kullanımı sırasında döküntü sık rastlanan bir durum olmakla birlikte çoğu gerçek ilaç alerjisi değildir. Çocuklara yanlış ilaç alerjisi tanısı konulması uygun ve etkili tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır. Son yıllarda ilaç kullanımı sırasında hafif kutanöz reaksiyonu olan çocuklarda ilaç alerjisi tanısı için direkt oral provokasyon testi yapılmasının güvenilir olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada amacımız, ilaç kullanımı sırasında hafif kutanöz reaksiyon öyküsü olan ve ilaç alerjisi şüphesi ile polikliniğimize yönlendirilen çocuklarda yapılan direkt oral provokasyon testlerinin tanısal değeri ve güvenliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2023–Temmuz 2025 tarihleri arasında İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Alerji-İmmünoloji Kliniği'nde antibiyotik alerjisi şüphesiyle direkt oral provokasyon testi uygulanan 0–18 yaş arası hastaların dosya kayıtları incelendi. Antibiyotik dışı ilaçlarla, öncesinde deri testleri yapılarak veya alternatif ilaç bulma amaçlı yapılan provokasyon testleri çalışmaya dahil edilmedi. Demografik veriler, şüpheli ilaç reaksiyonunun tipi ve süresi, test sırasındaki klinik bulgular ve test sonuçları hasta dosyalarından elde edildi. Veriler SPSS 23.0 yazılımı kullanarak analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile tanımlandı.

Bulgular: İlaç provokasyon testi uygulanan 40 hastadan, çalışma kriterlerini karşılayan 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 15'i (%60) erkekti. Reaksiyon sırasında yaş ortalaması 62,6±55,3 ay, provokasyon sırasında 86,9±57,6 aydı. En sık bildirilen şüpheli ilaç amoksisilin-klavulanat olup, 22 hastada (%88) kullanılmıştı. Bu hastaların hiçbirinde amoksisilin ve penisilin spesifik IgE pozitifliği saptanmadı. İlaca başlama ile reaksiyon gelişimi arasındaki süre ortalama 39,5±26,8 saat, ilacın son dozu ile reaksiyon arası süre ise 7,6±3,4 saatti. Hastaların 15'inde (%60) makülopapüler döküntü, 9'unda (%36) ürtiker ve 1'inde (%4) tanımlanmamış döküntü vardı. Ürtiker, ilaç tedavisinin ortalama 33,1±22 saatinde ve son dozdan 6,7±3,5 saat sonra ortaya çıktı. Makülopapüler döküntü ise ilaç tedavisinin ortalama 41,2±29,1 saatinde ve son dozdan 7,8±3,3 saat sonra gelişti. Yapılan provokasyon testlerinin hiçbirinde IgE aracılıklı reaksiyon saptanmadı. Şüpheli makülopapüler erüpsiyonu olan hastalarda ilaç provokasyon süresi 5 güne uzatıldı. Bu hastaların hiçbirinde reaksiyon gelişmedi. Provokasyon yapılan hiçbir hastada ilaç alerjisi tanısı konulmadı.

Sonuç: Hafif kutanöz reaksiyon öyküsü olan çocuklarda direkt ilaç provokasyon testleri, yanlış antibiyotik alerjisi etiketini kaldırmada kolay uygulanan, güvenli ve hızlı bir tanı yöntemidir. İlaç alerjisi şüphesi olan çocukların mutlaka çocuk alerji bölümüne yönlendirilerek tanılarının doğrulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İlaç alerjisi, İlaç provokasyon testi, Makülopapüler döküntü, Ürtiker

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS27

PEDİATRİ ASİSTANLARININ İLAÇ ALERJİSİ KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Halime YAĞMUR, Özge ATAY

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş:İlaç hipersensitivite reaksiyonları çocukluk çağında sık karşılaşılan,yaşamı tehdit edebilen ciddi klinik durumlardır.Bu reaksiyonların doğru tanınması ve yönetimi, pediatri uzmanlık eğitimi alan hekimlerin farkındalık düzeyleriyle ilişkilidir. Çalışmamızda pediatri asistanlarının ilaç alerjisi konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi amaçlandı.

Gereç/Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel çalışmamızda, Nisan-Mayıs/2025 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Pediatri Ana Bilim Dalı'nda çalışan 66pediatri asistanı katılmıştır. Demografik özellikleriyle ilaç alerjileri konusundaki sorular, Google Forms üzerinden online olarak gönderildi. Microsoft Excel® ile tanımlayıcı istatistikler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 66pediatri asistanının %22,7'si erkekti.Yaş ortalaması 28,2±1,8 yıl; uzmanlık süresi ortalaması ise 27,1±17,8aydı(min:1/maks:60ay).Katılımcıların yalnızca %4,5'i(n=3) daha önce ilaç alerjisi olgusu ile karşılaşmadığını ifade etti.İlaç alerjisinin sadece ilk defa alınan ilaçla değil,tekrarlayan reaksiyonsuz kullanımlardan sonra da ortaya çıkabileceği %97 oranında doğru yanıtlanırken,lokal ilaç uygulamalarında sistemik reaksiyon gelişebileceği %86 oranında doğru tanımlandı.IgE aracılı erken tip reaksiyonlar arasında ürtiker(%91),anafilaksi(%89) ve anjiyoödem(%79) en yüksek oranda bilinen klinik bulgulardı.Buna karşın, %18'i(n=12) makülopapüler egzantemi,%6'sı(n=4) ise ciltteki deskuamasyonu erken tip reaksiyon kapsamında değerlendirdi.
İlaç alerjisinin tüm yaş gruplarında(yenidoğan/infant dahil) görülebileceği yalnızca %6oranında doğru yanıtlandı.Çocukluk çağı ilaç alerjilerinin en sık etkeninin beta-laktam antibiyotikler olduğu %83 oranında olumlu cevaplandı.Stevens-Johnson-Sendromu (SJS),Eozinofili ve sistemik semptomlarla seyreden sendrom(DRESS), Akut generalize egzantematöz püstülozis (AGEP) geç tip hipersensitivite reaksiyonu olduğu ve çoğunlukla ilaç tarafından tetiklendiği; ayrıca ölümcül olabileceği çoğu asistan tarafından bilinmekteydi(sırasıyla;%90,%89,%97).Ağır ilaç reaksiyonlarının klinik bulguları olarak mukoza tutulumları, ciltte soyulma, biyokimyasal parametrelerde bozulma ve ağrılı cilt lezyonları asistanların yarısından fazlası tarafından doğru belirtilirken;eozinofili(%33) ve lenfadenopati(%38) daha düşük oranda tanımlandı.
Olgu öyküsü içeren sorularda, erken tip reaksiyonlar ve anafilaksi tanıları yaklaşık %50 oranında doğru tanımlanabildi. İntramusküler enjeksiyon sonrası gelişen vazovagal senkop olgusu %52 oranında anafilaksi olarak yanlış yorumlanırken, bilinen alerjene bağlı hipotansiyon olgusunu hiçbir katılımcı anafilaksi olarak tanımlayamadı. Anafilaksi tedavisinde intramüsküler adrenalin uygulaması %98 oranında doğru yanıtlanırken, desensitizasyon endikasyonu %82 oranında doğru bildirildi. Penisilin alerjisi varlığında %74'ü makrolid ,%11'i sefalosporini alternatif tedavi olarak önerdi. Katılımcıların %59'u şüpheli vakada alerji kliniğine yönlendirme yaklaşımını benimserken, %39'u ilacı değiştirerek taburculuk planladı.

Sonuç: Bu çalışma, pediatri asistanlarının ilaç alerjisi alanında temel bilgilerini çoğunlukla bildiklerini; fakat zamansal, şiddete dayalı sınıflandırma ve alternatif ilaç seçimi gibi kritik konularda farkındalıklarının arttırılmasına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İlaç Alerjisi, Bilgi, Tutum, Pediatri, Anafilaksi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS28

ANJIYOÖDEM EŞLİK EDEN VE ETMEYEN KRONİK ÜRTİKERLİ OLGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Gizem KABADAYI, Nevin UZUNER

Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji, İzmir, Türkiye

Giriş
Kronik ürtiker, çocuklarda %0.1-3 oranında görülen, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, tekrarlayıcı döküntüler ve/veya anjiyoödem ile karakterizedir. Ürtikere eşlik eden anjiyoödem, hastalığın seyrini, tedavi yanıtını ve prognozunu etkileyebilir. Bu çalışmada, çocukluk çağı ürtikerinde anjiyoödem varlığının; klinik, laboratuvar özellikler, tedavi yanıtı ve prognoz üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem
Ocak 2020-Temmuz 2025 arasında, 1-18 yaş arası, DEÜ Çocuk Alerji polikliniğinde kronik ürtiker tanısı alan hastalar retrospektif olarak belirlendi. Eşlik eden anjiyoödem varsa kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavileri değerlendirildi. İstatistiksel analiz IBM SPSS Statistics for Windows, v25 ile yapıldı ve anlamlılık sınırı $p \leq 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular
Toplam 184 hastanın değerlendirildiği bu çalışmada hastaların %61,4'ü kız ve medyan yaş 13,0 yıl (min–maks: 2–23), semptomların başlama yaşı 9,5 yıl (min–maks: 1–17) ve tanı alma yaşı 10,0 yıldı (min–maks: 1–17).
Hastaların %30,8'inin ailesinde ürtiker, %32,4'ünün ailesinde otoimmün hastalık, %70,9'unun ailesinde atopik hastalık öyküsü saptandı. Olguların %58'inde, ürtiker dışında en az bir atopik hastalık öyküsü mevcuttu (en sık %33,7 ile alerjik rinit).
Hastaların %70,7'sinde spontan, %10,9'unda indüklenebilir, %18,5'inde ise hem spontan hem indüklenebilir ürtiker vardı. Olguların %61,4'ünde yalnızca ürtiker, %1,6'sında yalnızca anjiyoödem, %37,0'sinde ise ürtiker ve anjiyoödem birlikte izlendi. Hastaların %9,3'ünde ürtikere eşlik eden sistemik semptomlar bildirilmişti (%64,7'si anafilaksi).
Hastaların %11,4'ünde periferik eozinofili, %8,2'sinde eozinopeni, %70,7'sinde bazopeni saptandı. Omalizumab tedavisi uygulanan hasta sayısı 20 (%10,9), siklosporin 1 (%0,5) idi.
Anjiyoödem olan ve olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, ürtiker haricinde atopik hastalık öyküsü ,otoimmün hastalık varlığı, başka hastalıklar için ilaç kullanımı, alerjen duyarlanma, uyarılabilir ürtiker sıklığı, ailede ürtiker ve atopik hastalık öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmadı.
Anjiyoödem olan hastalarda, kronik ürtiker dönemi dışında özgeçmişte akut ürtiker geçirme öyküsü anlamlı olarak daha sık saptandı **(p=0,015).** Anjiyoödemi olan hastalarda ailede otoimmün hastalık öyküsü daha sık olmakla beraber anlamlı bulunmadı (p=0,051). Anjiyoödemi olan hastalarda sistemik bulgu varlığı anjiyoödem eşlik etmeyen hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti **(p=0,033).** Anjiyoödemi olanlarda bazopeni anlamlı düzeyde daha sıktı **(p = 0,030).** Anjiyoödem eşlik eden kronik ürtikerli çocuklarda, vitamin D düzeyi daha düşük bulundu **(p=0,008) (Tablo 1).**

Tartışma ve Sonuç
Bu çalışmada, anjiyoödem eşlik eden hastalarda geçmişte akut ürtiker öyküsü ve sistemik bulgular daha sık izlenmiş, ayrıca bazofil ve vitamin D düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Bu durum, bazopeni ve D vitamini düşüklüğünün immün sistem üzerindeki etkileriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Bulgularımız anjiyoödem varlığının çocukluk çağı kronik ürtikerinde daha şiddetli ve dirençli bir seyir gösterebileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle anjiyoödemli hastaların daha yakından izlenmesi ve gerekirse erken dönemde destekleyici tedavi stratejilerinin değerlendirilmesi önerilir.

Tablo 1. Anjiyoödem Eşlik Eden ve Etmeyen Kronik Ürtikerli Olguların Karşılaştırılması

	Anjioödem (-) kronik ürtiker N:113(% 61,4)		Anjioödem (+) kronik ürtiker N:71(%38,6)		p
Yaş (yıl) median(min-max)	13(2-22)		14(4-23)		0.054
Cinsiyet n/% kadın (F) erkek (M)	67/%59.3 F	46/%40.7 M	46/%64.8 F	25/%35.2 M	0.534
Tanı yaşı(yıl) median(min-max)	10 (1-17)		10 (2-17)		0.336
Semptom başlama yaşı (yıl) median(min-max)	9(1-17)		10(1-16)		0.419
Ailede ürtiker varlığı n/%	33/%29.5		23/%32.9		0.625
Ailede otoimmünite n/%	30/%26.8		29/%41.4		**0.051**
Ailede Atopi n/%	77/%68.8		52/%74.3		0.503
Çocukta ürtiker dışında atopik hastalık n/%	68/%61.3		37/%52.9		0.282
Ürtiker harici ilaç kullanımı n/%	38/%33.6		25/%35.2		0.874
Geçmişte akut ürtiker öyküsü n/%	29/%25.7		31/%43.7		**0.015**
Sistemik bulgu n/%	6/%5.3		11/%15.9		**0.033**
Eozinofili varlığı n/%	11/%9.7		10/%14.1		0.476
Eozinopeni varlığı n/%	8/%7.1		7/%9.9		0.583
Bazopeni varlığı n/%	73/%64.6		57/%80.3		**0.030**
Otoantikor pozitifliği n/%	49/%48.5		32/%51.6		0.748
Pre ÜAS median(min-max)	15(2-42)		16(2-42)		0.132
Post ÜAS median (min-max)	0(0-28)		0(0-28)		0.907
WBC medyan(min-max)	7500 (4000-17000)		8300(3700-16700)		0.150
NEU % medyan(min-max)	49.9(4.5-78.3)		51.7 (25.6-85.2)		0.102
LYM % medyan(min-max)	38.6(16.8-77.3)		36.7(9.7-60.3)		0.070
MONO % medyan(min-max)	7.4 (3-18.2)		7.5 (1-13.6)		0.746
BASO % medyan(min-max)	0.5 (0-1.3)		0.5 (0-1.5)		0.256
EOS % medyan(min-max)	2.6(0-17.5)		2.3(0-23.1)		0.754
ANS/uL medyan(min-max)	3700 (400-12500)		3900 (1400-15300)		0.101
ALS/uL medyan(min-max)	2900 (1500-8900)		2800 (1300-6600)		0.302
MONO/uL medyan(min-max)	600 (300-1600)		600 (200-1300)		0.557
EOS/uL medyan(min-	200 (100-1700)		200 (0-1600)		0.397

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

max)			
BASO/uLmedyan(min-max)	0(0-100)	0(0-100)	**0.021**
Sedimantasyon mm/saat medyan(min-max)	4(2-63)	6(2-69)	0.279
CRP mg/L medyan(min-max)	0.6 (0.2-118.7)	0.95(0-62.4)	0.299
Total IgE[IU]/mLmedyan(min-max)	157 (6-2395)	143 (2-1369)	0.638
Vitamin D ng/mLmedyan(min-max)	20 (4-47)	15 (7-45)	**0.008**
Alerjenikduyarlanma n/%	51/%47.2	24/%33.8	0.089
Uyarılabilir ürtiker varlığı n/%	38/%33,6	15/%21.1	0.094
TSH yüksekliği n/%	5/%4.71	1,64/%1.5	0.411
Serbest T4 anormalliği n/%	0	0	NA
HBSag pozitifliği n/%	0	0	NA
HCV pozitifliği n/%	0	0	NA
Ürtiker başlangıcında otoimmün hastalık varlığı n/%	20/%17.7	15/%21.1	0.569
Ürtiker toplam süresi (ay) medyan(min-max)	12 (2-96)	15 (2-168)	0.311
12 ayda remisyonuolmayanlar n/%	60/%54.5	40/%56.3	0.879
Omalizumab alanlar n/%	10/%8.8	10/%14.1	0.332
İzlemde tedavi yanıtı olmayanlar n/%	4/%3.5	6/%8.5	0.188
Omalizumab yanıtı olanlar n/N	9/10	7/10	0.582

Anahtar Kelimeler: anjiyoödem, çocuk, D vitamini, kronik ürtiker

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS29

BOY KISALIĞIYLA BAŞVURAN OLGULARDA ÇÖLYAK HASTALIĞI SIKLIĞI VE BU OLGULARDA TEDAVİNİN BÜYÜMEYE ETKİSİ

Betül DEMIRCAN COŞKUN[1], Özge YILDIRIM ŞALBAŞ[1], Deniz ERDEN[1], Korcan DEMIR[1], Ayhan ABACI[1], Sevim ÇAKAR[2], Ece BÖBER[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme, İzmir, Türkiye

Giriş:
Çölyak hastalığı (ÇH), çocuklarda boy kısalığına neden olabilen önemli bir kronik otoimmün enteropatidir. Bu çalışmada, boy kısalığıyla başvuran ve ÇH tanısı alan çocukların büyümesi ve büyümeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem:
2014–2024 yılları arasında çocuk endokrinolojisi polikliniğine boy kısalığı nedeniyle başvuran ve çölyak serolojisi çalışılan 0–18 yaş arası 1655 olgu retrospektif olarak incelendi. Doku transglutaminaz IgA pozitifliği saptanan, biyopsi ile tanısı doğrulanan ve en az 1 yıl izlenen olgular çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamının total IgA düzeyleri yaşa göre normaldi. Takipsiz olanlar, biyopsi ile tanısı doğrulanmayanlar, büyümeyi etkileyecek sistemik hastalığı ya da büyüme hormonu eksikliği olanlar çalışma dışı bırakıldı. Demografik veriler, antropometrik ölçümler, puberte durumu, laboratuvar parametreleri, kemik yaşı, enteral beslenme desteği ve glutensiz diyete uyum verileri kaydedildi.

Bulgular:
İncelenen 1655 hastanın 33'ünde (%2,0) doku transglutaminaz IgA pozitifliği saptandı. Takipsiz olan (n=10), biyopsi ile tanısı doğrulanmayan ve büyüme hormonu tedavisi alan (n=1) olgular dışlandı. Çalışmaya biyopsi ile tanısı doğrulanmış, en az 1 yıl takip edilmiş toplam 22 hasta dahil edildi. Hastaların %77,3'ü kız (n=17), %22,7'si erkekti (n=5). Ortanca başvuru yaşı 8,6 yaş (IQR: 5,5) ve ortanca takip süresi 3,5 yıl (IQR: 4,08) idi. Hastaların tanı aldığındaki; ortanca vücut ağırlığı (VA) standart deviasyon skoru (SDS) −1,9 (IQR: 1,0), ortanca boy SDS'si −2,3 (IQR: 0,9), ortanca vücut kitle indeksi (VKİ) SDS'si −0,8 (IQR: 0,9) idi. Kemik yaşı, takvim yaşına göre ortanca 1,0 yıl geri idi (IQR: 1,25). Ortanca hedef boy SDS'si −0,67 (IQR: 0,7) saptandı. Glutensiz diyet başlanan tüm olguların %31,8'ine (n=7) izlem sürecinde enteral beslenme desteği de başlandı. Hastaların son kontrollerindeki ortanca VA SDS'si −1,6 (IQR: 1,2), ortanca boy SDS'si −1,7 (IQR: 1,4) ve ortanca vücut kitle indeksi (VKİ) SDS'si −0,9 (IQR: 2,1) olarak belirlendi. Tanıdan son kontrole kadarki boy SDS kazancı ortanca değeri 0,42 (IQR: 0,87) idi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p= 0,012). Boy kazancı ile yaş, diyete uyum, enteral beslenme desteği, puberte durumu, kemik yaşı ve IGF-1 düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken, ferritin düzeyleri ile anlamlı fark bulundu (p= 0,034). Büyümesi tamamlanan 3 hastadan 2'si hedef boyuna ulaşırken 1'inin hedef boyunun gerisinde kaldığı görüldü. Hedef boyuna ulaşan hastaların ikisi de diyete tam uyumlu iken hedef boyuna ulaşamayan hasta ise diyete kısmi uyumlu idi.

Sonuç:
ÇH tanısı alan çocuklarda uzun süreli izlemde anlamlı boy kazancı sağlanmakta, hatta hedef boya da ulaşılabilmektedir. Çalışmamızda önceki çalışmalarla benzer şekilde diyete uyum ile boy kazancı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamakla birlikte, hedef boya ulaşmada diyete uyumun önemli olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler:Çölyak hastalığı, Boy kısalığı, Boy SDS kazancı, Glutensiz diyet

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS30

SHOX GENİNDE DELESYON VE DUPLİKASYON SAPTANAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Benay TURAN[1], Gülçin ARSLAN[1], Emrullah ARSLAN[1], Tayfun ÇINLETI[2], Merve SAKA GÜVENÇ[3], Bumin Nuri DÜNDAR[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Amaç:
Short stature homeobox-containing gene (SHOX), büyüme plaklarında eksprese olan ve iskelet gelişimi için kritik rol oynayan bir transkripsiyon faktörüdür. SHOX geninde meydana gelen delesyon ve duplikasyonlar, kısa boy ve çeşitli iskelet displazileri ile ilişkilidir. Bu çalışmada, SHOX delesyonu veya duplikasyonu saptanan 7 pediatrik hastanın klinik bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
2023–2024 yılları arasında çocuk endokrinoloji polikliniğine kısa boy ve/veya iskelet deformitesi ile başvuran ve SHOX delesyonu veya duplikasyonu tespit edilen 7 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, boy SDS, aile öyküsü, fizik muayene bulguları, radyolojik özellikleri ve genetik analiz sonuçları incelendi.

Bulgular:
Olguların 4'ü erkek, 3'ü kızdı. Tanı yaşı 4 ay ile 14.8 yaş arasında değişmekteydi. Ortalama boy SDS değeri -2.2 idi. Beş hastada SHOX delesyonu, iki hastada ise SHOX duplikasyonu saptandı. SHOX delesyonu olan hastaların 4'ünde boy kısalığı, 2 hastada madelung deformitesi ve cubitus valgus, 1 hastada ise metakarpal kemiklerde kısalık gibi iskelet bulguları mevcuttu. Duplikasyonu olan hastaların birinde boy kısalığı ve üst ekstremite anomalileri bulunmakta iken diğer hastada madelung deformitesi mevcut olup boyu normal aralıkta idi (tablo1). Duplikasyon saptanan ve iskelet anomalileri saptanmış olan hastanın babasında da aynı bölgede duplikasyon mevcut ancak babada herhangi bir klinik bulgu yoktu.
Bütün hastalara MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) ile tanı konuldu.

Sonuç:
SHOX genindeki delesyonlar genellikle daha belirgin fenotiplere neden olurken, duplikasyonlar daha hafif, hatta bazen asemptomatik seyredebilir. Bu nedenle orantısız kısa boy ve/veya iskelet bulgusu olan çocuklarda SHOX gen analizinin yapılması, erken tanı ve uygun tedavi açısından önemlidir. Tanı alan hastalar, büyüme hormonu tedavisinden fayda görebileceği için multidisipliner yaklaşımla izlenmelidir. Ayrıca aile öyküsünün dikkatli sorgulanması, taşıyıcı bireylerin belirlenmesinde yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler:SHOX geni, kısa boy, delesyon, duplikasyon, pediatrik endokrinoloji

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS31

ERKEN BAŞLANGIÇLI OBEZİTEDE SAPTANAN GENETİK ETİYOLOJİLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Müge DEVECİ[1], Emrullah ARSLAN[1], Tayfun ÇINLETI[2], Eren ER[1], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği, İzmir , Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik Kliniği, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizmakliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: Obezite sıklığı son kırk yılda %1 altındayken son dönemlerde erkeklerde %3'ten %6' ya, kadınlarda ise %11'den %15'e yükselmiştir. İnsan genom projesi ve yeni nesil dizilemenin geliştirilmesi ile 500'den fazla genin obezite ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Monogenik obezite; anormal beslenme davranışı ve başlıca hipotalamik iştah merkezimizde olan tek genlerdeki otozomal resesif mutasyonlardan kaynaklanan nadir görülen, erken başlangıçlı obezite olarak tanımlanır. Daha sık görülen poligenik obezite ise, obeziteye yatkın çevrenin ve kilo alımını teşvik eden genlerin birikimsel etkisinden kaynaklanmaktadır.

Amaç: Erken başlangıçlı obezite nedeniyle tetkik edilen morbid obezite tanısıyla takipli çocuklarda genetik etiyoloji sıklığının belirlenmesi

Gereç ve Yöntem: İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji polikliniğine Aralık 2023-Ocak 2025 tarihleri arasında başvuran monogenik obezite ve sendromik obezite düşünülen hastalarda gönderilmiş olan Obezite Paneli, Bardet Biedl Sendrom Paneli sonuçları retrospektif olarak tarandı. Obezite ile ilişkili 24 gen NGS (Next Generation Sequencing) yöntemi ile dizilendi ve tüm kodlama ekzonları ve intron yakın bölgesiyle ilişkili genler analiz edildi. Saptanan varyantlar ACMG (American College of Medical Genetics) standartları ve yönergelerine göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Genetik inceleme yapılan 114 hastanın 8 (%7) hastada klinikle uyumlu varyant saptandı. En sık saptanan varyant literatürle uyumlu bir şekilde MC4R'idi (%62). Olgular Tablo 1'de özetlenmiştir. Ortalama ağırlık SDS 4,1±1,2, VKİ SDS 3,5±0,7, ortanca HOMA-IR ise 5,6 (0,4-50) idi. Genetik varyant saptanan hastalar ile saptanmayan hastalar karşılaştırıldığında iki grup arasında cinsiyet (kadın:%50/%62) veya obezitenin başlangıç yaşı (%57/%67) açısından anlamlı fark yoktu. Varyant saptanan olguların hepsinde ailede morbid obezite öyküsü varken varyant saptanmayanlarda ise bu oran %86'ıydı. Varyant saptanan olguların boy SDS'si daha yüksek (1,75/0,86), HOMA-IR ise daha düşüktü (4,3/7,2)

Sonuç: Erken başlangıçlı obezitede genetik inceleme tanının konulması ve genetik danışmanlık için önemli olsa da hala çoğu olguda genetik etiyoloji ortaya konulamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sendromik obezite, bariatrik cerrahi, MCR4 geni, monogenik obezite

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS32

OMALIZUMAB TEDAVİSİ BAŞLANAN KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Rıza YILDIRIM, Sanem AKARCAN, Ayşe AYGÜN

İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji, İzmir, Türkiye

Giriş: Kronik ürtiker altı haftadan uzun süre devam eden kaşıntı ve kabarıklıklarla karakterize kronik bir deri hastalığıdır. Birinci basamak tedavisinde kullanılan ikinci nesil antihistaminikler standart dozun dört katına kadar arttırılabilmektedir. Bununla birlikte, bazı hastalarda antihistaminiklerin bu dozlarında bile yeterli yanıt alınamamaktadır. Omalizumab, serbest IgE'nin mast hücreleri ve bazofillere bağlanmasını önleyen monoklonal bir antikordur. Bu yolla, alerjik inflamasyondan sorumlu mediatörlerin salınımını engelleyerek klinik remisyonu sağlar.

Amaç: Çalışmamızda omalizumab tedavisi alan kronik ürtiker tanılı hastalarımızın klinik ve laboratuvar özellikleriyle beraber tedaviye verilen yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Alerji polikliniğinde omalizumab tedavisi almakta olan kronik ürtiker tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri hasta dosyaları taranarak elde edilmiştir.

Bulgular: Kronik ürtiker nedeniyle omalizumab tedavisi alan 11 hasta vardı. Hastaların %45.5'i (n=5) erkekti. Ortanca şikayetlerin başlama yaşı 150 (min=56,max=192) ay, poliklinik başvuru yaşı 175 (min=60, max=210) aydı. Hastaların 2'sinde (%18.2) tiroit otoantikorları pozitif iken farklı 2 hastada ANA pozitifliği mevcuttu. Dört hastada alerjik rinit ile beraber inhalen alerjen duyarlılığı vardı. Hastaların 6'sında (%54.5) dermografizm saptandı. Sekiz hasta ilk tedavi olarak normalin 4 katı dozunda antihistaminik kullanırken; 3 hasta bu tedaviye ek olarak lökotrien reseptör antagonisti kullanmaktaydı. Ortanca omalizumab tedavisine başlangıç yaşı 189 (min=112,max=215) aydı. Hastaların omalizumab tedavisi öncesi ve sonrası ürtiker aktivasyon skorları karşılaştırıldığında tedavi sonrasında aktivasyon skorlarında anlamlı azalma saptandı (p=0.03). Hastaların başlangıç Ig E değerleriyle tedaviye verdikleri cevap karşılaştırıldığında anlamlı korelasyon saptanmadı (p=0.58). Hastalarda tedaviye sekonder bir yan etki görülmedi.

Sonuç: Çalışmamız, omalizumab tedavisinin antihistaminiklere dirençli kronik ürtikerli çocuk hastalarda etkin ve güvenli olarak kullanılabileceğini destekler niteliktedir. Ancak, küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Bulgularımız mevcut literatürle uyumlu olmakla beraber daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik ürtiker, Omalizumab, Alerji

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS33

ÇOCUKLUK ÇAĞI ABSANS EPİLEPSİDE FRONTAL KESKİN PATERNLER VE TEDAVİ YANITI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Seçil OKTAY

T.C.Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum v e Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, Aydın, Türkiye

Amaç
Çocukluk çağı absans epilepsi (ÇAE), genellikle 4–10 yaş arasında başlayan, nörolojik muayenesi normal, tipik dalma nöbetleri ve 3 Hz diken-dalga deşarjları ile karakterize, monoterapiye yanıt veren, iyi prognozlu epilepsi sendromudur. Ancak bazı olgularda tedaviye direnç gelişebilmekte ve EEG bulguları klasik jeneralize paternden sapmalar gösterebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, ÇAE tanısı alan hastalarda interiktal EEG paternlerinin tedavi yanıtı ile ilişkisini değerlendirmektir.

Metod
Ekim 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne başvuran 4–10 yaş aralığında, nörolojik muayenesi normal ve Uluslararası Epilepsi Birliği (ILAE) kriterlerine göre ÇAE tanısı alan toplam 30 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olgulara valproik asit monoterapisi başlanmıştı. Dördüncü haftada ailelerden alınan anamnez ile klinik nöbet kontrolü değerlendirildi. Yanıt alınamayan olgularda etosüksimid eklenmiş olduğu görüldü. EEG kayıtları yeniden analiz edildi.

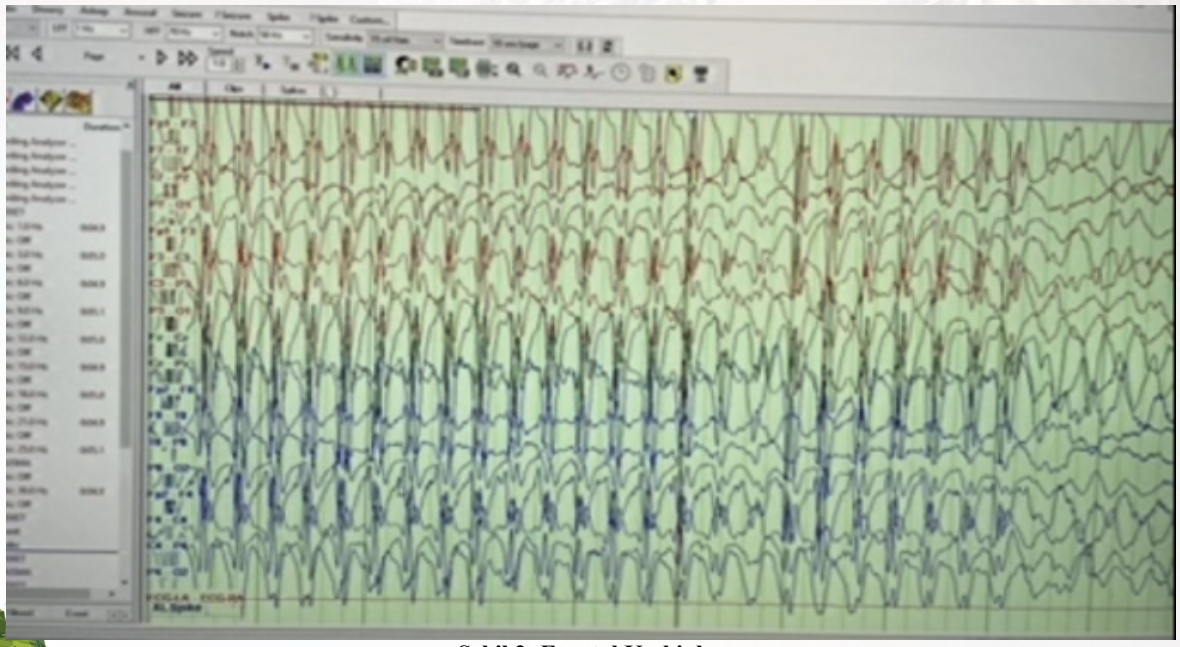
Bulgular
Çalışmaya alınan 30 olgunun 16'sı (%53,3) kız, 14'ü (%46,7) erkekti. Yaş ortalaması 7,3 ± 1,5 (5–10 yaş) idi. Valproik asit monoterapisine yeterli yanıt alınamayan 11 hastada frontal bölgelerde belirgin interiktal epileptiform aktivite saptandı (unilateral: n=4; bilateral: n=7). Bu gruptaki hastaların tamamında göz kayması, yutkunma ve el hareketi gibi tik ile karıştırılmış otomatizmalar gözlendi. Frontal EEG paterni olmayan ve klasik jeneralize diken-dalga gösteren 19 olguda monoterapi ile tam nöbet kontrolü sağlandı. Tüm hastaların nörolojik muayenesi olağandı. Frontal patern saptanan 11 hasta psikometrik değerlendirme amacıyla yönlendirildi. Demografik veriler Tablo 1'de gösterilmiştir. EEG paternleri Şekil1 ve 2'de gösterilmiştir.

Sonuç
ÇAE'de valproik asit monoterapisine yanıt vermeyen ve dual tedavi gereksinimi olan olgularda, interiktal EEG kayıtlarında frontal başlangıçlı epileptik aktivitenin varlığı dikkat çekmektedir. Frontal paternler, bu hasta grubunda tedaviye dirençli seyri öngörmede yol gösterici olabilir. EEG'nin dikkatli analizi, erken dönemde uygun tedavi stratejisinin belirlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Tablo 1. Demografik Veriler ve Tedavi Yanıtlarına Göre EEG Bulguları

Özellik	Değer / Sayı (%)
Toplam Hasta Sayısı	30
Yaş Ortalaması (Min–Maks)	7,3 ± 1,5 yıl (5–10 yıl)
Cinsiyet	Kız: 16 (%53,3), Erkek: 14 (%46,7)
Valproik Asit ile Tam Yanıt	19 (%63,3)
→ EEG Bulgusu	Jeneralize 3 Hz diken-dalga
Valproat ile Yetersiz Yanıt	11 (%36,7)
→ Eklenen İlaç	Etosüksimid
→ EEG Bulgusu	Frontal epileptiform patern (n=11)
- Bilateral Frontal Deşarj	7
- Unilateral Frontal Deşarj	4
Frontal Paternli Olguların Özelliği	Otomatizma davranışları (yutkunma, el hareketi, göz kayması) tik ile karıştırılmış
Psikometrik Değerlendirmeye Yönlendirilen	11 hasta (frontal patern saptananlar)

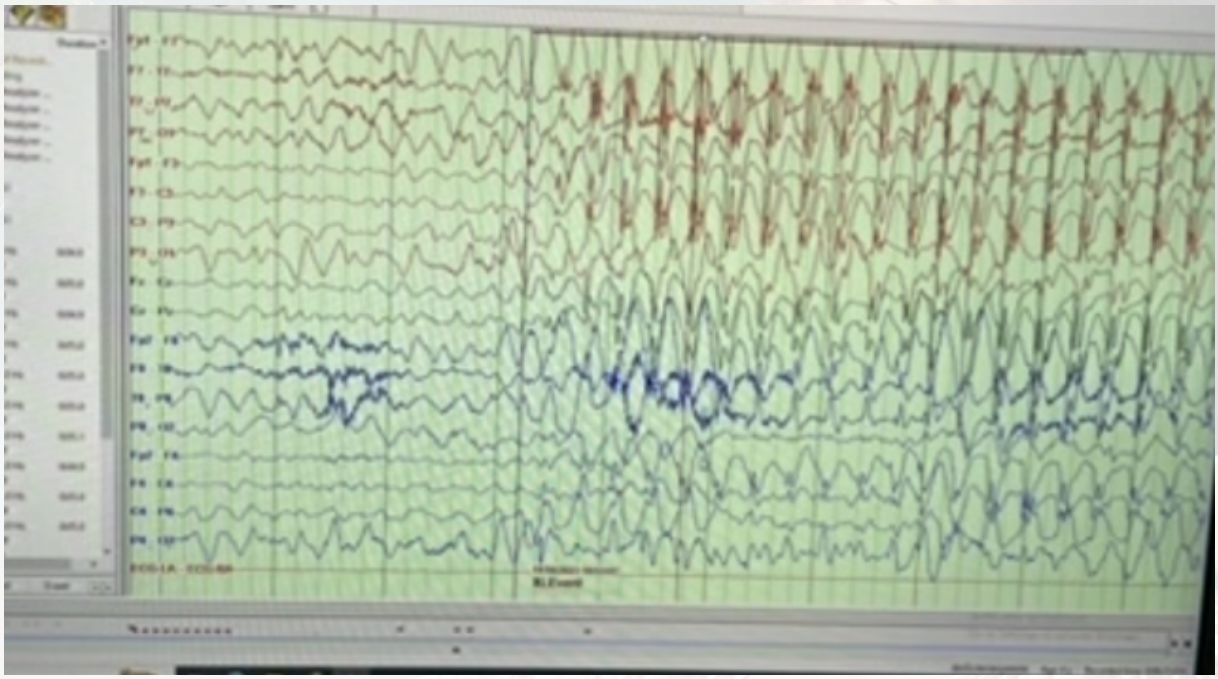
Şekil 1: Çocukluk Çağı Absans Epilepsi



Şekil 2: Frontal Keskinler

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR



Anahtar Kelimeler: Çocuk, Absans epilepsi, Frontal keskinler, Tedavi direnci

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS34

ÇOCUKLARDA BOĞULMA HAKKINDA EBEVEYN BİLİNCİ VE DAVRANIŞLARI: GÖZ ARDI EDİLEN RİSKLER

Zeynep ÖLMEZ MART[1], Anıl ER[1], Dilara BAŞARAN[2], Emel ULUSOY[1], Öznur ESER[1], Merve ERASLAN CANBELDEK[1], Özge GÜNAL[1], Murat DUMAN[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil BD, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş: Çocuklarda kazaya bağlı ölümlerin önemli bir nedeni boğulmalardır. Boğulmalar en sık 0-4 yaş arası ve adölesan dönemde, yaz aylarında ve haftasonu görülmektedir. Boğulmalar sıklıkla ırmak, göl, kanal gibi tatlı sularda gerçekleşse de havuz, deniz, evdeki dolu küvet ve kovalar da risk oluşturmaktadır. Boğulmaya yönelik birincil önlemler arasında ebeveyn/bakıcı gözetimi en önemli faktördür. Bu çalışmada çocuk acil servisimize başvuran hasta ebeveynlerinin yüzme güvenliği konusunda bilinç durumu ve davranış paterninin belirlenmesi ve yanlış algı/davranış şekillerine yönelik çözüm önerilerinde bulunulması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metod: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine başvuran hasta ebeveynlerine Ekim 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında yüz yüze anket uygulandı. Ebeveynleri okur-yazar olmayanlar, ankete katılmak istemeyenler, boğulma sebebiyle başvuranlar, nörolojik hastalığı olanlar, bakıcısı veya anne-baba dışı akrabası tarafından getirilen hastalar çalışmaya alınmadı. Anketimiz, ilk 9 soru ebeveyn ve aileye yönelik demografik veriler hakkında, kalan 16 soru çocuğun yüzme alışkanlıkları ile ebeveynin yüzme güvenliği konusunda bilinç durumu ve davranış paterni hakkında olmak üzere, toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

Bulgular: Çalışmamıza 506 ebeveyn katıldı. Ebeveynlerin çoğu anne (%64.2) ve ortanca yaşları 38.0 (22-65 yaş) idi. Ebeveynlerin büyük kısmı lise (%38.7) ve üniversite (%37.5) mezunuydu. %24.7'si (n=125) aylık gelirlerinin Aralık 2024'te 4 kişilik bir aile için belirtilen açlık sınırı olan 21000 TL'nin altında olduğunu beyan etti. %78.5'i (n=397) 1 veya 2 çocuk sahibiydi. Ebeveynlerin %66.6'sının (n=337) yüzme bildiği, %43.3'ünün (n=219) daha önce ilkyardım eğitimi aldığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlerin hastaneye başvuran çocuklarının ortanca yaşı 8.0 (0-17 yaş), %52.4'ü erkekti. Katılımcıların %51.4'ünün (n=260) ev çevresinde yüzme havuzu, göl/gölet, kanal veya deniz bulunduğu; %47.2'sinin (n=239) evinde ise şişme havuz, banyo küveti veya jakuzi olduğu görüldü. Çocukların %22.1'i (n=112) yüzme dersi almaktayken, %39.9'u (n=202) ebeveynleri tarafından iyi yüzücü olarak tanımlandı. Yüzme bilen ebeveynlerin çocuklarının yüzme becerileri anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.001$). Çocukların %6.1'inin (n=31) daha önce boğulma tehlikesi yaşadığı öğrenildi. Ebeveynler, boğulma açısından çocuklarının %23.5'ini (n=119) çok riskli gördüğünü ve %84'ünün (n=425) ebeveyn gözetimsiz yüzmesini tehlikeli bulduğunu belirtti; ancak çocukların sadece %46.2'sinin (n=234) kolluk/simit kullandığı, yüzdükleri yerlerin sadece %41.8'inde (n=211) cankurtaran olduğu görüldü. %21.2'si ise (n=107) cankurtaran varlığına daha önce dikkat etmemişlerdi. Katılımcıların %19.8'i (n=98) evde su dolu küvet bırakmaktaydı, evde şişme veya yüzme havuzu bulunanların sadece %42.2'sinde (n=192) havuz bariyerliydi.

Sonuç: Çalışmamızda ebeveynlerin %84'ü çocuklarının gözetimsiz yüzmesini tehlikeli bulmaktayken; ebeveynlerin kolluk/simit kullanımı, cankurtaran ve çocukların yüzme dersi alması gibi koruyucu önlemleri aynı oranda almadıkları görüldü. Çocuklarda boğulma hakkında ebeveyn, bakıcı, öğretmen ve sağlık çalışanlarına eğitimler düzenlenerek ve gerekli denetimler yapılarak, farkındalığın artması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler:boğulma, kaza, ebeveyn, farkındalık

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS36

B12 HİPERVİTAMİNOZU İLE ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE MÜRACAT EDEN OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ VE LİTERATÜRÜN İNCELENMESİ

Yeşim YİĞİT

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji, Balıkesir, Türkiye

Vitamin B12, DNA sentezi, eritropoez ve nörolojik işlevlerin sürdürülebilmesi için gerekli temel bir vitamindir. Genellikle eksikliğiyle klinik önem kazanan bu vitaminin yüksekliği çoğu zaman göz ardı edilse de, literatürde hematolojik maligniteler, karaciğer hastalıkları, myeloproliferatif hastalıklar ve inflamatuvar süreçlerle ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Çocukluk çağında B12 hipervitaminozunun sıklığı, nedenleri ve klinik yansımaları ile ilgili yeterli veri bulunmadığından, yüksek B12 düzeylerinin yorumlanması klinisyenler açısından güçlük yaratmaktadır. Bu çalışmada, çocuklarda saptanan B12 yüksekliğinin klinik yansımalarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Ocak 2022 - Aralık 2024 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Polikliniği'ne başvuran ve serum B12 düzeyi >1000 pg/mL olarak saptanan 50 çocuk hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya eksojen B12 desteği alan veya özel mama kullanan çocuklar dahil edilmemiştir. Hastaların demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, klinik bulguları, laboratuvar parametreleri ve aile öyküleri değerlendirilmiştir.

Hastaların %58'i kız, %42'si erkek olup yaş ortalaması 4,7±3,3 yıldır. B12 isteme gerekçesi olguların %96'sında rutin tarama idi. İzole B12 yüksekliği ile başvuran hiçbir çocukta malignite saptanmazken, B12 yüksekliğine lökositoz ve splenomegali eşlik eden iki kız hastaya Kronik Myeloid Lösemi (Ph+) tanısı konulmuştur. Bir hastada çölyak, bir diğerinde Crohn hastalığı mevcuttu; her iki hastada da beklenen eksikliğin aksine B12 yüksekliği gözlenmiştir. Tip 1 diyabetli bir çocukta B12 yüksekliği saptanmış, ancak literatürde bu birlikteliğe dair bir veri bulunmamaktadır. Sekiz hastada eozinofili tespit edilmiş fakat B12 düzeyi ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Faktör VII eksikliği nedeniyle izlenen bir çocukta da açıklanamayan B12 yüksekliği gözlenmiştir.

Genel analizde B12 ile yaş, boy, kilo, hemogram parametreleri ve homosistein düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Bu bulgular, B12 yüksekliğinin çocuklarda çoğunlukla tesadüfi olduğunu ve tek başına tanısal değer taşımadığını göstermektedir. Bununla birlikte, B12 yüksekliğine lökositoz veya organomegali eşlik etmesi hematolojik maligniteler için uyarıcı olmalıdır. Ayrıca malabsorpsiyonla ilişkili hastalıklarda beklenen eksikliğin aksine nadiren yüksek B12 düzeyleri de görülebilir.

Sonuç olarak, çocukluk çağında B12 yüksekliği heterojen nedenlere bağlı olup genellikle klinik açıdan önemsizdir; ancak eşlik eden klinik ve laboratuvar bulguları olan olgularda dikkatli değerlendirilmesi gereken önemli bir biyokimyasal göstergedir.

Anahtar Kelimeler: B12 vitamin, Biyobelirteç, Pediatrik hematolojide yaklaşım

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS37

ÇOCUKLUK VE ADÖLESAN DÖNEMİNDE SANTRAL DIABETES INSIPIDUS: ETİYOLOJİDEN KLİNİK SEYRE TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gülümay VURAL TOPAKTAŞ[1], Sevim ONGUNER[1], Berna EROĞLU FİLİBELİ[1], Bumin Nuri DÜNDAR[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Amaç: Diabetes insipidus (DI), çocukluk çağında nadir görülen ancak zamanında tanı konulmadığında ciddi elektrolit dengesizlikleri, büyüme geriliği ve nörolojik komplikasyonlara yol açabilen önemli bir endokrin bozukluktur. Pediatri pratiğinde sık karşılaşılan poliüri ve polidipsi yakınmalarının, çoğu zaman davranışsal ya da fizyolojik kabul edilerek göz ardı edilmesi, tanının gecikmesine ve morbiditenin artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının DI'nin erken klinik ipuçlarına yönelik farkındalığı büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, pediatrik yaş grubunda santral diabetes insipidus tanısı ile izlenen olguların klinik bulguları, etyolojik nedenleri ve tanıya giden süreçleri değerlendirilerek; erken tanı, uygun tedavi ve izlem stratejilerine ilişkin mevcut bilgi birikimine katkı sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 0–17 yaş arasında DI tanısı almış olgular dahil edildi. Bu olguların yaş, cinsiyet, tanı yaşı, antropometrik ölçümleri, başlangıç semptomları, etiyolojik nedenleri, eşlik eden hastalıkları, aile öyküsü ile tanı anındaki serum ve idrar osmolariteleri, elektrolit düzeyleri ve tedavi gereksinimleri, tanı sonrası klinik seyirleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya diabetes insipidus tanısı almış 19 pediatrik olgu dahil edildi. Olguların medyan yaşı 4,53 ± 4,05 yıl olup, %55,6'sı erkekti. En küçük olgu yenidoğan döneminde, tanı alırken en büyük olgu ise 11 yaşında tanı aldı. Olguların yaklaşık %20 den fazlasının başvuru anında poliüri ve polidipsi şikayeti mevcuttu. Olguların yalnızca %11'i (n=2) aile öyküsüne sahipti; %22'sinde (n=4) geçirilmiş kranial cerrahi öyküsü mevcuttu. Etyolojik değerlendirmede; %38,9'unda (n=7) orta hat defekti, %16,7'sinde (n=3) kraniofaringiom operasyonu sonrası gelişim, %11,1'inde (n=2) Rathke kleft kisti, %11,1'inde (n=2) pilositik astrositom, %11,1'inde (n=2) genetik olarak AVP: c.329G>A (p.Cys110Tyr) (Het) LP varyantı (otozomal dominant geçişli) saptandı. %5,6'lık bir grup (n=1) kraniofaringiom operasyonu öncesinde tanı alırken, bir olgunun etiyolojisi belirlenemedi. Olguların %50'sinden fazlasında tanı anında boy SDS'si -2'nin altındaydı ve %22,4'ünün (n=4) vücut ağırlığı SDS'si -2'nin altında saptandı. Tanı anında kan osmolarite medyan değeri 332,27 ± 28,26 mosm, idrar osmolarite medyan değeri ise 159,4 ± 152,08 mosm olarak ölçüldü. Olguların %11,2'sinde (n=2) tanıyı kesinleştirmek için susuzluk testi uygulandı. Hidrosefali %22,4 (n=4) oranında gözlenmiş olup, bu olguların tümünde intrakraniyal yer kaplayan lezyon mevcuttu. %55,6 (n=10) oranında izole ADH yetersizliği, %44,4 (n=8) oranında ise ADH yetersizliğine ek olarak santral hipotiroidi ve büyüme hormonu eksikliği gibi diğer hipofizer hormon yetersizlikleri saptandı. Tedavisi devam eden olguların ortalama ilaç dozu 4,3 mcg/kg/gün olarak belirlendi.

Sonuç: Pediatrik DI olgularında etiyolojik çeşitliliğin genişliği ve tanısal süreçlerdeki standart dışı yaklaşımlar, bu nadir endokrin hastalığın erken tanı ve yapılandırılmış takip protokolleriyle ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle poliüri, polidipsi gibi öncü semptomların dikkatle değerlendirilmesi, erken tanı konulmasını sağlayarak büyüme ve gelişme üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasında önemli bir fırsat sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diabetes İnsipidus, Poliüri, Polidipsi, pediatrik endokrinoloji

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS38

FRAGILE X SYNDROME IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAY: A SIX-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Suzan SÜNCAK[1], Semra GÜRSOY[1], Ahmet Okay ÇAĞLAYAN[2], Uluç YIŞ[3], Ayşe Semra HIZ[3], Şerife ÖZTÜRK YILMAZ[1], Meryem HALIS[1], Ayfer ÜLGENALP[2], Özlem GIRAY BOZKAYA[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye

Background: Fragile X syndrome (FXS), also known as Martin-Bell syndrome, is a trinucleotide repeat disorder characterized by non-Mendelian inheritance. It represents the most common inherited cause of intellectual disability, ranging from mild to severe, and is the leading monogenic cause of autism spectrum disorder. Characteristic physical features include a long, narrow face with prominent jaw and forehead, large ears and hyperflexible fingers. In post-pubertal males, macroorchidism is frequently observed. In this study, we present both the prevalence of Fragile X syndrome and the clinical features of the affected patients among those referred to our outpatient clinic due to developmental delay.

Methods: We retrospectively reviewed patients referred to our pediatric genetics outpatient clinic between 2019 and 2025 due to developmental delay, intellectual disability and autistic behaviors. Individuals who underwent *FMR1* CGG repeat analysis were evaluated. Clinical features, dysmorphic findings, anthropometric data and family histories were analyzed.

Results: Among 255 patients tested, nine (3.5%) were diagnosed with FXS. The median age at first evaluation was seven years (range: 1–15), and all patients were male. Nine patients exhibited speech delay (100%), and seven of them (77,7%) also demonstrated delays in motor developmental milestones. Autistic behaviors or atypical autism spectrum disorder were observed in four (44.4%) patients, while attention-deficit/hyperactivity disorder was present in three patients (33.3%). Dysmorphic features included long face, prominent ears, broad forehead, and broad chin. Furthermore, increased joint laxity was identified in two patients, while one patient was found to have pes planus. Hearing impairment was not detected in any of the patients. Strabismus was observed in two patients (22.2%), and nystagmus was present in one patient (11.1%). Additionally, epilepsy and mitral valve prolapse were each observed in one patient (11.1%). Maternal analysis identified premutation alleles with CGG repeat counts ranging from 79 to 142.

Conclusion: Fragile X syndrome was detected in 3.6% of patients evaluated for developmental delay, consistent with previously reported frequencies.The clinical profiles of our patients were consistent with the classic phenotype: speech delay and autistic behaviors were the most common features, while dysmorphic craniofacial findings such as long face and prominent ears were frequently present. Our findings highlight the importance of considering FXS in male children presenting with developmental and behavioral problems. Addionally, this study underscores the critical role of genetic testing and genetic counseling.

Anahtar Kelimeler: Fragile X, autism, FMR1, developmental delay

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS39

KÜLTÜR KANITLI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU OLAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca GÖKMEN ÖZEL[1], Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK[2], Yıldız EKEMEN KELEŞ[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cocuk Saglıgı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9 Eylül Tıp Fakültesi, Cocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye

GİRİŞ
İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) üriner sistemin enfekte olmasıdır. İYE'de en çok izole edilen patojen Escherichia coli'dir. Ampirik tedavi ve etkene yönelik tedavi İYE'de uzun dönem komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

GEREÇ YÖNTEM
İzmir Bakırçay Üniversitesi Çocuk Nefrolojisi bölümünde 2022-2023 yılları arasında İYE tanısı ile takip edilen hasta dosyaları geriye dönük olarak tarandı.

BULGULAR
165 hasta değerlendirildi. Hastaların yaşı 64(27-107) aydı. Hastaların %88.5'i kızdı. İYE geçirme yaşı açısından cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu($p<0.05$). 26 hastanın başvuru anında ateşi mevcuttu. Rutin idrar tetkikinde dansitesi 1016(1010-1023) olup, %98.2'sinde lökosit esteraz pozitifliği ve %35'inde ise nitrit pozitifliği mevcuttu. Kızların %82.1'inde Escherichia coli (E.coli), erkeklerin %36.8'inde E.coli üremesi; erkeklerin %36.8'inde proteus mirabilis, kızların %6.1'inde inde proteus mirabilis üremesi olması istatiksel olarak anlamlı farklılık olarak bulundu ($p<0.001$). 127 olguda E. coli saptanmış olup en yüksek direnç %59,1 ile ampisiline, en düşük direnç ise %0,8 ile amikasin ve fosfomisine karşı bulunmuştur. Siprofloksasin 50 hastada bakılmış ve %28 oranında direnç saptanmıştır. Üç olguda meropenem direnci tespit edilmiş; birinde taş öyküsü, 2'sinde VUR mevcuttu. Kültür antibiyogramlarında amikasin ve fosfomisin en etkili antibiyotikler olarak öne çıkmaktadır.

TARTIŞMA
Kültür antibiyogram sonuçlarına göre, eskiden daha çok tercih edilen sefalosporin grubu antibiyotiklerin yerine, artan direnç ve kullanım alışkanlıkları nedeniyle amikasin ve fosfomisinin ön planda çıktığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Antibiyogram, İdrar yolu enfeksiyonu, Tedavi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS40

LÖSEMİ TANILI PEDİATRİK HASTA GRUBUNDA SOL VENTRİKÜL EJEKSİYON FRAKSİYONU BOZULMADAN, GLOBAL LONGUTUDINAL STRAIN EKOKARDİYOGRAFİ İLE DOKSORUBISIN KARDİYOTOKSISITESININ SAPTANMASI, KESİTSEL ÇALIŞMANIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Şeyma Şebnem ÖN[1], **Eser DOĞAN**[1], Deniz YILMAZ KARAPINAR[2], Zülal ÜLGER TUTAR[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi, Pediatrik Kardiyoloji, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi, Pediatrik Hematoloji, İzmir, Türkiye

Doksorubisin, pediatrik malignitelerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve en etkili antiasitlin kemoterapötik ajanlardan biridir. Bu ilaç, çocukluk kanserlerinin başarılı bir şekilde tedavi edilmesine ve sağkalım oranlarının iyileşmesine yol açmıştır. Ancak etkinliği kardiyotoksisitesi ile sınırlıdır. Kardiyotoksisite, tedavi sırasında veya tedaviden kısa bir süre sonra, dozdan bağımsız olarak, örneğin sinüs taşikardisi, ventriküler ve ya supraventriküler gibi kardiyak aritmiler şeklinde akut olarak ortaya çıkabilir. Doksorubisin tedavisi sırasında miyosit nekrozu, artan kardiyak apoptoz ve kardiyak sitokrom P450 ekspresyonu ile araşidonik asit metabolizmasındaki değişiklikler nedeniyle perikardit, fatal konjestif kalp yetmezliği ve akut pulmoner ödem gelişebilir.Kronik dozla ilişkili kardiyotoksisite,en yaygın ve en tehlikeli formdur ve tedavi tamamlandıktan aylar hatta yıllar sonra kalp yetmezliği şeklinde ortaya çıkabilir; bu durum, miyokardiyal toksisiteyle ilişkili olduğu düşünülmektedir . Doksorubisinle ilişkili kardiyotoksisite için birden fazla risk faktörü,klinisyenlerin kardiyotoksisite için yüksek riskli bir popülasyon tanımlamalarını sağlamıştır. Son on yılda,miyokardiyal fonksiyonu değerlendiren yeni ekokardiyografik teknikler tanıtılmıştır.Bu çalışmaya tedavisini tamamlamış 5-17 yaş arası 22 hasta dahil edildi.Hastaların 14 ‘ü erkek(%63,6)8’i kız(%36,4) idi. Tanı yaşı ortalama 6,5 yıl (SD±1,8), ortalama izlem süreleri ortanca 48 ay IQR (34,5-72) idi. Doxorubisin kümülatif dozu Mean 270 mg/m2(SD±97,5) idi.Hastaların demografik bulguları ve strain ekokardiyografi verileri tablo 1 de gösterilmiştir. 22 hastada yaptığımız sol ventriküler global strain ekokardiyografi çalışmamızda global longutudinal strain değerlendirmesinde ortanca %-18,4 IQR (-20,3/-16,6) olarak saptanmıştır.Sol ventrikül(LV)miyokardı,karmaşık bir mimariye sahip olup, duvarın orta katmanında sirkümferansiyel lifler ve endokardiyal ve epikardiyal katmanlarda ise uzunlamasına liflerden oluşur. Bu, miyofibril yöneliminin subendokardiyumda sağ el tipi heliksten subepikardiyumda sol el tipi helikse sürekli olarak değişmesi nedeniyle homojen olmayan ve karmaşık kasılma desenlerine yol açar. LV deforme olması, radial kalınlaşma, sirkümferansiyel kısalma ve longitudinal kısalmayı içerir ve miyokardiyal strain, uygulanan bir kuvvet altında bu deformasyonu tanımlar. Özellikle, iki boyutlu spekle izleme ekokardiyografisi (2DSTE),miyokardiyal strain ölçümü için açıdan bağımsız bir yöntem olup, çocuklarda deformasyon ölçümlerini tahmin etmek ve LV fonksiyonunu kantitatif olarak karakterize etmek için kullanılmaktadır. 2DSTE ile kardiyak strain klinik uygulaması, çocuklarda LV fonksiyonunu ölçmek için normal değerlerin aralığının bilinmesini gerektirir.Strain görüntülemesinin sağlıklı çocuklar ve kardiyak patolojisi olan çocuklarda LV sistolik ve diyastolik fonksiyonu değerlendirmek için kullanımı, yakın zamanda normal global ve segmental longutudinal, sirkümferansiyel ve radial strain ile strain hızı ölçümlerini bildirmiştir. Pediatrik hasta grubunda GLS değeri olarak referans aralık %-16,7 ile %-23,6 belirlenmiştir. Bu veriler ışığında dört hastamızda (%18)2D ekokardiyogramlarında herhangi bir EF etkilenimi görülmezken strain ekokardiyografide doksorubisine bağlı etkilenme saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: doksorubisin kardiyomiyopatisi, strain ekokardiyografi, lösemi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS41

HİPERKOLESTEROLEMİSİ OLAN ÇOCUKLARDA ETİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

Emine Didem DEMİRDÖKEN, Duygu UZUN DİNÇTÜRK, Pelin TEKE KISA

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş:
Hiperkolesterolemi çocukluk çağında giderek artan bir başvuru nedenidir. Etyolojiye göre primer, sekonder veya multifaktöriyel olarak sınıflandırılır. Bu çalışmada kliniğimizde izlenen çocukluk yaş grubundaki hiperkolesterolemili hastaların etyolojilerinin dokümante edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
2015-2025 yılları arasında Çocuk Metabolizma ve Beslenme polikliniğine başvuran ve LDL-K değeri 160 mg/dL'nin üzerinde olan tüm hastaların dosyaları incelendi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, ailede kalp hastalığı veya hiperkolesterolemi öyküsü, hastanın kullandığı ilaçlar, ayrıca, hastalarda hipertansiyon, nefrotik sendrom, obezite, diyabet gibi hiperkolesterolemiye eşlik eden durumların varlığı ve hastaların takip parametreleri kayıt edildi.

Bulgular:
Toplam 295 hastanın 158'i (%53.5) erkek idi. Başvuru anında hastaların ortanca yaşı 7 yıl [min- maks:1-18yıl] idi. Hastaların 41'inde (%13.8) anne-baba arasında akrabalık öyküsü mevcuttu. Birinci derece akrabalarında aile öyküsü olan hastaların; 125'inde (%42.3) hiperkolesterolemi, 4'ünde (%1.3) erken aterosklerotik vasküler hastalık(ASKVH), 11'inde (%3.7) ise hem hiperkolesterolemi hem de erken ASKVH öyküsü mevcuttu. Hastaların 91 (%30.8) tanesine genetik analiz yapılabilmişti ve 76'sında (%83.5) klinik ile ilişkili varyant saptandı. Başvuru anında fizik muayenelerinde 5 (%1.6) hastada ksantom mevcuttu; LDL-K değeri ortanca 191 mg/dL [160-758]. 179 (%60.6) hastada LDL-K 190 mg/dL'nin; 31 hastada ise (%10.5) LDL-K 300 mg/dL'nin üzerinde saptandı. Etiyolojik nedenler, obezite (60 hasta, %20.3), ilaç kullanımı (19 hasta, %6.4), endokrin bozukluklar (17 hasta, %5.7), renal hastalıklar (15 hasta,%5), depo hastalıkları (10 hasta, %3.3), ketojenik diyet alımı (6 hasta, %2) ve anoreksiya nevroza (1 hasta, %0.3) idi. Obez grubunda en yüksek LDL-K değeri ortanca 199 mg/dL [166-505], renal hastalık grubunda 223 mg/dL [166-510], tanımlanmış genetik mutasyonu olan 76 hastada 238 mg/dL [162-758] saptandı. Tüm hastalara birinci basamak tedavi olarak yağdan kısıtlı veya yaşa uygun Akdeniz diyeti ve düzenli egzersiz önerilmişti. Ancak, takiplerde obez grubun %70'inin ve genetik olarak kanıtlanmış ailesel hiperkolesterolemisi (AH) olan 76 hastanın 38'inin (%50) diyete uymadığı ve sağlıksız beslendiği; benzer şekilde obezlerin %76.7'si ve AH grubunun da %73.7'sinin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı tespit edildi. 201 hasta (%68) takiplerine düzenli gelmedi. Takiplerine devam edilen 94 hastanın %81.9'unda LDL-K düzeyinde düşüş, %10.6'sında artış olduğu, %7.4'ünde ise değişiklik olmadığı görüldü. 76 (%25.7) hastaya lipit düşürücü ilaçlar başlanmıştı.

Sonuç:
Çocukluk çağında saptanan yüksek LDL-K düzeyleri, ileriki yaşlarda gelişebilecek kardiyovasküler hastalıklar açısından önemlidir. LDL-K düzeyi yüksek saptanan hastalarda etyolojiye yönelik primer ve sekonder nedenler araştırılmalıdır. Sekonder nedenlere bağlı hiperkolesterolemi saptanan bazı hastalarda moleküler analiz sonrası primer AH tanısı konmuştur. Bu nedenle detaylı anamnez, aile öyküsü ve genetik testler tanıda yardımcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperkolesterolemi, LDL kolesterol

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS42

BEYOND THE ACRONYM: EXPANDING THE CLINICAL AND GENETIC SPECTRUM OF CHARGE SYNDROME

Meryem HALIS[1], Mehmet KOCABEY[2], Suzan SÜNCAK[1], Şerife ÖZTÜRK YILMAZ[1], Semra GÜRSOY[1], Ayfer ÜLGENALP[2], Ahmet Okay ÇAĞLAYAN[2], Özlem GIRAY BOZKAYA[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye

Background: CHARGE syndrome is a rare autosomal dominant disorder caused by heterozygous mutations in the *CHD7* gene on chromosome 8q12. The acronym stands for six major clinical features: ocular coloboma, heart defects, choanal atresia, growth and/or developmental delay, genital anomalies and ear abnormalities, often accompanied by additional multisystemic findings. This study aimed to characterize the phenotypic spectrum and mutational profile of patients diagnosed with CHARGE syndrome.

Methods: This retrospective study analyzed the clinical, genetic, and radiological features of 14 patients diagnosed with CHARGE syndrome at our department. Patient demographics, other clinical features, molecular results and follow-up findings were evaluated. The Verloes criteria were used for clinical diagnosis and assess phenotypic variability.

Results: Among the 14 patients, the median age at diagnosis was 33 months (2–195 months), with six patients diagnosed after 10 years of age. The cohort comprised six males and eight females. All patients displayed dysmorphic features consistent with CHARGE syndrome. Based on the Verloes criteria, eight patients met the criteria for typical CHARGE, whereas six were classified as atypical. Ocular coloboma, choanal atresia or stenosis, ear anomalies were present in nine (64%), seven (50%) and 14 (100%) patients, respectively. Semicircular canal defects were observed in four patients (28%). Sensorineural or mixed-type hearing loss was detected in all patients. Pathogenic or likely pathogenic variants in *CHD7* gene were identified in all individuals. The 14 variants were diverse: one missense (7.1%), one intronic (7.1%), two splice-sites (14.3%), six frameshift (42.9%), two nonsense (14.3%), one exonic deletion (7.1%), and one in-frame deletion (7.1%), reflecting genetic heterogeneity.

Conclusion: The clinical heterogeneity of CHARGE syndrome often leads to delayed diagnosis. Therefore, in patients presenting with at least one major feature, careful assessment of minor features and early molecular analysis are crucial. This study contributes to the expansion of the genotypic spectrum of CHARGE syndrome and underscores its phenotypic variability. Early recognition facilitates multidisciplinary follow-up and the timely implementation of necessary supportive interventions and treatments.

Anahtar Kelimeler:CHARGE, CHD7, phenotype, genotype, Verloes criteria

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS43

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ OLGULARININ KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: EGE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL PEDİATRİ BİLİM DALI'NIN DÖRT YILLIK DENEYİMİ

Merve TOSYALI, Feyza KOÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nda çocuk istismarı ve ihmali tanısı ile değerlendirilen olguların klinik ve demografik özelliklerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM
Ocak 2021 – Ağustos 2025 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nda çocuk istismarı veya ihmali tanısı konularak bildirimi yapılan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. İzmir'de cinsel istismar şüphesi bulunan çocuklar, değerlendirme süreci Çocuk İzlem Merkezi tarafından yürütüldüğünden, araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmada, olguların yaş, cinsiyet, aile yapısı, anne-baba eğitim düzeyi, istismar türü, istismarcının özellikleri ve olayın gerçekleştiği yer gibi demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Ayrıca, olguların yasal süreçteki izlem bilgileri de toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 25 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR
Çocuk istismarı veya ihmali tanısı alan olguların median yaşı 1,67 yıl (min:0,14- max:17,92 yıl) idi. Olguların 65 (%63)'sı erkek, 38 (%37)'isi kız olmak üzere toplam 103 olgu değerlendirildi. Bu olguların %44'sı fiziksel istismar, %56'sı ihmal olarak değerlendirildi. Bu olguların %10'una duygusal istismar eşlik ediyordu. Ayrıca olguların %31'sinin eğitimleri de ihmal ediliyordu. Olguların %55 'si il merkezinde, %45 'i ilçede oturmaktaydı. Ailelerin ekonomik durumları sorgulandığında; %69'inin kötü, %24'ünün normal, %7 'inin iyi ekonomik duruma sahip olduğu öğrenildi.
İhmal olarak değerlendirilen çocukların, 26'sı yüksekten düşme, 4 'ü suda boğulma, 9 'u kostik madde içme, 16'sı madde kullanımı, 6 'sı kısa süreli düzelen açıklanamayan olay, 2'si ani bebek ölüm sendromu tanısı almıştı. Fiziksel istismar olguların 7'sine sarsılmış bebek sendromu tanısı konuldu. Olguların 10'u ölümle sonuçlandı. Çalışmadaki olguların aile yapısı incelendiğinde %74'i çekirdek aile, %26'si parçalanmış aile yapısına sahipti. Olguların %80'ninde istismarın gerçekleştiği yer çocuğun yaşadığı ev, %20'sinda sokak olarak saptandı. İhmal ya da İstismarı yapan kişi olguların % 18'sinde yalnızca baba, %37'sında yalnızca anne, %45'sinde ise anne ve baba idi.
Ege Sosyal Pediatri Birimi'nde değerlendirilen ve bildirimi yapılan olgulardan 36'sı sağlık tedbiri, 16'sı aile danışmanlığı tedbiri, 4'si çocuğun aileden uzaklaştırılması kararı ile sonuçlanmıştır. Ayrıca 13 olguda istismarcı kişinin adli süreci devam etmektedir.

SONUÇ
Çocuk istismarı ve ihmali, hekimlerin duyarlılık ve sorumlulukla yaklaşması gereken ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İstismar veya ihmal şüphesi bulunan her olgu, ayrıntılı ve özenli bir değerlendirme sürecinden geçirilmelidir. Tanının kesinleşmesinin ardından, çocuğun maruz kaldığı durumun ilgili adli ve hukuki makamlara bildirilmesi; ikincil travmanın önlenmesi ve yeni istismar vakalarının ortaya çıkmasının engellenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: çocuk sağlığı, ihmal, istismar

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS44

ÇOCUKLUK ÇAĞI ALERJİK HASTALIKLARINDA RİSK FAKTÖRÜ OLARAK NUTRİSYONEL ANEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma KUŞGÖZ[1], Mahmut DOĞRU[2], Feyza Mediha YILDIZ[3]

[1]Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, Çiğli, Türkiye
[2]Bemorial Şişli Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Memorial Şişli Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[3]Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş: Nutrisyonel anemiler, çocukluk çağında en sık görülen hematolojik bozukluklardan biridir ve temel olarak demir, folik asit veya B12 vitamini eksikliklerine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık dörtte biri anemiktir ve bu oran özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Çocuklarda anemi; büyüme, kognitif gelişim, öğrenme kapasitesi ve immün yanıt üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Son yıllarda ise nutrisyonel eksikliklerin alerjik hastalıklarla ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır. Astım, alerjik rinit ve atopik dermatit gibi hastalıkların görülme sıklığı tüm dünyada artış göstermekte ve çocukların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir. Bu nedenle nutrisyonel anemi ile alerjik hastalıklar arasındaki ilişkinin aydınlatılması, hem önleyici hem de tedavi edici yaklaşımlar açısından önem taşımaktadır.

Metod: Çalışmaya 3–18 yaş aralığında toplam 123 çocuk dahil edilmiştir. Bunların 77'si nutrisyonel anemi tanısı almış, 46'sı ise anemisi olmayan sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Tüm katılımcılara *ISAAC* anketi uygulanarak alerjik hastalık varlığı sorgulanmıştır. Alerjik hastalık tanısı alan olgularda serum total IgE ve eozinofil düzeyleri değerlendirilmiştir. Ayrıca tüm olgulara standart alerjenlerle prik testi yapılmış, duyarlılık sonuçları kayıt altına alınmıştır. Gruplar arasında alerjik hastalık sıklığı, atopi oranları ve laboratuvar bulguları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular:Nutrisyonel anemili çocukların %24,7'sinde, kontrol grubunun ise %30,4'ünde alerjik hastalık tespit edilmiştir. Atopi oranları hasta grubunda %15,8, kontrol grubunda ise %14,2 bulunmuştur. Gruplar arasında alerjik hastalık sıklığı veya atopi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Total IgE düzeyleri ve eozinofil sayıları da benzer bulunmuştur. Bulgular, nutrisyonel aneminin çocuklarda alerjik hastalık gelişiminde belirleyici bir rol oynamadığını düşündürmektedir.

Sonuç:Bu çalışma, nutrisyonel anemi ile çocukluk çağı alerjik hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte örneklem sayısının sınırlı olması, yalnızca temel parametrelerin incelenmesi ve demir replasmanının etkilerinin değerlendirilmemesi çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Literatürdeki bazı bulgular aneminin astım için risk faktörü olabileceğini, hayvan deneylerinde ise demir desteğinin alerjik inflamasyonu azalttığını göstermektedir. Ancak insan çalışmalarında bu ilişkiyi net olarak ortaya koyan güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. Dolayısıyla nutrisyonel anemi ile alerjik hastalıklar arasındaki olası bağlantıyı aydınlatmak için daha geniş örneklemli, prospektif ve demir replasmanını da değerlendiren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Nutrisyonel anemi, alerjik hastalıklar, çocuk, demir eksikliği, atopi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS45

TEKRARLAYAN ORAL AFT İLE ÇOCUK ROMATOLOJİ POLİKLİNİLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Raziye Burcu TAŞKIN[1], Bora KUNAY[2]

[1]Tepecik E.A.H, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji, İzmir, Türkiye
[2]Manisa Şehir Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji ve Beslenme, Manisa, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tekrarlayan oral aft (TOA) pediatrik popülasyonun yaklaşık %25'inde görülen, oral mukozanın en sık inflamatuar hastalığıdır. Etyolojisi netleşmemiş olmakla birlikte çeşitli enfeksiyonlar, maligniteler, vitamin eksiklikleri, gastrointestinal hastalıklar ve romatolojik hastalıklarda görülmektedir. Behçet hastalığı, sistemik lupus eritematozus ve periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromu gibi birçok romatolojik hastalıklığın bir semptomu olduğu için pediatrik romatoloji polikliniklerine hastaların sıkça bir yönlendirilme nedenidir. Bu nedenle TOA ile pediatrik romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastaların özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Nisan 2023 ile Mayıs 2024 arasında Tepecik E.A.H Çocuk romatoloji polikliniğine tekrarlayan oral aft ile başvuran 18 yaş altı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Altı aydan az takibi olanlar, vitamin eksikliği nedeniyle tedavi alanlar ve daha önceden kolşisin veya steroid tedavisi başlanan ve hala almakta olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların demografik, klinik, laboratuar verileri, tedavileri, tedavi yanıtları ve izlemde aldıkları tanılar kaydedildi.

Bulgular: Kliniğimizde izlemde olan ve %52.1'i kız olan 47 hastanın ortanca yaşı 10 olup, semptom başlangıç yaşı 7.5 yıl ve ortalama izlem süresi 8.85 (±1.76) ay saptanmıştır. Aile öyküsü hastaların %48.9'unda, bunların 16'sında (%34) tekrarlayan oral aft, 7'sinde (%14.8) Behçet hastalığı öyküsü mevcut idi. Oral aftın median süresi 7 gün (3-14) idi. Hastaların %36.1 (n:17) hastada eşlik eden bulgu olup %20.8'inde artralji, %8.3'ünde periodik ateş, %8.3 genital aft, %6.3'ünde cilt bulgusu, %6.3'ünde ishal, %6.3'ünde büyüme gelişme geriliği ve %2.1'inde üveit saptandı. Hastaların %10.4'ünde HLAB51 pozitifliği vardı. Hastaların izlemde aldıkları tanılar %75 idiopatik, %8.3 Behçet hastalığı, %6.3 PFAPA, %2.1 sistemik lupus eritematozus, %2.1 çölyak hastalığı ve %4.2 inflamatuar barsak hastalığı idi.Hastaların %58.3'üne (n:28) kolşisin tedavisi başlandı. Kolşisin kullanan hastaların kolşisin öncesi ortanca aft süresi 7 (3-14) gün iken, kolşisin sonrası ortalama 1.71±0.59 gün saptandı.

Tartışma: Pediatrik dönemde tekrarlayan oral aftların çoğu idiopatik olup, kolşisin tedavisi ile aft süresi belirgin azalmaktadır. Eşlik eden diğer bulguların varlığında altta yatan sistemik romatolojik ve gastrointestinal hastalıklar akla gelmelidir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, laboratuar bulguları ve tedavileri

Özellikler	Hastalar (n:47,%100)
Cinsiyet (K/E), n(%)	22 (%45.8) /25 (%52.1)
Yaş yıl, median (nim-max)	10 (4.5-17.5)
Başvuru yaşı yıl, median (min-max)	9.5 (3.5-17)
Semptom başlangıç yaşı, yıl median (min-max)	7.5 (2-14)
İzlem süresi ay mean (±SD)	8.85 (±1.76)
Aft süresi gün median (min-max)	7 (3-14)
Aile öyküsü	23 (%48.9)
Ailede tekrarlayan oral aft öyküsü	16 (%34)
Ailede Behçet hastalığı öyküsü	7 (%14.8)
Eşlik eden bulgular	
Üveit	1 (%2.1)
Eklem ağrısı	10 (%20.8)
Cilt bulgusu	3 (%6.3)
Periodik ateş	4 (%8.3)
Büyüme gelişme geriliği	3 (%6.3)
Genital aft	4 (%8.3)
İshal	3 (%6.3)
İzlemde aldıkları tanılar	
İdiopatik	36 (%75)
Behçet hastalığı	4 (%8.3)
PFAPA	3 (%6.3)
SLE	1 (%2.1)
Çölyak	1 (%2.1)
İBH	2 (%4.2)
Kolşisin tedavisi	28 (%58.3)
Kolşisin sonrası oral aft süresi, gün mean (±SD)	1.71±0.59
HLAB51 pozitifliği	5 (%10.4)

Anahtar Kelimeler:tekrarlayan oral aft, pediatri, romatoloji, gastroenteroloji

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS46

ADÖLESAN YAŞTAKİ FENILKETONÜRI HASTALARININ NUTRİSYONEL PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Melis KIRMIZITAŞ, Merve BILEN, Nur ARSLAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Fenilketonüri (FKU) tedavisinin temelini diyette fenilalanin (FA) kısıtlaması oluşturur ve bu diyet, tedavide kullanılan ürünlerin içerikleri yıllar içinde geliştirilmesine rağmen, sağlıklı büyümeyi olumsuz etkileyebilir, vitamin ve mineral eksikliklerine yol açabilir. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilmekte olan klasik FKU tanılı ergen yaş grubundaki hastaların büyümeleri ve nutrisyonel parametreleri incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya klasik FKU tanılı 55 adölesan dâhil edildi. Boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi (VKİ), VKİ persentileri ve z skorları kaydedildi. Hastaların VKİ'lerinin yaş ve cinsiyete göre 85. ve 95. persentilin üzerinde olması sırasıyla fazla kilolu ve obezite; VKİ-z skoru -1 ve -2 sds arasında olanlar hafif, -2 ve -3 sds arasında olanlar orta, <-3 sds olanlar ağır malnutrisyon olarak tanımlandı. Serum glukoz, karaciğer fonksiyon testleri, açlık lipit düzeyleri, B12 vitamini, folik asit, homosistein, çinko, D vitamini ve hemoglobin değerleri dosyalardan kaydedildi.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 15 yıl [min=12-maks=18], %47,3'ü (n=26) kız idi. Hastaların %67,3'ü (n=37) sapropterin tedavisi almakta, %78,2'si (n=43) FA'dan kısıtlı diyet yapmaktaydı. Diyet yapan hastaların %76,7'si (n=33) diyete uyumsuzdu. Hastaların ortanca FA değeri 652,9 µmol/L [105,3-1452,0] idi. Hastaların vücut ağırlıkları, boy ve VKİ persentilinin ortanca değerleri sırasıyla, 55 kg [36,0-107,0], 164 cm [135,0-181,0] ve 66,2 p [0,1-99,9] idi.

Tablo 1. Klasik fenilketonurili hastaların antropometrik ve nutrisyonel durumları

Antropometrik parametreler		
Parametre	Sınıflama	Hasta sayısı (%)
Overnutrisyon (VKİ persentili)	Fazla kilolu (85-95 p)	8 (%14,5)
Obez (>95 p)	7 (%12,7)	
Malnutrisyon (VKİ z skoru)	Ağır malnutrisyon (VKİ<-3 sds)	1 (%1,8)
Orta malnutrisyon (VKİ -2/-3 sds)	4 (%7,3)	
Hafif malnutrisyon (VKİ -1/-2 sds)	7 (%12,7)	
Nutrisyonel parametreler		
B12 vitamini (pg/mL)*	253,0 [89,0-644,0]	
B12 vitamini <200 pg/mL, n (%)	17,0 (31,4)	

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Homosistein (µmol/L)*	8,1 [2,9-21,5]
Homosistein >15 µmol/L, n (%)	6,0 (%10,9)
D vitamini (ng/mL)*	11,8 [6,6-64,3]
Hafif D vitamini eksikliği (5-10 ng/mL), n (%)	18,0 (%32,7)
Orta D vitamini eksikliği (5-10 ng/mL), n (%)	10,0 (%18,2)
Folik asit (ng/ml)*	10,5 [3,7-20,0]
Çinko (µg/dl)*	89,0 [64,0-132,0]
Hemoglobin (Hb) (g/dL)*	13,9 [10,1-16,4]
Anemi (Kız Hb <12,5 g/dL, Erkek Hb<13 g/dL), n (%)	13 (%50,0) (kız) 8 (%27,5) (erkek)

*Ortanca [min-maks]

Tartışma:Bu çalışmada hastalarda fazla beslenme ve malnutrisyon ortaya çıkabildiği ve mikronutrient eksiklikleri görüldüğü saptanmıştır. FKU'lu hastaların kan FA düzeylerinin belirlenen optimum düzeyde tutmak, malnutrisyon, obezite gibi beslenme problemlerinin önüne geçebilmek adına hastalara özel kişiselleştirilmiş diyetle beraber yakın izlem, beslenme eğitimi, beslenme önerileri takiplerde kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fenilketonüri, adölesan, Obezite, Malnutrisyon, Nutrisyon

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS47

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE BAĞLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN 2020-2025 YILLARI ARASI NEONATAL TARAMA PROGRAMI SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahar KULU[1], Haluk MERGEN[2]

[1]SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç
Bu çalışmada, Neonatal Tarama Programı (NTP) kapsamında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda gerçekleştirilen, birinci basamak iki merkezde, topuk kanı taraması sonucu şüpheli saptanan hastalıkların prevalansının belirlenmesi ve bu verilerin Türkiye geneli ortalamalarıyla karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem
Kesitsel tipteki bu araştırmada, SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Karşıyaka ve Bornova ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde, 2020–2025 yılları arasında NTP kapsamında taranan toplam 603 yenidoğanın verileri değerlendirildi. Verilere HSYS Web Uygulaması aracılığıyla annelerin TC kimlik numaraları ile ulaşıldı. Bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum tarihi, numune alınma tarihleri ve tarama sonuçları kaydedildi. Tarama sonucu şüpheli bulunan bebeklerin sayısı hastalıklara göre ayrılarak; Fenilketonüri (PKU), Konjenital Hipotiroidi (KH), Biyotinidaz Eksikliği (BE), Kistik Fibrozis (KF) ve Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) için insidanslar hesaplandı. Bu değerler Türkiye geneli ortalamalarıyla karşılaştırılarak z oranı analizi uygulandı.

Bulgular
Toplam 603 yenidoğandan 15'inde tarama sonucu şüpheli bulunarak ileri değerlendirme için sevk yapılmıştı. Tarama sonucu şüpheli bulunan 15 yenidoğanın 8'i Konjenital Hipotiroidi (%53,3), 2'si Fenilketonüri (%13,3), 2'si Biyotinidaz Eksikliği (%13,3), 2'si Kistik Fibrozis (%13,3) ve 1'i Konjenital Adrenal Hiperplazi (%6,7) şüphesi idi. Spinal Müsküler Atrofi (SMA) açısından şüpheli hasta yoktu. Z testi sonuçlarına göre yalnızca konjenital hipotiroidi insidansı Türkiye geneline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($z = 2.783$; $p < 0,05$). Diğer hastalıklar için ise anlamlı fark saptanmadı (PKU: $z = 1,3216$, BE: $z = 1,3777$, KF: $z = 1,274$, KAH: $z = 1.000$; $p > 0,05$).

Sonuç
İzmir Karşıyaka ve Bornova bölgelerinde yürütülen neonatal tarama sonuçları, genel olarak Türkiye ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir. Ancak konjenital hipotiroidi insidansının anlamlı düzeyde yüksek olması, bu bölgede genetik ya da çevresel farklılıkların yanı sıra annelerde hipotiroidi sıklığının da daha yüksek olabileceği olasılığını gündeme getirmektedir. Bu durum, anne sağlığının izlenmesi ve tarama sistemlerinin etkinliğinin artırılması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Neonatal tarama;konjenital hipotiroidi;fenilketonüri; z oranı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS48

KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlke BAŞ, Hatice Ceren ESER, Mehmet GEYİK, Handan DUMAN ŞENOL, Figen GÜLEN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Kronik ürtiker (KÜ), 6 haftadan uzun süren kaşıntılı, kızarık ve kabarıklık ile karakterize deri hastalığıdır. Hastaların sosyal yaşamını etkileyerek, yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Uluslararası kılavuzlar, hastalığın etkilerini değerlendirmek için sağlığa dayalı yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasını önermektedirler. Bunun için Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi (KÜYKA), Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS), Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) geliştirilmiştir.

Amaç: Biz bu çalışmada KÜ'lü hastaların yaşam kalitesi kontrolünü ve etki eden faktörleri araştırmayı planladık.

Yöntem: Bu çalışmaya, Ocak 2023–Ocak 2024 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk Alerji BD'na KSÜ tanısı alıp KÜYKA, KÜAS ve KÜKT uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 58 hastanın, 30'u (%51.7) erkek olup, yaş ortalaması 120 (min 64–max 264) aydı. Hastaların 30'unda (%51.7) eşlik eden alerjik bir hastalık mevcuttu. Semptom süresi ortalama 35 aydı (min 1–max 192). Yaşam kalitesi skorları (YKS) ortalaması 4.5 (min 0–max 72) iken, ÜAS ortalaması 8.7 idi ve 11 hasta (%19) hafif, 2 hasta (%3.4) orta, 10 hasta (%17.2) şiddetli ÜAS'ye sahipti. ÜAS arttıkça YKS ve alt gruplarında (fiziki durum, günlük hayat, psikolojik etkilenme) istatistiksel olarak anlamlı kötüleşme saptandı (sırasıyla p: <0.01, <0.01, 0.001, 0.002).

Kronik Ürtiker Kontrol Testi değerlendirildiğinde, ortalama 11.29 bulundu ve kontrol düzeyi 12'nin altında olan, 27 (%46.6) hasta mevcuttu. Kontrolsüz olan grubun YKS ortalaması 12, kontrollü grubun ise 3 olarak saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p: 0.003). Yaşam kalitesi skorları ÜAS ile güçlü pozitif bir korelasyon (korelasyon katsayısı: 0.657) gösterirken, ÜKT ile güçlü negatif korelasyon (korelasyon katsayısı: –0.585) saptandı.

Sonuç: Kronik ürtiker, hastaların yaşam kalitesini ciddi etkileyen bir hastalıktır. Hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması, hastaların yaşam kalitesini artıracağı için, düzenli ÜAS ile değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik ürtiker, yaşam kalitesi skoru

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS49

İDİOPATİK HİPEREOZİNOFİLİK SENDROMUN ÇOCUKLUK ÇAĞINDAKİ TANISAL ÖZELLİKLERİ VE SONUÇLARI: TÜRKİYE'DEN TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sultan OKUR ACAR, Çağrı Berhan KURDU, Tuba YURDUSEV, Özlem TÜFEKÇİ GÜROCAK, Şebnem YILMAZ, Hale ÖREN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı hipereozinofilik sendromu (HES), 1.500/mm³ üzerinde persistan eozinofili ve organ tutulumuyla seyreden, nadir görülen bir hastalıktır. Sekonder nedenler dışlandığında "idiopatik" kabul edilir. Yetişkin HES iyi tanımlanmış olmasına rağmen, pediatrik popülasyonda veri sınırlıdır. Bu çalışmada merkezimizde idiopatik HES tanısı alan pediatrik hastaların başlangıçtaki demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yaklaşımları ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2003–2024 yılları arasında idiopatik HES (>1500/mm³) tanısı alan 7 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Veriler; başlangıç yaşı, semptomlar, immünoglobulin düzeyleri, serum IgE, lenfosit fenotiplemesi, sitogenetik/moleküler testler [FIP1L1–PDGFRA, JAK2, t(9;22)] ve tedavi yanıtlarını içermekteydi. Parazitik enfeksiyonlar, alerjik hastalıklar ve maligniteler gibi sekonder nedenler dışlandı. Organ tutulumu; fizik muayene, laboratuvar bulguları ve radyolojik görüntüleme ile değerlendirildi.

Bulgular: Yedi hastanın (2 kız, 5 erkek) ortalama yaşı 49 ay (3–108 ay) ve tanı anındaki ortalama eozinofil sayısı 33.894/mm³ (5.600–112.640/mm³) idi. Periferik yaymada eozinofillerin ortalama oranı %41,1 ± 15,6 idi. Lenfosit alt grup analizi, immünoglobulin düzeyleri, akut viral enfeksiyonlar ve B12 düzeyleri yaş grubuna göre normal sınırlar içerisindeydi. Kemik iliği incelemesinde olgunlaşmamış eozinofil öncülleri ve olgun eozinofiller artmıştı. Kemik iliği örneklerinden yapılan immunfenotiplemede T-hücre klonalitesi dışlandı ve sitogenetik/moleküler testlerde anlamlı bir bulgu saptanmadı. Tanı anında 1 hastada kardiyak tutulum, 1 hastada splenomegali, 2 hastada hepatomegali ve deri tutulumu, 1 hastada kardiyak, merkezi sinir sistemi ve akciğer tutulumu, 2 hastada ise transaminaz yüksekliği ve hepatomegali mevcuttu. Tüm hastalara steroid tedavisi verildi. Takipte 1 hasta dört alevlenme, 2 hasta iki alevlenme ve 1 hasta sekiz alevlenme yaşadı. Alevlenmeler sırasında steroid dozu artırıldı. Sık alevlenme yaşayan tek hasta, izlemde persistan hastalık geliştirdi ve steroidlere ek olarak hidroksiüre, interferon alfa, vinkristin, imatinib, siklofosfamid ve etoposid tedavileri verildi. Bu hasta takibinin 20. ayında pulmoner tutulum nedeniyle kaybedildi. Hiçbir hastada klonal eozinofilik hastalık gelişmedi.

Sonuç: Tüm hastalarda klinik semptomlar ve organ tutulumu nedeniyle kortikosteroid tedavisine ihtiyaç duyuldu. Başlangıç tedaviye yanıt genellikle iyi olsa da, bazı hastalarda takipte tekrar eden alevlenmeler izlendi. Sadece 1 hasta, birden fazla tedaviye rağmen pulmoner tutulumu olan fatal persistan hastalık geliştirdi. Bu bulgular; semptomatik pediatrik idiopatik HES olgularında kortikosteroidlerin birinci basamak tedavide etkili olduğunu göstermektedir. Ancak hastalık reaktivasyonunu saptamak ve daha agresif hastalık seyirlerini yönetmek için yakın izlem gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofilik sendrom, Çocukluk çağı, Kortikosteroid

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS50

HEMATOLOJİK MALIGNITE NEDENİYLE YATARAK TEDAVİ GÖREN ÇOCUK HASTALARDA CLOSTRIDIUM DIFFICILE ENFEKSİYONU İÇİN RİSK FAKTÖRLERİNİN PROSPEKTİF İZLEM İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı ARSLAN[1], Nihal KARADAŞ[2], M. Alper ÖZARSLAN[3], Gülhadiye AVCU[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı/ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi / Tepecik EAH, Mikrobiyoloji, İzmir, Türkiye

Bağışıklık sistemi baskılanmış olan ve uzun süreli hastane yatışları gerektiren hematolojik maligniteli pediatrik hastalar, Clostridium difficile enfeksiyonu (CDI) gelişimi açısından özel bir risk grubu oluşturmaktadır. Bu çalışmada, söz konusu hasta grubunda CDI insidansı, ilişkili risk faktörleri ve hızlı tanı yöntemlerinin etkinliği değerlendirilmiştir.

Araştırma, Ege Üniversitesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı tarafından hematolojik malignite tanısı ile takip edilen ya da bu nedenle kök hücre nakli yapılan, hastane yatışı sırasında ishal yakınması bulunan 40 hasta üzerinde yürütüldü. CDI tanısında Xpert C. difficile testi kullanıldı. Çalışma sonucunda sekiz hastada (%20) CDI pozitifliği saptandı, hepsi hafif CDI olarak sınıflandırıldı. Bu hastaların %87,5' i geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi altındaydı ve %87,5' inde derin ve uzamış nötropeni ile lenfopeni gözlendi. CDI saptanan ve saptanmayan hastalar karşılaştırıldığında, demografik özellikler, hastanede yatış süresi, ishal süresi ve ishal şiddeti açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir. Ancak üçüncü ya da dördüncü kuşak sefalosporin grubu antibiyotik kullanımı, CDI ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (p=0,03). Pozitif vakalar metronidazol ile tedavi edilerek klinik iyileşme sağlandı.

CDI, hematolojik malignite tanılı çocuk hastalarda dikkat edilmesi gereken bir enfeksiyon etkeni olarak öne çıkmaktadır. Çalışmada saptanan %20' lik insidans oranı, bu hasta grubunda taşıdığı önemi desteklemektedir. Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ve hematolojik immünsupresyon gibi faktörlerin yaygınlığı, CDI gelişiminde rol oynayabilecek başlıca etkenler olarak dikkat çekmiştir. Özellikle üçüncü veya dördüncü kuşak sefalosporin grubu antibiyotiklere maruziyet ile anlamlı ilişkili bulunması, akılcı antibiyotik kullanımının önemine işaret etmektedir. Tüm olgularda hızlı tanı ve uygun tedavi ile klinik düzelme sağlanmış olması, moleküler testlerin bu alandaki kullanım değerini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Clostridium difficile, hematolojik malignite, Xpert Clostridium difficile, çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS51

PERİYODİK ATEŞ, AFTÖZ STOMATİT, FARENJİT, SERVİKAL ADENİT (PFAPA) SENDROMU TANILI HASTALARDA BÜYÜME VE GELİŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fadime Çağla KAŞIKÇI[1], Ali KANIK[2], Belde KASAP DEMIR[3], Yavuz DEMIRÇELIK [4], Mine İNAL AKKAYA[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[5]İzmir Şehir Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Çocuk Gelişimi, İzmir, Türkiye

Amaç: Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit (PFAPA) sendromu, çocukluk çağında periyodik ateşin en sık nedenidir. PFAPA tanısı için kullanılan kriterlerden biri olan normal büyüme ve gelişme, yıllar içinde değişmeden kalmıştır. Ancak bu konuda olgu kontrol çalışmaları sınırlıdır. Bu çalışmada PFAPA tanısı alan çocuklarda büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018-Mayıs 2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Romatoloji Polikliniklerinde PFAPA tanısıyla izlenen 2-6 yaş arası olgular değerlendirildi. Modifiye Marshall kriterlerine göre tanı almış çocukların büyüme ve gelişmeleri; boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), boya göre ağırlık, üst orta kol çevresi ölçümü ve Denver II Gelişim Tarama Testi (DGTT II) ile değerlendirildi. Bulgular sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 69 PFAPA hastası ve 69 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 138 çocuk dahil edildi. Her iki grupta 43 (%63,3) erkek ve 26 (%37,7) kız vardı. PFAPA grubunun yaş ortalaması 52,81±13,86 ay idi. PFAPA grubunda 1 çocukta düşük kilo, 2'sinde boy kısalığı, 4'ünde malnütrisyon saptandı. Ancak ortalama vücut ağırlığı, boy ve VKİ SDS değerleri kontrol grubu ile benzerdi (sırasıyla 0,04±1,08 karşı 0,05±0,96; 0,1±0,89 karşı 0,0±0,96; -0,06±1,2 karşı -0,14±0,98; p>0.05). Fazla tartılı/obez birey oranı PFAPA grubunda %18 (13 olgu), kontrol grubunda %5 (4 olgu) idi (p=0,020). Fazla tartılı/obez bireylerde alınan toplam steroid sayısı (10,0±4,28), normal kilolu bireylerden (7,56±6,38) daha yüksekti (p=0,046). DGTT II sonuçları her iki grupta %13 oranında anormallik göstermiş olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: PFAPA tanılı çocuklarda büyüme ve gelişme parametrelerinin sağlıklı çocuklarla benzer olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ateş Atakları, Büyüme, Gelişme, PFAPA

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS52

PFAPA ÖN TANISIYLA YÖNLENDİRİLEN HASTALARDA MEFV MUTASYONLARININ İNCELENMESİ

Gülçin AYTAÇ[1], Mustafa GÖKOĞLU[2]

[1]Sağlık Bakanlığı, Ege Üniversitesi, Çocuk Romatoloji, Kahramanmaraş, Türkiye
[2]Sağlık Bakanlığı, Akdeniz Üniversitesi/ Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tıbbı Genetik, Kahramanmaraş, Türkiye

AMAÇ: Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromu, etyolojisi belirsiz bir otoinflamatuar hastalık olarak tanımlanmaktadır. PFAPA belirtileri olarak 3-7 gün süren ateş ataklarında eşlik eden aftöz stomatit, faranjit ve servikal lenfadenopati yer alır. Düzenli ataklarda inflamatuar belirteçlerde artış saptanır. PFAPA sendromu beş yaş altı erkek çocuklarda daha sık görülmektedir. Bu hastaların çoğu üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla antibiyotik ve PFAPA şüphesiyle steroid tedavisi almaktadır. PFAPA'nın ailesel kümelenmesi ve ailevi Akdeniz ateşi gibi diğer otoinflamatuar bozukluklarla benzerlikleri göz önüne alındığında, hastalık için genetik bir temel öne sürülmektedir. Çalışmamızda bu genetik nedenler arasında yer alabilecek MEFV mutasyonları incelenmesi ve PFAPA olarak adlandırılan hastaların etyolojisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimize Ocak 2025-haziran 2025 tarihleri arasında PFAPA ön tanısıyla çocuk polikliniğinden yönlendirilen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların temel biyokimyasal testleri, ımmunoglobulin düzeyleri ve 25OH D vitamini düzeyleri incelenmiştir. Etyolojide yer alması olası FMF hastalığı açısından genetik inceleme yapılarak MEFV mutasyonu analizi değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmada PFAPA ön tanısıyla yönlendirilen toplam 21 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların 9'u kız (%42)12'si erkek(%57) ve ortalama yaşı 4 idi. En sık başvuru şikayeti tekrarlayan ateşti. Hastaların 14'ünde MEFV mutasyonu saptandı.1 hastada hipogamaglobülinemi saptandı.

SONUÇ: PFAPA olarak düşünülen hastalarda altta yatan FMF hastalığı ve immün yetmezlik gibi nedenlerin bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler:PFAPA, FMF

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS53

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AŞI TEREDDÜTÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sinem ÖZGÖKMEN [1], Muhammet Ali KANIK [2], Gonca ÖZYURT[3], **Özlem BAĞ**[4]

[1]Ağrı Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir
[2]SBÜ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi/İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir
[3]SBÜ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi/İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ruh Sağlığı, İzmir
[4]SBÜ İzmir Tıp Fakültesi/İzmir Şehir Hastanesi, Sbü İzmir Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

Amaç: Aşı tereddütü ve aşı reddi son yıllarda giderek artan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Otizmin aşılarla ilişkili olmadığını gösteren pek çok kanıta dayalı uzun dönem çalışmalar mevcut olmasına rağmen, özellikle aşı karşıtı gruplar tarafından aşıların otizme yol açtığı yönündeki spekülasyonlar devam etmektedir. Otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, çocukluk çağı aşılarına bakışının değiştiğini gösteren çalışmalar
mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, otizmli çocuğu olan ebeveynlerin aşı tereddütlerini değerlendirmek, katılımcıların aşılarla ilgili risk ve güven algılarını saptamak ve sonuçların normal popülasyondan farklı olup olmadığını değerlendirmektir. Bu çalışmada ayrıca, ilgili ölçeğin hem anne hem babalara ayrı ayrı uygulanarak, ebeveynlerin aşı tereddütlerinin birbirinden farklı olup olmadığının da değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma toplam 200 çocuğun, 400 ebeveynine Aşı Tereddüt Ölçeği uygulanarak yürütülmüştür. Çalışma grubu, yaş aralığı 2 ile 18 arasında değişen,ortalaması 8.1±3,32 ve E/K: 53/47 olan OSB tanılı 100 çocuğun anne babası; kontrol grubu ise yaş ortalaması 7.3±4,22 ve E/K: 40/60 olan 100 sağlıklı çocuğun anne babasından oluşmaktaydı. Çalışmamızda, olgu grubunun ebeveynlerinin aşı ile ilgili güven ve risk algıları ortalama skorlarının kontrol grubu ile benzer özellikte olduğu görüldü [güven 34.3±1.4 vs 34.2±1.5 (p:0.69); risk 8.66±2.3 vs 8.55±2.2 (p:0.72)]. Aşılarla ilgili güven ve risk algılarının anne babalar arasında farklı olup olmadığı değerlendirildiğinde, annelerin aşılarla ilgili risk algısının ortalama skorunun (9±2.51) babaların risk algısı ortalama değerinden (8±2.48) yüksek olduğu saptanmıştır(p:0.01). OSB tanılı grupta, ebeveynlerin güven ve risk algılarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne yaşı, baba yaşı, otizmin ağırlık derecesi; aşılarla ilgili olarak güven ve risk algılarını etkilemediği saptanmıştır (p>0.05). Tüm grupta annelerin aşılarla ilgili risk algısı babalara göre daha yüksek olmakla birlikte OSB tanılı çocuğu olan annelerin üniversite mezunu olması ve çalışıyor olması bu annelerde aşılarla ilgili risk algısını düşürdüğü saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin aşılarla ilgili güven ve risk algılarının sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin güven ve risk algıları ile benzer olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, OSB tanılı çocuğu olan annelerin üniversite mezunu olması, çalışıyor olması ve sağlık personeli olması halinde risk algısı anlamlı olarak düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, aşı, aşı tereddütü, aşı reddi, güven, risk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS54

THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL FEEDING PRACTICES AND INFANT FEEDING BEHAVIOR IN EARLY CHILDHOOD: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Necla İPAR[1], Ezgi Nur ALPER[2], Özgür AKTAŞ[2], Seda OCAK[1], Ipek OTRAV[3], Mert VEZNİKLİ [4]

[1]Koç University School of Medicine, Department of Pediatrics, İstanbul, Türkiye
[2]Koç University School of Medicine, Medical Student , İstanbul, Türkiye
[3]Koç University Hospital, Dietitian , istanbul, Türkiye
[4]Koç University School of Medicine, Department of Biostatistics, istanbul, Türkiye

Introduction: Adequate and balanced nutrition in early childhood is essential for optimal physical and mental development and reduces the risk of various illnesses, including respiratory infections, obesity, and cardiovascular disease. Eating habits acquired in the first two years often persist into adulthood, making the family environment and parental feeding practices critical in shaping healthy behaviors. This study aimed to examine the relationship between parental feeding practices and the feeding behaviors and lifestyle of preschool children.

Materials and Methods: This cross-sectional study included 285 mothers of children aged 2–8 years attending Koç University Hospital. Participants completed an online questionnaire providing demographic information. Parental feeding practices were assessed using the Turkish version of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ; 47 items, 12 factors): monitoring, emotion regulation, food as a reward, pressure to eat, child control, teaching nutrition, healthy environment, restriction for weight, restriction for health, modeling, involvement, and encourage balance and variety.

Results: The mothers' mean age was 34.9 ± 4.5 years, the children's mean age was 4.1 ± 1.9 years, the mean age for introducing complementary feeding was 5.8 ± 0.8 months, and the mean age for initiating self-feeding was 9.7 ± 3.5 months. During meals, 43.9% of children watched screens; 21.4% of parents reported weight concerns. Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) revealed that a later introduction of complementary feeding was associated with increased parental tendencies to pressure children to eat (Pressure to Eat) and to use food for emotion regulation (Emotion Regulation). Screen use during meals was linked to lower Healthy Environment scores, whereas families with regular mealtimes monitored their children's eating (Monitoring) more closely. Parents of daughters demonstrated stronger modeling behaviors (Modeling) compared to parents of sons, and children attending school or preschool had higher Healthy Environment scores at home. Additionally, mothers who perceived their children as having a higher weight were more involved in the feeding process (Involvement), while parents concerned about their child's weight tended to pressure them to eat (Pressure to Eat).

Conclusion: This study shows that the age of introducing complementary feeding, screen use, family mealtime patterns, school/preschool attendance, and parental perceptions of a child's weight have significant effects on parental feeding practices. The findings suggest that educational programs for parents should focus on modifiable behaviors, such as appropriate timing for complementary feeding, limiting screen time, and maintaining regular family meals.

Anahtar Kelimeler: Parental feeding, Nutrition, Complementary feeding, Screen time, Preschool children

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS55

ÇOCUK ACİL SERVİSİ BAŞVURULARINDA FONKSİYONEL KABIZLIK

Mahmut Esva AKDEMİR[1], Ilkim DİNÇOL[1], Göksenin GÖK[1], Fatma AYDIN[1], Tuğçe NALBANT[2], Maşallah BARAN[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme, İzmir, Türkiye

AMAÇ:
Kabızlık çocukluk yaş grubunda sık görülen ve dışkılama sıklığının azalmasıyla birlikte; karın ağrısı, şişkinlik, ağrılı dışkılama ve dışkı kaçırma gibi semptomlarla ortaya çıkabilen bir sindirim şikayetidir. En yaygın nedenlerinden biri olan fonksiyonel kabızlık tanısı ise organik nedenlerin dışlanması sonrası konulmaktadır. Acil servislerde fonksiyonel tanımlanabilecek nedenler göz ardı edilebileceği ve tanıda gecikilebildiği öngörülerek; karın ağrısı nedeniyle çocuk acil servisine başvuran olgularda fonksiyonel kabızlık insidansını bulmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM:
İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisine Temmuz 2025-Ağustos 2025 tarihlerinde karın ağrısı nedeniyle başvuran dört yaşından büyük 120 olguda; şikâyet, öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak akut batın nedenleri, akut gastroenterit ve diğer tüm enfeksiyöz nedenler ekarte edildi. Organik neden bulunamayan ve karın ağrısı 6 aydan önce başlayıp son 3 aydır şikâyeti devam eden olgulara; fonksiyonel kabızlık (FK) açısından ROMA IV tanı kriterleriyle oluşturulmuş anketle sorgulandı. Dışkı şekillerinin daha iyi anlaşılması için Bristol Dışkı Skalası kullanıldı. Kabızlıkla giden İBS olasılığını dışlamak için hastalara Roma IV irritabl bağırsak sendromu (İBS) sorgulaması da yapıldı. Anket konuyla ilgili eğitimli, aynı çalışma grubu doktorlarınca uygulandı.

BULGULAR:
Belirtilen tarihte başvuran 2083 olgunun 120'si (%5,7) karın ağrısına sahipti ve etyolojik nedenlerine bakıldığında:(n=120) %46,6'sı akut gastroenterit, %16,6'sı idrar yolu enfeksiyonu, %3'ü akut karın nedenleri, %4,1 ise diğer organik nedenlere bağlı olarak geliştiği saptanırken; %23,3 olguda organik bir neden bulunamadı ve yapılan anketle (n=120) FK %15,8'i(n=19), İBS %3,3'ü(n=4) tanısı aldı. Olguların %4,1'inde organik veya fonksiyonel hiçbir neden bulunamadı. Tablo 1'de diğer nedenler gösterilmiştir.

SONUÇ:
Kabızlık normal popülasyondaki çocukların yaklaşık %10-30'unu etkilemektedir ve tüm çocuk hekimi başvurularının %3-5'ini oluşturmaktadır. Kronik karın ağrısının en yaygın nedeni olarak bilinmektedir. Fonksiyonel kabızlık(FK) ise fonksiyonel bağırsak hastalıklarının bir alt grubu olarak tanımlanmakta olup, bir yaş ve üzeri sağlıklı çocuklarda kabızlıkların yaklaşık %95'inden sorumludur. Erken tanı ve tedaviyle olgulara ruhsal, fiziksel fayda sağlanabilirken aynı zamanda tekrarlayan acil başvuruları önlenebilmektedir. Benzer çalışmalarda karın ağrısıyla çocuk acile başvuran olguların FK insidansı %9,3-%9,4 bildirilmiştir. Çalışmamızda FK insidansı %15,8 olarak saptanmıştır. İnsidansın görece yüksek saptanması; FK açısından duyarlı, eğitimli bir ekiple yapılan kohort çalışması olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda en sık karın ağrısı nedeni olarak AGE'nin görülmesi, yaz aylarında yapılmış olmasına bağlı olarak değerlendirildi. Mevsimsel değişkenlik açısından çalışmanın kış aylarında da sürdürülmesi planlandı.
Sonuç olarak fonksiyonel bağırsak hastalıkları karın ağrısı ile acil başvurularına neden olabilmektedir. En sık FK görülmüştür. Acil servis yoğunluğundan yeterli vakit ayrılamadığından tanıda yaşanan gecikme, tekrarlayan başvurularla iş yüküne arttırmaktadır. Yeterli bilgilendirmeyle ailelerin endişesi azaltılabileceğinden etyolojide akılda tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Kabızlık, Çocuk Acil Servisi, İrritabl Barsak Sendromu, Karın Ağrısı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS56

ÇOCUKLUK ÇAĞI PAPILLER TİROİD KANSERLERİNDE KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ SÜREÇLERİ VE İZLEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gözde AKIN KAĞIZMANLI[1], Fatma Ceren SARIOĞLU[2], Erdoğan ÖZGÜR[3], Recep BEKİŞ[4], Ahmet Ömer İKİZ[3], Oğuz ATEŞ[5], Safiye AKTAŞ[6], Erdener ÖZER[6], Deniz KIZMAZOĞLU[7], Refik Emre ÇEÇEN[7], Ayhan ABACI[1], Ece BÖBER[1], Zekiye ALTUN[8], Korcan DEMİR[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[6]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[7]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[8]Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç:Çocukluk çağı tiroid kanserleri, nadir görülmekle birlikte endokrin sistemin en sık malignitesi olup, erişkinlerden klinik seyir ve biyolojik davranış açısından farklılık gösterir. Bu çalışmada, merkezimizde izlenen pediatrik tiroid kanseri olgularının klinikopatolojik özelliklerinin, tedavi yaklaşımlarının ve izlem sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:Çalışmaya, 2011–2024 yılları arasında tiroid kanseri tanısı almış 22 çocuk hasta dahil edildi. Olguların demografik verileri, başvuru semptomları, laboratuvar ve görüntüleme bulguları, histopatolojik tanıları, risk sınıflamaları, uygulanan cerrahi yaklaşımlar, radyoaktif iyot (RAI) tedavisi bilgileri ve izlem sürecine ait veriler kaydedildi.

Bulgular:Hastaların ortanca yaşı 14,9 (12,9–16,0) yıl olup, en küçük hasta 7,6 yaşındaydı. Üç hasta (%13,6) 10 yaşından önce tanı almıştı. Hastaların %86,4'ü (n=19) kızdı. Tanıların %50'si (n=11) son beş yılda konulmuştu. Aile öyküsü sorgulandığında, 13 hastada (%59,1) tiroid hastalığı, 3 hastada (%13,6) ise tiroid kanseri öyküsü mevcuttu. En sık başvuru nedeni boyunda şişlikti (%72,7; n=16). İki hastada (%9,1) yutma güçlüğü vardı. Konjenital hipotiroidi (%4,5; n=1), Hashimoto tiroiditi (%9,1; n=2) ve hiperfonksiyone tiroid nodülü (%13,6; n=3) nedeniyle takip edilen altı hasta izlemde tanı almıştı. Olguların çoğunluğu (%86,4; n=19) pubertaldi. Tanıda dört hastada (%18,2) servikal lenf nodu metastazı, bir hastada (%4,5) ise pulmoner metastaz mevcuttu. Toplam 18 hastaya (%81,8) total tiroidektomi uygulandı. Bu olguların yedisinde (%31,8) santral, dördünde (%18,2) ise lateral boyun diseksiyonu gerçekleştirildi.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Başlangıçta subtotal tiroidektomi uygulanan bir hastaya (%4,5) ve lobektomi yapılan üç hastaya (%13,6) tamamlayıcı tiroidektomi uygulandı. En sık cerrahi komplikasyon hipoparatiroidiydi. Beş hastada (%22,7) geçici, dört hastada (%18,2) kalıcı hipoparatiroidi izlendi. Bir hastada ses kısıklığı gelişti. Histopatolojik değerlendirmede 21 hastada papiller tiroid karsinomu (PTK), bir hastada az diferansiye tiroid karsinomu saptandı. En sık izlenen PTK varyantı klasik tipti (%54,5; n=12); bunu foliküler (%22,7; n=5), diffüz sklerozan (%9,1; n=2) ve onkositik (%9,1; n=2) varyantlar izledi.

Ortanca tümör çapı 2,7 (1,7–3,3) cm idi. Mikrokarsinom bir hastada (%4,5), 4 cm üzeri tümör ise iki hastada (%9,1) saptandı. Çok odaklı tümör yerleşimi 12 hastada (%54,5) gözlendi. ATA pediatrik risk sınıflamasına göre hastaların %72,7'si (n=16) düşük, %13,6'sı (n=3) orta ve %13,6'sı (n=3) yüksek risk grubunda yer aldı. Yedi hastaya (%31,8) postoperatif RAI tedavisi uygulandı. Ortanca izlem süresi 6,0 (1,7–8,2) yıl olup, hiçbir hastada nüks izlenmedi.

Sonuç:Bu çalışma, çocukluk çağı tiroid kanserlerinde tanının sıklıkla pubertal dönemde konulduğunu, papiller histolojik tipin ve multifokalitenin öne çıktığını ortaya koymuştur. Total tiroidektomi en sık tercih edilen cerrahi yaklaşım olup, hipoparatiroidi en yaygın komplikasyon olarak izlenmiştir. Uygun cerrahi ve izlem stratejileriyle uzun dönemde nüks gelişmeden hastalık kontrolü sağlanabilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik tiroid kanseri, papiller karsinom, puberte, multifokalite, tiroidektomi.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS57

MERKEZİMİZDE TEDAVİ EDİLEN SANTRAL SİNİR SİSTEMİ GLİAL HÜCRE TÜMÖRÜN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahli Batuhan ÖZDOĞAR[1], Deniz KIZMAZOĞLU[2], Ceren KIZMAZOĞLU[3], Handan GÜLERYÜZ UÇAR[4], Cenk UMAY[5], Orhan KALEMCI[3], Ayşe Nur DEMIRAL[6], Erdener ÖZER[7], Emrullah Rıza ÇETINGÖZ[5], Refik Emre ÇEÇEN[2], Dilek İNCE[8], Hatice Nur OLGUN[9]

[1]Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsü, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[6]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[7]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[8]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[9]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, İzmir

Amaç: Santral sinir sistemi (SSS) tümörleri çocukluk çağının en sık rastlanan ikinci neoplazmlarıdır, genel sağ kalımlar %75 civarında olup multidisipliner yaklaşım önemlidir. Glial tümör alt tipi sık görülür, düşük ve yüksek dereceli glial tümörler olarak iki ana grupta değerlendirilir. Bu çalışmada, tek bir merkezde 35 yıl içerisinde tanı alan, takip ve tedavi edilen santral sinir sisteminin glial tümörü tanılı hastaların demografik ve klinik özelliklerini ortaya koymayı, ilk başvuru yakınmaları ve tanıya kadar geçen süreyi, tümör patolojik sınıfı, derecesi, uygulanan tedaviler, sağkalım hızları, geç yan etkiler ve sekelleri belirlemeyi hedefledik.

Method: Bu kesitsel çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Onkolojisi Bilim Dalı'na 1987-2021 tarihleri arasında çocukluk çağı santral sinir sistemi glial tümörü tanısı almış 143 hasta dahil edildi.

Bulgular: Olguların 76'sı erkek (%53), 67'si kız (%47) idi. Erkek/Kız oranı 1,13 olarak hesaplandı. Hastaların ortanca tanı yaşı 90 ay (1 ay-17 yaş) olarak bulundu. Klinik şikayetlerden tanıya kadar geçen süre ortalama 8 hafta (1 hafta–1 yıl) idi. En sık rastlanan klinik bulgular, baş ağrısı ve kusma idi. Hastaların beşte birinde, fizik incelemede nörolojik defisit saptanmıştı. Tüm hastaların tanı anında BT'si mevcut iken, %70'inde MR da mevcuttu. Histopatolojik tanılar arasında en sık görülenler; pilositik astrositom (%21), pons gliomu (%15), optik gliom (%10), olarak bulundu. Uygulanan tedaviler cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonlarından oluşmaktaydı. Hastaların %26'sı cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edilmiş iken 38 hastaya (%27) sadece cerrahi uygulandığı görüldü. Düşük dereceli glial tümör tanılı 13 hasta tedavisiz izlenmişti. Cerrahi uygulanan 66 hastaya (%67) gross total, 32 hastaya (%33) ise subtotal rezeksiyon yapılmıştı. Uygulanan kemoterapi rejimleri zaman içerisinde oldukça değişkenlik göstermişti. Toplam 82 hasta (%62,6) radyoterapi almıştı. Hastaların yaklaşık yarısında uygulanan tedavilere bağlı nörolojik ve endokrin sekeller gelişmişti. Ortanca izlem süresi 25 aydı (1ay-30 yıl). Tüm glial tümör tanılı olgularda 1 yıllık OS %84, 5 yıllık OS %53 idi. Yine aynı olgularda 1 yıllık EFS %67, 5 yıllık EFS %32 idi. Düşük dereceli glial tümör tanılı 64 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri sırasıyla %95, %80 ve %73 iken; EFS değerleri %89, %56 ve %42'idi. Yüksek dereceli glial tümör tanılı 76 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %75, %49 ve %41 iken; EFS değerleri %51, %29 ve %19'idi. İki grup arasında OS ve EFS değerleri anlamlı derecede farklıydı (p<0.001).

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sonuç: Sonuçlarımız literatür ile benzer bulundu. Bu çalışma; tanı anında uygulanan cerrahi, cerrahinin derecesi, tümörün alt tipi, uygulanan tedaviler ve en önemlisi multidisipliner izlemin mümkün olduğu bir merkezde hasta takibinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:Çocukluk çağı, SSS glial hücre tümörleri, Klinik özellikler

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS58

KARACİĞER HEMANJİOMLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Tuba YURDUSEV[1], Deniz KIZMAZOĞLU[2], Berhan KURDU[2], Ceren SARIOĞLU[3], Refik Emre ÇEÇEN[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, DEÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji Bd, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, DEÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji Bd, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, DEÜ Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Hemanjiomlar, çocukluk çağının en sık görülen iyi huylu damarsal tümörleridir. Sıklıkla deride; özellikle baş-boyun bölgesi (%60), gövdede, ekstremitelerde ve genital bölgede yerleşirler. Kas, kemik, karaciğer, dalak, lenf nodu, timus, GİS, akciğer, tükrük bezi, beyin, spinal kord yerleşimli de olabilirler. Karaciğer hemanjiomları, çoğunlukla rutin olarak ya da başka bir nedenle yapılan batın ultrasonografisinde insidental olarak saptanır. Sıklıkla asemptomatiktir. Burada; merkezimizde takip ve tedavi edilen, dosya ile izlenen 38 olguyu geriye dönük demografik özellikleri, görüntüleme ve laboratuvar bulgularıyla tartışmak istedik.

Yöntem: Karaciğer hemanjiomu tanısı ile Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Onkoloji polikliniğine başvuran, takip ve tedavi edilen olguların dosyaları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 38 olgu dahil edildi; 20'si kız, 18'i erkekti. Ortanca başvuru yaşı 10 ay olarak saptandı. Olguların %26'sı (n=10) prematüreydi. Hastaların hiçbirinde sitopeni, trombositopeni veya transaminaz yüksekliği izlenmedi. Üç olguda karaciğer dışı kutanöz hemanjiom da mevcuttu. Toplam 11 olguda boyutta artış / olası komplikasyon riski nedeniyle tedavi endikasyonu kondu ve propranolol başlandı. Bu olguların yedisinde tam yanıt, üçünde kısmi yanıt izlendi, bir olgunun tedavisi halen devam etmektedir. Tedavisiz izlenen diğer karaciğer hemanjiomlarının beşi, izlem sürecinde spontan kayboldu. Diğerlerinin ultrasonografi ile takibi sürmektedir. Tanı anında 28 olguda AFP düzeyi de görüldü. İki olguda ayına göre yüksek olan değer bir olguda kontrolde gerilerken, diğer olguda sınırda yükseklik devam etti. Görüntüleme de (USG ve MRG) atipik hemanjiom düşündürdüğü için, doku tanısına gidildi. Malignite şüphesi olan iki olgudan biyopsi örneği alındı; birinde hepatoblastom, diğerinde infantil tip hemanjiom tanısı doğrulandı. Olguların ortanca izlem süresi 8 ay idi.

Sonuçlar: Hemanjiomlar sıklıkla ilk iki yaşta tanı alan ve takip edilen iyi huylu damarsal lezyonlardır. Kendiliğinden gerileme beklenen bu lezyonlarda yaklaşım hastaya göre değişir. Temel prensip hastanın tedavisiz izlenmesidir. Lokal komplikasyonlar ve hemanjiomun riske ettiği yaşamsal fonksiyonlar önemlidir. Karaciğer hemanjiomları fokal, multinodüler ya da diffüz olabilir. Yenidoğanda hepatomegali, kardiyopulmoner distres, anemi, hafif koagülopati gelişebilir. Klinik bulgu varlığında ya da lezyon boyutlarının yaratabileceği klinik durumlar tedavi endikasyonunu belirler. Medikal tedavi olarak propranolol çocukluk çağı hemanjiomlarında kolay tolere edilebilir, etkin ve güvenli seçenektir. Propranolol tedavisi ile hemanjiom boyutlarında belirgin gerileme sağlanır. Görüntüleme bulguları net olarak hemanjiomu desteklemeyen olgularda AFP değeri görülerek, MRG gibi kesitsel tetkikler yapılmalı ve klinik şüphe durumunda mutlaka doku tanısına gidilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiom, Karaciğer, Propranolol

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS59

PEDİATRİK ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARINDA ETKEN OLAN ENTEROBACTERIACEAE AİLESI ÜYELERİNDE GSBL VE KARBAPENEMAZ ÜRETİM SIKLIĞININ VE ENZİM TİPLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE KLİNİK YANSIMASI

Ayşe Tuba GÜRLEN ALTOK [1], Bilge ALDEMIR KOÇABAŞ[2], Meral Dilara ÖĞÜNÇ[3]

[1]Çiğli Eah, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Antalya Eah, Antalya Eah, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon, Antalya, Türkiye
[3]Akdeniz Üniversitesi, Tıbbı Mikrobiyoloji, Antalya, Türkiye

GİRİŞ: Üriner sistem enfeksiyonu(ÜSE) çocuklarda önemli bir kliniktir. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz(GSBL) üreten ve 3.kuşak sefalosporinlere dirençli Enterobacteriaceae enfeksiyonları pediatrik popülasyonda artmaktadır. Çalışmada pediatrik ÜSE'de etken olan Enterobacteriaceae ailesinde GSBL ve karbapenemaz üretim sıklığının ve enzim tiplerinin araştırılması amaçlanmıştır.

METOT: Pediatri Polikliniğinden ve/veya Kliniğinde idrar kültüründe Enterobactericeae suşları üreyen 268 hastada; GSBL ve karbapenemaz enzim üretimi varlığı değerlendirildi. GSBL pozitif, ÜSE kabul edilen 109hastanın klinik özellikleri kayıtlardan retrospektif olarak tarandı. İzolatlarda GSBL tayini için, fenotipik test kombine disk yöntemi ile GSBL üretimi; GSBL pozitif izolatların konvansiyonel Polimeraz zincir reaksiyonu(PCR) testi ile genotipi değerlendirildi.

BULGULAR: ÜSE olan 109hastanın 72(%66,1)'si kız, 37(%33,9)'si erkek; yaş ortalaması 75,15±65,41(1-206) ay bulunmuştur. Hastaların 58'inin(%55,2) tedavisi ayaktan düzenlenmiş olup 51hasta(%44,8) hastaneye yatırılarak parenteral tedavi almıştır. En sık oral ampirik antibiyotik sefiksim(%67,5) iken, ampirik paranteral antibiyotikte ise ilk sırada %75 oranında sefalosporin grubu gelmektedir. Kültürden sonra antibiyotik tedavisi değişen hastaların tedavi sürelerinin değişmeyen hastalara göre istatistiksel açıdan daha uzun idi ($p<0,001$). Hastaların GSBL üreten Enterobactericeae izolatlarından (n:109) en sık saptanan etken E.coli(%78), ikinci en sık etken ise K.pneumoniae(%16,5)dır. Toplam 268izolatın 13'ünde(%4,9) fenotipik testler ile karbapenem direnci olup; 11'i kontaminasyon olarak değerlendirilip ileri analize tabi tutulmamıştır. Yalnızca ÜSE etkeni olan izolatlar ele alınırsa fenotipik karbapenem direnci %1,8(n=2) olarak bulunmuştur.
GSBL pozitif olan 268 izolattan 197'sinin enzim tiplerine bakılabilmiştir. En sık izole edilen suş E.coli (%72,5)dir. Bu izolatlardan 149'unda CTX-M, 103'ünde TEM, 8'inde SHV, 1'inde IMP geni tespit edilmiştir. Karbapenem dirençli 1hastanın enzim izolatı TEM+IMP olarak bulunmuştur. Genotipik olarak karbapenem direncimiz tüm izolatlarda %0,4, yalnızca ÜSE etkeni olan izolatlarda %0,9 saptanmıştır.

SONUÇ: GSBL pozitif olmasına rağmen sefalosporin başlanan hastaların %43'ünde klinik ve laboratuvar yanıt olduğu gözlenmiştir. Ancak GSBL pozitif enfeksiyonlarda sefalosporinlerin inokülüm etkisi gözönünde bulundurulmalı ve laboratuvar ve klinik yanıt yakın gözlenmelidir. GSBL izole edilen 268 idrar örneğinin 159'u kontaminasyon olarak değerlendirilmiş olup barsak florasından kaynaklandığı düşünülürse de bu oran diğer çalışmalardan yüksek bulunmuştu. Bu nedenle GSBL pozitif Enterobactericea taşıyıcılığı ve kolonizasyonu için iyi standardize edilmiş radomize-kontrollü bir çalışma ile bölgesel verilerimizin elde edileceği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sonuçta tedavi seçeneklerini neredeyse sıfıra indiren karbapenemaz enzimlerinin varlıklarının ve tiplerinin bilinmesi akılcı antibiyotik kullanımımıza katkıda bulunacağı açıktır. Yeterli enfeksiyon kontrolü, dirençli bakterilerin hızlı tespiti ve antibiyotik sorumluluğu, GSBL üreten bakterilerin yayılmasının durdurulması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler:Çocuk, Enzim izolatları, GSBL, Karbapenem, Üriner sistem enfeksiyonu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS60

ADENOVİRÜS ENFEKSİYONU NEDENİYLE HASTANEYE YATIRILAN PEDİATRİK OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif BÖNCÜOĞLU[1], **Sinem ÖZGÜR**[2], Özlem ÖZDEMİR BALCI[2], Kamile Ötiken OKTAY[2], Murat ANIL[2]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç:
Adenovirüsler, özellikle 5 yaş altı çocuklarda solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarının önemli etkenlerindendir. Bu çalışmada, adenovirüs enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem:
Ağustos 2024 - Temmuz 2025 tarihleri arasında, hastanemize adenovirüs enfeksiyonu tanısıyla yatırılan 37 çocuk hasta retrospektif olarak incelendi. Dışkı antijen testi veya solunum yolu viral paneli (polimeraz zincir reaksiyonu) ile tanısı konulan hastaların demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi yaklaşımları değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen hastaların %54,1'i (n=20) kız, yaş ortalaması 62±40 aydı. Olguların %59,5'i (n=22) 5 yaşın altındaydı. Adenovirüs enfeksiyonuna bağlı yatışlar en sık bahar ve yaz aylarında gözlendi (en yüksek oran Temmuz ayında: %18,9). Enfeksiyonların %78,4'ü solunum paneli, %21,6'sı gayta antijen testiyle saptandı. Hastaneye yatan olguların tamamı önceden sağlıklı olan çocuklardı.
En sık başvuru semptomu ateşti (%81,1). Diğer belirtiler sırasıyla kusma (%51,4), ishal (%37,8), oral alım azalması (%27), öksürük (%21,6), konjunktivit (%16,2), boğaz ağrısı (%13,5), kas ağrısı (%5,4), nöbet (%5,4) ve döküntü (%2,7) olarak izlendi. Hastaların %43,2'sinde yalnız üst solunum yolu enfeksiyonu, %24,3'ünde yalnız gastroenterit, %16,2'sinde her iki tablo birlikte ve %16,2'sinde pnömoni mevcuttu. Median hastanede kalış süresi 4 gündü (1–7 gün); 5 yaş altı ve 5 yaş üstü yaş grupları arasında yatış süresi açısından anlamlı fark yoktu (p>0,05).
C- reaktif protein (CRP) hastaların %91,9'unda (n=34) pozitifti; %56,7'sinde (n=21) ise 50 mg/L'nin üzerindeydi. Lökositoz %24,3 (n=9) hastada saptandı. Yatış sırasında hastaların %59,4'ünden kan kültürü alınmış, bunların %45,9'unda üreme olmamış, %13,5'i cilt florası kontaminasyonu olarak sonuçlanmıştı. Hastaların %67,6'sına (n=25) ampirik antibiyotik başlanmış; bunların %80'inde (n=20) seftriakson tercih edilmişti. CRP düzeyi ile antibiyotik kullanımı arasında orta kuvvette pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (r = 0,498; p = 0,002). Olguların %32,4'ünde, ateş ve mukokutanöz bulgular nedeniyle Kawasaki hastalığından şüphelenilmiş ve kardiyoloji konsültasyonu istenmişti, ancak takiplerinde bu ön tanıdan uzaklaşıldı.

Sonuç:
Adenovirüs enfeksiyonu pediatrik yaş grubunda önemli bir morbidite nedenidir. Klinik tablo değişkenlik gösterebilmekte, CRP yüksekliği ve eşlik eden lökositoz, bakteriyel enfeksiyonlarla ayırıcı tanıyı zorlaştırmakta, bu durum gereksiz antibiyotik kullanımına ve ileri tanısal girişimlere yol açabilmektedir. Klinik farkındalığın artırılması, hızlı tanı testlerinin kullanımı antibiyotik kullanımının daha rasyonel hale getirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler:adenovirus, gastroenterit, pediatri, alt solunum yolu enfeksiyonu, üst solunum yolu enfeksiyonu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS61

2024–2025 SEZONUNDA HASTANEYE YATAN PEDİATRİK İNFLUENZA OLGULARININ KLİNİK PROFİLİ

Elif BÖNCÜOĞLU[1], Kamile Ötiken OKTAY[1], Özlem ÖZDEMIR BALCI[2], Barkın Savaş TONAK[2], Murat ANIL[2]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç:
İnfluenza, sonbahar ve kış aylarında salgınlara yol açarak özellikle küçük çocuklar ve altta yatan hastalığı olanlarda ağır klinik seyir ve komplikasyonlara sebep olabilen bir enfeksiyondur. Her influenza sezonunda dolaşımdaki alt tiplere bağlı olarak klinik tablo farklılık gösterebilir. Bu çalışmada, 2024–2025 influenza sezonunda bir eğitim ve araştırma hastanesinde hastaneye yatırılan pediatrik olguların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Aralık 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında nazofarengeal sürüntü örneklerinden çalışılan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile İnfluenza enfeksiyonu tanısı konarak hastaneye yatırılan 1 ay-18 yaş arası hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, varsa altta yatan hastalıkları, yatış nedenleri, laboratuvar bulguları, hastanede yatış süreleri hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen toplam 42 hastanın %64,3'ü erkekti. Ortalama yaş 56,3±34,4 ay olup, %23,8'i 2 yaş, %52,4'ü 5 yaş altındaydı. Yatış süresi ortancası 4 gün (2–7 gün) olarak saptandı. Hastaların %23,8'inde (n=10) altta yatan bir tıbbi durum mevcuttu (astım, tekrarlayan bronşiolit, nörofibromatozis tip 1, psöriazis, alerjik rinit, juvenil idiyopatik artrit nedeniyle biyolojik ajan kullanımı veya prematürite öyküsü). Hastaların %28,6'sında alt solunum yolu enfeksiyonu, %26,2'sinde miyozit, %19'unda gastroenterit, %23,8'inde üst solunum yolu enfeksiyonu görüldü. Hastaların %21,4'ünde ateş süresi beş gün ve üzerindeydi. Üç hastada nöbet izlendi (1 basit febril konvülziyon, 1 ateş ile tetiklenen konvülziyon, 1 status epileptikus). Olguların %64,3'ü İnfluenza A, %35,7'si İnfluenza B pozitif idi. Yatışların en sık olduğu aylar mart (%28,6), ocak (%26,2) ve şubat (%19) oldu. İnfluenza A ve B olguları arasında yatış süresi, lökopeni, nötropeni ve trombositopeni sıklığı açısından anlamlı fark bulunmadı. Ancak miyozit sıklığı influenza B olgularında ve 5 yaş üstü çocuklarda anlamlı olarak yüksekti (p=0.013, p=0.034). Uzamış ateş, alt solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenterit sıklığı alt tipler arasında benzerdi.

Sonuç:
2024-2025 sezonunda hastaneye yatırılan pediatrik influenza olgularının yaklaşık yarısının, risk grubu olarak kabul edilmeyen 5 yaş üstü ve altta yatan hastalığı bulunmayan çocuklar olması dikkat çekicidir. Bu durum, influenza enfeksiyonu ilişkili komplikasyonların yalnızca klasik risk grupları ile sınırlı kalmayabileceğini göstermektedir. Özellikle 5 yaş üstü çocuklarda miyozit sıklığının anlamlı derecede yüksek bulunması, bu yaş grubunda klinik izlemlerde kas tutulumu ve ilişkili komplikasyonların değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bulgularımız, hem risk grubu içindeki hem de dışındaki çocuklarda influenza aşılamasının yaygınlaştırılmasının, hastaneye yatış ve komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynayabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, İnfluenza A virusu, İnfluenza B virusu, Miyozit, Pediatri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS62

EVALUATION OF PEDIATRIC PATIENTS WITH BLASTOCYSTIS HOMINIS DETECTED IN STOOL: DOES IT HAVE CLINICAL SIGNIFICANCE?

Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER[1], Damla SEYHANLI [1], Büşra YEN [2], Eda KARADAĞ ÖNCEL [1], Soykan ÖZKOÇ [3], Nurşen BELET [1]

[1]Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Division of Pediatric Infectious Diseases, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Medical Parasitology, İzmir, Türkiye

Introduction: Blastocystis hominis is one of the most common protozoa in the human gastrointestinal tract, particularly prevalent in developing countries. Although its pathogenicity remains controversial, it has been associated with gastrointestinal symptoms such as diarrhea and abdominal pain in children. While it is generally considered a significant pathogen in immunosuppressed patients and those with chronic intestinal diseases, the management approach varies among clinicians when detected in otherwise healthy children. The absence of an established treatment protocol in this patient group may lead to clinical uncertainty. The aim of this study was to evaluate the demographic and clinical characteristics, treatment strategies, and follow-up approaches of pediatric patients diagnosed with B. hominis in stool parasite examinations at our hospital.

Materials and Methods: This cross-sectional study included patients aged 0–18 years who were diagnosed with B. hominis in stool parasite examinations performed between January 1, 2019, and August 12, 2025, at Dokuz Eylül University Hospital from various outpatient clinics and inpatient services. Demographic characteristics, presenting symptoms, underlying chronic diseases, treatment regimens, and follow-up data were obtained from hospital records. Statistical analyses were conducted using the SPSS software.

Results: During the study period, B. hominis was detected in stool examinations of 42 pediatric patients. Of these, 22 (52.4%) were male and 20 (47.6%) were female, with a median age of 10.5 years (range: 2–17 years). Twenty-two patients (52.4%) had no chronic illnesses, while 11 (26.2%) were followed for malnutrition. The most common presenting complaint was abdominal pain (26.2%), whereas 21.4% of patients were asymptomatic. In 21.4% of the cases, the number of B. hominis organisms in the stool was less than five, while in 78.6% it exceeded five. Sixteen patients (38.1%) received treatment, most commonly with metronidazole, while 26 (61.9%) were not treated. Symptom improvement was observed in 81.3% of treated patients and in 73.1% of untreated patients; however, the difference between the groups was not statistically significant ($p = 0.415$).

Conclusion: In our study, a significant proportion of pediatric patients with B. hominis infection were symptomatic, with abdominal pain being the most common complaint. Although metronidazole was the preferred treatment in patients with higher parasite loads, symptom improvement did not differ significantly compared to untreated patients. Despite ongoing debate regarding its treatment, recent studies suggest a potential association between B. hominis and conditions such as inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. In Türkiye, studies on the clinical significance of B. Hominis in pediatric patients are scarce, and large-scale, multicenter studies are needed to clarify its relationship with clinical findings.

Anahtar Kelimeler: Blastocystis hominis, treatment, pediatrics, clinical

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS63

PARVOVIRUS B19 INFECTION IN HEALTHY CHILDREN: WHAT ARE THE CLINICAL PRESENTATIONS?

Damla SEYHANLI[1], Esma Tuğba KASIKCI-MERMER[1], Eda KARADAĞ-ÖNCEL[1], Özgür APPAK[2], Nursen BELET[1]

[1]Dokuz Eylul University , Faculty of Medicine, Department of Pediatric Infectious Diseases, Izmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylul University , Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology, Izmir, Türkiye

Introduction
Human parvovirus B19 (B19V) is a single-stranded DNA virus belonging to the Parvoviridae family and has been recognized as a human pathogen for over three decades. The clinical manifestations of B19V infection can range from asymptomatic cases to various presentations such as rash illness, arthralgia, and aplastic crisis, particularly in children. The recent re-emergence of B19V in Europe has prompted renewed discussion regarding its potential clinical impact, especially among immunocompetent children who have traditionally been considered at low risk.

Materials and Methods
This study included otherwise healthy children who were diagnosed with B19V infection via polymerase chain reaction (PCR) and were evaluated at our hospital within the past two years. The patients' demographic characteristics, clinical presentations, organ system involvement, and laboratory findings were retrospectively analyzed.

Results
The study included 17 patients diagnosed with Parvovirus B19 infection, with a median age of 10 years (IQR: 5.5–14.5), and 47.1% of them were female. The most common presenting symptoms were fever (94.1%), rash (70.6%), vomiting (35.3%), joint pain (23.5%), diarrhea (17.6%), and headache (17.6%). The most frequently observed clinical findings were skin involvement (70.6%) and aplastic crisis (58.8%). In one patient, profound anemia (hemoglobin: 5.1 g/dL) developed due to severe erythroid suppression requiring blood transfusion. Additionally, arthritis (23.5%), neurological involvement (17.6%), and less commonly, myocarditis (11.8%) were observed. No cases of ocular or renal involvement were detected. The median leukocyte count was 3,200/mm³ (range: 2,400–9,300), neutrophil count was 1,200/mm³ (900–4,550), lymphocyte count was 1,700/mm³ (1,100–3,300), hemoglobin level was 10.2 g/dL (8.9–12.4), and platelet count was 122,000/mm³ (97,000–264,000). Liver enzyme levels were found to be AST: 41 U/L (25–89) and ALT: 17 U/L (13.5–55.5). C-reactive protein (CRP) levels were measured at 4.7 mg/L (1.3–14). Molecular analysis showed a wide range of parvovirus DNA copy numbers, varying from 1,130 to 2,561,270 copies/mL. A total of 76.5% of the patients required hospitalization, with a median hospital stay of 5 days (range: 1–7 days). No mortality was observed in any of the cases.

Conclusion
Parvovirus B19 is a common infection typically associated with a heterogeneous clinical spectrum. Although it is generally self-limiting, it can occasionally lead to complications and may require hospitalization for appropriate differential diagnosis. In Turkey, an unexpected outbreak of B19V was observed in 2024, with a 14-fold increase compared to the previous five years. Similarly, mortality rates associated with B19V in Europe have also increased compared to prior years. This trend may reflect growing global awareness of the disease and its potential for severe outcomes. Given the rising incidence and variable clinical presentations, increased clinician awareness of B19V infections is essential.

Table 1. Demographic Characteristics, Clinical Presentations of the Patients

Sex (female) (n, %)	8 (47.1)
Age (years) (IQR)	10 (5,5-14,5)
Presenting Symptoms	(n, %)
-Fever	16 (94.1)
-Rash	12 (70.6)
-Diarrhea	3 (17.6)
-Vomiting	6 (35.3)
-Joint pain	4 (23.5)
-Headache	3 (17.6)
System Involvement	(n, %)
-Aplastic crisis	10 (58.8)
-Myocarditis	2 (11.8)
-Arthritis	4 (23.8)
-Neurological involvement	3 (17.6)
-Skin involvement	12 (70.6)

Anahtar Kelimeler: Parvovirus B19, klinik prezentasyon, çocuk, laboratuvar bulguları

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS64

RENOVASKÜLER HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Pelin ABDAL YILDIRIM[1], Işıl Seren ARISÜT[1], Gülce İMAMOĞLU[1], Cemaliye BAŞARAN[2], Eren SOYALTIN[2], Muhammet AKYÜZ[3], Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR[4], Onur IŞIK[3], Belde KASAP DEMİR[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, İzmir, Türkiye
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye

AMAÇ:Renovasküler hipertansiyon çocuklarda sekonder hipertansiyonun en sık nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu çalışmamızın amacı kliniğimizde renovasküler hipertansiyon tanısı alan pediatrik olguların klinik, biyokimyasal ve radyolojik özelliklerini, tanı ve tedavi süreçlerini değerlendirmek ve bu nadir görülen hastalık grubuna ilişkin literatüre katkı sağlamaktır.

YÖNTEM: Bu retrospektif çalışmaya, merkezimizde son 2 yıl içerisinde renovasküler hipertansiyon tanısı almış 7 çocuk hasta dahil edilmiştir. Olguların demografik verileri, başvuru semptomları, kan basıncı ölçümleri, görüntüleme bulguları, uygulanan medikal ve/veya girişimsel tedavi yöntemleri ile izlem verileri dosya kayıtlarından elde edilerek analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hastaların başvuru sırasındaki ortanca yaşı 11,4 yıl (8,53–17,36) idi. Başvuru sırasında beş hasta (%71) asemptomatikti. Bir hasta yüzde ve sol kolda uyuşma şeklinde nörolojik semptomlarla başvurmuş, diğer hasta ise renal transplantasyon sonrası anüri ve kreatinin yüksekliği nedeniyle renal arter stenozu (RAS) olarak değerlendirilmişti. Başvuru sırasındaki medyan sistolik kan basıncı (KB) 175 mmHg (125–200), medyan diyastolik KB 100 mmHg (70–150) olarak saptandı. Tüm hastalara en az bir anjiyografik inceleme yapılmış olmasına rağmen üç hastada (%42) renal doppler ultrasonografi bulguları normaldi. Üç hastada (%42) sol ventrikül hipertrofisi saptandı. Stenoz lokalizasyonu renal transplantlı hastada transplante böbreğin renal arterinin anastomoz bölgesi, üç hastada sol renal arter, iki hastada bilateral renal arter çıkış bölgeleri, bir hastada sağ renal arter ostiumuydu. Hastalardan ikisi nörofibromatozis tip 1, biri Takayasu arteriti, biri nakil böbrekte gelişen renal arter stenozu, biri ise fibromusküler displazi tanısı aldı. Diğer iki hastada etiyoloji saptanamadığından idiyopatik kabul edildi. Başlangıçta bir hasta dışındaki tüm hastalar iki veya üç antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Kullanılan anihipertansif ilaçlar amlodipin, enalapril, metildopa ve doksazosindi. Öncelikle balon anjiyoplasti uygulanan ancak izlemde renal anjiyoplasti yapılan iki hasta da dahil dört hastaya renal anjiyoplasti yapılmıştır. Bir hastaya RAS ile birlikte renal arter anevrizması da olması nedeniyle nefrektomi uygulanmıştır. Renal transplantlı hastaya stent yerleştirilmiş, Takayasu arteriti tanısı alan hastaya ise immünsüpresif tedavi başlanmıştır. Toplam 6 hasta (%85,71) da işlem sonrası antihipertansif tedavi tamamen kesilmiştir.

SONUÇ: İki veya daha fazla antihipertansif ilaçla kontrol altına alınamayan şiddetli refrakter hipertansiyonu olan her çocukta renovasküler hipertansiyondan şüphelenilmelidir. Renal doppler ultrasonografi normal olduğu halde pozitif tanının olması klinik şüphe halinde anjiyografik tetkikin mutlaka yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Ayıca hastaların büyük bir kısmının ilk başvuruda asemptomatik olması nedeniyle rutin pediatri pratiğinde kan basıncı ölçümünün ne kadar önemli olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler:renovasküler hipertansiyon, renal arter stenozu, sekonder hipertansiyon

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS65

ERZURUM İL MERKEZİNDE YAŞAYAN SEMPTOMPSUZ ADÖLESANLARDA AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA) GEN POLİMORFİZMİNİN ARAŞTIRILMASI

Ayşen GÖK

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş: AAA, tekrarlayan ateş ve poliserozit ataklarıyla seyreden, otozomal resesif hastalıktır.[1] Spesifik laboratuvar belirteci bulunmadığından tanısı kliniğe dayanmaktadır.[2] Hastalıkla ilişkili MEFV genindeki varyantların tanımlanmasıyla tanısal süreçte gelişmeler olmuştur.[3] AAA'nın endemik olduğu toplumlarda sağlıklılarda taşıyıcılığın yüksekliği tanısal özgüllüğü sınırlamaktadır.[4] Genetik testlerin klinik değer ve güvenilirliği, mutasyonların türü ve prevalansıyla yakından ilişkilidir. Bunların ortaya konması klinik uygulamalara önemli katkılar sağlayacaktır. Testlerin maliyetli, emek ve zaman gerektiren çalışmalar olması nedeniyle, kısıtlı imkanlarımızla bölgemizde sınırlı sayıda sağlıklıda araştırmayı gerçekleştirerek, Türk Toplumunda taşıyıcılık oranını belirlemeyi, literatüre yeni veriler sunmayı amaçladık.

Gereç/Yöntem: Araştırmaya Erzurum Merkez liselerde öğrenim gören, AAA ve başka bir sistemik hastalığı bulunmayan sağlıklı 250 birey alındı. MEFV geninin Ekzon2 ve Ekzon10 bölgelerindeki mutasyonların belirlenmesinde, yüksek duyarlılığa sahip Sanger DNA dizi analizi yöntemi kullanıldı. Atatürk Üniversitesi Pediatrik Nefroloji'de takipli AAA hastaları ve çalışma gurubumuzun verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 16,6 yıl, 162'si erkek(%64,8) olan katılımcıların 69'unda(%27,6) MEFV geninde mutasyon saptandı. En sık E148Q, ardından M694V ve V726A'da olmak üzere toplam dokuz varyant tanımlandı. Genotip dağılımı belirlendi. AAA tanılı 197 hasta ile 250 bireyden oluşan sağlıklı grup arasındaki MEFV mutasyon dağılımları gösterildi. Hastalarla çalışma gurubumuzun allel frekansları karşılaştırıldı. Göreceli risk analizine göre, AAA hastalarında M694V taşıma olasılığı 23,8 kat, M680I 10,9 kat ve V726A 8,4 kat fazlaydı. E148Q açısından anlamlı fark saptanmadı. Gold standart tanı yöntemi olarak Livneh ve ark. tarafından önerilen AAA tanı kriterleri alındı[5]. Testin tanısal yeterliliğini değerlendirmek için gerekli ölçütler kullanıldı.[6] Bulgular ek görsel ve tablolarla sunulacaktır.

Tartışma: Yılmaz ve ark. sağlıklı bireylerde MEFV mutasyonu taşıyıcılık oranını %20(1/5) olarak bildirmiş, en sık E148Q(12/200) saptamıştır. Çalışmamızda oran %27,6(1/3,6) bulunmuş, en sık mutasyon yine E148Q olmuştur(25/500). Türk toplumunda sağlıklı bireylerde saptanan MEFV mutasyonlarının frekansları sunulmuştur. Taşıyıcılık oranı ve nadir mutasyon fazlalığının, bölgesel varyasyonlar ve kullanılan moleküler yöntemlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç/Öneriler: Sağlıklı katılımcıların 69'unda(%27,6) MEFV mutasyonu saptandı; bölgedeki taşıyıcılık sıklığı 1/3,6 olarak belirlendi. En sık mutasyon E148Q, ardından M694V ve V726A geldi. E148Q taşıyıcılarında klinik bulgu olmaması, bu varyantın benign polimorfizm olabileceğini destekledi. AAA hastaları ile karşılaştırmada M694V, M680I ve V726A allel frekansları hastalarda anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). MEFV mutasyon taramasının tanısal duyarlılığı %100, özgüllüğü %72, pozitif prediktif değer %1, 44, negatif prediktif değer %100 bulundu. Özellikle MEFV'deki varyantların endemik bölgelerde taşıyıcılık sıklığını ve klinik korelasyonunu dikkate alan, genetik bulguları yalnızca destekleyici tanı aracı olarak kullanan, klinik öncelikli bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, MEFV, Mutasyon, Adölesan, Taşıyıcılık

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS66

NON-INVASIVE ASSESSMENT OF FONTAN AND TETRALOGY OF FALLOT ASSOCIATED LIVER DISEASE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Oğuzhan AKYAZ[1], Tuğçe TATAR ARIK[2], Tülay DEMIRCAN[3], Mustafa KIR[4], Şevket Baran UĞURLU[5], Betül AKSOY[2], Sevim ÇAKAR[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji, İzmir, Türkiye
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kalp Ve Damar Cerrahisi, İzmir, Türkiye

Objectives and Study
Elevated central venous pressure (CVP) is thought to be a key factor in the development of liver disease in Fontan-associated liver disease, and other patients with alterations in CVP may also be at risk of developing liver fibrosis. Fontan-associated liver disease (FALD) has been recognized as a potentially serious sequela of the Fontan circulation. Patients with Tetralogy of Fallot may be also at the risk of developing liver fibrosis.

Methods
A pediatric gastroenterologist and a cardiologist examined all Tetralogy of Fallot and Fontan patients. The screening included abdominal ultrasound, elastography via FibroScan measurements and laboratory tests in pediatric patients.

Results
Nine patients with a median age of 17 years (10–18) and a median time since Fontan of 11 years (2-15) were studied. AST and ALT were normal in all of the Fontan patients. γGT, ALP, PT, and albumin levels were abnormal in respectively 5 (55%), 3 (33%), 7 (77%), and 1 (11%) patients. The fibrosis stage was F4 of 5(55%) and F3 of 4(45%) Fontan patients.Seven patients with a median age of 11 years (8–17) and a median time after repair of tetralogy of Fallot (rTOF) of 8 years (1-13) were studied. AST and ALT were normal in all of the rTOF patients. γGT, ALP, PT, and albumin levels were abnormal in respectively 3 (42%), 0 (0%), 3 (42%), and 0 (0%) patients. The fibrosis stage was F1 in one, F3 in another patient while the other three patients were detected F0.

Conclusions
It is necessary to demonstrate and propose a prospective screening protocol for liver fibrosis preferably with a non-invasive method such as elastography in patients with alterations in CVP also after rTOF.

Anahtar Kelimeler: Fallot Associated Liver Disease, Fontan Associated Liver Disease, Transient Elastograpy, Liver, Children

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS67

BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA HİPOKALSEMİNİN KLİNİK, LABORATUVAR VE ETİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Deniz ERDEN[1], Betül DEMIRCAN COŞKUN[1], Özge YILDIRIM ŞALBAŞ[1], Ipek PAMUKOĞLU[2], Korcan DEMIR[1], Ece BÖBER[1], Ayhan ABACI[3]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir

Giriş
Hipokalsemi, çocukluk çağında özellikle yaşamın ilk yıllarında sık karşılaşılan ciddi klinik sonuçlara yol açabilen bir metabolik bozukluktur. Kalsiyum, kemik mineralizasyonu, nöromüsküler ileti ve hücresel sinyal iletimi için kritik öneme sahiptir. Serum kalsiyum düzeylerindeki düşüklük, kas krampları, tetani, nöbet, kardiyak aritmi gibi akut semptomlara yol açabileceği gibi, uzun dönemde büyüme ve gelişme üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir. Hipokalseminin erken tanınması ve altta yatan nedenin hızla belirlenmesi, kalıcı sekellerin önlenmesi ve prognozun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşır.

Amaç
Hipokalsemi sebebiyle 2015-2025 yılları arasında Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı'mıza başvuran/danışılan, 5 yaş altındaki çocuk hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ile etiyolojilerinin değerlendirilmesi amaçlandı

Metod
Çalışmaya dahil edilen 22 olgu, tanı anındaki yaşlarına göre yenidoğan döneminde (<28 gün) tanı alanlar ve yenidoğan dönemi dışında (>28 gün–5 yaş) tanı alanlar olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grubun klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve etiyolojik tanılar değerlendirildi. Laboratuvar bulguları sayı (%) ve ortanca değer (IQR) olarak sunuldu.

Bulgular
Çalışmaya toplam 22 hasta dahil edildi. Olguların 12'si (%54,5) yenidoğan döneminde, 10'u (%45,5) ise yenidoğan dönemi sonrasında tanı aldı. Yenidoğan grubunda 6 hasta (%50) ilk 72 saat içinde (erken başlangıçlı), 6 hasta (%50) ise 72 saatten sonra (geç başlangıçlı) hipokalsemi geliştirdi. Hastaların 3'ü dış merkezden, 16'sı (çocuk ve yenidoğan) yoğun bakımlardan, 3'ü ise yatan servis hastalarından yönlendirilmiş veya danışılmıştı. Başvuru nedeni 12 hastada (%54,5) tesadüfen saptanan hipokalsemi, 6 hastada (%27,3) nöbet, 2 hastada (%9,1) kemik deformitesi ve 2 hastada (%9,1) kasılma idi. Laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Tedavide 17 hastaya (%77,3) intravenöz kalsiyum, 19 hastaya (%86,3) oral kalsiyum, 20 hastaya (%90,9) D vitamini ve 2 hastaya (%9,1) kalsitriol tedavisi uygulanmıştı. Yenidoğan dönemi dışındaki olgularda beslenmeye bağlı D vitamini eksikliği (n=3, %13,6) en sık görüldü. Ayrıca 2 olguda malabsorpsiyon sendromları (%9,1), 2 olguda (%9,1) sepsis, 1 olguda (%4,5) ise ilaca sekonder hipokalsemi saptandı. Tüm olguların 3'ünde ise genetik nedenler bulundu (APECED sendromu, Di George sendromu ve Vitamin D bağımlı rikets tip 2).

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Sonuç

Beş yaş altı çocuklarda hipokalsemi, farklı yaş gruplarında değişken etyolojik nedenlerle karşımıza çıkmaktadır. Yenidoğan döneminde olguların önemli bir kısmı kesin tanı süreci devam eden ve multifaktöriyel nedenlerle ilişkili iken, daha ileri yaş grubunda beslenmeye bağlı D vitamini eksikliği, genetik bozukluklar ve malabsorpsiyon sendromları ön plandadır. Bulgularımız, hipokalsemi yönetiminde yaşa özgü risk faktörlerinin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 1. Olguların yaş gruplarına göre laboratuvar bulguları

	Düzeltilmiş Kalsiyum (mg/dL)	Fosfor (mg/dL)	ALP (U/L)	25-OH-D vitamini (ng/mL)	PTH (pg/mL)	
0-28 gün (n=12)	6,8 (1,17)	8 (2,03)	244,5 (131)		8,5 (11,3)	28 (76)
28 gün-5 yaş (n=10)	7,16 (0,81)	3,27 (3,24)	506 (619,5)		12,9 (22,2)	239,5 (296,75)

Anahtar Kelimeler:Rİkets, Hipokalsemi, nutrisyonel, hipoparatiroidi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS68

ÇOCUKLARDA HİPOGLİSEMİ NEDENLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge YILDIRIM ŞALBAŞ, Deniz ERDEN, Betül DEMİRCAN COŞKUN, Ayhan ABACI, Ece BÖBER, Korcan DEMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş:
Hipoglisemi, çocukluk çağında acil müdahale gerektiren önemli bir klinik durumdur ve altta yatan nedenler yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir. Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde prenatal, natal ve postnatal stres faktörleri, enzim veya hormonlara ait genetik kusurlar hipoglisemiye sebep olurken çocukluk çağında ketotik hipoglisemi daha sık görülmektedir. Ancak değerlendirme süreci daha karmaşıktır ve tanıda gecikme ya da tedavide yetersizliğe sebep olabilmektedir. Erken tanı ve uygun tedavi, kalıcı nörolojik hasarın önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Metot:
2015-2025 yılları arasında hipoglisemi nedeniyle Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı tarafından değerlendirilen 97 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar 0–1 yaş (Grup 1, n=29) ve 1–18 yaş (Grup 2, n=68) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, klinik bulgular, laboratuvar sonuçları, altta yatan nedenler ve uygulanan tedavi yöntemleri kaydedildi. Bulgular sayı (%), ortanca (25p-75p) olarak sunuldu.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 97 olgunun ortanca yaşı 2,68 (0,16 – 4,22) yıl, %57,7 (n=56)'si erkekti. Grup 1'deki hastaların ortanca yaşı 11 (4–27) gündü ve %73'ü (n=21) erkekti. Bu olguların %73'ünde (n=21) hipoglisemi sırasında semptom fark edilmezken, %13'ünde uyandırılamama, %10'unda konvülziyon görüldü. Ortanca serum glukoz düzeyi 36 (24–40) mg/dl, insülin düzeyi 4,6 (2,24–7,3) mU/L idi. Hastaların %70'inde (n=19) hiperinsülinizm saptanırken, %30'unda organik patoloji tespit edilmedi. Uzun süreli tedavi gereksinimi %83 (n=25) olup tedavi olarak 44'ünde dekstrozlu mayi yeterli olurken %56'sında diazoksid eklendi. Hastaların %70'i Grup 2'de yer aldı; ortanca yaş 3,4 (2,5–5,2) yıl olup %51'i (n=35) erkekti. Hipoglisemi anında olguların %72'si (n=49) semptomatikti; en sık görülen semptomlar uyku hali (%45), konvülziyon (%20) ve senkoptu (%15). En sık neden ketotik hipoglisemi (%76, n=50) olup bunu metabolik hastalık (%7, n=5) ve adrenal yetmezlik (%6, n=4) izledi. Ortanca serum glukoz düzeyi 47 (38–53) mg/dl, insülin düzeyi 1,19 (0,58–2) mU/L saptandı. Uzun süreli tedavi gereksinimi %97 (n=62) olup en sık tedavi yöntemi mısır nişastası ve diyet düzenlemesi (%83, n=49) idi. Grup 2 de semptomatik hipoglisemi görülme oranı Grup 1'e göre istatiksel olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Grup 1 de insülin düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek, glukoz düzeyleri ise anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$).

Sonuç:
Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde hipoglisemi semptomları sıklıkla belirsiz olup fark edilmeyebilir. Bu nedenle, risk faktörü olan olgularda kan şekeri izlemi yapılmalı ve her klinik sorunda hipoglisemi akılda tutulmalıdır. Çocukluk çağında ise özellikle besin alımının kısıtlandığı hastalık durumlarında ketotik hipoglisemi bir dışlama tanısı olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperinsülinizm, Ketotik hipoglisemi, Diazoksid

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS69

PEDİATRİK MASTOİDİTLERDE KLİNİK ÖZELLİKLER VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI: GÖZLEMSEL BIR DEĞERLENDIRME

Ümit Aslan SARITAŞ[1], Dilek YILMAZ[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Amaç:
Bu çalışmada, kliniğimizde mastoidit tanısı ile yatırılarak izlenen çocuk hastaların klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları ile tedavi süreçlerinin değerlendirilmesi ve biyobelirteçlerin (WBC, CRP, prokalsitonin) prognostik değerlerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem:
Kasım 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde izlenen 16 pediatrik mastoidit olgusunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, başvuru semptomları, antibiyotik öyküsü, görüntüleme sonuçları, kültür verileri, biyobelirteç düzeyleri ve uygulanan tedavi yöntemleri analiz edildi.

Bulgular:
Yaş ortalaması 69,2 ay, cinsiyet dağılımı %56 kızdı. En sık semptomlar kulak ağrısı (%59) ve postauriküler şişlik (%53) idi. On hastada (%62,5) tekrarlayan otit öyküsü mevcuttu. Hastaların %69'u başvuru öncesinde antibiyotik kullanmıştı. Radyolojik görüntülemede 15 hastada (%94) patolojik bulgular saptandı. Sekiz hastada (%50) izole akut mastoidit, diğer sekizinde komplikasyon (subperiostal abse, epidural tutulum, venöz tromboz) vardı.
Toplam 9 hastaya (%56) cerrahi uygulandı. En sık cerrahi yöntem miringotomi + ventilasyon tüpü (VT) idi. Gerektiğinde mastoidektomi, timpanoplasti veya abse drenajı eklendi. Cerrahi uygulananlarda ortalama WBC 16.5 x10³/mm³, uygulanmayanlarda 10.5 x10³/mm³ idi. Prokalsitonin düzeyi >0.5 ng/mL olan 4 hastanın tamamı cerrahi gerektirdi. Yatış süresi cerrahi geçirenlerde ortalama 24 gün, diğerlerinde 18 gündü.
Tedavide en sık tercih edilen antibiyotik kombinasyonu, sefalosporin ve vankomisin oldu. Intravenöz antibiyotik kullanım süresi ortalama 23,5 (7-44) gün idi Kültür pozitifliği %25 oranında saptanmış olup, izole edilen mikroorganizmalar Streptococcus pneumoniae (%50), Pseudomonas spp. (%25) ve Metisilin Dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) (%25) idi. Streptococcus pneumoniae izolatı tespit edilen iki hastadan biri 8 aylıktı ve tam aşılı olmasına rağmen "tip 19" serotiple enfekteydi. Ancak alt serotip düzeyinde (ör. 19A veya 19F) bir ayrım yapılamamış, dolayısıyla bu suşun 13-valanlı pnömokok konjuge aşısı (PCV13) içerdiği serotiplerden biri olup olmadığı netleştirilememiştir. Diğer hasta 48 günlük olup henüz pnömokok aşı takvimine başlanmamıştı. Bu ikinci olguda izole edilen Streptococcus pneumoniae'nin tiplendirmesi, bakteriyel izolat canlandırması sağlanamadığı için gerçekleştirilememiştir.

Sonuç:
Mastoidit olgularında komplikasyon ve cerrahi oranı yüksektir. Radyolojik inceleme, cerrahi kararı desteklemede önemlidir. Prokalsitonin ve WBC düzeyleri, enfeksiyonun ciddiyetini yansıtabilir. Aşılama programlarına rağmen, invaziv pnömokokal enfeksiyonların görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mastoidit, kültür, komplikasyon

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS70

FARKLI İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN DRESS SENDROMU: 4 PEDİATRİK OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgen SOYÖZ[1], Özge KANGALLI BOYACIOĞLU [2], **Ece KIRDEM** [3], Hande GAZETECI TEKIN[4], Semiha BAHÇECI[5]

[1]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İzmir, Türkiye
[3]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[4]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Nöroloji Kliniği, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İzmir, Türkiye
[5]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İzmir, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ:
DRESS sendromu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), ateş, eozinofili, deri döküntüleri, lenfadenomegali, iç organ tutulumuyla karakterize ciddi bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Nadir görülmekle birlikte, yüksek morbidite, mortalite riski taşır. Çalışmamızda, DRESS sendromu tanısı alan dört pediatrik olgunun klinik özellikleri, tanı süreçleri, tedavi yaklaşımları ve prognozları değerlendirilmiştir.

BULGULAR:
Olgu 1: Dokuz yaş erkek, epilepsi tanısı ile 40 gün önce karbamazepin tedavisi başlandıktan 4 hafta sonra yaygın makülopapüler döküntü, lenfadenopati, eozinofili ve periferik yaymada atipik lenfositlerin izlenmesi üzerine DRESS sendromu ön tanısıyla yapılan cilt biyopsisinde DRESS sendromu ile uyumlu bulgular saptanmış ve RegiSCAR skoru 6 olarak değerlendirilmiştir. Karbamazepin tedavisi kesilerek sistemik kortikosteroid başlanan olguda tam düzelme gözlenmiştir.

Olgu 2: Yedi yaşında kız, epilepsi tanısı ile D-Smart multivitamin başlandıktan 1 ay, etosüksimid tedavisi başlandıktan 11 gün sonra yaygın makülopapüler döküntüler gelişmiş; izleminde ateş yüksekliği, lenfadenopati, eozinofili, transaminaz yüksekliği, cilt biyopsisinde DRESS sendromu ile uyumlu bulguları olan olguda RegiSCAR skoru 6 olarak değerlendirilmiştir. Şüpheli ilaçlar kesilerek sistemik kortikosteroid başlanmış, takibinde tam düzelme izlenmiştir.

Olgu 3: On yaşında kız, epilepsi tanısı ile karbamazepin başlandıktan 2 ay, doz artımından 1 hafta sonra başlayan ateş, yaygın döküntü nedeniyle başvurmuştur. Olgunun lenfadenopatisinin olması, transaminaz, bilirubin ve GGT yüksekliği nedeniyle RegiSCAR skoru 4 saptanarak muhtemel DRESS sendromu ön tanısıyla şüpheli ilaçları kesilerek sistemik kortikosteroid tedavisi başlanmıştır. Tedaviye yanıt alınan olgunun izlemi halen devam etmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Olgu 4: Üç yaşında erkek, akut otitis media tanısıyla amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlandıktan 8 gün sonra vücutta döküntü, 10. gününde persistan ateş, el, ayak ve yüzde şişlik, konjonktival hiperemi nedeniyle başvurusu sonrası Kawasaki hastalığı ve DRESS sendromu ön tanılarıyla yatırılmıştır. Kardiyoloji değerlendirmesinde Kawasaki hastalığı düşünülmemiş olup; DRESS sendromu ile uyumlu yaygın döküntü, lenfadenopati, eozinofili ve transaminaz yüksekliği ve kardiak bulgusu ile RegiSCAR skoru 5 olarak değerlendirilmiş ve muhtemel DRESS sendromu ön tanısıyla antibiyotik tedavisi kesilerek sistemik kortikosteroid ve IVIG tedavileri başlanmıştır. Takibinde tam düzelme izlenmiştir.

TARTIŞMA: DRESS sendromu, sıklıkla antikonvülsanlar ve antibiyotikler gibi ilaçlara karşı gelişen, gecikmiş tipte hipersensitivite reaksiyonudur. Pediatrik yaş grubunda nadir görülmekle birlikte, ateş, döküntü, organ tutulumları olan olgularda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Pediatri hekimlerinin yaşamı tehdit edebilen bu sendroma karşı farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler:DRESS Sendromu, Alerji, İlaç Reaksiyonları, Antiepileptik, Çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS71

KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ OLAN ÇOCUKLARDA GECİKMİŞ NÖROPSİKİYATRİK SENDROM TANISI İÇİN TAM KAN SAYIMI, KAN GAZI ÖLÇÜMLERİ VE GLİKOZ/POTASYUM ORANININ TAHMİNİ DEĞERİ

Gülşen YALÇIN[1], Tuğçe ŞEN[2], Ömer Seyfi EKİNCİ[3], Murat ANIL[4]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Çocuk Acil, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Abd, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Abd, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, İzmir, Türkiye

Amaç: Karbonmonoksit zehirlenme sonrasında gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom bulguları çıkabilir. Çocuk hastalarda gecikmiş nöropsikiyatrik sendromu öngörmede kullanılan göstergeler hakkındaki literatür bilgileri sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, karbonmonoksit zehirlenmesi ile izlenen çocuklarda gecikmiş nöropsikiyatrik sendromu öngörmede tam kan sayımı parametreleri, nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, sistemik immün inflamasyon indeksi, glikoz/potasyum oranı, venöz kan gazı parametreleri ve karboksihemoglobinin düzeylerinin etkinliğini araştırmaktır.

Gereç ve yöntemler: 2014-2019 yılları arasında akut karbon monoksit zehirlenmesi ile çocuk acil servisine gelen hastalar analiz edildi. Hastalar gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom olan ve gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom olmayan olarak 2 gruba ayrıldı. Yapılan tetkiklerde Nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, sistemik immün inflamasyon indeksi (trombosit sayısı × nötrofil sayısı/lenfosit sayısı) ve glukoz/potasyum oranı hesaplandı.

Bulgular: Karbon monoksit zehirlenmesi nedniyle toplam 183 hasta acil servise geldi. Hastaların 46'sı çalışma dışı bırakıldı. Toplam137 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak, yaş ve cinsiyete göre benzer 137 çocuktan oluşturuldu. Hastaların 46'sına karbon monoksit zehirlenmesinden sonraki 1 yıl içinde gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom tanısı konuldu. Serum kan şekeri, potasyum, glukoz/potasyum oranı, trombosit/lenfosit oranı, beyaz kan hücresi, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, nötrofil/lenfosit oranı, sistemik immün inflamasyon indeksi, venöz parsiyel karbondioksit basıncı, karboksihemoglobin ve methemoglobinemi düzeyleri kontrol, gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom olan ve gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom olmayan grupları arasında anlamlı derecede farklıydı ($p < 0.05$). Gecikmiş nöropsikiyatrik sendromun en etkili öngörücüleri olarak sistemik immün inflamasyon indeksi (AUC= 0,852; kesme değeri > 1120; duyarlılık = %89,1; özgüllük = %75,8), nötrofil (AUC = 0,841; kesme değeri > 8000/mm3; duyarlılık = %78,2; özgüllük = %79,1) ve nötrofil/lenfosit oranı (AUC = 0,828; kesme değeri > 4; duyarlılık = %78,2; özgüllük = %75,5) bulundu.

Sonuç: Karbon monoksit zehirlenmesi geçiren çocukların yaklaşık üçte birinde gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom gelişmektedir. Zehirlenmeden hemen sonra çocuk acil servisinde ölçülen sistemik immün inflamasyon indeksi, nötrofil sayısı ve nötrofil/lenfosit oranı, gecikmiş nöropsikiyatrik sendrom için etkili öngörücüler olabilir.

Anahtar Kelimeler: Karbon monoksit zehirlenmesi, Çocuk, Nötrofil Sayısı, Nötrofil/Lenfosit Oranı, Glikoz/Potasyum Oranı, Gecikmiş Nöropsikiyatrik Sendrom

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

POSTER BİLDİRİLER



PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

12 EYLÜL 2025, CUMA
E POSTER ALANI
12.00 – 13.00 E-poster Tartışması 1
Oturum Başkanları: Dr. Deniz Kızmazoğlu, Dr. Gazi Arslan

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
P1	**Pelin BAHÇECİOĞLU**, Süleyman Emre KARAÜZÜM, Aslı ARSLAN, Coşkun EKEMEN, Emine Çiğdem ÖZER, Vehbi Batuhan KARABULUT, Sabire Şöhret AYDEMİR, Zümrüt ŞAHBUDAK BAL, Güldahiye AVCU	Skolyoz Cerrahisi Sonrası Gelişen Cerrahi Alan Enfeksiyonu: Olgu Sunumu
P2	**Taner BOLAT**	Yüksek Proteinli Beslenme Sonrası Koma İle Acile Başvuran Hasta: Üre Döngüsü Bozuklukları
P3	**Büşra ULUYOL**, Zeynep ÖLMEZ MART, Anıl ER, Emel ULUSOY, Oktay ULUSOY, Öznur ESER, Merve ERASLAN CANBELDEK, Özge GÜNAL, Murat DUMAN	Ailesel İnvajinasyon Eğilimi: Peutz-Jeghers Sendromu Tanısı Alan İkiz Kardeşler
P4	Sema TANRIVERDİ, **Berna Cansu ARITAŞ**, Eliza Melodi DOSDOĞRU ÖKLÜ, Halil Ibrahim TANRIVERDİ	Epignatus: Nadir Yenidoğan Olgu Sunumu
P5	**Sema Gökçe BURAN**, Hüseyin Bahadır ŞENOL, Ayşe İpek POLAT, Adem AYDIN, Ayşe Semra HIZ, Uluç YİŞ	Herpes Ensefalıtı Sonrası N-Metıl-D-Aspartat Reseptör Pozıtıflığı Ile Ortaya Çıkan Otoımmun Ensefalıt Olgusuherpes Ensefalıtı Sonrası N-Metıl-D-Aspartat Reseptör Pozıtıflığı Ile Ortaya Çıkan Otoımmun Ensefalıt Olgusu
P6	**Enver Emre ORHAN**, Melis KIRMIZITAŞ, Emine Didem DEMIRDÖKEN, Duygu UZUN DINÇTÜRK, Merve BILEN, Pelin TEKE KISA, Nur ARSLAN	Homozıgot Ailevi Hiperkolesterolemide Erken Tanı Ve Takibin Önemi
P7	**Ceyda Nur DEMİRYÜREK**, Beste ÖZSEZEN, Orkun SARIOĞLU, Ceren SARIOĞLU, Handan GÜLERYÜZ, Nevin UZUNER	Kistik Fibrozis Tanılı Bır Çocukta Bronşiyal Arter Embolızasyonu Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon:Alveolar Hemoraji
P8	**Defne Ekinsu YÜKSEL KISA**	Alopesı ile Seyreden Nadir Bir İskelet Hastalığı; Vitamin D Bağımlı Rikets Tip 2
P9	**Defne Ekinsu YÜKSEL KISA,** Hüseyin Bahadır ŞENOL, Ayşe İpek POLAT, Adem AYDIN, Ayşe Semra HIZ, Uluç YİŞ	Nadir Görülen Bir Progresif Miyoklonik Epilepsi Türü; Lafora Hastalığı
P10	Özge KANGALLI BOYACIOĞLU, **Gamze YAKIN,** Özgen SOYÖZ, Semiha BAHÇECİ	Kuruyemiş Anafılaksısı Olan Çocukların Klinik ve Alerjık Özelliklerinin Değerlendirilmesi
P11	Izel KUTLU CAN, Yıldız EKEMEN KELEŞ, Reyhan YİŞ, **Elif KIYMET**	Üçüncü Basamak Bir Merkezde Dışkı Kültüründe Non-Tıfoıdal Salmonella Üremesi Olan Pediatrik Olguların Değerlendirilmesi
P12	**Nupel Serna GÜNDOĞDU**, Tuba YURDUSEV, Deniz KIZMAZOĞLU, Fatma Ceren SARIOĞLU, Safiye AKTAŞ, Refik Emre ÇEÇEN	Propitozis : Kırmızı Bayrak
P13	**Eylül ÖZDEN** , Ece GÜRBÜZ, Dursun SARTAN, Betül Gökçe NAVRUZ, Sema TANRIVERDİ, Halil Ibrahim TANRIVERDİ	Duedonal Ve Anal Atrezi Tanılı Charge Sendromu: Yenidoğan Olgu Sunumu
P14	**Damla SALLAK**, Gizem DOĞAN, Fadime KESKİN, Gamze YILDIRIM UZAN	Yürüme Bozukluğu ile Tanı Alan Bir Alexander Hastalığı Olgusu
P15	**Ece Nur USLU,** Tuğçe Tatar ARIK , Oğuzhan Akyaz, Betül Aksoy ,Sevim Çakar	Kusma ile Başvuruda Akla Az Gelen Tanı: Superior Mezenterık Arter Sendromu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
P16		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P17	**Pelin ABDAL YILDIRIM**, Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR, Eren SOYALTIN, Cemaliye BAŞARAN, Belde KASAP DEMIR	Her Doğumsal Kistik Böbrek Otozomal Resesif Polikistik Böbrek Hastalığı Mı?
P18	**Berkay GÖKKAYA**, Şule GÖKÇE	Septo-Optik Displazi: Nadir Görülen Bir Nörogelişimsel Bozukluk
P19	**Hakan BIRINCI**, Sevim ONGUNER, Gülümay VURAL TOPAKTAŞ , Bumin Nuri DÜNDAR	Büyüme Hormonu Tedavisi Altında Rathke Kleft Kisti Progresyonu Gösteren Olgu
P20	**Çağrı Berhan KURDU**, Sultan OKUR ACAR, Şebnem YILMAZ, Özlem TÜFEKÇİ GÜROACAK, Hale ÖREN	Akut Lenfoblastik Lösemili Çocuklarda Parvovirus B19 Enfeksiyonu Ve Sitopeni Gelişmesi
P21		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P22	**Gözde Irem ODABAŞ SELÇUK**, Sevgin TANER, Irmak Anil ŞAHİNÖZ, Seçil CONKAR TUNCAY, Sait ŞEN, Memnune Selda ERENSOY, Ipek KAPLAN BULUT	Ivıg İle Tedavi Edilen Bir Bk Virus İlişkili Nefropatı Olgusu
P23	**Bengü UZUN KOÇ**, Buse ARISOY, Hanife Burcu GULER, Melis KOSE, Beste OZSEZEN, Gazi ARSLAN	Successful Treatment Of Refractory Chylothorax Wıth Pleurodesıs Usıng Platelet-Rıch Plasma In A Chıld After Cardıac Surgery: Case Report
P24	**Mehmet Deniz UYSAL**, Emine Didem DEMİRDÖKEN, Merve BİLEN, Duygu Uzun DİNÇTÜRK, Melis KIRMIZITAŞ, Pelin TEKE KISA, Nur ARSLAN	İzole Yürüme Bozukluğu İle Başvuran Gm1 Gangliosidoz Tanılı Olgu
P25	**Aslı ÖKTEM**, Erol SALCAN, Burçe Emine DÖRTKARDEŞLER, Eda ATASEVEN, Tülay ÖZTÜRK ATASOY, Şule GÖKÇE	Karacığerde Rastlantısal Saptanan Multıpl Lezyonlar: Infantıl Hepatık Hemanjıomatozıs Mı, Malıgn Bır Lezyon Mu?
P26	**Duygu UZUN DINÇTÜRK**	Sepsis Kliniği İle Gelen Bir Yenidoğanda Akılda Tutulması Gereken Bir Hastalık: Sitrülinemi Tip 1
P27	**Simge ASLAN KOBAŞ**, Melis KIRMIZITAŞ, Emine Didem DEMIRDÖKEN, Duygu UZUN DİNÇTÜRK, Mehmet GÜNDÜZ, Merve BILEN, Pelin TEKE KISA, Nur ARSLAN	Nadir Ama Kritik: Prenatal Tanı İle Yönetilen Bır Nags Eksikliği Vakası
P28	**Fatmanur KAZAZ**, Özlem BAĞ, Ilkay YURTSEVEN, Ömer YILDIZ	Sarsılmış Bebek Sendromu: Olgu Sunumu
P29		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P30		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P31	**Dilara BAŞARAN**, Damla SEYHANLI, Esma Tuğba KAŞIKÇI-MERMER, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nurşen BELET, Sevim ÇAKAR	Gözlerde Şışlık Ile Başvuran, Kolestaz Ve Hepatoselüler Hasarla İlerleyen Akut Ebv Enfeksıyonu: Olgu Sunumu
P42	**Sakina MAMMADOVA**, Havva YAZICI, Ayşe YÜKSEL YANBOLU, Sedef ALPDOĞAN, Ebru CANDA, Sema KALKAN UÇAR, Mahmut ÇOKER	Kronık İshal Ve Kaşeksı Maskesı Altında Bır Mıtokondrıyal Hastalık-Mıtokondrıyal Nörogastroıntestınal Ensefalomıyopatı (Mngıe)
P53	Bilgenur KIRLI, **İremsu TÜRK**, Orkut KOÇ, Gülizar KOÇ ,Elif BOLAT , Pınar YAZICI ÖZKAYA , Bülent KARAPINAR	Nadır Bır Postoperatıf Komplıkasyon: Bos Kaçağı Ile Seyreden Duroplevral Fıstül

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

13 EYLÜL 2025, CUMARTESİ

E POSTER ALANI

12.00 – 13.00 E-poster Tartışması 2

Oturum Başkanları: Dr. Fatma Akgül, Dr. Hande Gazeteci Tekin

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
P32	Büşra ULUYOL, **Tuba YURDUSEV**, Deniz KIZMAZOĞLU, Erdoğan ÖZGÜR, Refik Emre ÇEÇEN	Stridor İle Gelen Bebekte Nadir Bir Neden: Subglottik Hemanjiom
P33		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P34	**Burçe Emine DÖRTKARDEŞLER**	Devam Eden Sessiz Salgın: Malnütrisyon Üzerine Tek Merkezli Kesitsel Bir Çalışma
P35	**Damla SEYHANLI**, Esma Tuğba KAŞIKÇI-MERMER, Eda KARADAĞ-ÖNCEL, Nurşen BELET	Yenidoğan Konjonktıvıtında Ayırıcı Tanıda Nadir Bir Etken: Primer Neısseria Menıngıtıdıs Enfeksıyonu
P36	**Irmak Anil SAHINGOZ**, Sevgin TANER, Gozde Irem ODABAS SELCUK, Memnune Selda ERENSOY, Secil CONKAR TUNCAY, Zumrut SAHBUDAK BAL, Ipek KAPLAN BULUT	Böbrek Nakilli Bir Çocuk Hastada Primer Ebv Enfeksıyonunun Yönetimi
P37	**Aslı ÖKTEM**	Nevirapine Bağlı Stevens-Johnson Sendromu: Yenidoğan Olgu Raporu
P38	**Büşra YEN**, Damla SEYHANLI, Esma Tuğba KAŞIKÇI-MERMER, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Tülay DEMİRCAN, Nurşen BELET	Aşılamayı Takiben Gelişen Kawasaki Hastalığı: Tetıkleyıcı Mi, Tesadüfi Mı?
P39	**Ipek PAMUKOĞLU**, Merve ERASLAN CANBELDEK, Anıl ER, Emel ULUSOY, Zeynep ÖLMEZ MART, Öznur ESER, Özge GÜNAL, Murat DUMAN	Aksayan Çocukta Beklenmeyeni Düşünmek: Acil Müdahale Gerektiren İki Nadir Neden
P40		Bildiri Geri Çekilmiştir.
P41	**Emine ÜLGEN**, Ilke BAŞ, Pınar ŞAHIN, Figen GÜLEN, Handan DUMAN ŞENOL	Mercimek Alerjısı Saptanan Bır Olguda Bezelye Alerjısı
P43	Süleyman Emre KARAÜZÜM, **Niyazi Emre KURŞUNOĞLU**, Coşkun EKEMEN, Emine Çiğdem ÖZER, Aslı ARSLAN,Tülay ÖZTÜRK ATASOY, Zümrüt ŞAHBUDAK BAL, Güldahiye AVCU	Sağlıklı Bir Çocukta Mastoidite Bağlı Gelişen Kafa Tabanı Osteomiyeliti
P44	**Gülce İMAMOĞLU**, Pelin ABDAL YILDIRIM, Cemaliye BAŞARAN, Eren SOYALTIN, Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR,Belde KASAP DEMIR	İnvajınasyon Sonrası Gelişen Hemolıtık Üremik Sendrom: Nadir Bir Klinik Birliiktelik
P45	**Cansel DENİZ**, Damla SEYHANLI, Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nurşen BELET	Sağlıklı Bır Çocukta Campylobacter Gastroenterıtı: Antıbıyotık Her Zaman Verılmelı Mı?
P46	**Gamze AYTAÇ**, Deniz KESKINDIL, Şükrü Onur HALAÇ, Deniz AKÇA, Aslıhan ABBASOĞLU	Kardiyak Ve Renal Anomaliler İle Seyreden Dıgeorge Sendromu: Olgu Sunumu
P47	**Alperen BAKI**, Şükrü Onur HALAÇ, Deniz KESKINDIL, Deniz AKÇA, Aslıhan ABBASOĞLU	Makrosefali İle Seyreden Nadir Bir Nöroanatomik Malformasyon: Alobar Holoprozensefali
P48	**Muhammed Yasin AKÇAKOCA**, Deniz AKÇA, Deniz KESKINDIL, Şükrü Onur HALAÇ, Aslıhan ABBASOĞLU	Trizomi 18'e Multidisipliner Bakış: 3 Olgu İncelemesi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Bildiri No	Yazarlar	Başlık
P49	**Nihan POLAT**, Beyza ÇALIK, Hacer Örsdemir Hortu, Ali Kanık	Peteşial Döküntü İle Prezente Olan Akut Epsteın-Barr Virüs Enfeksiyonu: Pediatrik Bir Olgu Sunumu
P50	**Zeynep KÜTÜKOĞLU**, Deniz KESKINDIL, Deniz AKÇA, Şükrü Onur HALAÇ, Ezgi YANGIN ERGON	İntrauterin Kemik Displazisi Şüphesiyle Takip Edilen Bir Yenidoğan: Osteogenezis Imperfekta Olgu Sunumu
P51	**Samra AHMADOVA**, Hatice Esra DURUKAN, Ayshe GADASHOVA, Cihan ÖNDER, Fatma ASLAN, Nihal KARADAŞ, Deniz YILMAZ KARAPINAR	Transfüzyon Sonrası Geçici Remisyon Gelişen Akut Lenfoblastik Lösemi Olgusu
P52	**Sedef ALPDOĞAN**, Havva YAZICI, Ayşe YÜKSEL YANBOLU, Sakina MAMMADOVA, Ebru CANDA, Ayça AYKUT, Asude DURMAZ, Haluk AKIN, Sema KALKAN UÇAR, Mahmut ÇOKER,	Bir Uçtan Diğer Uca Lipid Metabolizması: Çocukluk Çağında Hiperlipidemi Ve Hipolıpıdemıye Metabolik Yaklaşım
P54	**Hazal GACEMER**, Gülcan YILBAŞ KARA, Kübra ÖZKAYA, Şükrü Atacan ÖĞÜTÇÜ, Ece HALIS, Zümrüt ŞAHBUDAK BAL, Gökçen KARTAL ÖZTÜRK, Figen GÜLEN	Kistik Fibrozis Tanılı Hastalarda Lenfositozun Nedeni: Cmv İlişkili Pulmoner Alevlenme Olguları
P55	**Gözde SONGUT**, Niyazi Emre KURŞUNOĞLU, Helin VARDAR, Hatice Esra DURRUKAN, Ayşe GADASHOVA, Cihan ÖNDER, Nihal ÖZDEMIR, Deniz YILMAZ KARAPINAR	Gne Geni İlişkili Kalıtal Trombositopenı
P56	**Burcu BILDIK MUTLUEL**, Husniyya SHIKHALIZADE, Nihal KARADAS, Deniz YILMAZ KARAPINAR, Hatice Esra DURUKAN, Ayşe GADASHOVA, Cihan ÖNDER	Rhag Ve Clcn7 Varyantlarının Birlikte Saptandığı, Sekonder Demir Yükü İle Seyreden Nadir Bir Coombs-Negatif Hemolitik Anemi Olgusu
P57	**Elif Zeynep GURUP TEMIZEL**, Sevgin TANER, Sümeyye SÖZDUYAR, Sibel TIRYAKI, Ipek KAPLAN BULUT	Konjenıtal Dev Mesane Dıvertıkülüne Bağlı Postrenal Akut Böbrek Hasarı: Olgu Sunumu
P58	**Başak Yaşam ÇINAR TOPAL**, Muhammed Yasin AKÇAKOCA, Özlem ATEŞ YAMAN, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	Ailesel Heterozigot Grın1 Mutasyonlu Dirençli Epilepsili Olgu Sunumu
P59	**Sevgi SAKMAN**, Aygun SULEYMANLI, İlkay YURTSEVEN, Özlem BAĞ	İnvajinasyon ile Karışan Bir İnvaziv Diare Olgusu
P60	Gkioultzan MOUSTAFA BASA, **Yaren Sena HANCI**, Tuba Yurdusev, Deniz Kızmazoğlu, Ceren Sarıoğlu, Orkun Sarıoğlu, Safiye Aktaş, R. Emre Çeçen	Solunum Sıkıntısı ile Gelen İnfant: Posterior Mediastinal Kitle
P61	Gülçin ŞAN, **Fatma Sena AVCI**, İlkay YURTSEVEN, Özlem BAĞ	Wolman Hastalığı Tanılı Olguda Enzim Tedavisinin Klinik Seyre Etkisi
P62	**Hasancan ESEN**, Ömer YILDIZ, Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR, Ilkay YURTSEVEN, Özgür OLUKMAN, Özlem BAĞ	Arc Sendromu: Tanı Koymak Mı Zor? Sonrası Mı?
P63	**Mahli Batuhan ÖZDOĞAR**, Dilem ERIŞ, Özgür OLUKMAN	Yenidoğan Dönemında Rastlantısal Ölümcül Bır Bırlıktelık: Maternal Gıda Takvıyesı Kullanımına Bağlı Neonatal Toksık Hepatıt ve K Vıtamını Uygulaması Reddı İle İlışkılı Yenıdoğanın Geç Hemorajık Hastalığı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P1

SKOLYOZ CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Pelin BAHÇECİOĞLU[1], Süleyman Emre KARAÜZÜM[2], Aslı ARSLAN[2], Coşkun EKEMEN[2], Emine Çiğdem ÖZER[2], Vehbi Batuhan KARABULUT[3], Sabire Şöhret AYDEMİR[4], Zümrüt ŞAHBUDAK BAL[2], Güldahiye AVCU[2]

[1]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Radyoloji, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), ortopedik girişimlerden sonra en sık görülen ve ciddi morbiditeye yol açan komplikasyonlardandır. Özellikle implant kullanılan skolyoz cerrahisi gibi majör operasyonlarda enfeksiyon riski belirgin olarak artmakta; klinik bulguların özgül olmaması tanıyı zorlaştırabilmektedir.

Olgu: On dört yaşında kız hasta, Kasım 2024'te geçirdiği posterior spinal füzyon cerrahisini takiben, yaklaşık iki ay sonra ameliyat yerinde ağrı, şişlik ve ateş yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede marfanoid fenotip özellikleri ve torakolomber bölgede ısı artışı ve fluktuasyon gösteren 12×5 cm boyutlarında bir kitle izlendi. Enflamasyon belirteçleri anlamlı yüksek saptandı (WBC: 17.710 /µL, CRP: 254 mg/L, Sedimantasyon: 83 mm/saat). Görüntülemede T6–L3 düzeyleri arasında, subkutan dokuya uzanım gösteren 25×8 cm'lik hemorajik ve yoğun içerikli paravertebral koleksiyon saptandı. Ampirik olarak sefepim ve vankomisin başlanan hastaya girişimsel radyoloji eşliğinde perkütan drenaj uygulanarak pigtail kateter yerleştirildi. Abse kültüründe metisilin duyarlı Staphylococcus aureus (MSSA) saptanması üzerine antibiyotik tedavisi ampisilin/sulbaktam ve rifampisin olarak düzenlendi. İzlemde koleksiyonun tamamen gerilediği ve hastanın oral sefaleksin tedavisiyle taburcu edildiği bildirildi.

Sonuç: Bu olgu, skolyoz cerrahisi sonrası gelişen geç başlangıçlı derin cerrahi alan enfeksiyonunun yönetimini vurgulamaktadır. MSSA kaynaklı enfeksiyonda uygun antibiyotik tedavisi ve görüntüleme eşliğinde uygulanan drenaj işlemiyle başarılı klinik sonuç elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi alan enfeksiyonu, Skolyoz cerrahisi, Staphylococcus aureus, Perkutan drenaj, Paravertebral abse

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P2

YÜKSEK PROTEİNLİ BESLENME SONRASI KOMA İLE ACİLE BAŞVURAN HASTA: ÜRE DÖNGÜSÜ BOZUKLUKLARI

Taner BOLAT

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Doktorluğu, İzmir, Türkiye

Üre döngüsü bozuklukları, insan metabolizmasının nadir görülen genetik hastalıklarıdır. Genellikle yenidoğanlarda teşhis edilirler, ancak geç başlangıçlı Üre döngüsü bozuklukları çocuklarda ve her yaştan yetişkin hastada da bildirilmiştir. Ornitin transkarbamilaz (OTC) eksikliği, tüm vakaların yaklaşık %50'sini oluşturur. X'e bağlı bir bozukluktur. Hemizigot erkekler genelde yenidoğan döneminde bulgu vermektedir ve yoğun tedavi almalarına rağmen kaybedilmektedir. Burada, çocukluk çağına kadar şikayeti olmayan, yüksek protein (kelle paça) beslenme sonrası hızla kötüleşen ve acil servise komada başvuran, tetkiklerinde hiperammonemi saptanan ve son olarak OTC tanısı alan bir vaka paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler:OTC eksikliği, Hiperammonemi, Üre döngüsü bozuklukları

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

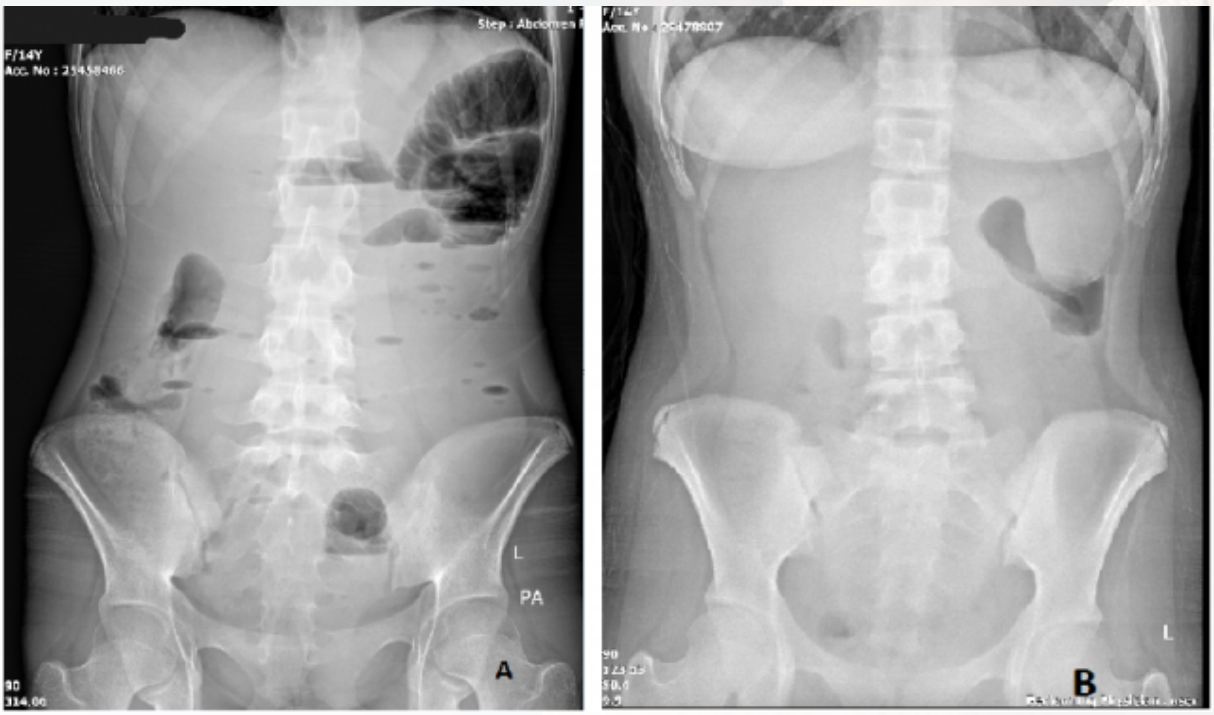
P3

AİLESEL İNVAJİNASYON EĞİLİMİ: PEUTZ-JEGHERS SENDROMU TANISI ALAN İKİZ KARDEŞLER

Büşra ULUYOL[1], Zeynep ÖLMEZ MART[2], Anıl ER[2], Emel ULUSOY[2], Oktay ULUSOY[3], Öznur ESER[2], Merve ERASLAN CANBELDEK[2], Özge GÜNAL[2], Murat DUMAN[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İZMİR, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil BD, İZMİR, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İZMİR, Türkiye

Giriş: İnvajinasyon, barsak segmentlerinin teleskopik olarak iç içe geçmesi olarak tanımlanmaktadır. İnfant yaş grubunda, akut batının en sık sebebidir. İnvajinasyon en sık 4 ay-3 yaş arasında görülür, ancak daha büyük çocuklarda da akut batın ayırıcı tanısında göz ardı edilmemelidir. Tipik yaş aralığı dışında görülen invajinasyon olgularında, genellikle patolojik bir öncü nokta bulunmaktadır. Amacımız, kliniğimizde invajinasyon tanısı alan adolesan yaş grubundaki ikiz kardeşleri sunarak, altta yatan nadir bir sebep olan Peutz Jeghers Sendromunu vurgulamaktır.



Resim 1. Olguların ADBG görüntüleri (A: Olgu 1, B: Olgu 2)

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Olgu 1: 14 yaş kız hasta, iki gündür olan mide bulantısı, karın ağrısı ve bir gündür gaz-gaita çıkışının olmaması ile çocuk acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde GKS:15, normotansif, kapiller dolum zamanı 3 sn ve batında yaygın hassasiyet ile distansiyon mevcuttu. Dudaklarında hiperpigmente lezyon görülen hastanın, demir eksikliği anemisi dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Soygeçmişinde babasının intestinal polip ile takipli olduğu öğrenildi. Alınan rutinlerinde BUN:26, Kreatinin:1.33, CRP:228 olarak saptandı. Batın ultrasonda "En geniş yerinde sol üst kadranda 38 mm ölçülen dilate ince bağırsak ansları" saptandı. Acil serviste çekilen Kontrastlı Batın BT'de ise "Pelvik düzeydeki ileoileal invajinasyona sekonder ileus bulguları, pelvik serbest sıvı" görüldü. Bu sırada taşikardi ve hipotansiyonu gelişen hastaya inotrop başlandı ve hasta acil operasyona alındı. Operasyonda çocuk cerrahisi ekibi tarafından çok sayıda polip görülen hastaya radikal rezeksiyon yapıldı. Operasyon bloğunun patolojik incelenmesinde morfolojik özellikleri hamartomatöz polipler ile uyumlu bulundu. Hastamız mukokutanöz lezyonları, hamartomatöz polipleri, aile öyküsü ile birlikte Peutz Jeghers Sendromu tanısı aldı.

Olgu 2: Olgu 1'in ikiz kız kardeşi olan kız hasta, Olgu 1'den 8 gün sonra karın ağrısı ve kusma ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Özgeçmişinde 5 yaşında invajinasyon sebebi ile opere olduğu öğrenildi. Batın ultrasonunda "Rektumdan transvers kolon orta kesime kadar hedef tahtası görünümü, uzun segment kolokolik invajinasyonla uyumlu" görüldü. Çocuk cerrahisi tarafından ultrason eşliğinde 3 kez hidrostatik redüksiyon denendi ancak invajine segmentin redükte olmaması üzerine, hasta acil operasyona alındı. Operasyonda çok sayıda barsak polipi görülen hastamız da kardeşi gibi, Peutz Jeghers Sendromu tanısı aldı.

Sonuç: Peutz-Jeghers sendromu, otozomal dominant geçişli, gastrointestinal sistemde çok sayıda hamartomatöz polip ve mukokutanöz lezyonlar ile karakterize bir sendromdur. Karakteristik mukokutanöz pigmente lezyonlar, en sık dudaklarda ve perioral bölgede, el içlerinde, yanak mukozasında ve ayak tabanlarında görülür. Gastrointestinal hamartomatöz polipler ise gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilir. Polipler yaşamın ilk on yılında gelişir ve çoğu hasta 10 ile 30 yaşları arasında semptomatik hale gelir. Polipler, öncü nokta olarak adolesan ve erişkin yaşlarda invajinasyona sebep olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnvajinasyon, Öncü nokta, Peutz Jeghers, Polip



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P4

EPİGNATUS: NADİR YENİDOĞAN OLGU SUNUMU

Sema TANRIVERDİ[1], **Berna Cansu ARITAŞ**[2], Eliza Melodi DOSDOĞRU ÖKLÜ[2], Halil İbrahim TANRIVERDİ[3]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Manisa, Türkiye
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Giriş: Epignatus damaktan kaynaklanan orofarinksin nadir matür teratomudur. Antenatal tanısı genellikle zordur. Doğumdan sonra yaşamı tehdit eden havayolu tıkanıklığına neden olabilir.Tedavisi cerrahi eksizyondur. Solunum sıkıntısı nedeniyle yatırılan, ağız içinde teratom saptanan ve postnatal 1. gününde opere edilen yenidoğan olgusu sunuldu.

Olgu: Yirmi yedi yaşında gravida 4, parite 3 anneden 34. Gebelik haftasında sezaryen ile bebek doğurtuldu. Doğum ağırlığı 2270 gr idi. Solunum sıkıntısı nedeniyle nCPAP solunum desteğine alındı. Fizik muayenesinde damakta epiglottisten köken alan yaklaşık 3*1 cm boyutlarında saplı kitle görüldü. Antenatal tanısı yoktu. Çocuk cerrahisi ile görüşüldü. Postnatal 1. gününde kitle eksize edildi. Patoloji raporu teratom, epignatus olarak değerlendirildi. Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Yaşamının 5. günü oda havasında izleme alındı. Yaşamının 3. gününde minimal beslenme, 10. gününde full enteral beslenme, 15. gününde full oral beslenmeye geçildi. Yaşamının 18. günü sağlıklı taburcu edildi.

Sonuç: Epignatus yenidoğan bebeklerde yaşamı tehdit edici bir teratomdur. Epignatus tanısı alan bu olgu doğumdan sonra erken tanının, havayolu tıkanıklığının önlenmesinin ve kitlenin cerrahi olarak çıkarılmanın prognozu iyileştirdiğini vurgulamak için sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Hava yolu tıkanıklığı, epignathus, yenidoğan

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P5

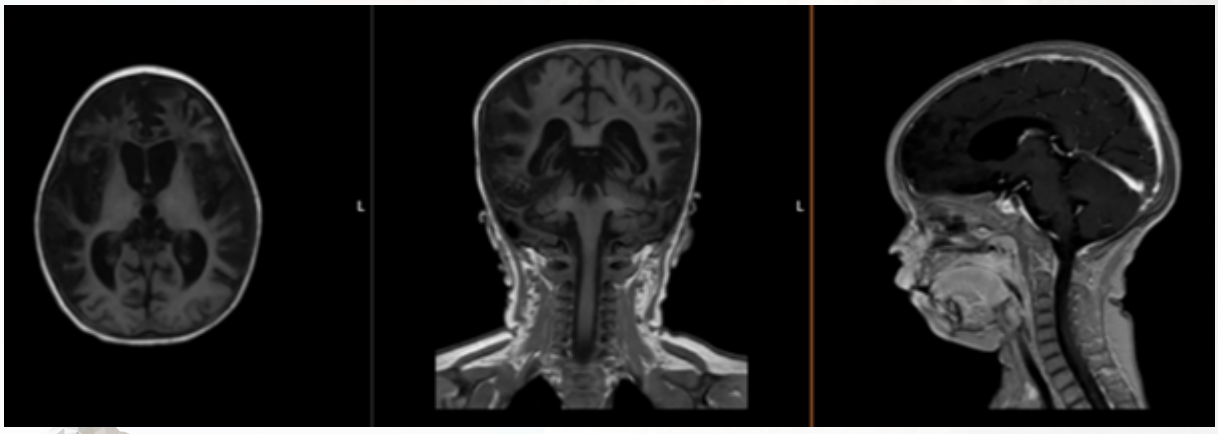
HERPES ENSEFALİTİ SONRASI N-METIL-D-ASPARTAT RESEPTÖR POZİTİFLİĞİ İLE ORTAYA ÇIKAN OTOIMMUN ENSEFALİT OLGUSU

Sema Gökçe BURAN[1], Hüseyin Bahadır ŞENOL[2], Ayşe İpek POLAT[2], Adem AYDIN[2], Ayşe Semra HIZ[2], Uluç YİŞ[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş
Herpes simpleks virüs (HSV) ensefaliti ateş yüksekliği, nöbetler, fokal nörolojik belirtiler, anormal davranışlar, bilinç değişikliği ve istemsiz hareketlerle karşımıza çıkabilen tanısı beyin omurilik sıvısından PCR yöntemiyle koyulabilen herpetik enfeksiyonların nadir bir komplikasyonudur. Hastalık akut dönemde immunsüpresif tedaviler gerektirmesiyle birlikte postenfeksiyöz dönemde de izlemi önemlidir. Hastaların üçte birinde otoimmün ensefalit gelişebilmektedir. Bu vaka raporunda erken klinik bulgu tanınması amacıyla küçük yaşta HSV enfeksiyonu sonrasında gelişen otoimmün ensefalit tanılı bir hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu
Daha öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 2 ay önce HSV Ensefaliti öyküsü olan 1 yıl 7 günlük kız hasta, 4-5 gündür istemsiz hareketlerde artış olması nedeniyle başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde nörolojik gelişimi yaşına göre geri, ekstremitelerde kore benzeri hiperkinetik hareket bozukluğu ve orofasiyal diskinetik hareketleri mevcuttu. Akut gelişen hareket bozukluğu ve uyku- uyanıklık düzeninin bozulması ile otoimmün ensefalit ön tanısı ile tetkik edildi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde her iki temporal ve frontal loplarda belirgin ve kaudat nükleusta da atrofisi mevcuttu (Şekil 1). Lomber ponksiyon ile beyin omurilik sıvısından yapılan tetkiklerde N-metil- D-aspartat (NMDA) antikoru pozitif olarak saptandı, diğer sonuçları olağandı. Tedavide intravenöz immunglobulin ardından 5 gün steroid tedavisi tamamlandı. Klinik gidişatı ilerlemesi üzerine erken dönemde plazmaferez başlandı.



Şekil 1

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Tartışma-Sonuç
Bu olgu, HSV ensefaliti sonrasında gelişen NMDAR pozitif otoimmün ensefalitin tanınmasının küçük yaş grubunda da önemli olduğunu göstermektedir. Erken tanı ve uygun immünmodülatör tedavi ile klinik iyileşme sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: ensefalit, Herpes Simpleks Virüsü, hareket bozukluğu, otoimmun

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P6

HOMOZİGOT AİLEVİ HİPERKOLESTEROLEMİDE ERKEN TANI VE TAKİBİN ÖNEMİ

Enver Emre Orhan[1], Melis KIRMIZITAŞ[2], Emine Didem DEMIRDÖKEN[2], Duygu UZUN DINÇTÜRK[2], Merve BILEN[2], Pelin TEKE KISA[2], Nur ARSLAN[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç
Homozigot Ailevi hiperkolesterolemi (HoFH), yüksek LDL kolesterol düzeyleri ile karakterize, otozomal dominant geçişli, kalıtsal bir lipid metabolizma bozukluğudur. HoFH çok nadirdir ve yaklaşık 250.000 kişide 1 görülür. Özellikle çocukluk çağında erken tanı almadığında, kardiyovasküler sistemde geri dönüşümsüz hasarlara yol açabilir. Bu çalışmada, klinik ve genetik olarak doğrulanmış üç HoFH olgusunun tanı süreci, izlem bulguları ve tedavi yanıtları sunularak erken tanı ve tedavinin önemi vurgulanmaktadır.

Gereç ve Yöntem
Bu tanımlayıcı çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Metabolizma Kliniği'nde takip edilen üç olgunun medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, lipid profilleri, genetik analizleri ve tedavi yanıtları değerlendirildi.

Bulgular
Olgu 1
2018'den beri izlenen hastada büyük ksantomlar nedeniyle cerrahi girişim uygulanmıştır. Başlangıç LDL düzeyi 506 mg/dL'dir. LDLR geninde homozigot varyant saptanmıştır. Rosuvastatin ve ezetimib tedavisiyle LDL 184 mg/dL'ye düşerek %63,6 oranında azalma sağlanmıştır.

Olgu 2
6 yaşında ksantomlar ile başvuran hastada LDL düzeyi 758 mg/dL'dir. LDLR geninde homozigot varyant saptanmıştır. Karotis arterlerde plak, ekokardiyografide trivial düzeyde kapak yetersizlikleri saptanmıştır. Rosuvastatin, ezetimib ve lipid aferezi tedavisi sonrası LDL 464 mg/dL'ye düşmüş, %38,8 azalma gözlenmiştir.

Olgu 3
4 yaşında Olgu 2 ile benzer cilt lezyonları ile başvuran hastada LDL düzeyi 727 mg/dL'dir. Ekokardiyografide trivial düzeyde aortyetersizliği dışında patoloji saptanmamıştır. LDLR geninde homozigot varyant saptanmıştır. Olgu 2 ile benzer şekilde rosuvastatin, ezetimib ve lipid aferezi ile kombine tedavi uygulanmıştır. Tedavi ile LDL 377 mg/dL'ye düşerek %48,1'lik azalma sağlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç
Her üç olguda da küçük yaşta cilt lezyonları tanı için önemli ipucu olmuştur. Homozigot Ailevi Hiperkolesterolemi tanısı, genetik analizlerle doğrulanmıştır. Genetik doğrulama ve aile taraması ile yeni hasta tespiti, komplikasyon gelişimini önlemede hayati öneme sahiptir. Bu bulgular, hekimlerin ailesel hiperkolesterolemili veya bu hastalıktan şüphelenilen çocukları test etmeye ve tedavi etmeye istekli olmalarının ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Özellikle pediatristler, çocukluk çağında tanının konulması ve uygun tedaviye yön verilmesi açısından kilit bir rol üstlenmektedir. Erken yaşta yapılan tarama ve ardından başlanan optimal tedavi hem iyi tolere edilmekte hem de uzun vadede kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktadır. Ayrıca, yeni geliştirilen tedavi seçenekleri sayesinde ailesel hiperkolesterolemi günümüzde etkin şekilde yönetilebilir bir hastalık haline gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hiperkolesterolemi, Homozigot Varyant, Ksantom, Aterom Plak



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P7

KİSTİK FİBROZİS TANILI BIR ÇOCUKTA BRONŞİYAL ARTER EMBOLIZASYONU SONRASI GELİŞEN NADİR BİR KOMPLİKASYON: ALVEOLAR HEMORAJİ

Ceyda Nur DEMİRYÜREK[1], Beste ÖZSEZEN[2], Orkun SARIOĞLU[3], Ceren SARIOĞLU[4], Handan GÜLERYÜZ[4], Nevin UZUNER[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı- Girişimsel Radyoloji, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı- Çocuk Radyoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozisli (KF) hastalarda hemoptizi nadir ancak ciddi bir komplikasyon olup, bronşiyal arter hipertrofisi ve enfeksiyonlarla ilişkilidir. Bu olgu sunumunda, KF tanılı bir çocuk hastada gelişen şiddetli hemoptizi ve yönetim süreci ele alınmıştır.

Olgu: Dokuz yaşında erkek hasta, KF tanısı ile takip edilmekte olup, öksürük ve balgam miktarında artış şikayetleri, son üç gündür günde 3-4 kez bir avuçtan fazla, parlak kırmızı kanama şikayeti ile acil servise başvurdu.Acil serviste yapılan değerlendirmede hastanın genel durumunun iyi, bilincinin açık olduğu gözlendi. Solunum sayısı 14/dk, kalp tepe atımı 85/dk, arteryal tansiyon 110/65 mmHg, oda havasında oksijen saturasyonu %96 olarak saptandı. Fizik muayenesinde sağ akciğer üst zonda tübersulf dışında solunum sistemi muayenesi normaldi ve ağır düzeyde çomak parmağı mevcuttu.Hasta yatırılarak intravenöz piperasilin-tazobaktam ve amikasin tedavileri, hidrasyon ve intravenöz traneksamik asit başlandı. Orta düzeyde hemoptizi tarifleyen hastanın almakta olduğu dornaz alfa ve göğüs fizyoterapisi geçici olarak kesildi. Çekilen torakal aorta bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografisinde bronşiyal arterin tortiyoze ve dilate olduğu, hemoptizinin bu nedenle geliştiği saptandı.Hastanın yatışında alınan derin orofaringeal sürüntüde ilk kez Pseudomonas aeruginosa üremesi ve solunum yolunda Adenovirüs pozitifliği saptandı. Mevcut tedavilere rağmen hemoptizisi 7. günde tamamen kaybolduktan sonra enfeksiyon tedavisi tamamlandı ve hasta girişimsel radyoloji bölümü tarafından bronşiyal arter embolizasyonuna alındı. İlk 72 saat içinde 38.5°C'ye kadar ulaşan ateş ve sağ göğüs ağrısı gelişmesi nedeniyle yapılan değerlendirmede mevcut laboratuvar ve akciğer grafisi ile hastaya postembolizasyon sendromu tanısı kondu. Postoperatif 5. gününde hemoglobin düşüşü saptanması üzerine çekilen akciğer grafisinde sağ alt zonda konsolide alan tespit edilmesi üzerine kontrastlı toraks BT çekildi. Toraks BT'de yaygın alveolar buzlu cam dansiteleri ve konsolidasyon ile uyumlu diffüz alveolar hemoraji saptandı. Hastaya eritrosit süspansiyonu replasmanı, intravenöz traneksamik asit ve meropenem, teikoplanin tedavileri başlandı. Postoperatif 14. gününde alveolar hemorajisi ve konsolidasyonu gerileyen hastanın tüm tedavileri sonlandırılarak taburcu edildi.

Sonuç: KF'de hemoptizi, sıklıkla bronşiyal arter hipertrofisi sonucu gelişen kanama ile ilişkilidir. Orta ve ağır düzeyde hemoptizi olgularında bronşiyal arter embolizasyonu (BAE) etkili bir tedavi yöntemi olup, bu olguda da başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Mevcut kaynaklarda, BAE'nin en sık görülen komplikasyonları arasında göğüs ağrısı, ateş ve pnömoni yer alırken, bronşiyal arter diseksiyonu, parestezi ve batın içi organ infarktları gibi nadir komplikasyonlar da bildirilmiştir. Çocuk hastalarda hemoptizi yönetiminde BAE'nin kanama kontrolünde %70 oranında etkili olduğu belirtilmektedir. Ancak bu yaş grubunda BAE sonrası alveolar hemoraji gelişimine dair vaka bildirimlerine literatürde rastlanmamıştır. Bu olgu, KF'de hemoptizi yönetimi ve olası komplikasyonlara dikkat çekmek açısından önemlidir. BAE sonrası alveolar hemoraji nadir bir komplikasyon olup, literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir. Böyle bir komplikasyonla karşılaşıldığında, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli, literatürdeki benzer vakalar ve tedavi yaklaşımları göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, Bronşiyal arter embolizasyonu, Hemoptizi, Post embolizasyon sendromu, Çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P8

ALOPESİ İLE SEYREDEN NADİR BİR İSKELET HASTALIĞI; VİTAMİN D BAĞIMLI RİKETS TIP 2

Defne Ekinsu YÜKSEL KISA

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş
Rikets, büyüme çağındaki çocuklarda mineralizasyonun bozulmasına bağlı gelişen, iskelet sistemini etkileyen bir hastalıktır. Genellikle süt çocukluğu döneminde ortaya çıkar ve iskelet deformiteleriyle seyreder. Rikets olgularının yaklaşık %13'ü genetik etiyolojiye sahiptir. Bu olgu sunumunda, alopesi ve yürüme bozukluğu ile başvuran bir pediatrik hastada nadir görülen, vitamin D bağımlı rikets tip 2 (VDDR2) tanısı sunulmaktadır.

Olgu Sunumu
İki yaşında kız hasta, saç dökülmesi ve yürüme güçlüğü yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Saç dökülmesinin 6. ayda başladığı, 15–16. aylarda yürüme sırasında bacaklarda eğrilik fark edildiği öğrenildi. Daha önce dermatoloji ve ortopedi polikliniklerine başvurmuştu. Soygeçmişinde birinci derece kuzen evliliği mevcuttu. Fizik muayenede frontal ve oksipital bölgelerde fokal alopesi, raşitik rozari ve bilateral ulnar çanaklaşma saptandı. Hastanın alt ekstremitelerine ortez uygulanmıştı. Başvuru anında vücut ağırlığı 12 kg (34p, -0,34 SDS), boy 84 cm (20p, -0,82 SDS) olarak ölçüldü.Yapılan tetkiklerinde fosfor 3,9 mg/dL (4,5-6,7 mg/dL), kalsiyum 8,06 mg/dL(9-11 mg/dL), 25-OH D vitamini 27,33 ng/mL (30-100 ng/mL), PTH 707,7 pg/mL (12-88 pg/mL), ALP 618 U/L (108-317 U/L) saptandı. Radyolojik değerlendirmede uzun kemik metafizlerinde çanaklaşma, düzensizlik ve fırçalaşma izlendi. Moleküler analizde VDR geninde c.755+1G>T splice-site mutasyonu homozigot olarak tespit edildi; ebeveynler heterozigot taşıyıcıydı. Klinik, biyokimyasal, radyolojik ve genetik bulgular doğrultusunda hastaya VDDR2 tanısı konularak uygun tedavi protokolü başlatıldı.

Tartışma-Sonuç
Vitamin D bağımlı rikets tip 2, VDR geninde oluşan mutasyonlar sonucu hedef organlarda vitamin D'ye yanıtsızlık ile karakterize, nadir görülen bir rikets alt tipidir. Bu olguda olduğu gibi, dirençli rikets bulgularına eşlik eden erken başlangıçlı alopesi, tanısal açıdan ayırt edici bir bulgu olabilir. Özellikle akraba evliliği öyküsü gibi genetik risk faktörlerinin bulunduğu olgularda VDDR2 ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile iskelet sistemine ait komplikasyonlar ve gelişimsel gecikmelerin önüne geçilmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Rikets, Alopesi, Vitamin D Bağımlı Rikets Tip 2, Genetik tanı, Akraba evliliği

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P9

NADİR GÖRÜLEN BİR PROGRESİF MİYOKLONİK EPİLEPSİ TÜRÜ; LAFORA HASTALIĞI

Defne Ekinsu YÜKSEL KISA, Hüseyin Bahadır ŞENOL[2], Ayşe İpek POLAT[2], Adem AYDIN[2], Ayşe Semra HIZ[2], Uluç YİŞ[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İzmir

Giriş
Progresif miyoklonus epilepsi (PME), değişken bir zaman diliminde kademeli olarak kötüleşen hem miyoklonus hem de nöbetleri içeren çeşitli bir hastalık grubudur. Bir çeşit PME türü olan Lafora Hastalığı yaklaşık olarak 1-4/1,000,000 sıklıkta görülür. Lafora hastalığı, EPM2A veya EPM2B genlerindeki mutasyonlardan kaynaklanan, nadir görülen, otozomal resesif geçişli progresif miyoklonik epilepsidir. Anormal glikojen metabolizması sonucu çeşitli dokularda Lafora cisimcikleri olarak bilinen poliglukozan birikimleriyle karakterizedir. Genellikle ergenlik döneminde miyoklonik nöbetler, bilişsel bozulma ve ataksi gibi ilerleyici nörolojik bulgularla ortaya çıkar. Erken tanı semptomların yönetimi açısından kritik öneme sahiptir, ancak hastalığın tedavisi dirençli seyri nedeniyle halen zorluk arz etmektedir.
Bu raporda daha önce tanımlanmayan bir varyantın hastalığa yol açtığı geç başlangıçlı Lafora Hastalığı tanısı olan olgu sunulacaktır.

Olgu
16 yaş erkek hasta, bir süredir devam eden ellerde sıçrama tarzı hareketler sebebiyle dış merkezde tetkik edildikten sonra tarafımıza başvurdu. Hastanın hareketleri gün içerisinde yaklaşık 10 kez devam ediyordu. Soygeçmişinde anne-baba arasında kuzen evliliği mevcuttu. Özgeçmişinde esansiyel hipertansiyon nedeniyle amlodipin kullandığı ve sıçrama hareketleri nedeniyle dış merkezde levetirasetam (10mg/kg/gün) başlandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde tüm sistem muayeneleri ve nörolojik muayenesi olağandı. Yapılan rutin kan tetkikleri olağandı ve kranial manyetik rezonans görüntülemesi normal olarak sonuçlandı. Hastanın elektroensefalografisinde jeneralize 3-4 Hz anormal diken dalga deşarjları ve çoklu diken dalga deşarjları saptandı. Epilepsi panelinde Homozigot EPM2A (NM_005670.4):c.801C>A p.(Asn267Lys) varyantı saptandı. Bu varyant daha öncesinde tanımlanmamış ve önemi bilinmeyen varyant sınıfındaydı. Tanıyı doğrulama amacıyla aksiller bölgeden deri punch biyopsisi yapıldı ve tanısı Lafora hastalığı olarak kesinleşti.

Sonuç-Tartışma
Lafora hastalığı, nadir görülmesine rağmen özellikle miyoklonik nöbetlerle başvuran hastalarda geç başlangıç da olsa ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Genetik analizler, Lafora hastalığı tanısında kilit rol oynamaktadır. Yeni varyant saptanan olgularda klinik uyumlu ise cilt biyopsisi ile fonksiyonel testler tanıda doğrulamayı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Lafora hastalığı, Progresif miyoklonus epilepsi (PME), Poliglukozan cisimcik, Genetik epilepsi sendromları, Nörodejeneratif hastalık

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P10

KURUYEMİŞ ANAFILAKSISI OLAN ÇOCUKLARIN KLİNİK VE ALERJİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge KANGALLI BOYACIOĞLU[1], **Gamze YAKIN**[2], Özgen SOYÖZ[3], Semiha BAHÇECİ[3]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Kliniği, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Abd, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Kliniği, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş:
Kuruyemişler, çocukluk çağında besin alerjilerine bağlı anafilaksinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışma, kuruyemiş anafilaksisi geçirmiş çocukların klinik, laboratuvar ve eşlik eden atopik durumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:
2015–2025 yılları arasında üçüncü basamak çocuk alerji kliniğine başvuran ve kuruyemiş kaynaklı anafilaksi öyküsü bulunan hastaların dosyaları incelendi. Hastaların demografik özellikleri, anafilaksi nedeni olan kuruyemiş türü, anafilaksi gelişme yaşı, bazal triptaz ve total IgE düzeyleri, eşlik eden atopik hastalıklar ve ailedeki atopik hastalık varlığı analiz edildi.

Bulgular:
Çalışmaya kuruyemiş ile anafilaksisi olan 17 çocuk dahil edildi (%66,7'si erkek). Anafilaksiye neden olan en sık kuruyemişler sırasıyla ceviz, fındık, antep fıstığı, kaju ve badem olarak saptandı. Anafilaksi yaşı ortalama 44,3 ay olup, en küçük olgu 6 ay, en büyük olgu 180 ayda anafilaksi geçirmişti. Olguların %82'sinde (n=14) eşlik eden atopik hastalık mevcuttu. Vakaların %41.2'sinde (n=7) alerjik rinit, %41.2'sinde (n=7) atopik dermatit ve %29.4'ünde (n=5) astım mevcuttu. Sadece %17.6'sında (n=3) eşlik eden herhangi bir atopik hastalık bulunmamaktaydı. Ortalama total IgE düzeyi 599,6 IU/mL saptandı. Bazal triptaz düzeyleri normal sınırlarda olup ortalama değer 3,87 ng/mL olarak bulundu. Deri prick testi sonuçlarına göre en sık pozitiflik fındık (%58,8) ,antep fıstığı (%58,8), ceviz (%58,8) alerjenlerinde saptanmıştır. Fındık, antep fıstığı ve cevizi sırasıyla kaju (%41) ve badem (%41) takip etmiştir. Erkeklerin total IgE ortalaması kızlardan yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,809). Anafilaksi yaşı ile total IgE arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı korelasyon saptandı (r=0,524, p=0,037). DPT pozitiflik sayısı ile total IgE arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir korelasyon gözlendi (r=0,276, p=0,301).

Sonuç:
Kuruyemiş anafilaksisi, erken çocukluk döneminde ortaya çıkmakta ve sıklıkla birden fazla kuruyemişe karşı duyarlılıkla birlikte seyretmektedir. Bu çocuklarda alerjik rinit ve astım gibi diğer atopik hastalıkların eşlik etmesi sık görülmektedir. Kuruyemiş anafilaksisi olan çocukların erken tanı alması, riskli besinlerden kaçınması ve acil müdahale planlarının oluşturulması hayati önem taşımaktadır. Bu sonuçlar, kuruyemişe bağlı anafilaksinin ülkemizdeki dağılımına ve klinik seyrine ışık tutarak hem tanısal hem de koruyucu yaklaşımlar açısından önemli katkılar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Kuruyemiş alerjsi, Pediatri, Deri prik testi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P12

PROPİTOZİS: KIRMIZI BAYRAK

Nupel Serna GÜNDOĞDU[1], Tuba YURDUSEV[2], Deniz KIZMAZOĞLU[2], Refik Emre ÇEÇEN[2], Fatma Ceren SARIOĞLU[3], Safiye AKTAŞ[4]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Onkolojisi, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Bir orbita patolojisi olan proptozis, göz küresinin orbitadan dışarı çıkması olarak tanımlanır ve görmeyi veya yaşamı tehdit edebilen çok çeşitli patolojilerden kaynaklanabilir. Klinik öykü, fizik muayene bulguları ve görüntüleme özellikleri etiyolojiyi belirlemede oldukça önemlidir. Ayırıcı tanısı geniş olmakla beraber enfeksiyöz, inflamatuar, vasküler ve neoplastik nedenleri olabilmektedir. Burada, izole propitozis ile tarafımıza başvuran, orbita kitlesi saptanan ve doku tanısı rabdomyosarkom olarak sonuçlanan olguyu anlatmayı amaçladık.

Olgu: Daha önce bilinen hastalığı olmayan 32 aylık kız hasta, son 1 aydır fark ettikleri sol gözde aşağı kayma ve hafif şişlik şüphesi ile göz hekimine başvuruyor. Göz hekimi tarafından istenen beyin ve orbital MRG'ında, sol göz inferior ekstrakonal alanda boyutları yaklaşık 26x18x10 mm ölçülen kontrastlanan solid kitle saptanması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Başvurusunda sol gözde nötr pozisyonda yukarı ve dışa itilme mevcuttu, nörolojik muayenesi olağandı, eşlik eden başka fizik bakı bulgusu yoktu. Hastanın yapılan taramalarında biyokimyasal parametreleri normal, abdominopelvik ultrasonu ve EKO'su normal, torakoabdomen BT görüntülemesi normal olarak değerlendirildi. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi malignite yönünden negatif olarak sonuçlandı. Doku tanısı amaçlı yapılan biyopsi sonrası patoloji, "orbitada küçük yuvarlak hücreli malign tümör (embriyonel rabdomyosarkom ile uyumlu)" olarak sonuçlandı. Hastamız yapılan taramalar ile T1N0M0 Evre I, klinik grup 3 olarak değerlendirildi. Protokole uygun olarak (ARST0331 protokolü) indüksiyon kemoterapisi başlandı.

Sonuç: Propitoz ile gelen bir çocukta öncelikle enfeksiyöz/enflamatuar nedenlerin dışlanması gerekmekle beraber, olası yer kaplayan oluşum varlığında olası benign ve malign kitleler de akla gelmelidir. Tek taraflı propitozis ve gözde kayma şikayetiyle başvuran pediatrik hastalarda orbital sellülit, tiroid orbitopatisi, hematom, tromboz, hemanjiom gibi tanıların yanında ayırıcı tanı acillerinden olan yumuşak doku tümörleri, lösemiler gibi maligniteler de akla gelmelidir. Fizik inceleme, detaylı göz muayaenesi, kesitsel görüntülemeler ile tanıya gidilmelidir. Bu yaş grubunda en acil tanı olan lösemi öncelikle dışlanmalıdır. Yumuşak doku tümörlerinden orbital rabdomyosarkom, sıklıkla embriyonel alt tipte olup prognozu iyidir. Kemo-radyoterapi ile erken dönemde semptomatik ve radyolojik yanıt alınmakta olup sağkalım oranları %85-90'lardadır.

Anahtar Kelimeler: Propitozis, Orbita patolojileri, Rabdomyosarkom

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P13

DUEDONAL VE ANAL ATREZİ TANILI CHARGE SENDROMU: YENİDOĞAN OLGU SUNUMU

Eylül ÖZDEN [1], Ece GÜRBÜZ[1], Dursun SARTAN[1], Betül Gökçe NAVRUZ[1], Sema TANRIVERDİ[2], Halil İbrahim TANRIVERDİ[3]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Manisa, Türkiye
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Giriş: CHARGE sendomu göz anomalileri, büyüme gelişme geriliği, kalp defektleri, renal ve genital anomaliler, kulak anomalileri ile karakterize birden fazla sistemi ilgilendiren bir sendromdur. Prenatal dönemde dueonal atrezi saptanan ve postnatal dönemde anal atrezine eşlik eden kolobomu, ASD, hipospadiası, pelvik yerleşimli böbrek bulgularıyla CHARGE sendromu tanısı alan yenidoğan bir olgu sunuldu.

Olgu: Yirmi dört yaşında gravida 1, parite 0 anneden 37. gebelik haftasında sezaryen ile bebek doğurtuldu. Doğum ağırlığı 2450 gr idi. Duedonatal atrezi ve anal atrezi nedeniyle yaşamının 1. gününde opere edildi. Operasyon sonrası kolostomi ile izleme alındı. Eşlik edebilecek anomaliler açısından tetkikleri yapıldı. ASD sekundum, pelvik yerleşimli böbrek, ağır hipospadias, sağ iris, koroid ve retinada kolobom saptandı. Yaşamının 7. gününde minimal beslenme, 13. gününde full enteral beslenme, 44. gününde full oral beslenmeye geçildi. Yaşamının 48. günü taburcu edildi.

Sonuç: CHARGE sendromu birçok sistemi ilgilendiren nadir görülen doğumsal genetik bir bozukluktur. Prenatal dönemde saptanan gastrointestinal atrezilerde göz, kulak, renal ve genital anomaliler açısından taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Duedonal atrezi, anal atrezi, yendioğan, CHARGE sendromu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

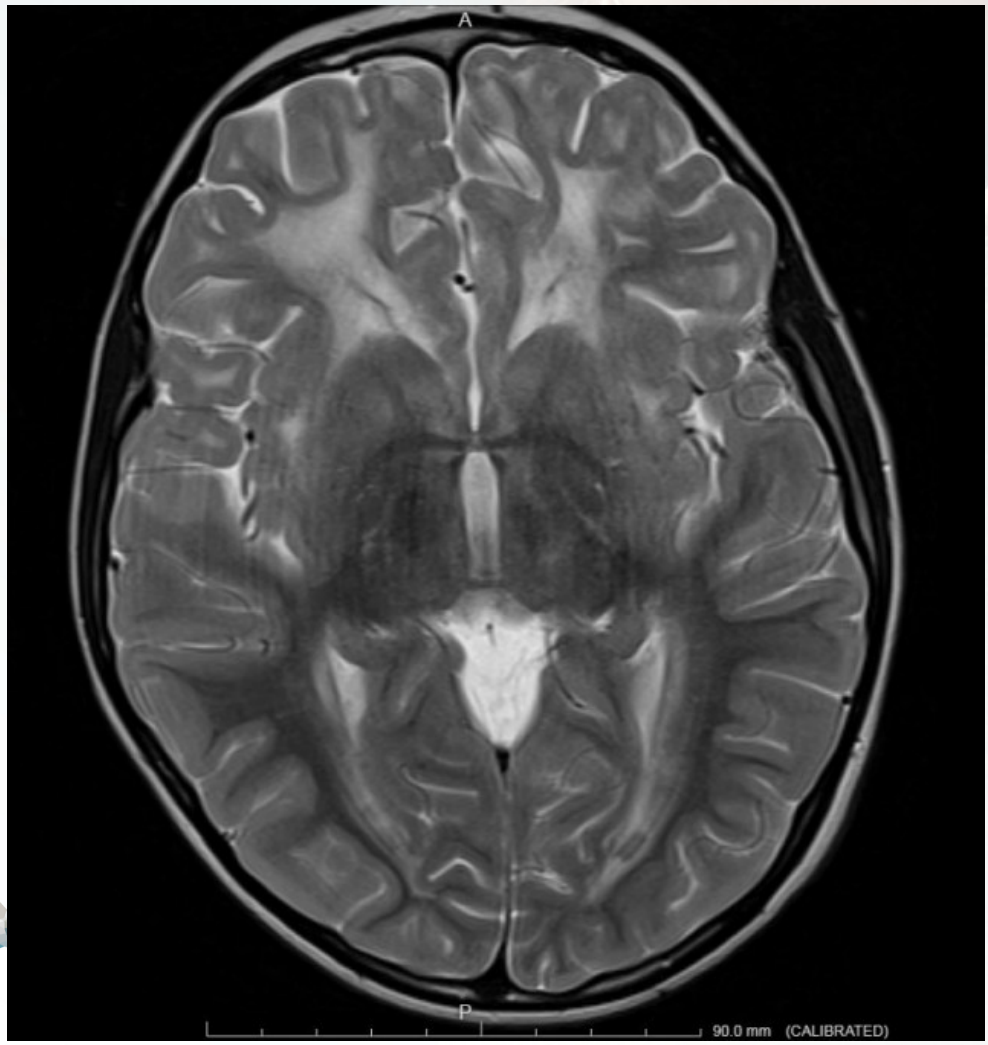
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P14

YÜRÜME BOZUKLUĞU İLE TANI ALAN BİR ALEXANDER HASTALIĞI OLGUSU

Damla SALLAK[1], Gizem DOĞAN[2], Fadime KESKİN[2], Gamze YILDIRIM UZAN[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Alexander hastalığı, frontal bölgede daha belirgin olan beyaz cevher patolojisi ile karakterize nadir görülen, sporadik bir lökoensefalopatidir; megalensefali, nöbetler, spastisite ve psikomotor bozulma ile ilişkilidir. Yaşa göre dört tip ayırt edilebilir: yenidoğan, infantil, juvenil ve yetişkin tip. Beyaz cevherde miyelin kılıfının destrüksiyonu ve Rosenthal lifleri olarak bilinen anormal protein birikintileri oluşur.*GFAP* genindeki mutasyon Alexander hastalığına sebep olmaktadır. Bu durum otozomal dominant olarak kalıtılır. Tanıda kranial görüntüleme ve klinik önemli bir rol oynamakla beraber şu an için tedavisi destekleyici temeller üzerinedir. Bu olgu sunumunda sizlere Alexander hastalığı tanısı alan bir olgumuzu sunmayı amaçladık. Bilinen hastalığı olmayan 6 yaşında erkek olgu yürüme bozukluğu nedeniyle çocuk nöroloji polikliniğine başvurdu. Soygeçmişte annesinin 37 yaşında öldüğü ancak tanı almadığı belirtildi. Hasta ileri inceleme ve tedavi açısından servise yatırıldı. Olgunun fizik muayenesinde; mental açıdan künt nitelikteydi, üst ekstremite kas gücü 3/5, alt ekstremite kas gücü 4/5 saptandı. Yürüyüğü ataksik biçimdeydi. Olgunun gönderilen birinci basamak metabolik testlerinde anormallik saptanmadı. Kranial magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) bilateral frontal alanda daha belirgin olan beyaz cevher tutulumu ve lökodistrofik pattern görüldü. U liflerinin korunduğu izlendi.(Resim-1) MR- spektroskopide kolin artışı görüldü. Tek gen analizi olarak *GFAP* gönderildi, c.1246C>T varyantı saptandı. Varyant analizine baktığımızda patojenik olduğunu saptamamız üzerine hasta klinik, görüntüleme ve genetik açıdan Alexander hastalığı tanısı almış oldu. Hastalığın küratif tedavisi olmaması nedeniyle destekleyici tedaviler ve rehabilitasyon ile izlemi devam etmektedir. Alexander hastalığı ilk olarak 1949 yılında, W. Stewart Alexander'ın megalensefali, hidrosefali ve psikomotor geriliği olan 15 aylık bir çocuk bildirmesiyle tanımlanmıştır. Alexander hastalığı, gerçek yaygınlığı bilinmeyen çok nadir bir hastalıktır. Alexander hastalığının ilk tanımından bu yana yalnızca yaklaşık 550 vaka tanımlanmıştır. Japonya'da yapılan bir çalışmada, insidans 1/2,7 milyon olarak tahmin edilmiştir. Neonatal form oldukça ciddi olup çoğu vaka ölümle sonuçlanmaktadır. Hastamızda olduğu gibi juvenil formda geç başlangıç nedeniyle genelde hastalar normosefaliktir. Konuşma ve yutma güçlüğü, spastisite, ataksi zihinsel yeteneklerde ilerleyici bir kötüleşme ve epilepsi görülebilir. MRG bulguları bu hastalıkta çok tipik tanımlanmış olup tanıda önemli bir yer tutar. En çok tutulan yerler, frontal baskın beyaz cevher, paraventriküler alan ve bazal ganglionlardır.Alexander hastalığı olan hastaların yönetimi, birinci basamak hekimleri, nörologlar, beyin cerrahları, beslenme uzmanları, fizyoterapistler, genetikçiler, radyologlar ve patologlardan oluşan disiplinlerarası bir ekip tarafından yapıldığında en iyi sonucu verir.

Anahtar Kelimeler:alexander, ataksi, metabolik hastalıklar

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P15

KUSMA İLE BAŞVURUDA AKLA AZ GELEN TANI: SUPERİOR MEZENTERİK ARTER SENDROMU

Ece Nur USLU, Tuğçe Tatar ARIK, Oğuzhan Akyaz, Betül Aksoy, Sevim Çakar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş
Superior mezenterik arter (SMA) sendromu, aort ile SMA arasındaki açının daralması sonucu duodenumun üçüncü kısmının sıkışmasıyla ortaya çıkan klinik bir tablodur. Genellikle ani kilo kaybına bağlı retroperitoneal yağ dokusunun azalması ile gelişir ve mide bulantısı, kusma, karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlarla kendini gösterir. Erken tanı önemlidir; aksi halde malabsorbsiyon ve malnütrisyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu sunumda, SMA sendromu tanısı alan ve farklı klinik özellikler gösteren iki adölesan olgu paylaşılmaktadır.

İlk olgu:Konjenital nistagmus nedeniyle nöroloji ve göz hastalıkları tarafından takip edilen 15 yaşındaki erkek hasta, 1 aydır devam eden geçirdiği orta kulak enfeksiyonundan sonra artan sabah bulantısı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Son bir ayda dört kg kilo kaybı vardı. Fizik muayenede genel durumu orta, epigastrik bölgede yaygın hassasiyet saptandı; defans, rebound ve organomegali yoktu. Vücut kitle indeksi 17 kg/m² (-2.11 SDS) idi. Nörolojik muayene horizontal nistagmus dışında patoloji yoktu. Santral görüntülemeler ve göz bakısı olağandı. Organik gastrointestinal patolojiler açısından yapılan endoskopide eritematöz pangastrit ve safra reflüsü gözlendi, histopatoloji olağan izlendi. Devam eden semptomlar nedeniyle çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)de aorta-mezenterik açı yaklaşık 15 ̊ölçüldü ve mide ve duodenum genişliği normal olup belirgin bası bulgusu izlenmedi. Hastaya SMA sendromu tanısıyla konservatif tedavi planlandı; sıvı-elektrolit desteği ve düşük volümlü ve sık enteral ürün ile beslenme uygulandı. İzlemde semptomlarda anlamlı iyileşme sağlandı.

İkinci olgu:On üç yaşında kız, bir gün önce başlayan bulantı ve karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Hasta anoreksiya nervoza tanısı ile iki aydır psikiyatri takibindeydi. Son aylarda yeme bozukluğu nedeniyle kilo kaybı öyküsü vardı. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyeti ve ağır malnütrisyonu vardı. Abdominal ultrasonografide mide distansiyonu ve dilate bağırsak ansları izlendi. Yapılan abdominal BT'de SMA ile aort arasındaki açının 18–20° arasında olduğu, duodenumun üçüncü kısmında sıkışma ve proksimal segmentlerde dilatasyon saptandı. Destek tedavi ve düşük volümlü ve sık enteral ürün ile beslenme sonucunda kilo alımı sağlandı ve semptomlarda gerileme gözlendi.

Tartışma ve Sonuç:
Kusma etyolojisi araştırılırken, SMA sendromu özellikle ani kilo kaybı ve yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak ergenlerde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Psikiyatrik hastalıklara bağlı kilo kaybı yaşayan hastalarda gastrointestinal yakınmaların altında organik nedenler mutlaka dışlanmalıdır. Tedavi genellikle konservatiftir; kilo alımının sağlanması ve mezenterik yağ dokusunun geri kazanılması ile SMA-aort açısı normale döner. Cerrahi girişim, konservatif tedaviye yanıt alınamayan veya şiddetli obstrüktif semptomlarda gereklidir.

Anahtar Kelimeler:kusma, superior mezenterik arter sendromu, duodenal obstrüksiyon, kilo kaybı, yeme bozuklukları

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P16

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P17

HER DOĞUMSAL KİSTİK BÖBREK OTOZOMAL RESESİF POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI MI?

Pelin ABDAL YILDIRIM[1], Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR[2], Eren SOYALTIN[3], Cemaliye BAŞARAN[3], Belde KASAP DEMIR[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi ve Romatolojisi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Kistik böbrek hastalıkları, intrauterin, infantil, çocukluk veya erişkin dönemde ortaya çıkabilen; klinik ve genetik açıdan heterojenlik gösteren bir hastalık grubudur. Bu hastalıklar, unilateral veya bilateral yerleşimli; tek ya da çok sayıda kist ile seyredebilir veya makroskobik kist olmaksızın böbrek korteksinde artmış ekojenite ile kendini gösterebilir. Genetik geçişli olabileceği gibi sporadik olarak da gelişebilir. Bazı kistik böbrek hastalıkları yaşamı tehdit edici olup kronik böbrek hastalığına ilerleyebileceğinden, bu hastalık grubunun erken tanı alması ve etkin bir şekilde yönetilmesi hayati önem taşır. Bu yazıda, bilateral multipl böbrek kist ve polidaktili nedeniyle değerlendirilen ve erken dönemde Bardet-Biedl Sendromu tanısı konulan iki aylık erkek hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: Antenatal dönemde bilateral hidronefroz ve ventrikülomegali öyküsü bulunan, polihidramniyozlu 38 yaşında G4P3Y3 bir anneden, 39+4 haftada sezaryen ile 3710 gram doğan erkek hastanın fizik muayenesinde sol el ve ayakta polidaktili saptandı. Abdominal ultrasonografide her iki böbrekte boyut artışı, belirgin kortikomedüller ayrım kaybı, artmış parankimal ekojenite ve çok sayıda kortikal yerleşimli kist izlenmesi üzerine, otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı açısından şüpheli olarak değerlendirildi. Postnatal üçüncü günde serum kreatinini 1,18 mg/dL olarak saptanan hastanın, izleminde kreatinin düzeyi yaşamının 20. gününde 0,7 mg/dL'ye kadar geriledi. Kistik böbrek hastalığı ve polidaktili bulguları bulunan hastada öncelikle Bardet-Biedl (BBS) ve Meckel-Gruber sendromları gibi siliopatiler düşünüldü ve bu doğrultuda genetik analiz istendi. Genetik inceleme sonucunda, BBS7 geninde homozigot mutasyon saptanan hastaya BBS Tip 7 tanısı konuldu.

SONUÇ: Bardet-Biedl Sendromu, otozomal resesif geçiş gösteren; renal anomaliler, polidaktili, retinal distrofi, obezite ve hipogonadizm gibi geniş bir klinik yelpazede multisistemik tutulumla seyreden nadir bir siliyopatidir. Yenidoğan döneminde bilateral böbrek kistlerinin varlığında öncelikle otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı düşünülmekle birlikte, nadir sendromların da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Doğru tanıya ulaşmada genetik analiz ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Bu olgu, yenidoğan döneminde kistik böbrek hastalıklarının ayırıcı tanısında iskelet anomalileri başta olmak üzere sistemik bulguların tanıya ulaşmada ipucu sağlayabileceğini ve genetik tanının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler:bardet biedl sendromu, böbrek kisti, polidaktili, siliyopati

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P18

SEPTO-OPTİK DISPLAZI: NADİR GÖRÜLEN BİR NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUK

Berkay GÖKKAYA, Şule GÖKÇE

Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Septo-Optik Displazi (SOD), optik sinir hipoplazisi, septum pellusidumun yokluğu ve hipotalamo-hipofizer disfonksiyonla karakterize, nadir görülen bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu bildiride, nistagmus ve uzamış sarılık şikayetleriyle başvuran bir yenidoğanda SOD tanısı konulmasını ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

53 günlük kız hasta, rotatuar nistagmus ve uzamış sarılık şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede arayıcı nistagmus, göz takibinde zayıflık ve 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmelerinde hipoglisemi ve hormonal testlerde hipopituitarizm saptandı (düşük FT4, düşük kortizol, yüksek prolaktin). Göz dibi muayenesinde optik sinir hipoplazisi izlendi. Kraniyal MRG'de bilateral optik sinir ve kiazma hipoplazisi, septum pellusidumun yokluğu ve ektopik nörohipofiz bulguları izlendi. Genetik testlerde (WES) bilinen mutasyonlara rastlanmadı. Hasta SOD tanısıyla multidisipliner takip ve destek tedavilerine alındı.

Septo-Optik Displazi, özellikle yenidoğan döneminde nistagmus, hipoglisemi veya uzamış sarılık gibi spesifik olmayan bulgularla prezente olabilir. Bu nedenle erken tanı, görsel ve nörolojik sekellerin önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bu olgu, SOD tanısının kapsamlı değerlendirme ve multidisipliner takip gerektirdiğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

1-Garcia-Filion P, Borchert M. Optic nerve hypoplasia syndrome: a review of the epidemiology and clinical associations. Curr Treat Options Neurol. 2013; 15: 78–89.
2-Singh G, Ibrahim D, Campos A, et al. Septo-optic dysplasia. Reference article, Radiopaedia.org. 2025.
3-Ganau M, Huet S, Syrmos N, Meloni M, Jayamohan J. Neuro-Ophthalmological manifestations of septo-optic dysplasia: current perspectives. Eye Brain. 2019; 11: 37–47.
4-Cerbone M, Güemes M, Wade A, Improda N, Dattani M. Endocrine morbidity in midline brain defects: diferences between septo-optic dysplasia and related disorders. EClinicalMedicine. 2020; 19: 100224.
5-Brodsky MC. Congenital optic disc anoma-lies. In: Taylor D, Hoyt C, eds. PediatricOphthalmology and Strabismus, 3rd ed. Edinburgh: Elsevier Saunders. 2005: 625–64

Anahtar Kelimeler:yenidoğan, nistagmus, sarılık, hipopituitarizm, septo-optik-displazi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P19

BÜYÜME HORMONU TEDAVİSİ ALTINDA RATHKE KLEFT KİSTİ PROGRESYONU GÖSTEREN OLGU

Hakan BIRINCI[1], Sevim ONGUNER[2], Gülümay VURAL TOPAKTAŞ [2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Giriş:
Rathke kleft kistleri, genellikle asemptomatik seyreden, embriyonik dönemde gelişen nonneoplastik hipofiz lezyonlarıdır. Çocukluk çağında daha nadir görülür ve semptomatik olduğunda görme kaybı, baş ağrısı ve hipopituitarizm gibi bulgularla karşımıza çıkabilir. Bu sunumda, panhipopituitarizm tanısı ile uzun süre takip edilen ve büyüme hormonu tedavisi sırasında Rathke kleft kistinde progresyon gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:
Dört yaşında erkek olgu, boy kısalığı nedeniyle başvurmuş ve santral hipotiroidi tanısı almıştır. Etyolojik değerlendirme kapsamında yapılan kranial görüntülemesinde Rathke kleft kisti saptanmıştır. Göz muayenesi ve görme alanı testleri normal olan hastaya büyüme hormonu tedavisi başlanmıştır (25 mcg/kg/gün). Panhipopituitarizm tanısı bulunan olguda ilerleyen süreçte ACTH stimülasyon testi ile adrenal yetmezlik saptanmış ve glukokortikoid tedavisi eklenmiştir. Ayrıca testosteron düzeyinin düşük olması nedeniyle pubertal indüksiyon uygulanmıştır.
Hastanın takiplerinde baş ağrısı ve sağ gözde görme bulanıklığı şikayetleri başlamış, yapılan kontrollerde bilateral görme alanı defektleri saptanmıştır. Yeni kranial görüntülemede kistin boyutunda artış izlenmiş ve semptomatik progresyon nedeniyle transsfenoidal cerrahi uygulanmıştır. Histopatolojik değerlendirme Rathke kleft kisti ile uyumlu bulunmuştur. Cerrahi sonrası hipopituitarizm tedavilerine devam edilmekte olup, büyüme hormonu tedavisinin devamı 6. ay kontrolü sonrası multidisipliner konsey kararına bırakılmıştır.

Genetik İnceleme:
PROP1 geninde homozigot c.150del (p.Arg53AspfsTer112) mutasyonu saptanmış ve bu varyant kombine hipofiz hormon yetmezliği ile ilişkili olarak ClinVar'da patojenik olarak tanımlanmıştır.

Sonuç:
Büyüme hormonu tedavisi sırasında Rathke kleft kistinde progresyon gelişmesi nadir bir durumdur. Bu olgu, büyüme hormonu tedavisi gören hipofizer lezyonlu hastaların yakın endokrinolojik ve nörolojik izlem gerekliliğini vurgulamaktadır. Tedavi sürecinde semptomatik sorgulamanın ve görüntüleme ile izlemin önemi bir kez daha ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rathke Kleft Kisti, Hipopituitarism, Büyüme Hormonu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P20

AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİLİ ÇOCUKLARDA PARVOVİRUS B19 ENFEKSİYONU VE SİTOPENİ GELİŞMESİ

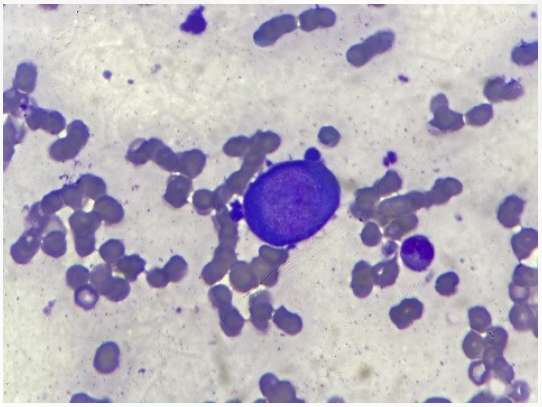
Çağrı Berhan KURDU, Sultan OKUR ACAR, Şebnem YILMAZ, Özlem TÜFEKÇİ GÜROACAK, Hale ÖREN

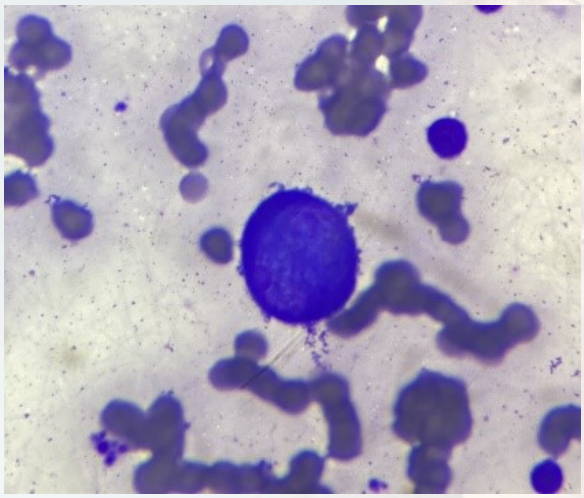
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi, İzmir, Türkiye

Amaç: Hematolojik malignitesi olan çocuklarda kemoterapi sırasında viral etkenlere bağlı komplikasyonlar sık gelişir. Bu viral etkenler içinde Parvovirus B19 özellikle yaygındır. Enfeksiyon çoğunlukla kendiliğinden sekelsiz iyileşir ancak immünsupresif hastalarda derin sitopenin de dahil olduğu ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Burada pre-B ALL tanısı ile izlenen, tedavi sırasında Parvovirus B19 enfeksiyonu saptadığımız 3 olguyu klinik ve laboratuvar bulgularıyla tartışmak istedik.

Olgu 1: Pre-B ALL tanılı 5 yaş kız hastada protokol IA tedavisinin 33. gününde başlayan ateş yüksekliği ve IB tedavisi öncesinde dirençli seyreden nötropeni nedeniyle gönderilen Parvovirus PCR testi 17.033.000 kopya ile pozitif saptandı ve hastaya 0,5 gr/kg tek doz IVIG tedavisi verildi. Hastanın ilk ateş yüksekliğinden sonra 48 saatlik sürede aralıklı subfebril ateş yükseklikleri oldu. Fizik muayenesinde enfeksiyon odağına yönelik bulgusu yoktu. Hb: 12,7 g/dL, WBC: 2900/mm3, ANS: 200/mm3, trombosit değeri: 192.000/mm3, retikülositi: %0,5 idi. Parvovirüs PCR pozitifliği saptandıktan sonraki 5. gününde mutlak nötrofil sayısı 500/mm3 üzerinde saptanan hastaya protokol IB tedavisine devam edildi.

Olgu 2: Pre-B ALL tanılı 4 yaş erkek hastada idame tedavisi sırasında özellikle alt ekstemitede kemik ağrılarının eşlik ettiği bisitopeni gelişti. Fizik muayenesinde ek bulgu yoktu. Hb: 9,2 g/dL, WBC: 2100/mm3, ANS: 900/mm3, trombosit değeri: 77.000/mm3, retikülositi: %0,02 idi. Kemik iliği aspirasyon yayması tam remisyonda olarak değerlendirildi. Myeloid seri baskın, eritroid seri baskılanmış olarak görüldü ve dev eritroblastlar izlendi (Resim 1). Hastadan gönderilen Parvovirus PCR testi 4.282.000 kopya ile pozitif bulundu. Hastaya 0,5 gr/kg tek doz IVIG tedavisi verildi ve tedavi sonrası 6. günde mutlak nötrofil sayısı 1.200/mm3, trombosit sayısı 241.000/mm3'e yükselen hastanın idame tedavisine tekrar başlandı.





Resim 1. Parvovirus B19 infeksiyonunda dev eritroblastlar.

Olgu 3: Pre-B ALL tanılı 2 yaş erkek hastada idame tedavisi sırasında rutin poliklinik kontrolünde aktif şikayeti ve fizik muayenede anlamlı bulgusu olmadan, Hb:6,5 g/dL ve mutlak nötrofil sayısı 400/mm3 olarak saptandı ve yatış yapıldı. Trombosit değeri: 181.000/mm3, retikülositi: %0,07 idi. Anemi ve nötropeniye yönelik yapılan tetkiklerinde Parvovirus PCR testi >15.000.000 kopya ile pozitif idi. Hastaya 1 gr/kg/gün, 2 doz IVIG tedavisi verildi. IVIG tedavisi sonrası 5. günde yapılan tetkiklerinde Hb:11,2, mutlak nötrofil sayısı 1.200/mm3 saptandı. Hasta idame tedavisi tekrar başlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Parvovirus B19 enfeksiyonu hematolojik malignitesi olan hastalarda derin sitopeniye neden olup relaps veya kemoterapi ilişkili sitopeniyi taklit edebilmektedir. Biz de pre-B ALL tanılı, kemoterapileri devam eden 3 olgumuzda gelişen dirençli sitopeniler nedeniyle yaptığımız tetkiklerde Parvovirus B19 enfeksiyonu saptadık ve IVIG tedavisi sonrası bulguların gerilediğini gördük. Tedavi sırasında ateş yüksekliğinin de eşlik edebileceği, beklenmeyen ve inatçı sitopeni gelişen hastalarda Parvovirus B19 enfeksiyonun akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Parvovirus B19, Sitopeni, Çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P21

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P22

IVIG İLE TEDAVİ EDİLEN BİR BK VİRUS İLİŞKİLİ NEFROPATİ OLGUSU

Gözde İrem ODABAŞ SELÇUK[1], Sevgin TANER[1], Irmak Anıl ŞAHİNÖZ[1], Seçil CONKAR TUNCAY[1], Sait ŞEN[2], Memnune Selda ERENSOY[3], İpek KAPLAN BULUT[1]

[1]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş
BK poliomavirüs ilişkili nefropati (BKVAN), böbrek nakli sonrasında greft disfonksiyonunun önemli bir nedenidir. Alıcının ileri yaşı, erkek cinsiyet, donörde BK virürisi, BK virüs seropozitif donör/seronegatif alıcı eşleşmesi, takrolimus ile immünsupresyon, akut rejeksiyon, yüksek steroid maruziyeti risk faktörleri arasında yer alır. Tanı histopatolojik olarak konulsa da plazma BKPyV-DNA düzeyinin>10.000 kopya/ml olması klinik olarak anlamlıdır
Spesifik bir antiviral tedavi yoktur. Tedavinin temelini immünsupresif ilaç dozunun azaltılması oluşturur. Bu olguda böbrek nakli sonrası BKVAN gelişen; intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve immünsupresif tedavi rejiminin düzenlenmesi sonucu başarılı şekilde tedavi edilen bir hastayı sunuyoruz.

Olgu
Dokuz yaşında erkek hasta, böbrek naklinden iki ay sonra kreatinin yüksekliği ve proteinüri ile başvurdu. Özgeçmişinden bir yıl önce babasından polikistik böbrek hastalığına (PKBH) ikincil kronik böbrek hastalığı tanısı ile preemptif böbrek nakli yapıldığı öğrenildi. Prednizolon, mikofenolik asit ve takrolimus idame immünsupresyonları ile takip edilmekteydi. Fizik bakıda patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde kreatinin düzeyinde artış (kreatinin: 1,46 mg/dl) ve proteinüri (spot idrar protein/kreatinin: 0,35 mg/mg kreatinin) saptandı. Cross-match ve donör spesifik antijen testleri negatifti. EBV ve CMV DNA saptanmadı. Nakil böbreğe ait US/doppler incelemesi normaldi. Serum BK virüs titresi 90.579 IU/ml olup yapılan böbrek biyopsisinde SV40 boyası negatif saptandı. Biyopside akut rejeksiyon bulgusu yoktu.
Mevcut klinik bulgularla BKVAN tanısı ile hastanın mikofenolik asit ve ardından takrolimus tedavileri kademeli olarak azaltıldı. Hastaya üç ay boyunca aylık IVIG tedavisi (0,5 g/kg/doz) uygulandı. İzlemin 2. ayında BKV titresi 536.826 IU/ml'ye yükseldi. Mikofenolik asit tedavisi kesilerek immünsupresif tedavi takrolimus, everolimus ve prednizolon olarak düzenlendi. Serum takrolimus ve everolimus düzeyleri için 4-6 µg/L aralığı hedeflendi. İzlemin 3. ayda BKV titresi 762.961 IU/ml'ye ulaştı. Hastaya yeniden biyopsi yapıldı. SV40 boyasının negatif olması üzerine böbrek doku örneğinde çalışılan BKV PCR pozitif bulundu. İmmünsupresif doz düzenlemelerine rağmen izlemin 8. ayında BKV titresi hâlâ 154.215 IU/mL olması üzerine dört ay boyunca aylık IVIG tedavisi (0,5 g/kg/doz) uygulandı. Hasta şu anda izleminin 10. ayında, BKV titresi 2.567 IU/mL ve kreatinin düzeyi bazal değerinde izlenmektedir.

Sonuç
BKVAN tedavisinde immünsupresif doz azaltımı temel yaklaşım olarak kabul edilse de , dirençli olgularda IVIG tedavisi umut verici bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler:BK virüs nefropati, Böbrek nakli, IVIG

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P23

SUCCESSFUL TREATMENT OF REFRACTORY CHYLOTHORAX WITH PLEURODESIS USING PLATELET-RICH PLASMA IN A CHILD AFTER CARDIAC SURGERY: CASE REPORT

Bengü UZUN KOÇ, Buse ARISOY, Hanife Burcu GULER, Melis KOSE, Beste OZSEZEN, Gazi ARSLAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Background: Chylothorax, an uncommon disease characterized by lymphatic fluid accumulation in the pleural space, is contributing to 3% of pleural effusions. It is usually diagnosed after a pleural effusion and may happen for a variety of conditions. Chylothorax can arise when the lymphatic systems get damaged or dysfunctional throughout cardiac surgery. Moreover, Noonan syndrome may cause congenital lymphatic abnormalities by itself.Chylous effusions cause significant morbidity and mortality due to protein and immunoglobulin loss. Management typically involves addressing the underlying cause, careful attention to nutritional support, and selection of appropriate interventions (including judicial drainage of pleural fluid) to achieve the best possible outcome for patients. Very few cases have been published reporting successful treatment of chylothorax with pleurodesis using platelet-rich plasma (PRP).

Case presentation: We report a case of chylothorax in a 11-month-old girl with Noonan syndrome (heterozygous RIT1 mutation) with refractory chylothorax after cardiac surgery. This was a born at 33 weeks of gestation, with a history of recurrent hospitalizations due to pneumonia, underwent pulmonary valve repair for pulmonary stenosis 1 months ago and could not be extubated postoperatively. She was successfully treated with pleurodesis using PRP and successfully extubated afterward.

Conclusion: This case highlights the successful use of platelet-rich plasma (PRP) for pleurodesis in a child with refractory chylothorax. Despite initial challenges in managing chylothorax with conventional therapies such as octreotide and dietary modifications, the use of PRP resulted in a substantial decrease in pleural fluid drainage and triglyceride levels. The patient was successfully extubated, no longer required respiratory support, and was discharged after a two-week follow-up with no recurrence of pleural effusions. This case demonstrates the potential of PRP as a safe and effective alternative for pleurodesis in pediatric patients, particularly when traditional methods fail to provide adequate control of chylothorax. Further studies with larger sample sizes are needed to evaluate the long-term effectiveness and safety of PRP in this context.

Anahtar Kelimeler: Chylothorax, Pleurodesis, Platelet-rich plasma, Cardiac surgery, Noonan Syndrome

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P24

İZOLE YÜRÜME BOZUKLUĞU İLE BAŞVURAN GM1 GANGLİOSİDOZ TANILI OLGU

Mehmet Deniz UYSAL[2], Emine Didem DEMİRDÖKEN[1], Merve BİLEN[1], Duygu Uzun DİNÇTÜRK[1], Melis KIRMIZITAŞ[1], Pelin TEKE KISA[1], Nur ARSLAN[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ:
GM1-gangliosidoz, GLB1 genindeki mutasyon sonucu lizozomal β-galaktosidaz enziminde eksiklik ve bunun sonucunda dokularda keratan sülfat, glikolipid ve GM1-gangliosidoz birikmesiyle karakterize otozomal resesif geçişli nadir bir hastalıktır. Semptomların başlangıç zamanına göre 'infantil', 'geç infantil-juvenil' ve 'yetişkin' tip olarak sınıflandırılmaktadır. Burada 7 yaşında iken yürüme bozukluğu ile bulgu veren, juvenil tip GM1 gangliosidoz olgusu sunmaktayız.

VAKA:
8 yaş erkek hasta, 7 yaşında başlayan denge bozukluğu ve yürümede yavaşlama şikayeti ile tetkik edilmekte iken bakılan moleküler analizinde GLB1 geninde homozigot patojenik varyant saptanması üzerine çocuk metabolizma hastalıklarına yönlendirildi. Özgeçmişinde belirgin bir özelliği ve bilinen bir hastalığı olmayan, anne baba arasında 1.derece akrabalık olan olgunun şikayetlerinin bir yıl önce başladığı, nöromotor gelişiminin yaşına uygun seyrettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde her iki elde hafif istirahat tremoru, sağ alt ekstremite kaslarında hafif hipertrofi ve geniş tabanlı yürüme mevcut olup diğer sistem muayeneleri olağan idi. ß galaktozidaz enzim düzeyi 4 (referans>47) nmol/saat/mg protein ile düşük saptandı. GM1 gangliosidoz sistemik tutulumu açısından yapılan tetkiklerinde abdominopelvik ultrason, beyin manyetik rezonans, ekokardiyografik inceleme, göz dibi muayenesi, kemik survey değerlendirilmesinde patolojik bulgu gözlenmedi. WISC R ölçeklendirmesinde 120 üzeri üstün zeka olarak değerlendirildi. Takibinde hastanın yürüme bozukluğunda artış olduğu görüldü.

SONUÇ:
GM1 gangliosidoz nadir bir hastalıktır ve spesifik olmayan izole bulgularla varlığını gösterebilir. Juvenil tipin başlangıç yaşı değişkendir ve etkilenen hastalar ataksi, dizartri, zihinsel engellilik ve spastisite gibi nörolojik semptomlarla başvururlar. Kötüleşme yavaştır ve hastalar 4.dekada kadar yaşayabilirler. Tedavi destekleyicidir ve klinik gidişi yavaşlatacak veya durduracak herhangi bir tedavi yöntemi henüz geliştirilememiştir ancak enzim replasman tedavisi, substrat redüksiyon tedavisi, gen tedavisi ve kök hücre tedavisi üzerinde hayvan deneyleri sürmektedir. Viral vektörler kullanılarak geliştirilen gen terapilerinden klinik deneylerin başladığı çalışmalar mevcuttur.

Dhan Raj Bagri., et al. "Novel GLB1 Mutation in Infantile GM1 Gangliosidosis-A Case Report". EC Neurology 16.9 (2024): 01-06.
Nelson Text Book of Pediatrics, McGovern, Margaret M., and Robert J. Desnick. "GM1 Gangliosidosis." Lisosomal Storage Disease, 21st ed., Elsevier Inc., 2020, pp. 770–771.
Foster D, Williams L, Arnold N, Larsen J. Therapeutic developments for neurodegenerative GM1 gangliosidosis. Front Neurosci. 2024 Apr 26;18:1392683. doi: 10.3389/fnins.2024.1392683. PMID: 38737101; PMCID: PMC11082364.

Anahtar Kelimeler:B galaktozidaz, GM1 gangliosidoz

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P25

KARACİĞERDE RASTLANTISAL SAPTANAN MULTIPL LEZYONLAR: INFANTIL HEPATIK HEMANJIOMATOZIS MI, MALIGN BIR LEZYON MU?

Aslı ÖKTEM[1], Erol SALCAN[1], Burçe Emine DÖRTKARDEŞLER[1], Eda ATASEVEN[2], Tülay ÖZTÜRK ATASOY[3], Şule GÖKÇE[1]

[1]İzmir Pediatri Kongresi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Pediatri Kongresi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Pediatri Kongresi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş:
Süt çocuklarında çeşitli nedenlerle yapılan abdominal görüntülemelerde karaciğerde rastlantısal lezyonlar saptanabilmektedir. Bu lezyonlar sıklıkla iyi huylu olmakla birlikte kötü huylu görülme olasılığı da vardır. Doğru tanıya ulaşmak için klinik ve laboratuvar bulguları iyi irdelemek, uygun hastada ileri testlere gitmek ve gereksiz müdahaleden kaçınmak önemlidir.

Olgu Sunumu:
Olgumuz, 32 haftalık doğan, düzeltilmiş yaşı 4 ay olan erkek bebekti. Geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle yapılan ultrasonografik görüntüleme sırasında karaciğerde multiplhipoekoik lezyonlar saptanmış ve ileri değerlendirme için tarafımıza yönlendirilmiş.
Olgunun fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normal aralıktaydı. Alfa-feto protein ve Nöron Spresifik Enolaz düzeyleri normal sınırlardaydı. TORCH açısından anlamlı bulgusu yoktu. Yapılan karaciğer ultrasonografisinde; lobüle konturlu, periferinde hiperekoik halosu olan hipoekoik solidlezyonlar tanımlandı. Bu bulgular ile net tanısal ayrıma gidilemedi. Ardından çekilen kontrastlı abdominal MR'da, lezyonların arteriyel fazda kontrast tuttuğu, geç fazda kontrastlanmanın devam ettiği ve T2 hiperintens özellik gösterdiği görüldü. Bu bulgular infantil hepatik hemanjiyomatozis ile uyumlu bulundu.
Hastanemize karaciğer biyopsisi için yönlendirilen olguda öncelikle infantil hepatikhemanjiyomatozis düşünüldü. Olguya oral propranolol tedavisi başlandı. Tedavi sonrası yapılan kontrol batın ultrasonografisinde daha önce izlenen lezyonların belirgin şekilde gerilediği, bazı alanlarda tamamen kaybolduğu görüldü.

Tartışma:
Karaciğer hemanjiyomları infantil dönemde en sık rastlanan benign vasküler tümörlerdir. Genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen saptanır. Tipik görüntüleme özellikleri ve stabil biyokimyasal parametreler eşliğinde izlenmeli, invazif tanı yöntemlerinden kaçınılmalıdır.Biyopsi, yalnızca klinik veya görüntülemeyle lezyonun tanımlanamadığı durumlarda ve malignite şüphesi belirginse tercih edilmelidir.

Sonuç:
Karaciğerde rastlantısal saptanan lezyonlar her zaman ileri tetkik ve invaziv girişim gerektirmeyebilir. Klinik durumu stabil, laboratuvar ve görüntüleme bulguları infantilhemanjiyomatozisi destekleyen olgularda, biyopsi gibi invazif işlemlerden kaçınılarak periyodik takip yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler:İnfantil hemnjiyomatozis, karaciğer hemanjiomu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P26

SEPSİS KLİNİĞİ İLE GELEN BİR YENİDOĞANDA AKILDA TUTULMASI GEREKEN BİR HASTALIK: SİTRÜLİNEMİ TİP 1

Duygu UZUN DINÇTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

GİRİŞ:
Akut hiperamonyemi, çoğunlukla üre siklus defektleri başta olmak üzere çeşitli metabolik bozuklukların neden olduğu, acil tanı ve tedavi gerektiren bir klinik tablodur. Sitrülinemi tip 1 otozomal resesif geçişli bir üre siklus defektidir ve her yaşta, değişken klinik şiddette bulgularla ortaya çıkabilir. Klinik semptomların başlangıç yaşı ve şiddeti, büyük ölçüde rezidüel enzim aktivitesine (genetik mutasyon tipi) ve metabolik stresi tetikleyen faktörlere (enfeksiyon, cerrahi girişimler, diyet değişiklikleri, açlık) bağlıdır. Yenidoğan döneminde görülen ağır hiperamonyemi olguları, sıklıkla sepsis, hipoksik iskemik ensefalopati veya kardiyak/solunumsal patolojiler ile karışabilmektedir. Erken tanı konulamadığında hızla ilerleyerek koma, beyin ödemi ve ölümle sonuçlanabilir. Bu nedenle, özellikle yenidoğan döneminde açıklanamayan ensefalopati, solunum alkalozu veya beslenme güçlüğü varlığında üre siklus defektleri akla gelmelidir. Bu olgu sunumunda, yenidoğan döneminde sepsis ön tanısı ile başvuran ancak yapılan metabolik incelemeler sonucunda sitrülinemi tip 1 tanısı konulan bir hasta sunulmuştur.

OLGU:
G1P0, 26 yaşında sağlıklı anneden miadında, C/S ile 3750 gram doğan erkek bebek, postnatal ikinci günde solunum sıkıntısı ve emmeme şikâyetleri ile dış merkez acil servise başvurdu. Yenidoğan sepsisi ön tanısıyla yatırılan hastada kısa sürede solunum arresti gelişti ve entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Sepsis tedavisi başlandı. Arter kan gazında belirgin solunumsal alkaloz saptanması üzerine bakılan serum amonyak düzeyi 575 mikromol/L idi. Üre siklus defekti ön tanısıyla primer metabolik tetkikler gönderildi; protein kısıtlaması ve sodyum benzoat tedavisi başlandı. Amonyak düzeyi 862 mikromol/L'ye yükselince acilen hemodiyaliz uygulandı. Diyaliz sonrası amonyak düzeyleri kademeli olarak düştü. Plazma aminoasit analizinde sitrülin düzeyi >1488 mmol/mol kreatinin (normal: 0–22) bulunması üzerine sitrülinemi tip 1 tanısı kondu. Hastaya düşük proteinli diyet ve sodyum benzoat tedavisi başlandı. Sitrülinemi tip1 ön tanısı ile gönderilen ASS1 geni moleküler analizinde bileşik heterozigot patojenik varyant saptandı

TARTIŞMA:
Sitrülinemi tip 1, argininosüksinat sentetaz eksikliği sonucu gelişen nadir bir üre siklus defektidir. Yenidoğan döneminde ağır hiperamonyemiye neden olarak nonspesifik semptomlarla seyredebilir ve sıklıkla sepsis ile karıştırılır. Erken dönemde tanı konulamayan olgularda mortalite yüksektir, sağ kalanlarda ise ciddi nörolojik sekel riski vardır. Bu nedenle, özellikle yenidoğan döneminde açıklanamayan solunumsal alkaloz, progresif bilinç değişikliği ve beslenme intoleransı olan olgularda hiperamonyemi mutlaka dışlanmalıdır. Hızlı laboratuvar değerlendirmesi, amonyak düşürücü tedavinin (protein kısıtlaması, azot bağlayıcı ajanlar, diyaliz) erken başlanması ile prognoz belirgin şekilde iyileşebilir. Bu olgu, klinik olarak sepsis benzeri bulgularla başvuran yenidoğanda metabolik hastalıkların da mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sitrülinemi Tip1, Üre Siklus Defekti, Yeni doğan

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P27

NADİR AMA KRİTİK: PRENATAL TANI İLE YÖNETİLEN BİR NAGS EKSİKLİĞİ VAKASI

Simge ASLAN KOBAŞ[1], Melis KIRMIZITAŞ[2], Emine Didem DEMIRDÖKEN[2], Duygu UZUN DİNÇTÜRK[2], Mehmet GÜNDÜZ[1], Merve BILEN[3], Pelin TEKE KISA[2], Nur ARSLAN[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir

GİRİŞ: Üre döngüsü bozuklukları, vücuttaki amonyağın karaciğerde enzimatik reaksiyonlar sonucu detoksifiye edilerek üreye dönüşümünde yer alan enzimlerin, kofaktörlerin veya transport proteinlerin eksikliği ile ortaya çıkan otozomal resesif geçişli bir grup nadir kalıtsal metabolik hastalıktır. N-asetil glutamat sentaz (NAGS), amonyağın karbamoil fosfata dönüşümünü sağlayan karbamoil fostat sentaz (CPS-I) enziminin aktivatörü olan N-asetil glutamat (NAG) sentezinde görev alır. NAGS eksikliği, proksimal üre döngüsü bozukluğuna bağlı olarak oluşan hiperamonyemiye yol açan ve nadir bir üre döngüsü bozukluğudur. Genellikle yenidoğan döneminde beslenememe, kusma, hipotoni, nöbet, açıklanamayan ensefalopati tablosu, koma gibi klinik tablolara neden olabilmektedir.

OLGU SUNUMU: 32 yaşında bir çocuğunu NAGS eksikliği nedeni ile kaybeden, diğer çocuğu ise NAGS taşıyıcılığı nedeni ile çocuk metabolizma tarafından takipli olan kadın olgu gebe kalması üzerine tarafımıza başvurdu. Olgunun eşi ile arasında akrabalık öyküsü de olması nedeni ile amniyosentez materyalinden genetik inceleme yapılmasına karar verildi. NAGS geninde homozigot c1289T>C patojenik varyantı tespit edildi. Olgu 40+5 gestasyonel haftada, 3762 gram ağırlığında normal spontan vajinal yolla ile APGAR skoru 9/10 olarak doğdu. Tetkik ve takip amaçlı 3.düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapıldı. Hastaya servis yatışını takiben 100 mg/kg/gün karglumik asit ve postnatal 2. gününden itibaren ise protein kısıtlı diyet başlandı. İzlemde amonyak ve kan şekerleri regüle seyretti. Klinik ve laboratuvar açıdan stabil seyreden olgu, tarafımızca yakın takip edilmektedir.

SONUÇ: NAGS eksikliği, son derece nadir görülen bir üre döngüsü bozukluğudur. Tanıda glutamin yüksekliği, sitrülin düşüklüğü ile birlikte idrarda orotik asit atılımının normal olması yol göstericidir. Ailedeki mutasyonların belirlenmesi, sonraki gebeliklerde prenatal tanıya olanak sağlayarak doğum sonrası hızlı müdahaleyi mümkün kılar. Bu olguda amniyosentez ile prenatal dönemde tanı konulan NAGS eksikliğine, doğumdan hemen sonra başlanan karglumik asit tedavisi sayesinde geri dönüşsüz komplikasyonlar önlenmiş olup, bu durum prenatal tanının yaşam kurtarıcı önemini güçlü şekilde ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperamonyemi, Yenidoğan, Üre Döngüsü Bozukluğu, NAGS eksikliği

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

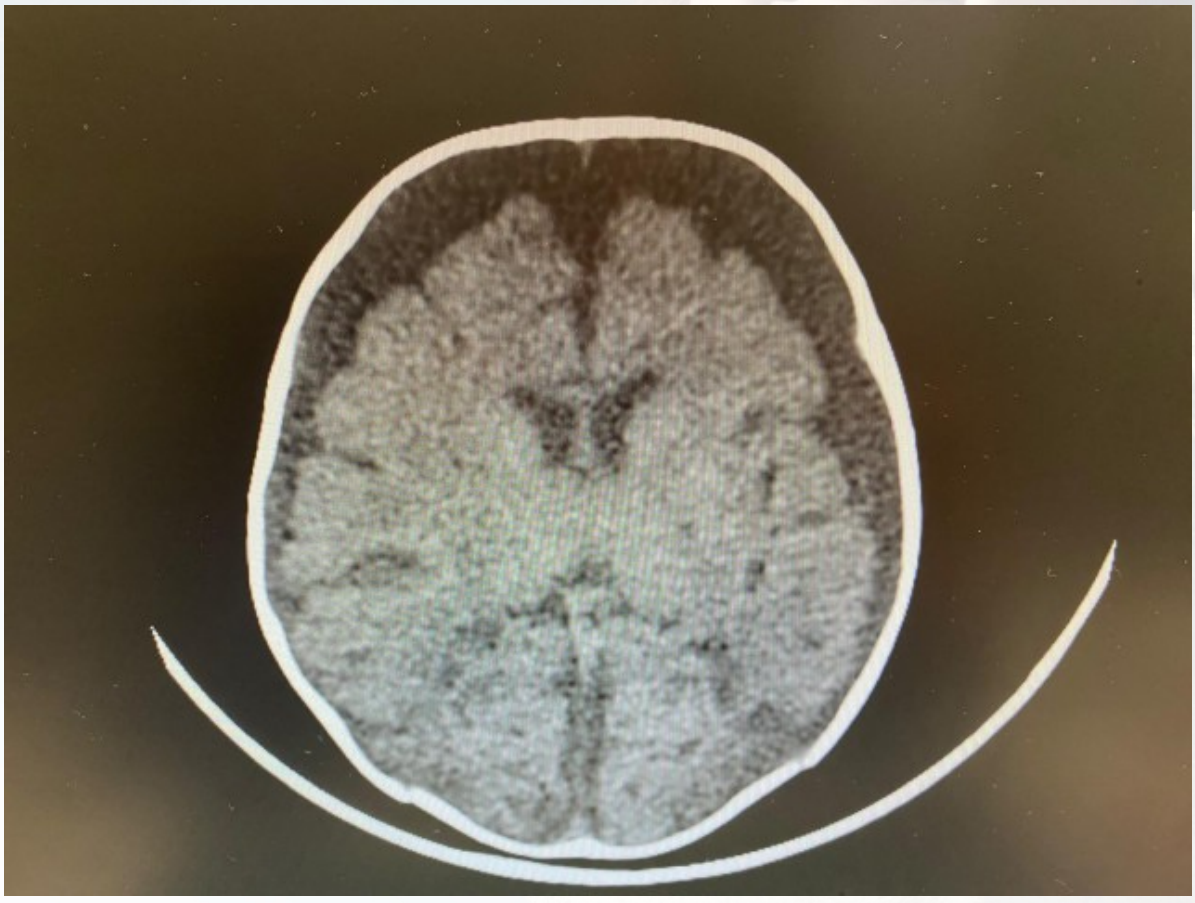
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P28

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU: OLGU SUNUMU

Fatmanur KAZAZ[1], Özlem BAĞ[2], İlkay YURTSEVEN[1], Ömer YILDIZ[1]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Sbü İzmir Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye



Giriş

Sarsılmış bebek sendromu (SBS), özellikle iki yaş altı çocuklarda ani sarsılma nedeniyle oluşan akselerasyon-deselerasyon hareketlerinin neden olduğu, subdural kanama/efüzyon ve retinal hemoraji ile karakterize ciddi bir kafa travmasıdır. Verilen travma öyküsü çoğunlukla mevcut bulguları açıklayacak özellikte değildir. Bulguların kusma, letarji, gibi nonspesiik olması tanıyı güçleştirir. Erken tanı, tedavi başarısını ve tekrar istismarın önlenmesini sağlar.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Olgu

Üç aylık kız bebek, nöbet geçirme nedeniyle acil servise başvurdu. Olgunun başvurusunda nöbetinin devam ediyor olması nedeniyle status epileptikus olarak kabul edildi. Başvuru sırasında herhangi bir travma öyküsü verilmeyen olguda, vital bulguları stabil, bilinci kapalı idi. Infant Glaskow koma skoru:8 idi. Fizik bakıda VA: 6,5 kg (50-75p), boy: 58 cm (10 persentil) idi. Nörolojik bulguları dışında sistem bakıları olağan saptandı. EEG'sinde serebral disfonksiyon saptanan olgunun kranial görüntülemelerinde bilateral subdural effüzyon, göz muayenesinde bilateral retinal hemoraji izlendi. Aileye travma öyküsü tekrar sorulduğunda, 3 gün önce yataktan yumuşak zemine hafifçe düştüğü belirtildi.

Verilen yaralanma öyküsünün mevcut bulguları açıklar nitelilkte olmaması, düşme öyküsünün çocuğun gelişimsel özellikleri ile uyumlu olmaması nedeniyle olguda istismara bağlı kafa travması düşünüldü. Kranial kemiklerde herhangi bir kırık bulgusu olmayan olguda; subdural effüzyon, retinal hemarji ve serebral disfonksiyon triadını tamamlaması nedeniyle sarsılmış bebek sendromu tanısı kondu. Yatışı süresince bebeğine bakım vermede ilgi ve şefkat eksikliği gözlenmeyen anneye, SBS tanısı ile ilgili bulguların kesin olduğu yönünde bilgi verildi. Bunun üzerine, anne özellikle babanın kızını çok sevdiği, hatta olay sırasında evde morarması üzerine babasının ağız ağıza solunum yaptığı bilgisini verdi.

Olgu, SBS /fiziksel istismar olgusu olarak adli makamlara bildirildi. İzlemde subdural bölgede efüzyon artışı saptanması üzerine beyin cerrahisi tarafından girişim yapılan olgu, postoperatif dönemde tedavi ve bakım sonrası, adli makamlarca alınan korunma tedbiri kararıyla sosyal hizmet refakatinde ilgili kuruma teslim edildi.

Tartışma

Sarsılmış bebek sendromu, özellikle 1 yaş altı çocuklarda istismara bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Tipik bulgular subdural kanama/efüzyon ve bilateral çok katmanlı retinal hemorajidir. Literatürde mortalite oranı %15-30 olup, hayatta kalanlarda ciddi nörolojik sekel riski vardır. Olguların 1/3'ünde evde ağızdan ağıza solunum yapılması ya da kalp masajı uygulanması özellikle istismarcıyı koruma eğilimi yönünde dikkat çekicidir. Olgu, çocuk koruma temelli yaklaşımla aileden alınarak koruma kararı ile izleme alınmıştır.

Sonuç

Özellikle kendini ifade edecek gelişimsel özellikleri tamamlanmayan çocuklarda yaralanma bulgularının öyküsü dikkatli değerlendirilmelidir. Başvuru sırasında travma öyküsü olmaması, bununla birlikte tanı kesinleştiğinde verilen öykünün bulgularla uyumsuz olması kaza dışı yaralanma açısından değerlendirilmeli, klinisyenler bu konuda yapılması gereken adli ve sosyal çalışmaları yönlendirmede etkin olmalıdır.

Anahtar Kelimeler:Çocuk istismarı, sarsılmış bebek sendromu, subdural efüzyon, retinal hemoraji

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P29

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P30

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P31

GÖZLERDE ŞİŞLİK İLE BAŞVURAN, KOLESTAZ VE HEPATOSELÜLER HASARLA İLERLEYEN AKUT EBV ENFEKSIYONU: OLGU SUNUMU

Dilara BAŞARAN[1], Damla SEYHANLI [2], Esma Tuğba KAŞIKÇI-MERMER[2], Eda KARADAĞ-ÖNCEL[2], Nurşen BELET[2], Sevim ÇAKAR[3]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Epstein–Barr virüsü (EBV) enfeksiyonlarında hepatik tutulum sık görülmekle birlikte çoğu zaman subklinik seyirlidir. EBV hepatiti olguların büyük kısmı kendiliğinden düzelir; ancak nadiren ciddi ve yaşamı tehdit eden formlar bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda otoimmün hepatit, organ nakli reddi, lenfomalar ve ilaç ilişkili karaciğer hasarı yer alır.

OLGU

Daha önce bilinen bir sistemik hastalığı olmayan 14 yaşındaki kız hastaya yaklaşık 10 gündür gözlerde şişlik, boğaz ağrısı ve ateş şikayeti olması nedeniyle başka bir sağlık kuruluşunda amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlandığı öğrenildi. Ateşinin devam etmesi üzerine kliniğimize yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde tonsillerde membranöz görünüm, ön servikalde 2 cmlik hareketli lenfadenopati, hepatomegali ve splenomegali (karaciğer kot altından 2 cm, dalak 1 cm) saptandı, traube alanı kapalıydı. Başvuru tetkiklerinde hemoglobin 12,2 g/dL trombosit sayısı 115000/mm3 lökosit: 13.900/mm3, lenfosit: 11.200/mm3, AST:137 U/L, ALT:128 U/L, total bilirubin:1,8 mg/dL, direkt bilirubin:0.9mg/dL, gama glutamil transferaz 342 U/L alkalen fosfataz 596 U/L albümin:2.7g/dL, C-reaktif protein:12.1mg/L, Protrombin zamanı 15 sn, INR 1,39 saptandı. Periferik yaymada hemoliz bulgusu saptanmadı. EBV enfeksiyonu düşünülen hastanın serolojisi EBV VCA IgM:1.21 EBV VCA IgG:15 Anti-EBV EBNA 1 IgG negatif sonuçlandı Diğer hepatotrop virüsler açısından akut enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Klinik ve laboratuvar bulgularıyla hastaya Akut EBV Enfeksiyonu tanısı konuldu. Batın USG görüntülemede hepatosplenomegali, safra kese fundus kesiminde adenomyomatozis uyumlu görünüm, intrahepatik safra yolları dilate saptandı. Serum bilirubin düzeyleri yüksek olan hastaya sitoprotektif ve koleretik etkisinden yararlanmak için ursodeoksikolik asit başlandı. Klinik izleminde hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında gerileme gözlendi ve ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Herpesvirüs ailesinin bir üyesi olan EBV yaygın olarak görülür ve dünya genelinde insanların %90'ından fazlasını enfekte eder. Pek çok organ tutulmakla birlikte karaciğer tutulumu hepatitten ağır karaciğer yetmezliğine kadar değişebilir. EBV enfeksiyonunda hastalığın ikinci ile dördüncü haftaları arasında, karaciğer transaminaz düzeylerinde hafif ve geçici artışlar sıkça gözlemlenir; bu artışlar vakaların %50-80'inde görülür ve genellikle normalin üstüne çıkar. Bizim hastamızda da klinik bulgular başladıktan iki hafta sonra transaminaz değerlerinde 4 kat artış saptanmıştır. Kolestaz hepatite eşlik etmekle birlikte sarılığı olan hastalarda kolestatik süreçlerin yanı sıra viral hemoliz de akılda tutulmalıdır. Hastamızın periferik yaymasında hemoliz bulgusu olmayıp, ursodeoksikolik asit tedavisinden fayda görmüştür.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

SONUÇ

Epstein Barr virüsünün neden olduğu enfeksiyöz mononükleoz, çoğu hastanın zamanla iyileşeceği nispeten iyi bir prognoza sahiptir. Yetişkinlerde, ergenlerde ve çocuklarda EBV'nin neden olduğu hepatit vakalarının çoğu kendiliğinden iyileşir ancak bazı hastalarda daha yakın izlem gerekmektedir. Uzamış ateş yüksekliği olan hastaların ayırıcı tanısında EBV enfeksiyonu düşünülmelidir, fizik inceleme bulguları tanı koymada faydalı olmakla birlikte seroloji ile tanı desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Epstein–Barr virüsü, Kolestaz, Akut Hepatosellüler Hasar

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P42

KRONİK İSHAL VE KAŞEKSI MASKESİ ALTINDA BİR MİTOKONDRİYAL HASTALIK- MİTOKONDRİYAL NÖROGASTROİNTESTİNAL ENSEFALOMIYOPATI (MNGIE)

Sakina MAMMADOVA[1], Havva YAZICI[1], Ayşe YÜKSEL YANBOLU [1], Sedef ALPDOĞAN[1], Ebru CANDA[2], Sema KALKAN UÇAR[3], Mahmut ÇOKER[4]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları ve Beslenme, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları ve Beslenme, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları ve Beslenme, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları ve Beslenme, İzmir, Türkiye

Giriş: Mitokondriyal nörogastrointestinal ensefalomiyopati (MNGIE), timidin fosforilaz enzimini kodlayan TYMP genindeki mutasyonlara bağlı gelişen, otozomal resesif geçişli, nadir ve multisistemik bir mitokondriyal hastalıktır. Klinik tabloda en belirgin bulgular; şiddetli gastrointestinal dismotiliteye bağlı kronik ishal ve kaşeksi olup, bunlara sıklıkla ilerleyici eksternal oftalmopleji, periferik nöropati, yaygın lökoensefalopati ve mitokondriyal disfonksiyon eşlik eder. Genellikle çocukluk ya da genç erişkinlik döneminde başlayan hastalık, yavaş ancak ilerleyici seyirlidir. Kötü beslenme durumu ve baskın gastrointestinal semptomlar (kusma, ishal, iştahsızlık), tabloyu yeme bozukluklarıyla karıştırılabilir hâle getirerek tanıda gecikmelere neden olabilir. Bu çalışmayla MNGIE'ye yönelik farkındalığın artırılması ve geri dönüşümsüz organ hasarı gelişmeden önce erken tanı ve tedaviye erişimin kolaylaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Ege Üniversitesi Çocuk Metabolizma ve Beslenme Bilim Dalı'nda, 2013–2025 yılları arasında izlenmiş olan; gastrointestinal sistem yakınmaları ve/veya kaşeksi ile başvuran 16 MNGIE tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru semptomları ve klinik-laboratuvar incelemeleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza on altı hasta (dokuz erkek, yedi kadın) dahil edildi. Hastaların mevcut ortanca yaşı 17.1 yıl (aralık: 4–36 yıl), ortalama yaşı ise 18,2 ± 8,7 yıl olarak hesaplandı. İki hasta hariç tüm hastaların akraba evliliği vardı. Beş hasta aynı ailedendi. Semptomların ortalama başlangıç yaşı 5,4 yıldı (aralığı 2 ay – 21yıl). Tüm hastalarda (%100) kaşeksi gözlendi. Tanı anındaki ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 13,4 ± 2,3, ortalama vücut kitle indeksi standart sapma skoru ise (VKİ-SDS) ortalama - 3,5 ± 2,0 idi. Hastaların tamamında (%100) gastrointestinal semptomlar bildirildi. Karın ağrısı, ishal, kusma ve kabızlık sırasıyla 13 (%81), 12 (%75), 11 (%69) ve 3 (%19) hastada gözlendi. Hepatomegali 5 (%38) hastada ve hepatosteatoz 10 (%63) hastada gözlendi. Hastalarımızın %93'ünde EMG ile doğrulanan periferik nöropati vardı. Dokuz hastada (%56) pitozis, 5 hastada (%31) işitme kaybı tespit edildi. Hastaların başvuru anında ortalama aspartat aminotransferaz (AST) düzeyi 44,2 ± 28,3 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) değeri ise 38,1 ± 24,2 U/L saptandı. Yedi hastanın izlemde trigliserid düzeylerinde artış gözlendi. Sekiz hasta takip sürecinde kaybedilmiş olup ortalama ölüm yaşı 23,2 ± 6,9 idi.
Sonuç: Bu çalışma, MNGIE'de kaşeksinin en sık görülebilecek bulgu olduğunu ve tanı anında VKİ-SDS'nin belirgin düşüklüğünün hastalığın ayırıcı tanısında güçlü bir ipucu sunduğunu göstermektedir. Gastrointestinal yakınmalarla başvuran, ileri malnütrisyonu olan ve nöropati eşlik eden olgularda MNGIE akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kaşeksi, Kronik ishal, MNGIE, Mitokondriyal hastalık

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P53

NADİR BİR POSTOPERATİF KOMPLİKASYON: BOS KAÇAĞI İLE SEYREDEN DUROPLEVRAL FİSTÜL

Bilgenur KIRLI[1], **Iremsu TÜRK**[2], Orkut KOÇ[3], Gülizar KOÇ[3], Elif BOLAT[4], Pınar YAZICI ÖZKAYA[5], Bülent KARAPINAR[5]

[1]Ege Üniversitesi, Pediatri, Bornova, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi Hastanesi, Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[5]Ege Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı, Izmir, Türkiye

Giriş:
Duroplevral fistül (DPF), masif transüdatif plevral efüzyonun oldukça nadir nedenlerinden biridir. Beyin omurilik sıvısının (BOS) plevral boşluğa sızmasıyla oluşan bu durum, literatürde sınırlı sayıda olguda tanımlanmış olup, tanıda beta-2 transferrin kullanımı nadiren bildirilmiştir. Plevral efüzyon genellikle pulmoner patolojilerle ilişkilendirilirken, transüdatif efüzyonlar çoğunlukla sistemik ya da akciğer dışı nedenlere bağlı olarak gelişir.
Bu sunumda, nadir bir durum olan duroplevral fistüle bağlı gelişen masif transüdatif plevral efüzyonlu bir pediatrik olgu sunulmaktadır. Tanı sürecinde plevral sıvıda beta-2 transferrin düzeyine bakılmış ve manyetik rezonans (MR) miyelografi ile BOS kaçağı lokalize edilmiştir.

Olgu Sunumu:
19 aylık, daha önce bilinen bir hastalığı olmayan erkek olgu, yaklaşık 5 metreden düşme sonrası başvurdu. Yapılan değerlendirmede; oksipital kemikte nondeplase fraktür, falx cerebri boyunca 3.5 mm subdural hematom, T9 vertebrada fraktür, karaciğer ve dalakta Grade 1 laserasyon, sağ adrenal bezde hematom ve bilateral hemopnömotoraks saptandı. Bu bulgular doğrultusunda hasta çocuk yoğun bakım ünitesinde izleme alındı.
Hemopnömotoraks nedeniyle bilateral toraks tüpü yerleştirilen hastanın, preoperatif nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde 0/5 kas gücü (parapleji) mevcuttu. Omurilik basısına neden olan T9 vertebra fraktürü nedeniyle yatışının 7. gününde beyin cerrahisi tarafından total laminektomi, duraplasti ve T8–T10 seviyelerinde enstrümantasyon uygulandı. Postoperatif takipte sağ toraks tüpünden günlük 300 ml'yi aşan sıvı drenajı izlendi. Klinik ve laboratuvar değerlendirmelerde transüdatif efüzyona neden olabilecek yaygın sistemik etiyolojiler dışlandı. Geçirilmiş spinal travma ve cerrahi öyküsü göz önünde bulundurularak plevral sıvıda BOS varlığı araştırıldı ve beta-2 transferrin pozitifliği ile tanı desteklendi. MR miyelografi ile yapılan görüntülemede, T9 vertebra düzeyinde sağ plevral boşluğa açılan bir BOS kaçağı saptandı. Bu bulgu üzerine beyin cerrahisi tarafından hastaya epidural blood patch uygulandı. Ancak, toraks tüpüyle izlem sırasında masif sıvı drenajının devam etmesi üzerine hasta yeniden opere edilerek duraplasti tekrarlandı. Bu cerrahi müdahaleyi takiben BOS kaçağı izlenmedi.

Sonuç:
Beta-2 transferrin, BOS, göz sıvısı ve iç kulak perilenfi gibi vücut sıvılarında bulunan ve yalnızca BOS sızıntılarında özgül bir biyobelirteç olarak kullanılan bir proteindir. BOS kaçağının tanısında duyarlılığı %94–100, özgüllüğü ise %98–100 arasında değişmektedir. DPF'lerin lokalizasyonunda BT ya da MR miyelografi tercih edilen görüntüleme yöntemlerindendir. Bu olgu, spinal travma ve nöroşirürjik girişim sonrasında gelişebilen nadir bir komplikasyon olan duroplevral fistülün, plevral efüzyon etiyolojisinde ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, beta-2 transferrin analizi ve MR miyelografi, tanının doğrulanmasında kritik öneme sahiptir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P32

STRİDOR İLE GELEN BEBEKTE NADİR BİR NEDEN: SUBGLOTTİK HEMANJİOM

Büşra ULUYOL[1], Deniz KIZMAZOĞLU[2], Refik Emre ÇEÇEN[2], **Tuba YURDUSEV[2]**, Erdoğan ÖZGÜR[3]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Stridor, üst solunum yolunun daralması sonucu ortaya çıkan tiz bir solunum sesidir. Genellikle nefes alırken duyulur ve hava yolundaki bir tıkanıklığın belirtisi olabilir. Özellikle infantil dönemde öncelikle akla üst solunum yolu enfeksiyonu, laringomalazi gelse de subglottik hemanjiom da nadir bir stridor sebebidir. Burada stridor sebebi ile başvuran ve subglottik hemanjiom tanısı alan olgumuzun tanı, tedavi ve takip sürecini anlatmayı planladık.

Olgu: Kırk günlük erkek bebeğe, rutin aile hekimi muayenesinde dudak çevresinde morluk saptanması üzerine enfeksiyon düşünülerek antibiyoterapi başlanmış ve çocuk kardiyolojisine yönlendirilmiş. Ekokardiyografisi normal saptanan hasta solunum sıkıntısı ve stridor saptanması üzerine çocuk acil servise yönlendirilmiş. Acil servisimizde değerlendirilen hastanın akciğer seslerin olağan, satürasyonu normaldi. Stridor sebebi ile ön planda laringomalazi düşünülerek Kulak Burun Boğaz (KBB) polikliniğine yönlendirildi. Hastanın endoskopik incelemesinde sol kord vokal inferiorunda subglottik alanda düzgün mukozaya sahip bombe alan izlendi ve subglottik hemanjiom düşünüldü. Trakeostomi hazırlıkları da önerilen hasta, Çocuk Onkoloji polikliniğine yönlendirildi. Genel durumu iyi ve vitalleri stabil olan hastaya öncelikle propronolol başlanması planlandı. Hasta, çocuk servisine yatırılarak tedavisi başlandı, 48 saatlik gözlem süresinde desaturasyon, siyanoz, takipne gözlenmedi. Tedavinin 1. ayında kruptik ağlama sesi azaldı, 2. ayında ise stridoru tamamen geçti. Kontrol amaçlı KBB polikliniğine de yönlendirilen hastanın subglottik hemanjiomunun gerilediği görüldü. Hastanın propranolol tedavisine devam edilmekte olup en az altı ay devam edilecektir.

Sonuç: Stridor sıklıkla laringomalazi nedeni olarak bilinse de, subglottik hemanjiom da akla gelmesi gereken nadir bir nedendir. Tanı, genellikle endoskopi ile doğrulanır. Kesitsel görüntüleme, larinksin sınırlarının ötesine uzanan hemanjiomları belirlemek için kullanılır. İnfantil hemanjiomlar iyi seyirli olsa da, subglottik hemanjiomlar yerleşim yeri ve hava yolu tıkanıklığı yapma risklerinden dolayı oldukça risklidir. Propronolol, subglottik hemanjiyomlar için birinci basamak tedavi yöntemidir. Yerleşim yeri sebebi ile oluşabilecek komplikasyonlar açısından yakın takip gerekmektedir. Tedaviye rağmen hızlı büyüyen ve semptomatik hemanjiomlarda tedaviye steroid eklenebilir. Nadiren trakeostomi gerektiren olgular da bildirilmiştir. Hızlı tanı, erken ve etkin tedavi ile subglottik hemanjiom başarılı bir şekilde yönetilmiştir. Stridor ile başvuran bir bebekte subglottik hemanjiom da akla gelmesi gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler:subglottik hemanjiom, stridor

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P33

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P34

DEVAM EDEN SESSİZ SALGIN: MALNÜTRISYON ÜZERINE TEK MERKEZLİ KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Burçe Emine DÖRTKARDEŞLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Pediatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Malnütrisyon, besin ve enerji eksikliği ve/veya dengesizliği olarak tanımlanmaktadır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde malnütrisyon hala ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Malnütrisyon ile mücadele, malnütrisyonun farkındalığının artması ve erken müdahalesi ile mümkündür. Bu da hastaneye başvuran her çocuğun antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesinin önemini bize hatırlatmaktadır. Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak bir hastaneye başvuran çocukların beslenme durumunu belirlemek, malnütrisyon varlığını saptamak ve mikro besin eksikliklerini tespit etmektir.

Yöntem: Çalışmamız retrospektif, kesitsel bir çalışmadır. Kasım 2021 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Ege Üniversitesi genel pediatri servislerine ayırıcı tanı ve/veya tedavi amacıyla yatırılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaneye yatışı yapılan tüm hastaların antropometrik ölçümleri kayıt altına alınmıştır. Malnütrisyon tanısı konulan hastalar, beslenme durumları ve beslenme alışkanlıkları açısından değerlendirilmiş ve malnütrisyonla ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma süresi boyunca akut hastalık tanısı ve/veya tedavisi nedeniyle toplam 1206 çocuk hastaneye yatırılmıştır. Bunlardan 115 hastada (%9,5) malnütrisyon tespit edilmiştir. Malnütrisyon saptanan hastalar arasında; 51 hastaya (%44,3) akut malnütrisyon (zayıflık) (boya göre ağırlık z-skoru < -2 SDS), 64 hastaya (%55,7) kronik malnütrisyon (bodurluk) (yaşa göre boy z-skoru < -2 SDS) tanısı konmuştur. Genel olarak, zayıflık ve bodurluk prevalansı sırasıyla %4,2 ve %5,3 olarak belirlenmiştir. Malnütrisyon tanılı 44 hastanın (%38,2) yeterli protein alımı olmadığı görüldü. Hastaların %41,8'i ise yetersiz süt ve süt ürünleri tüketmekteydi. Yetersiz protein ve süt-süt ürünleri alım oranları kronik malnütrisyonu olan çocuklarda akut malnütrisyonu olan çocuklardan daha yüksekti (sırasıyla protein alım oranları %90,7/ %70,5, süt ve süt ürünü alım oranları %81,2/ %66,6).

Sonuç: Malnütrisyon prevalansının yüksek olduğu ülkemizde, çocukluk döneminde, özellikle 2 yaş altı çocuklarda, sağlıklı büyüme ve gelişiminin sağlanması amacıyla hastaneye yapılan her yatışta beslenme durumunun ve antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocuk sağlığı açısından malnütrisyonun farkındalığının artması ve saptanan malnütrisyona erken müdahalenin sağlanması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malnutrisyon, Antropometrik Ölçümler, Zayıflık, Bodurluk, Mikrobesin Eksikliği

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P35

YENIDOĞAN KONJONKTIVITINDE AYIRICI TANIDA NADIR BIR ETKEN: PRIMER NEISSERIA MENINGITIDIS ENFEKSIYONU

Damla SEYHANLI, Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nurşen BELET

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş
Neisseria meningitidis (N.meningitis), bakteriyel konjonktivitin nadir görülen bir nedenidir. N. meningitidis konjonktivitinin gerçek görülme sıklığı bilinmemektedir. Büyük vaka serilerinde akut bakteriyel konjonktivit vakalarının %0.08'inden daha azını oluşturmuştur.

Olgu
Term, 2860 gram doğum ağırlığında, 38+1 haftalık gebelikten normal spontan vajinal doğumla dünyaya gelen kız bebek, postnatal 12. gününde bilateral gözlerde kızarıklık ve pürülan akıntı şikâyetiyle yenidoğan polikliniğine başvurdu. Genel durumu iyi, sistem muayeneleri doğal olup, göz muayenesinde bilateral konjonktival hiperemi ve pürülan akıntı saptandı. Akut pürülan konjonktivit ön tanısıyla konjonktival sürüntü kültürü alındı ve topikal tobramisin başlandı. Gram boyamada polimorfonükleer lökositler ve konjonktiva kültüründe N.meningitis üremesi olması üzerine tarafımıza danışıldı. Hastadan sekonder konjonktiviti dışlamak amacıyla kan kültürü ve beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürü alındıktan sonra intravenöz sefotaksim tedavisi başlanması önerildi. Hastanın alınan BOS analizinde hücre görülmedi, BOS ve kan kültüründe üreme saptanmadı.Klinik izleminde pürülan akıntısı geriledi ve konjonktiva normale döndü. Aile bireylerine siprofloksasin ile temas profilaksisi uygulandı. Doğrulama ve serogruplandırma için Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna gönderilen izolat, serogruplandırılamayan N.meningitidis olarak doğrulandı. Poliklinik takiplerine devam eden hastada göz bakısında patoloji saptanmadı.

Tartışma
N. meningitidis kaynaklı akut konjonktivit, primer veya sekonder olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilir. N. meningitidis konjonktivitinin gerçek görülme sıklığı bilinmemektedir. Bunun nedeni kısmen, akut konjonktivitli hastaların çoğunun konjonktival eksüda kültürü yapılmadan ampirik olarak tedavi edilmesidir. Bizim hastamız primer meningokok konjonktiviti olarak değerlendirilmiştir. Birincil meningokokkal konjonktivit (PMK) klasik olarak, şiddetli pürülan eksüda ile seyreder ve genellikle tek taraflıdır. Vakalarının çoğu uygun tedaviyle iyileşir, ancak kornea ülseri , keratit , subkonjonktival kanama ve iritis gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Güncel literatür, PMK'nın sistemik meningokok enfeksiyonuna dönüşmesini önlemek için hem topikal hem de sistemik tedavinin uygulanmasını önermektedir. Biz de hastamızda tüm kültür tetkiklerini aldıktan sonra sistemik ve lokal tedavi başladık. PMK'nin, N. meningitidis'in eksojen bir yolla doğrudan konjonktival boşluğa inokülasyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Bu bulaşma hava yoluyla taşınan mikroorganizmalarla veya elle temas yoluyla gerçekleşebilir. Bu nedenle de hastamız ile temaslı tüm bireylere siprofloksasin ile temas profilaksisi uygulanmıştır. Aile içinde başka vaka saptanmamıştır.

Sonuç
Meningokok konjonktiviti, ciddi komplikasyonlara yol açması ve halk sağlığını tehdit etmesi ile büyük önem taşıyan nadir görülen bir enfeksiyondur. PMK'nın, görme kaybı ile sonuçlanabilen oküler komplikasyonlara ilaveten sistemik meningokokal hastalık gibi ciddi komplikasyonlara da yol açabileceğinden, erken ve doğru tanısı çok önemlidir. Bu vaka, yenidoğan döneminde primer meningokokal konjonktivitin tanısı ve yönetimi açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Neisseria meningitidis, primer meneingokokal konjonktivit, yenidoğan

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P36

BÖBREK NAKILLİ BİR ÇOCUK HASTADA PRİMER EBV ENFEKSİYONUNUN YÖNETİMİ

Irmak Anıl SAHINGOZ[1], Sevgin TANER[1], Gözde İrem ODABAS SELCUK[1], Memnune Selda ERENSOY[2], Seçil CONKAR TUNCAY[1], Zümrüt SAHBUDAK BAL[3], İpek KAPLAN BULUT[1]

[1]Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye
[2] Ege Üniversitesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon, İzmir, Türkiye

Amaçlar/Hedefler:
Epstein-Barr virüsü (EBV), böbrek nakli alıcılarında asemptomatik viremiden post-transplant lenfoproliferatif hastalığa (PTLH) kadar değişken spektrumda bulgulara neden olabilir. Böbrek nakli sonrası geçirilen primer EBV enfeksiyonu, PTLH gelişimi için bir risk faktörü olup, EBV seropozitif donör ve EBV seronegatif alıcı varlığında bu risk yüksektir. Böbrek nakli öncesi ve sonrasında EBV seroloji takibi ile risk altındaki hastaların belirlenmesi ve primer EBV enfeksiyonunun tedavi edilmesi önemlidir.

Yöntemler:
Bu yazıda immünsüpresif (IS) doz azaltımı ve IVIG tedavileri ile başarıyla tedavi edilen primer EBV enfeksiyonlu çocuk hastadan bahsedildi.

Bulgular:
Sekiz yaşında, primer nefrotik sendrom tanılı olan ve babasından böbrek nakli yapılmış bir kız çocuğu nakil sonrası sekizinci ayda kreatinin yüksekliği ile başvurdu. Mikofenolik asit (MFA), takrolimus ve prednizolon idame immünsüpresyonu altında izlenmekteydi. Fizik bakıda servikal ve submental lenfadenopati saptandı, hepatosplenomegalisi yoktu. Laboratuvar testlerinde CRP ve bazal kreatinin düzeylerinde artış (kreatinin: 1,2 mg/dL) ve proteinüri (spot idrar protein/kreatinin oranı: 0,61 g/g kreatinin) görüldü. Kanda BKV ve CMV DNA negatifti. Çapraz uyum ve donör spesifik antikor testleri negatifti. Nakil öncesi yapılan taramada, hastanın EBV seronegatif, donörün ise seropozitif olduğu görüldü. EBV DNA 2985 IU/ml saptandı. Abdominal ve nakil böbrek ultrason incelemesi normaldi. Böbrek biyopsisinde akut rejeksiyon bulgusuna rastlamadı. Lenfadenopati ve akut fazlarında yükseklik nedeniyle primer EBV enfeksiyonu düşünüldü. Takrolimus ve MFA dozları azaltıldı. İzlemin birinci haftasında lenfadenopatiler geriledi ve akut fazları negatifleşti. EBV titresinde artış (EBV DNA: 10923 IU/ml) görüldü. İntravenöz gansiklovir tedavisi (2 hafta) verildi. İzlemin üçüncü haftasında EBV DNA 4.295 IU/mL saptandı. İmmünsüpresif tedavisi takrolimus, everolimus ve prednizolon olarak düzenlendi. Everolimus ve takrolimus ilaç düzeylerinin 4-6 µg/L aralığında tutulması hedeflendi. İzlemin birinci ayında, EBV DNA titresinin yüksek seyri (5543 IU/mL) nedeniyle hastaya dört ay boyunca ayda bir kez IVIG (0,5 g/kg/doz) tedavisi uygulandı. IVIG tedavisi altında ve sonrasında EBV DNA titreleri kademeli olarak azaldı. Hasta şu anda izleminin altıncı ayında olup, kreatinin düzeyleri bazalinde (kreatinin: 0,58 mg/dL) ve EBV DNA düzeyleri 202 IU/mL olarak izlenmektedir.

Sonuç:
Böbrek nakli alıcılarında primer EBV enfeksiyonu ve kalıcı EBV viremisi, PTLH ile ilişkilidir. Bu hastalarda, IS doz ayarlamasının yanında IVIG önemli bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler:EBV, IVIG, Immunsupresyon, Böbrek nakli, Nefrotik sendrom

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P37

NEVIRAPINE BAĞLI STEVENS-JOHNSON SENDROMU: YENIDOĞAN OLGU RAPORU

Aslı ÖKTEM

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş
Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekrolizis (TEN), akut başlangıçlı, nadir görülen, cilt ve en az iki mukozal bölgenin tutulumu ile karakterize ciddi kutanöz reaksiyonlardır. Cilt yüzey alanına göre <%10 SJS, %10-30 SJS/TEN overlap,>%30 TEN olarak sınıflandırılır ve pediatrik mortalite %4-16'dır. Patogenezde ilaçların keratinositlere bağlanarak CD8+ sitotoksik T hücre aktivasyonu ve keratinosit apoptozu yer alır. HIV enfeksiyonu SJS/TEN riskini artırır; HIV tedavisinde kullanılan nevirapin sık bildirilen etkenlerdendir.

Olgu
HIV ile enfekte, viral yükü>12.000 kopya/mL olan anneden 36+2 haftada sezaryen ile doğan erkek bebek, doğum sonrası zidovudin, lamivudin ve başvurudan 8 gün önce başlanan nevirapin profilaksisi almakta iken, oral ve anal mukozal lezyonlar, palmoplantar büllöz lezyonlar ve yaygın makülopapüler döküntü ile başvurdu. Nikolsky bulgusu pozitif saptandı. Laboratuvarda nötropeni (780 /µL) ve CRP yüksekliği (50 mg/L) dışında belirgin anormallik yoktu. Klinik olarak SJS/TEN overlap düşünüldü ve tüm antiviral tedaviler kesildi. Histopatolojide subepidermal ayrışma izlendi.

Tedavi olarak total parenteral beslenme, sulbaktam-ampisilin, tek doz 0,6 mg/kg deksametazon, 1 gün arayla 1 g/kg IVIG, analjezi ve topikal tedaviler başlandı. IVIG tedavisi sonrası epidermal ayrılma durdu. Yirmi günlük yatış sonrası lezyonlar tamamen düzeldi. HIV RNA 1., 2., 4. ve 7. haftalarda negatif saptandı.

Sonuç
Literatürde zidovudin ve lamivudin ile ilişkili SJS/TEN nadiren rapor edilmiştir. Nevirapin ile ilişkili SJS/TEN riski, tedavinin ilk haftalarında yüksektir ve pediatrik vakalarla en sık ilişkili ajandır. Kortikosteroid tedavisinin etkinliği tartışmalı olup erken ve uygun dozda başlandığında olumlu sonuçlar bildirilmiştir. IVIG, bazı pediatrik serilerde güvenli ve etkili bulunmuş, ancak mortalite üzerine etkisi netleşmemiştir.

Sonuç olarak, HIV ile enfekte veya profilaksi alan çocuklarda nevirapin kullanıldığında SJS/TEN açısından dikkatli olunmalı, etken ilaç derhal kesilmeli ve destek tedavisi uygulanmalıdır. Kortikosteroid ve IVIG'nin pediatrik SJS/TEN tedavisindeki yeri konusunda çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Stevens-Johnson sendromu, Toksik epidermal nekrolizis, HIV, Nevirapin, Yenidoğan

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P38

AŞILAMAYI TAKİBEN GELİŞEN KAWASAKİ HASTALIĞI: TETİKLEYİCİ Mİ, TESADÜFİ Mİ?

Büşra YEN[1], Damla SEYHANLI[2], Esma Tuğba KAŞIKÇI-MERMER[2], Eda KARADAĞ-ÖNCEL[2], Tülay DEMİRCAN[3], Nurşen BELET[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş:
Kawasaki Hastalığı (KH), çocuklarda görülen sistemik bir vaskülittir, en sık 5 yaş altı çocuklarda görülür (1). Etiyolojisinden genetik faktörler, çevresel toksin maruziyeti, otoimmün nedenler ve enfeksiyöz hastalıklar sorumlu tutulmaktadır. Aşılar da KH'nı tetikleyebilecek nadir nedenler arasındadır (2).

Olgu:
Daha önceden sağlıklı 3,5 aylık erkek bebeğin 5 gündür ateş ve tüm vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile dış merkeze başvurduğu, burada iki gün izlendiği, izlemde ateş etiyolojisine yönelik pozitif bir bulgu saptanmadığı, ileri inceleme için hastanemize yönlendirildiği öğrenildi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde 1 hafta önce rotavirüs aşısı, 4 valanlı (ACWY) meninkokok ve meningokok B aşılarının uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın huzursuz olduğu özellikle gövdesi ve ekstremitelerinde yaygın makülopapüler döküntü, bilateral nonpürülan konjonktivit, el ve ayaklarda ödem saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı:24,300/mm3, Hgb:9,6 g/dL, trombosit:537,000/mm3, prokalsitonin:3,32 ng/ml ve C-reaktif protein:148,5 mg/L idi. Dış merkezde alınan idrar ve kan kültürü negatifti, hastanemizde bakılan viral seroloji ve solunum yolu PCR testlerinde hastalığı açıklayacak pozitif bir bulgu elde edilemedi. Hastanın izleminde 39 °C'yi aşan ateşleri gözlendi. Kawasaki Hastalığını ekarte etmek için yapılan ekokardiyografik incelemede koroner damarlar normal saptandı ancak klinik bulguları ile hastada atipik KH'ı düşünüldü. Hastaya 2gr/kg IVIG ve asetilsalisilik asit (ASA) tedavisi başlandı. IVIG sonrasında ateşi geriledi ve klinik bulguları düzeldi, ASA ile hasta izlenmek üzere taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Kawasaki hastalığı sistemik bir vaskülit olup, inkomplet ve klasik olarak sınıflandırılır. Özellikle küçük bebeklerde tanı kriterlerinin karşılanması her zaman mümkün olmamaktadır, klinik görünümü oldukça değişkendir ve tanısında yardımcı patognomonik laboratuvar bulguları yoktur (3,4). Bizim hastamızda da tanı klinik bulgular ile koyulmuştur. Özellikle çocuk hastalarda uzun süren ateş ve atipik döküntülerin ayırıcı tanısında KH'ı akılda tutulmalıdır. Aşılarla ilişkisi literatürde nadir olmakla birlikte pnömokok aşısı, karma aşılar, rotavirüs aşıları sonrasında KH'ı gelişen vakalar bildirilmiştir (2,4). Hastamızda KH'nın etiyolojisi net değildir, ancak aşılama zamanlaması ve KH'nin başlangıcı göz önüne alındığında, uygulanmış olan rotavirüs ve meningokok aşılamasının tetikleyici olabileceği düşünülebilir. Etyolojisi net olmamakla birlikte öyküde aşılama öyküsü sorgulanmalı ve aşı istenmeyen yan etki bildirimi yapılması unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki Hastalığı, Döküntü, Ateş, Aşılama, Çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P39

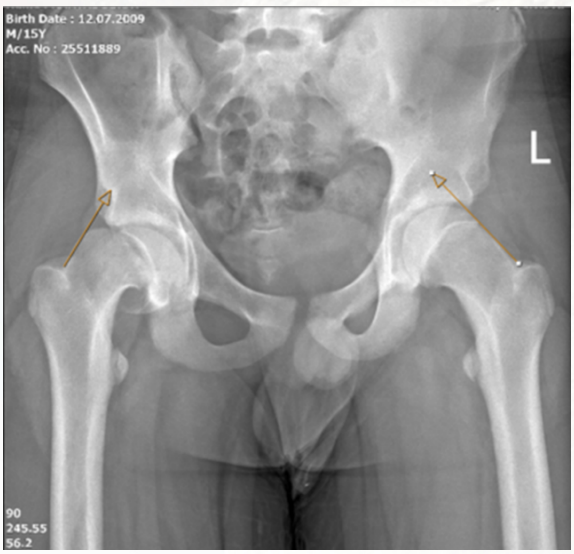
AKSAYAN ÇOCUKTA BEKLENMEYENİ DÜŞÜNMEK: ACİL MÜDAHALE GEREKTİREN İKİ NADİR NEDEN

İpek PAMUKOĞLU[1], Merve ERASLAN CANBELDEK[2], Anıl ER[2], Emel ULUSOY[2], Zeynep ÖLMEZ MART[2], Öznur ESER[2], Özge GÜNAL[2], Murat DUMAN[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil Bd, İzmir, Türkiye

Giriş: Çocuk acil servis başvurularında, kalça eklemi ağrısı sık görülen bir semptomdur. En sık nedeni yaşa göre değişmekle birlikte, akla ilk akut travma, septik artrit, osteomyelit, geçici sinovit gibi enfektif süreçler ve JİA gibi romatolojik nedenler gelmektedir. Ancak akut kalça eklemi ağrısı ile başvuran bir çocuk değerlendirilirken; spontan hemartroz, malignite, ani güçsüzlükle seyreden nörolojik durumlar, femur başı epifiz kayması, testis torsiyonu, iliopsoas absesi gibi nadir ancak acil müdahale gerektiren sebepler göz ardı edilmemelidir.
Çalışmamızda akut kalça ağrısı ile başvuran ve acil müdahale gerektiren nadir etiyolojiler saptadığımız 2 hastamızı sunarak, kalça ağrısının nadir sebeplerine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu 1: 15 yaş bilinen hastalığı olmayan, fazla kilolu (VKİ:25 kg/m2) erkek hasta. 1 aydır sağ kalçada hafif ağrısı olan ve dış merkezde fizik tedavi programına alınan hasta, bir gün önce kendi boyundan zıplama sonucu ağrının şiddetlenmesi nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sağ kalça ekleminde palpasyonda hassasiyet mevcuttu, eklemde kızarıklık ve ısı artışı yoktu. Sağ alt ekstremite nötral pozisyonda dış rotasyon ve addüksiyonda durmaktaydı. Hasta pelvis grafisi ile değerlendirildiğinde, sağ tarafta şiddetli sol tarafta hafif olmak üzere bilateral femur başı epifiz kayması olduğu görüldü. Hasta ortopedi bölümü tarafından acil operasyona alındı.



Resim 1. Olgu 1'in pelvis AP grafisi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Olgu 2: 15 yaş kız hasta, travma öyküsü olmaksızın 15 gündür olan sol kalça ve bel ağrısı, yürüyememe ile başvurdu. Fizik muayenede sol kalça ekleminde hassasiyet, hareket kısıtlılığı mevcuttu; ancak kızarıklık, ısı artışı, şişlik yoktu. Diğer sistem bakıları olağan değerlendirildi. Akut faz reaktan yüksekliği olan hasta, ortopediye konsülte edildi. Kalça MRG çekilmesi önerilen hastanın MRG görüntülemesinde "solda iliacus kası içerisinde yaklaşık boyutları 40x14x50 mm boyutlarında periferik kontrastlanması bulunan abse ile uyumlu sıvı lokülasyonu" saptanması üzerine, hastaya girişimsel radyoloji tarafından abse drenajı yapıldı. Abse kültüründe E. Coli üremesi saptanan hasta iv antibiyoterapi ve izlem amacıyla Çocuk Enfeksiyon Servisine devredildi.



Resim 2. Olgu 2'nin kontrastlı kalça MR görüntüsü (ok ile gösterilen iliopsoas absesi)

Sonuç: Şiddetli kalça ağrısıyla başvuran hastada, özellikle obez adolesanlarda, akut travma öyküsü olmasa bile femur başı epifiz kayması akılda bulundurulmalı ve çekilebiliyorsa altın standart olan kurbağa pozisyonunda, çekilemiyorsa pelvis AP grafi istenmelidir. Şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı ve akut faz reaktanı yüksekliği durumunda ise septik artrit, osteomyelit ve romatolojik hastalıklar yanında iliopsoas absesi de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler:aksayan çocuk, epifiz kayması, iliopsoas absesi, kalça ağrısı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P40

Bildiri Geri Çekilmiştir

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P41

MERCİMEK ALERJİSİ SAPTANAN BİR OLGUDA BEZELYE ALERJİSİ

Emine ÜLGEN, İlke BAŞ, Pınar ŞAHIN, Figen GÜLEN, Handan DUMAN ŞENOL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Alerjik proktokolit genellikle ilk bir yaşta, anne sütüyle beslenen ve genel durumu iyi olan bebeklerde dışkıda kan ve mukus görülmesiyle karakterizedir. Proktokolit saptanan hastalarda inek sütü, yumurta, dana eti ve çerez sık bilinen etkenlerdendir. Farklı sosyokültürel özellikleri ve beslenme alışkanlıkları olan ülkelerde hastalığın sıklığı ve prognozu da farklı seyretmektedir.

Mercimek, yer fıstığı, soya fasulyesi ve fasulye gibi yiyeceklerin bulunduğu baklagiller ailesinin bir üyesidir. Baklagiller yapısal olarak benzer epitoplar taşıyan proteinler içerirler, bu nedenle aralarında çapraz reaksiyon sıklıkla görülmektedir. Hastaların çoğunda birden fazla baklagil alerjisi vardır. Nohut, bezelye ve mercimek arasında çapraz reaksiyon sıktır. Bezelyenin major alerjeni convicilin, mercimeğin alerjeni Len c 1 le çapraz reaksiyon gösterir. Proktokolit saptanan hastada nadir bir etken olan mercimek ve bezelye alerjisi sunulacaktır.

Olgu: 9 aylık erkek bebek, mercimek çorbası tüketiminden altı saat sonra kanlı mukuslu ishal görülmesi nedeniyle başvurdu. Term doğan, 20 günlükken sepsis nedeniyle yedi gün yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü bulunan bebek ilk altı ayında anne sütü ile beslenmiş. Hastanın sıklıkla olan huzursuzluk, ağlama, günde 5-7 kere olan kansız mukuslu yeşil renkli gaita semptomları olup kolik olarak değerlendirilmiş. Probiyotik kullanılmış. Annenin aldığı gıdalarla semptomlar arasında ilişki farkedilmemiş. 7.5 aylıkken ilk kez mercimek çorbası ile ve 1 ay sonra tekrar mercimek içeren börek alımı sonrasında gaitada kanaması olmuş. Bu olaydan 15 gün sonra da bezelye yedirilmesinden 24 saat içerisinde çok miktarda kanlı mukuslu gaita görülmüş. Hastanın dökütüsünün, kusmasının veya solunum bulgusunun olmadığı öğrenildi. Proktokolit olarak değerlendirilen hastaya besin provakasyon testi önerildi ancak tekrarlayan kanaması olması nedeni ile aile kabul etmedi. Hastaya çarpraz reaksiyon verebilecek gıdalar konusunda eğitim verildi ve diyet uygulandı. Sonrasında kanama tekrarlamadı. Sonuç: Proktokolitin spesifik tanısal testi bulunmamaktadır, eliminasyon ve besin yükleme testi ile tanı konulmaktadır. Literatürde kuru baklagillerle proktokolit gelişimi bildirilen az sayıda olgu vardır. Nadir bir neden olarak kuru baklagil alerjileri akılda tutulmalı ve öyküde sorgulanmalıdır. Ayrıca aileler çarpraz reaksiyon geliştirebilecek gıdalar açısından da uyarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Proktokolit, Besin Alerjisi, Mercimek Alerjisi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P43

SAĞLIKLI BİR ÇOCUKTA MASTOİDİTE BAĞLI GELİŞEN KAFA TABANI OSTEOMİYELİTİ

Süleyman Emre KARAÜZÜM[1], **Niyazi Emre KURŞUNOĞLU**[2], Coşkun EKEMEN[1], Emine Çiğdem ÖZER[1], Aslı ARSLAN[1], Tülay ÖZTÜRK ATASOY[3], Zümrüt ŞAHBUDAK BAL[1], Güldahiye AVCU[1]

[1]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Radyoloji, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Kafa tabanı osteomiyeliti (KTO), kafatası tabanındaki kemik ve yumuşak dokuların nadir fakat ciddi bir enfeksiyonudur. Genellikle ileri yaş ve diyabetik bireylerde görülür, immünkompetan çocuklarda oldukça seyrektir ve genellikle tanısı gecikir.

OLGU

Dokuz yaşında kız hasta; ateş, sol kulakta ağrı, akıntı yakınmalarıyla başvurdu. İki yıldır tekrarlayan otit öyküsü olduğu, iki ay önce benzer yakınmalarla özel merkeze başvurusunda amoksisilin-klavulanat tedavisiyle (40 mg/kg/g, 7 gün) yakınmalarının kısmen gerilediği, sonrasında tekrarlaması üzerine seftriakson tedavisi (50 mg/kg/g, 6 gün) kullandığı öğrenildi. Dış merkezde temporal bilgisayarlı tomografi incelemesinde solda mastoid–petröz hücre havalanmasında kayıp, kemik yapılarda eroziv değişiklikler izlenmiş, bulgular KTO ile uyumlu olarak raporlanmış. Özgeçmiş ve soygeçmişinde ek özellik saptanmadı.
Merkezimize başvurusunda, sol dış kulak yolunda sarı-yeşil, mukopürülan akıntı; mastoidde şişlik, hassasiyet saptanan hastanın ateşi yoktu. Fizik bakısında diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar incelemelerinde; WBC: 9.150 /µL, ANC: 4.610 /µL, ALC: 3.780 /µL, Hemoglobin: 9,6 g/dL, Trombosit: 442.000 /µL, CRP: 99 mg/L, Prokalsitonin: 0.06 µg/L, Sedimantasyon: 94 mm/saat saptandı. Kulak aspiratından bakteriyolojik, mikolojik ve mikobakteriyolojik kültürleri, mikobakteriyel polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testleri gönderildi. Ampirik vankomisin (60 mg/kg/g) ve sefepim (150 mg/kg/g) tedavileri başlandı. KBB ve Göz Hastalıkları izlemine alındı.
Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol mastoid, orta kulak ve petröz apeks düzeyinde yaygın efüzyon, abse odakları; petröz apeks, oksipital kondil ve klivusta osteomyelit ile posterior fossada pakimenenjit izlendi. İnflamasyon karotid kanalı ve kavernöz sinüse uzanmaktaydı (Figür-1).
Yeterli klinik ve laboratuvar yanıt alınamaması nedeniyle tedavileri meropenem (120 mg/kg/g), linezolid (3x10 mg/kg/doz) ve siprofloksasin (3x10 mg/kg/doz) IV olarak düzenlendi.
Olgunun immunglobulinleri, lenfosit alt grupları, burst aktivitesi ve aşı yanıtlarının olağan saptanması üzerine ön planda immün yetmezlik düşünülmedi.
Yatışının 56. gününde yapılan kontrol MRG'de petröz ve mastoid parçada izlenen abse odakları ile petröz apeks, oksipital kondil ve klivustaki osteomyelit bulgularında ve pakimenenjit bulgularında belirgin regresyon saptandı (Figür-2). Oral siprofloksasin ve linezolid tedavisiyle taburcu edilen olgunun tedavisinin 12 haftaya tamamlanması planlandı.

SONUÇ

KTO, çocuklarda kulak akıntısı, işitme kaybı, baş ağrısı ve ateşle seyreden, dış kulak yolu enfeksiyonu sonrası gelişen nadir ancak ciddi bir enfeksiyondur. En sık etken Pseudomonas aeruginosa olup etiyolojiye S. aureus, S. pyogenes, S. pneumoniae ve anaeroplar da dahil olabilir. KTO sinüs ven trombozu, menenjit, intrakraniyal apse, iskemik enfarktüs gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Tanı genellikle görüntüleme yöntemleri ile konur ve tedavi, uzun süreli intravenöz antipseudomonal ve antistafilokokal antibiyotik tedavisini içerir.
Bu olgu, immünkompetan bir çocukta tekrarlayan dış kulak yolu enfeksiyonuna bağlı gelişen KTO'ya dikkat çekmektedir. Tanıda gecikmeyi önlemek için erken dönemde ileri görüntüleme önerilmekedir.

Anahtar Kelimeler: Kafa tabanı osteomiyeliti, Mastoidit, İmmünkompetan çocuk, Pakimenenjit, Otitis media

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P44

İNVAJİNASYON SONRASI GELİŞEN HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM: NADİR BİR KLİNİK BİRLİKTELİK

Gülce İMAMOĞLU[1], Pelin ABDAL YILDIRIM[2], Cemaliye BAŞARAN[3], Eren SOYALTIN[3], Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR[4], Belde KASAP DEMIR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Amerika Birleşik Devletleri
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, İzmir, Türkiye

Giriş
Hemolitik üremik sendrom (HÜS), mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı ile karakterize, çocukluk çağında akut böbrek hasarının en sık nedenlerinden biridir. En yaygın olarak Shiga toksin üreten Escherichia coli (STEC) enfeksiyonunu takiben gelişen enfeksiyon ilişkili form görülür. Gastrointestinal semptomlarla başlayan hastalık, invajinasyon gibi cerrahi patolojilerle karışabilir. Burada, invajinasyon sonrası HÜS gelişen 3 yaş kız olgu sunulmaktadır.

Olgu
Sistemik hastalık öyküsü olmayan 3 yaş kız hasta, karın ağrısı ve kanlı mukuslu dışkılama şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesi ve başvuru laboratuvar tetkikleri normaldi. Abdominal ultrasonografisinde ileokolik invajinasyon açısından anlamlıydı ve hidrostatik redüksiyon uygulandı. İlk 24 saat içinde kusma olması ve gaz-gaita çıkışının olmaması üzerine çekilen ultrasonografide invajinasyon şüphesi devam edince tanısal laparoskopi yapıldı; invajine segment görülmedi, ancak önceki invajinasyona bağlı ödem izlendi. İzlemin 48–72.saatinde bifüssür ve pretibial ödem ile oligüri saptandı Laboratuvar değerlendirmesinde hemoglobin 6,4 g/dL, trombosit $25\times10^3/\mu L$, BUN 39 mg/dL, kreatinin 1,55 mg/dL, Laktat dehidrogenaz (LDH) 1620 U/L bulundu. Bir hafta önce havuza girme ve akabinde et yeme öyküsü olan hastanın mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile HÜS düşünüldü. Gaita Polimeraz zincir reaksiyonu tetkikinde STEC negatifti. Periferik yaymasında şistositler, diğer tetkiklerinde haptoglobulin düşük, ADAMTS13 aktivitesi normal, C3 ve C4 düzeyleri düşük, ANA-antidsDNA-viral belirteçler negatif saptandı. Destek tedavisi uygulanan hastada renal replasman tedavi gereksinimi olmadı. Beşinci günde böbrek fonksiyonları düzelme eğilimindeydi ve LDH düşüş gösterdi; 14. günde BUN ve kreatinin normal, kompleman düzeyleri normal seviyedeydi. Hasta ayaktan izleme alındı ve atipik HÜS için genetik tetkik gönderildi.

Tartışma
HÜS ile invajinasyon birlikteliği nadirdir ve literatürde çok az sayıda bildirilmiştir. Olası mekanizmalar arasında Shiga toksininin bağırsak epitel bariyerini bozarak mikrovasküler endotel hasarı ve ödem oluşturması, motilite bozukluğu ve invajinasyona yatkınlık yer alır. Bu olguda Shiga toksin PCR negatifliği nedeniyle STEC dışı enfeksiyon ilişkili HÜS veya atipik HÜS olasılıkları gündeme gelmiş, ancak hızlı klinik düzelme enfeksiyon ilişkili form lehine değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, çocuklarda gastrointestinal semptomlarla başvuran olgularda HÜS, invajinasyon gibi cerrahi patolojilerle maskelenebilir. Benzer şekilde invajinasyon tanısı alan hastalarda HÜS gelişebileceği akılda tutulmalı ve yakın klinik-laboratuvar izlemi sağlanmalıdır. Multidisipliner yaklaşım, erken tanı ve uygun destek tedavisi prognozu olumlu yönde etkiler.

Anahtar Kelimeler:hemolitik üremik sendrom, invajinasyon, çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P45

SAĞLIKLI BİR ÇOCUKTA CAMPYLOBACTER GASTROENTERİTİ: ANTİBİYOTİK HER ZAMAN VERİLMELİ Mİ?

Cansel DENİZ, Damla SEYHANLI, Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nurşen BELET

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş
Campylobacter türleri, özellikle küçük çocuklarda daha sık olmak üzere dünya genelinde önemli bir enfeksiyon nedenidir. Campylobacter türleri gastroenterite neden olur ve genellikle kanlı veya kansız ishal, ateş, kusma ve karın ağrısı ile kendini gösterir. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ciddi enfeksiyonlar antibiyotik tedavisinden fayda görebilir. Burada Campylobacter gastroenteriti nedeniyle izlenen sağlıklı çocuklarda antibiyotik tedavisinin yerinin tartışılması planlanmıştır.

Olgu
On beş yaşında erkek hasta ateş, kusma, mukuslu ve kanlı ishal, karın ağrısı ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Hastanın şikayetleri başlamadan 2 gün önce dışarda tavuk yediği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta ve halsiz görünümdeydi, vital bulguları yaşına göre normal sınırlardaydı, bağırsak sesleri artmıştı ancak batında hassasiyet yoktu, diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit:15.500/mm³ (%80 nötrofil), Hgb:14,5 g/dL, trombosit:124.000/mm³, CRP: 245 mg/L saptandı. Diğer biyokimyasal parametreleri ve kan gazı sonuçları normaldi. Gaita mikroskobisinde bol lökosit ve eritrosit mevcuttu. Oral alımı iyi olmayan, trombositopenisi ve kanlı ishali olan hasta izlem ve intravenöz hidrasyon verilmesi için yatırıldı, ampirik antibiyotik tedavi başlanmadı. Mevcut klinik laboratuvar bulgular doğrultusunda ön tanı olarak bakteriyel akut gastroenterit düşünüldü, gastrointestinal sistem moleküler tanı panelinde Campylobacter PCR pozitifliği saptandı. Daha önceden saptanmış hastalığı bulunmadığından antibiyotik başlanmadı, izleminde ateşi geriledi, hidrasyondan fayda gördü. Hastanede yatırılarak izlenen, oral alımı iyi olan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma
Campylobacter türleri tüm dünyada bakteriyel gastroenteritin önemli nedenlerindendir. Ancak Campylobacter enfeksiyonlarında gastrointestinal sistem dışında da nörolojik, kardiyak ve pulmoner tutulumlar görülebilir. Özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyon daha ağır seyirli olabilir. Hastamızda diğer sistem tutulumları açısından pozitif bulgu saptanmamıştır. Ancak başvuru sırasında trombositopeni varlığı ayırıcı tanıda STEC ve salmonella enfeksiyonunu akla getirmekle birlikte moleküler panel sonucu ile bu tanılar dışlanmıştır.
Campylobacter gastroenteritin akut tedavisinin temelini ağızdan/damardan yeterli hidrasyon oluşturur. Campylobacter enfeksiyonları, kendini sınırlayan bir hastalık olduğundan, komplikasyonsuz vakalarda antibiyotik kullanımı kısıtlanabilir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından yayınlanan 2024 önerilerine göre, ciddi olmayan gastroenteritler için antibiyotik tedavisi önerilmemektedir. Bizim hastamızda da antibiyotik tedavisi verilmeksizin iyileşme sağlanmıştır. Antibiyotik tedavisi verilmesi uygun olan hastalar ağır gastroenterit tablosunda olanlar ve bağışıklığı baskılanmış çocuklardır. Tedavi verilmesi düşünülüyorsa 3 gün azitromisin tercih edilmelidir.

Sonuç
Campylobacter türleri, dünya çapında özellikle kaynakları kısıtlı ülkelerde en yaygın bakteriyel gastroenterit etkenlerinden olarak önemli bir halk sağlığı sorunu yaratmaktadır. Hafif vakalarda çoğunlukla kendiliğinden düzelen bu enfeksiyonda antibiyotik tedavisi; hastanın yaşı, immün durumu, enfeksiyonun şiddeti ve komplikasyon riski gibi faktörler dikkate alınarak, vaka bazlı yaklaşımla planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Campylobacter, Akut gastroenterit, Tedavi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P46

KARDİYAK VE RENAL ANOMALİLER İLE SEYREDEN DİGEORGE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Gamze AYTAÇ[1], Deniz KESKINDIL[1], Şükrü Onur HALAÇ[1], Deniz AKÇA[1], Aslıhan ABBASOĞLU[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Kliniği, Neonatoloji , İzmir, Türkiye

Giriş:
DiGeorge Sendromu (22q11.2 delesyon sendromu), konjenital kalp defektleri, timus hipoplazisi ve hipokalsemi ile karakterize, fenotipik olarak değişken bulgular gösterebilen nadir bir kromozomal anomalidir. Bu olguda, antenatal tanı almış, kardiyak ve renal anomalilerin eşlik ettiği bir DiGeorge sendromu vakası sunulmuştur.

Olgu:
On dokuz yaşındaki sağlıklı anneden 36 gebelik haftasında, sezaryen ile 1940 gram (<3p) doğan erkek bebeğin fizik muayenesinde boy 50 cm (50p), baş çevresi 35 cm (>50p) idi. Kaba yüz görünümü ve burun kökü basıklığı mevcuttu. Prenatal izlemede sağ renal agenezi, çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV), pulmoner stenoz (PS) ve tek umbilikal arter saptanarak, Fluorescence in situ hybridization (FISH) tekniği ile yapılan çalışmada 22q11.2 delesyonu tespit edildiği öğrenildi. Batın ultrasonografisinde sağ renal agenezi, ekokardiyografide DORV (TOF tipi), geniş subaortik VSD, PFO, subvalvüler ve valvüler PS saptandı. Renal agenezisi de olan hastanın tansiyonlarının yüksek seyretmesi üzerine propranolol tedavisi başlandı. Postnatal 54. gününde sağ ventrikül çıkış darlığı (RVOT) rekonstrüksiyonu yapılarak postoperatif dönemde inotrop (adrenalin, milrinon) desteği ile albümin replasmanı uygulandı. Operasyondan itibaren entübe şekilde izlenmektedir. Postnatal 57. günde yapılan genetik inceleme ile 22q11.2 delesyonu doğrulandı.

Sonuç:
DiGeorge sendromu, kardiyak ve renal anomalilerin birlikte görülebildiği, fenotipik yelpazesi geniş bir sendromdur. Antenatal tanı, doğum sonrası multidisipliner yönetim planının yapılabilmesini ve komplikasyonların erken yönetimi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: DiGeorge sendromu, Antenatal tanı, Renal agenezi, Konjenital kalp anomalisi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P47

MAKROSEFALİ İLE SEYREDEN NADİR BİR NÖROANATOMİK MALFORMASYON: ALOBAR HOLOPROZENSEFALİ

Alperen BAKI[1], Şükrü Onur HALAÇ[1], Deniz KESKINDIL[1], Deniz AKÇA[1], Aslıhan ABBASOĞLU[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Kliniği, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

GİRİŞ
Alobar holoprozensefali, prozensefalonun iki loba ayrılamaması sonucu gelişen, holoprozensefalinin en ağır formudur. Nadir görülmesine rağmen ciddi nörolojik morbidite ve mortaliteye yol açar. Bu olgu sunumunda terminasyonu kabul etmeyen, alobar holoprozensefali olgusunu paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER
Bu olgu sunumunda hastanemizde doğan ve YDYB kliniğimizde tedavi gören alobar holoprozensefali tanılı olgunun verileri incelenmiştir.

OLGU
Yirmi altı yaşında anneden 37 gestasyonel haftada sezaryenle, 5/6 APGAR skoruyla 5770 gram doğan, antenatal holoprozensefali tanılı olgu, solunum sıkıntısı nedeni ile entübe edilerek yenidoğan ünitesine yatırıldı. Anne ve babanın 2.derece akraba olduğu ve antenatal tanı sonrası önerilen terminasyon seçeneğini kabul etmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde 4 ekstremite hareketli, pupiller orta hatta, batan güneş manzarası ve baş çevresi 64 cm (>97 P) saptandı. Makrosefalisi olan olgunun yapılan beyin tomografisi ve transfontanel ultrasonografi tetkiklerinde tek büyük mono ventriküler yapı izlendi, serebral hemisferler arasında ayrışma ve interhemisferik fissür, falks serebri izlenmedi. Mevcut bulgular ile alobar holoprozensefali tanısı düşünülen hasta postnatal 3.gününde operelerek eksternal ventriküler drenaj (EVD) kateteri yerleştirildi. İzlemde subtle tipi nöbet aktivitesi olan hastaya levetirasetam tedavisi başlandı. Göz ve çocuk kardiyolojisi tarafından yapılan değerlendirmelerinde mevcut tanı ile ilişkili patoloji saptanmadı. Moleküler karyotip analizi için tetkik gönderilerek, genetik danışmanlık için ebeveynler yönlendirildi . Postnatal 4.gününde minimal enteral beslenmesi başlanan ve postnatal 9.gününde ekstübe edilen olgunun izlemine oda havasında devam edilmektedir.

SONUÇ
Holoprozensefali (HPE), gebeliğin üçüncü ve dördüncü haftaları sırasında prosensefalon farklılaşmasının ve orta hat bölünmesinin başarısızlığından kaynaklanan beyindeki yapısal anomalilerin sürekliliği ile karakterizedir. Holoprozensefalinin prevelansı 10.000 doğumda 1 olarak bildirilmiştir ve HPE tanılı olguların yaklaşık üçte ikisinde en şiddetli form olan alobar HPE görülür. Alobar HPE'de hidrosefalinin eşlik etmesi halinde ventrikül drenajının seçilmiş vakalarda tedavi yöntemi olarak kullanılabileceği bildirilmiştir. Sonuç olarak alobar HPE, hem tanı hem de yönetim açısından multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılan, prognozu kötü bir santral sinir sistemi anomalisidir. Erken tanı ile gereğinde cerrahi müdahale ve aileye doğru bilgilendirme, sürecin en kritik unsurlarındandır. Seçilmiş vakalarda ventriküler drenaj sistemi semptomları hafifleterek, yaşam süresini uzatabilir.

Anahtar Kelimeler:alobar, Holoprozensefali

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P48

TRİZOMİ 18'E MULTİDİSİPLİNER BAKIŞ: 3 OLGU İNCELEMESİ

Muhammed Yasin AKÇAKOCA[1], Deniz AKÇA[1], Deniz KESKINDIL[1], Şükrü Onur HALAÇ[1], Aslıhan ABBASOĞLU[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: Trizomi 18, 18. kromozomun üç kopyasının bulunmasıyla karakterize bir sendromdur. Doğumda sıklıkla ölümcül seyreden bu genetik bozukluk, dünya genelinde her 5.000 doğumdan birinde görülmektedir. Genellikle yaşamın ilk yıllarında ciddi sağlık sorunlarına yol açar.

Olgu sunumları:
Olgu 1: Otuz altı yaş annenin ilk gebeliği olan terminasyon önerilen 37 gestasyonel haftada 1860 gram (<3P) olarak doğan olgu oda havasında yenidoğan izlemine alınmıştır. Fizik muayenesinde geniş alın, mikrognati, düşük kulak görüldü.İzleminde ultrasonografisinde sağ böbrek agenezisi saptandı.Kardiyolojik değerlendirmesinde ventriküle septal defekt ve patent duktus arteriozus saptanan olguya ligasyon ve pulmoner banding operasyonu uygulandı. Olgunun kardiyak, nefrolojik ve beslenme sorunları nedeniyle tedavi ve takibine devam etmektedir.

Olgu 2: Kırk bir yaş anneden dördüncü gebeliği olarak 38 gestastonel haftada 1710 gram (<3P) olarak entübe şekilde yenidoğan ünitesinde bakıma alındı. Fizik bakıda sağ ve sol koanal atrezi saptandı. Kardiyak değerlendirmesinde PDA ve VSD saptandı. PDA ligasyonu ve pulmoner banding operasyonu yapıldı. Elektrolit imbalansı ve solunum sorunları yaşadığı görüldü.

Olgu 3: Otuz sekiz yaş anneden 36 gestasyonel haftada 1360 gram (<3P) olarak doğan erkek olgu solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan ünitesinde izleme alındı. Olgunun fizik bakısında düşük kulak, burun kökü basıklığı mevcuttu. İzlemde kolestaz tablosu gelişen, solunum sıkıntısı artarak entübe edilen hastaya nöbet geçirmesi nedeniyle Levatirasetam başlandı.Kardiyak değerlendirmede ASD , PDA saptandı. PDA ligasyonu yapıldı. Elektrolit imbalansı mevcuttu.

Sonuç: Trizomi 18 tanısı genetik test ile saptanabildiği gibi antenatal tanı ve klinik değerlendirme ve fizik muayene ile düşünülebilen bir sendromdur. Sunulan olguların bulguları literatür ile uyumlu olup klinik patolojik durumlar çeşitlilik göstermektedir. Ancak hastalığın seyri, prognozu ve tedavisi için multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trizomi 18, antenatal takip, multidisipliner izlem

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P49

PETEŞİAL DÖKÜNTÜ İLE PREZENTE OLAN AKUT EPSTEIN-BARR VİRÜS ENFEKSİYONU: PEDİATRİK BİR OLGU SUNUMU

Nihan POLAT[1], Beyza ÇALIK[2], Hacer Örsdemir Hortu[1], Ali Kanık[1,2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ

Peteşi, deri veya mukozalarda kılcal damarların hasarı sonucu gelişen, çapı genellikle 1–2 mm olan, kırmızı-mor renkli, basmakla solmayan küçük döküntüler olarak tanımlanır. Peteşial döküntü, basit viral enfeksiyonlardan yaşamı tehdit eden septisemilere kadar geniş bir klinik spektrumda ortaya çıkabilir.Epstein–Barr virüsü (EBV), herpesviridae ailesinden olup çocukluk ve adölesan dönemde sık görülen bir enfeksiyon etkenidir. Genellikle asemptomatik seyreder veya klasik enfeksiyöz mononükleoz tablosuna yol açar. Ancak nadir olarak cilt döküntüsü, pnömoni, hepatit veya böbrek yetmezliği gibi atipik klinik tablolarla da prezente olabilir. EBV'ye bağlı döküntüler sıklıkla gövde ve kollarda lokalize, makülopapüler, skarlatiniform, eritematöz veya ürtikeryal karakterde olup; nadiren vesiküler, peteşial ya da hemorajik formda görülebilir. Peteşial döküntü, EBV enfeksiyonunun nadir bir bulgusu olduğundan, özellikle ateş ve döküntü ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu poster, peteşial döküntü ile başvuran ve EBV enfeksiyonu tanısı alan bir pediatrik olgunun sunumunu içermektedir.

OLGU SUNUMU

5 yaş kız olgu, 1 haftadır olan vücutta yaygın basmakla solmayan peteşiyel döküntüsü olduğu, eşlik eden ek şikayeti olmadığı belirtildi. Döküntülerinin başlangıcından 2 gün sonra boğaz ağrısı şikayeti eklenmesi üzerine olan başvurusunda olguya sefdinir ve antihistaminik reçete edildiği ardından şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine acil servisimize başvurması üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı Çocuk sağlığı ve Hastalıkları servisine yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde bilateral extremitelerde, yüzde ve gövdede basmakla solmayan peteşiyel döküntüsü mevcuttu. Ek patolojik muayene bulgusu yoktu. Olgudan enfeksiyona sekonder vaskülit ayırıcı tanısı açısından viral seroloji(Epstein-Barr virüs(EBV), sitomegalovirüs (CMV), Enterovirüsler (Coxsackie virüs, Echovirüs) ,Kızamık ve eritema infeksiyozum, parvovirüs B19) bakıldı. Alınan hemogram tetkikinde WBC:5.360 10^3/µL, HGB:11 gr/dl, PLT:160 10^3/µL, LYM:2,96 10^3µL saptandı. Biyokimya tetkikinde CRP:5 mg/L, AST:59 U/L, ALT:51 U/L , tam idrar tetkiki olağan, koagülasyon parametreleri olağan saptandı. Olgudan alınan solunum yolu viral panelinde etken saptanmaması üzerine enterovirüsler dışlandı. CMV ,Parvovirüs-B19, Rubella, Kızamık tetkikleri negatif saptanması üzerine bu enfeksiyonlar dışlandı. Olgudan alınan tetkikler sonucunda EBV VCA IgM: (+), IgG: (-), EBV EBNA IgG(-) saptanması üzerine Epstein-Barr enfeksiyonu tanısı konuldu.

SONUÇ

Epstein-Barr virüs enfeksiyonunda klasik tablo ateş, eksüdatif veya membranöz farenjit, generalize lenfadenopati ve splenomegali ile karakterizedir. Döküntünün de eşlik edebildiği bu enfeksiyonda döküntüler genellikle makülopapüler vasıfta olup peteşial döküntü, EBV'nin tipik bulgusu olmayıp nadiren ortaya çıkar. Ayırıcı tanıda EBV enfeksiyonu mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Epstein-Barr Virüsü, Mononükleoz, Peteşial Döküntü

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P50

İNTRAUTERİN KEMİK DİSPLAZİSİ ŞÜPHESİYLE TAKİP EDİLEN BİR YENİDOĞAN: OSTEOGENEZİS IMPERFEKTA OLGU SUNUMU

Zeynep KÜTÜKOĞLU[1], Deniz KESKINDIL[1], Deniz AKÇA[1], Şükrü Onur HALAÇ[1], Ezgi YANGIN ERGON [2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]SBÜ İzmir Şehir Hastanesi SUAM, İzmir Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji BD, İzmir, Türkiye, İzmir Şehir Hastanesi, Neonatoloji, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Osteogenezis imperfekta (OI), genetik geçişli bir bağ dokusu hastalığı olup, kollajen tip 1 sentezinde bozukluk sonucu oluşur. Prenatal tanı, başta ultrason olmak üzere gelişmiş görüntüleme teknikleri ve genetik testlerle mümkün olabilmektedir. Bu sunumda, antenatal dönemde şiddetli intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ve iskelet displazisi şüphesiyle izlenen, doğum sonrası osteogenezis imperfekta ön tanısı ile takip edilen bir olgu üzerinden, tanısal sürecin ve klinik yönetimin literatür eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU

Gravida 8 parite 7 yaşayan 7 bilinen hastalığı olmayan anneden, 33+3 gebelik haftasında antenatal dönemde şiddetli IUGR ve iskelet displazisi ön tanıları ile takip edilen olgu, sezaryen doğumla 1490 gram, 7/8 APGAR ile doğdu. Solunum sıkıntısı bulunan olgu nazal ventilasyon desteğine alındı, oksijen ihtiyacı devam etmesi nedeniyle entübe edildi. Olası konjenital pnömoni ekarte edilemeyerek ampirik antibiyoterapi başlandı, yüksek oksijen ihitiyacının sebat etmesi nedeni ile erken doğuma bağlı respiratuvar distres sendromu düşünülerek 200 mg/kg sürfaktan uygulandı. Hastanın takibinde sağ pnömotoraks gelişti, tüp torakostomi uygulandı. Klinik izlemde solunum desteği ihtiyacı kademeli azaldı, postnatal (PN) 9. Gün oda havasında takibe alındı, antibiyoterapi kesildi.

Fizik muayenesinde mavi sklera, her iki humerusta ve sağ femurda kavislenme mevcuttu. Kemik surveyde intrauterin döneme ait eski fraktürler görüldü. Radyolojik değerlendirmede bilateral alt ekstremitelerde femur başlarında deformasyon ve kallus formasyonları, eski fraktür izlenimleri, femur ve tibiada korteks sklerozu, kallus formasyonları ve angülasyon görüldü. Bulgular osteogenezis imperfekta ile uyumlu olarak değerlendirildi. Olgunun D vitamini düzeyi <3 ng/mL olarak saptandı. Çocuk endokrinoloji bölümünün önerisi ile, günlük 2000 IU D vitamini desteği başlandı. Anne-baba kuzen evliliği öyküsü ve mevcut ön tanı nedeni ile COL1A1 ve COL1A2 genlerinin sekans analizi için kan örneği gönderildi. Erken doğum ile ilişkili kliniği düzelen olgunun PN 33. Gün sol femurda şişlik saptanması nedeni ile direkt grafi çekildi, fraktür saptandı, ortopedi tarafından değerlendirilerek sabitlendi, dolaşım takibine alındı, sekonder iyileşmeye bırakılan olgu, PN 45. Gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Osteogenezis Imperfekta, tip I kollajen sentezini etkileyen nadir kalıtsal bağ dokusu hastalığıdır. Klinik tablo, hafif kemik fragilitesinden doğum öncesi dönemde saptanan letal formlara kadar geniş bir spektrumda seyredebilir. Antenatal ultrason bulguları, radyolojik kemik incelemeleri ve genetik testler tanıda kritik rol oynar. Mavi sklera, düşük D vitamini seviyesi ve pozitif akraba evliliği öyküsü tanı lehine destek sağlar. Hastada gelişen pnömotoraks gelişimi ve mekanik ventilasyon gerekliliği, hastalığın komplikasyonları olarak önem taşır. Multidisipliner yaklaşım, tanı ve tedavi süreçlerinin izlemi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Osteogenezis Imperfekta, İntrauterin Gelişme Geriliği, İskelet Displazisi, Mavi Sklera

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P51

TRANSFÜZYON SONRASI GEÇİCİ REMİSYON GELİŞEN AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ OLGUSU

Samra AHMADOVA[1], Hatice Esra DURUKAN[2], Ayshe GADASHOVA[2], Cihan ÖNDER[2], Fatma ASLAN[3], Nihal KARADAŞ[2], Deniz YILMAZ KARAPINAR[2]

[1]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ad, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tip Fakültesi, Çocuk Hematoloji Ad, İzmir, Türkiye
[3]Erzurum Eah, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Ad, İzmir, Türkiye

Giriş
Akut lenfoblastik lösemi (ALL), çocukluk çağında en sık görülen malignitedir. Tanı sürecinde periferik yayma ve kemik iliği morfolojisi, immünfenotip ve genetik incelemeler esastır. Nadiren, tanı öncesinde yapılan kan transfüzyonları blast oranında geçici düşüşe neden olabilir ve tanının gecikmesine yol açabilir.

Olgu
Eylül 2023 tarihinden bacağında fraktür nedeniyle 3 hafta süre ile alçıya alınan, alçı çıkarıldıktan sonra yürüme güçlüğü gelişen hasta, son 5 gündür devam eden ateş yüksekliği de olması nedeni ile Erzurum EAH'e başvurmuş. Yapılan tetkiklerde Hg;6.6g/dL, PLT: 75000/mm3, BK: 56000/mm3, ANS: 300/mm3 ve periferik yaymada blastlar görülen olgu lösemi ön tanısı ile yatırılmış. Hastanın biyokimyasında ürik asit:8,9mg/dl, LDH: 456, ferritin:367ng/mL yüksekliği de olan olguya kemik iliği örneklemesi yapılmak istenmiş ancak dry tap olması üzerine periferden gönderilen flow sitometri B-ALL ile uyumlu (%36blast, CD10+, HLA-DR+, CD38+) saptanmış. Orada yapılan tetkiklerde batın USG'de hepatosplenomegali saptanmış. 25.11.2023'te Hb 6.6 g/dL olup, ateşsiz dönemde taşikardisi olması üzerine 10 cc/kg ışınlanmış eritrosit süspansiyonu ve 26.11.2023'te trombosit süspansiyonu verilmiş. Flow sitometri sonucu ile lösemi olduğu saptanan olgu tedavisine Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Hematolojide devam etmek istediğini bildirmesi üzerine, tarafımıza yönlendirildi. Olgudan 01.12.2023 tarihinde hastanemize geldiğinde bakılan hemogramda BK:6600/mm3, ANS:780/mm3, Hg:9.7g/dL, PLT:315000/mm3 idi ve periferik yayma değerlendirmesinde atipik-blastik hücre izlenmedi. Dış merkezde kemik iliği örneklemesi yapılmadığı için yapılan kemik iliği aspirasyon yaymasında %2 blast saptandı. Flow sitometri normal saptandı. Patolojiye gönderilen kemik iliği biyopsisi de %90 selülaritesi olan ve %4 blast görülen remisyonda kemik iliği olarak raporlandı. Geldiği merkez ile görüşüldü ve kesinlikle steroid ya da başka bir kemoterapötik verilmediği teyit edildi. Hastanın dış merkezdeki bulgularının geçirilmiş bir enfeksiyon ilişkili olabileceği düşünülerek gönderilen viral seroloji negatif saptandı. Olgunun hemogram bulgularının da tamamen normal aralıkta olması nedeni ile 15 günde bir hemogram kontrolü yaptırmak üzere taburcu edildi. Ancak 1 ay sonra kontrol hemogramda BK115000/mm3 saptanması üzerine hasta merkeze çağırıldı ve 07.02.2024'te tekrarlanan kemik iliği değerlendirmeleri ile pre B-ALL tanısı konuldu ve tedavi başlandı. Sonuç Kan ve kan ürünleri transfüzyonu immunmodulasyon ile ya da sitotoksik T hücrelerinin etkisi ile hastaları nadir de olsa remisyona sokabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut lenfoblastik lösemi, transfüzyon, geçici remisyon, çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P52

BİR UÇTAN DİĞER UCA LIPID METABOLİZMASI: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA HİPERLIPIDEMİ VE HİPOLIPIDEMIYE METABOLİK YAKLAŞIM

Sedef ALPDOĞAN[1], Havva YAZICI[1], Ayşe YÜKSEL YANBOLU [1], Sakina MAMMADOVA[1], Ebru CANDA[1], Ayça AYKUT[2], Asude DURMAZ[3], Haluk AKIN[2], Sema KALKAN UÇAR[4], Mahmut ÇOKER[1]

[1]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş:
Lipid metabolizması bozuklukları, çocukluk çağında nadir görülen ancak tanı ve yönetim sürecinde önemli olan, genetik geçişli hastalıklar grubudur. Bu bozukluklar, plazma lipid düzeylerindeki belirgin değişikliklerle karakterize olup, patofizyolojik spektrumun bir ucunda ağır hiperlipidemi, diğer ucunda ise belirgin hipolipidemi yer alır. Her iki uç, farklı genetik mutasyonlar ve biyokimyasal mekanizmalarla ortaya çıksa da, uzun dönemde kardiyovasküler sistem, hepatik yapı ve sinir sistemi üzerinde geri dönüşsüz hasarlara yol açabilmektedir. Erken çocuklukta saptanan lipid profilindeki bozukluklar ailesel öykü ve fizik muayene bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde, kalıtsal hastalıkların öncü göstergeleri olabilir. Bu nedenle, pediatri pratiğinde lipid taraması hayati öneme sahiptir. AAP, tüm çocukların 9–11 yaşları arasında bir kez lipid taraması yaptırmasını önermektedir. Erken yaşta ailede kalp-damar hastalığı, dislipidemi öyküsü gibi risk faktörleri varsa, 2 yaşından itibaren seçici lipid taraması (selective screening) önerilmektedir.
Olgu-1 On altı yaşında erkek hasta, 7 yaşında bilateral aşil ksantomları ile başvurup, Total Kolesterol: 985 ve LDL-kolesterol (LDL-K) düzeyleri >700 mg/dL saptanmıştır. Aile öyküsünde akraba evliliği, erken miyokard infarktüsü ve yaygın hiperkolesterolemi vardır. LDLR geninde homozigot c.829G>A varyantı belirlenmiştir. Maksimum doz atorvastatin (80mg/g) ve ezetimib (10mg/g) tedavisine rağmen hedef LDL-K düzeylerine ulaşılamamış ve itibaren iki haftada bir LDL aferezi başlanmıştır. Güncel takiplerde LDL-afereze giriş: 381 mg/dl olan değeri, LDL aferez sonrası 98 mg/dL'ye düşmektedir. Olgu-2 On altı yaşında erkek hasta, rutin kontrolde TK 60 mg/dL, LDL-K 13 mg/dL olarak saptanmış. APOB geninde heterozigot c.1617+2T>G varyantı saptanmış ve lipoprotein elektroforezinde hipobetalipoproteinemi saptanmıştır. Fizik muayenede dismorfik özellik saptanmamıştır, hastanın ishal yakınması yok. Abdominal ultrasonografide ılımlı hepatomegali ve hepatosteatoz izlenmiştir. Tedavi ve takip planında, yağda eriyen vitamin desteği, nörolojik ve oftalmolojik takip planlanmıştır.

Tartışma
Homozigot ailesel hiperkolesterolemi, çocukluk çağında en ağır hiperlipidemi nedenlerinden olup, çok erken yaşta aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişme riski taşır. Farmakolojik tedavi çoğunlukla yetersiz kalmakta, LDL aferezi ve yeni tedaviler gerekmektedir. Hipobetalipoproteinemi ise çoğunlukla asemptomatik seyretse de ağır olgularda malabsorbsiyon, nörolojik tutulum ve hepatosteatoz görülebilir. Her iki durumda da rutin taramada bakılacak lipid profili yola çıkış noktasıdır.

Sonuç
Lipid metabolizması bozukluklarında erken tanı, genetik doğrulama ve bireyselleştirilmiş tedavi, uzun dönem komplikasyonların önlenmesinde belirleyici rol oynar. Bu nedenle, özellikle atipik lipid profili, erken başlangıçlı kardiyovasküler bulgular veya ailesel dislipidemi öyküsü saptanan çocuk olguların, ileri tanısal değerlendirme ve uygun tedavi planlaması için çocuk metabolizma hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler:lipid metabolizması, hipolipidemi, hiperlipidemi, homozigot ailesel hiperkolesterolemi, hipobetalipoproteinemi

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P54

KİSTİK FİBROZİS TANILI HASTALARDA LENFOSİTOZUN NADİR BİR NEDENİ: CMV İLİŞKİLİ PULMONER ALEVLENME OLGULARI

Hazal GACEMER[1], Gülcan YILBAŞ KARA[1], Kübra ÖZKAYA[1], Şükrü Atacan ÖĞÜTÇÜ[1], Ece HALIS[1], Zümrüt ŞAHBUDAK BAL[2], Gökçen KARTAL ÖZTÜRK[1], Figen GÜLEN[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozis (KF), tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ve ilerleyici solunum yetmezliği ile karakterize multisistemik bir hastalıktır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, viral enfeksiyonlar ile ilişkili pulmoner alevlenme sıklığı ve artan antibiyotik kullanımı ile kötü klinik prognoz arasındaki ilişki vurgulanmıştır.

Olgu 1: : G2P1A0 sağlıklı anneden 37+1/7 GH'da doğum ağırlığı 3060 gr (0,24 SDS) C/S ile doğan erkek hasta IRT yüksekliği ile tarafımıza yönlendirdi. Ter testi 85,4 mmol/lt saptanan hastanın izleminde 50 günlükken öksürük, hırıltı yakınmaları ile başvurusunda pnömoni tanısı ile yatışı yapıldı. Enfeksiyon tedavisine rağmen sebat eden lenfositoz (27.430 µL) ve kolestaz bulguları nedeni ile gönderilen CMV DNA 12.806 IU/ml kopya saptandı. CFTR geninde homozigot c.2998del mutasyonu saptanan hastaya fleksibl bronkoskopi yapıldı, gönderilen bronkoalveolar lavajda CMV DNA 632 U/ml kopya saptandı. Gansiklovir tedavisi başlanan hastanın izleminde kliniğinde iyileşme, kan CMV DNA kopya sayısında ve lenfosit sayısında düzelme görüldü.

Olgu 2: IRT yüksekliği ile tarafımıza yönlendirilen, ter testi 76,1 mmol/lt ve CFTR geninde homozigot c.3964-3C>G mutasyon saptanarak KF tanısı alan 8 aylık erkek hasta öksürük, ateş, hırıltı yakınmaları ile başvurusunda pulmoner alevlenme tanısı ile yatırıldı. İzleminde uygun antibiyoterapiye rağmen lenfositozu gerilemeyen (lenfosit#: 25.300 µL) hastadan gönderilen CMV DNA 5091 IU/ml kopya saptandı. Hastaya fleksibl bronkoskopi yapıldı, gönderilen bronkoalveolar lavajda CMV DNA 6865 U/ml kopya saptandı. Gansiklovir tedavisi başlandı. Tedavinin 2.haftasında kanda CMV DNA saptanmayan, lenfositozu gerileyen (lenfosit#: 9.900 µL), klinik semptomu olmayan hastanın tedavisi sonlandırıldı.

Sonuç: CMV, KF tanılı hastalarda pulmoner alevlenmenin nadir bir nedenidir. Genellikle lenfositoz ile ortaya çıkar. Enfeksiyona ait klinik semptom ve bulguların doğru tanımlanması, uygun tedavi yaklaşımlarının uygulanabilmesi açısından kritik öneme sahiptir. KF tanılı hastalarda CMV enfeksiyon yükünü değerlendirmek, latent enfeksiyonun reaktivasyonunu saptamak ve çocuklarda antiviral tedavinin güvenirliliği ile etkinliğini araştırmak amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler:cmv, kistik fibrozis, lenfositoz

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P55

GNE GENİ İLİŞKİLİ KALITAL TROMBOSİTOPENİ

Gözde SONGUT[1], Niyazi Emre KURŞUNOĞLU[1], Helin VARDAR[1], Hatice Esra DURRUKAN[2], Ayşe GADASHOVA[2], Cihan ÖNDER[2], Nihal ÖZDEMIR[2], Deniz YILMAZ KARAPINAR[2]

[1]Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş
GNE genindeki mutasyonlar, en sık GNE miyopatisi(herediter inklüzyon cisimcikli miyopati) ile ilişkilendirilmiş olsa da son yıllarda kas tutulumu olmadan izole makrotrombositopeni ve kanama diyatezi ile seyreden olgular da tanımlanmıştır. Bu durumda, trombosit yüzeyindeki sialik asit miktarının azalması (hiposialilasyon) trombosit ömrünü kısaltmakta, yüzey glikoproteinlerinde yapısal değişikliklere neden olmakta ve erken yıkımı tetiklemektedir.

Olgu
Bilinen hastalık öyküsü olmayan 18 ay kız hasta, rutin poliklinik kontrolünde trombositopeni (PLT:2x10^3/µL) saptanması üzerine başvurdu. Herhangi bir kanama bulgusu olmayan ve izole trombositopenisi mevcut olan olguda İmmunTrombositopenik Purpura (ITP) IVIG tedavisi 2gr/kg verildi. IVIG sonrası trombosit artışı görülmeyen olguda hematolojik malignite ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu yapıldı.Aspirasyon sonucunda malignite düşünülmeyen olguya 3 gün pulse steroid ve sonrasında 1 kez PLT replasman tedavileri verildi. Kontrol PLT:167.000 görülerek hasta taburcu edildi.
Poliklinik kontrolünde halsizlik yakınması olan hastanın bakılan hemogram tetkikinde trombositopeni ve eşlik eden nötropenisi (PLT: 4x-10^3/µL- ANS:0.84x10^3/µL) saptandı. Hastanın periferik yaymasında dev trombositleri dikkati çekti. Bisitopeniye yönelik yapılan tetkiklerinde enfeksiyöz süreçler dışlandı, PNH negatif saptandı, yapılan kontrol kemik iliği yayma örneklemesinde çalışılan MDS gen paneli negatif sonuçlandı, hematolojik malignite düşünülmedi. Hastaya yeniden steroid tedavisi verildi ancak yanıt alınamadı. Bu nedenle hastaya eltrombopag başlandı. Eltrombapagtedavisinden de fayda görmeyen hastadan kalıtsal trombositopeniler açısından tüm ekzom dizi analizi istendi. Yapılan tüm ekzon dizi analizinde GNE geninde homozigot patolojik varyant mutasyon saptandı.
GNE geni Sialüri (OD) ve GNE miyopati (OR) hastalıkları ile ilişkilendirilmiş olup, son yıllarda literatürde İzole HerediterDev Trombosit Hastalığına (Isolated hereditary giant platelet disorder) da sebep olduğu bildirilmiştir. Hastamızda c.1675G>A varyantı homozigot olarak saptanmış olup klinik bulgular ile değerlendirildiğinde patojeniktir.

Sonuç
GNE varyantları çoğunlukla bir kas hastalığı (miyopati) ile ilişkilendirilmiştir. Hastamızda miyopatiye dair bir klinik bulgu yoktu. GNE mutasyonlarının klinik yelpazesi, yalnızca kas hastalıklarından ibaret olmayıp, trombositopeni ve hatta nadir olarak sialüri gibi farklı fenotipleri de kapsamaktadır. Bu nedenle GNE geni, hem hematolojik hem de nöromüsküler hastalıklar açısından önemli bir tanısal hedef haline gelmiştir.

Anahtar Kelimeler:GNE, MAKROTROMBOSİTOPENİ, DEV HÜCRELİ TROMBOSİT, BİSİTOPENİ

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P56

RHAG VE CLCN7 VARYANTLARININ BİRLİKTE SAPTANDIĞI, SEKONDER DEMİR YÜKÜ İLE SEYREDEN NADİR BİR COOMBS-NEGATİF HEMOLİTİK ANEMİ OLGUSU

Burcu BILDIK MUTLUEL, Husniyya SHIKHALIZADE, Nihal KARADAS, Deniz YILMAZ KARAPINAR, Hatice Esra DURUKAN, Ayşe GADASHOVA, Cihan ÖNDER

Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş:
Coombs-negatif hemolitik anemiler; eritrosit membran defektleri, enzim eksiklikleri ve hemoglobinopatiler gibi geniş bir etyolojik yelpazeye sahiptir. Klasik hematolojik testlerle tanı konulamayan olgularda, genetik analizler nadir varyantların tanımlanmasını kolaylaştırmakta ve klinik yönetimi yönlendirmektedir. Burada, RHAG ve CLCN7 genlerinde birlikte heterozigot varyant saptanan ve transfüzyona sekonder demir yükü gelişen nadir bir pediatrik olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Mayıs 2024 doğumlu erkek bebek, 3 aylıkken huzursuzluk, solunum sıkıntısı ve ateş şikayetleri ile dış merkeze sepsis ve anemi ön tanılarıyla yatırılmış. Özgeçmişinde 38+5 hafta, 2880 gram, mekonyum sıvalı doğum öyküsü ve on bir gün süreyle yenidoğan yoğun bakım yatışı mevcuttu. Bu dönemde lökomoid reaksiyon ön tanısı ile izlenmiş ve iki kez eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmış. Dış merkezde yapılan ilk değerlendirmede; Hb:5,4 g/dL, MCV:103 fL, Retikülosit:%7,3, CRP:3,3 mg/L, LDH:784 U/L, total bilirubin:4,98 mg/dL, direkt coombs testi negatif bulunmuş.
Hasta ileri inceleme amacıyla hastanemize yönlendirilmiş. Başvuru fizik muayenesinde taşikardi, bombeli fontanel, hepatomegali ve sistolik üfürüm saptandı. Kardiyak değerlendirmede yapılan ekokardiyografide sol ventrikül hafif dilate idi. Abdominal ultrasonografide karaciğer boyutu normal, dalak boyutu artmış izlendi. Periferik yaymada anizositoz, makrositoz, sferositoz ve polikromazi görüldü. Kliniğimizde yapılan ileri tetkiklerde total bilirubin:3,94 mg/dL, LDH:484 U/L, haptoglobulin:<10 mg/dL, ferritin:484 µg/L, serum demir:226 µg/dL, G6PD:17,6 U/g Hb, pirüvat kinaz:31,8 U/g Hb, Hb:7 g/dL, MCV:116,8 fL, MCHC:31,5 g/dL, direkt coombs testi negatif saptandı. Retikülosit yaymasında retikülositoz görüldü. Olguda akut hemoliz düşünüldü. Hemoglobin elektroforezinde HbA0:%87,1 HbA2:%2,1 HbF:%10,8 (yaşa göre yüksek, bebek için beklenen ama hafif artmış) HbS:0, HbC:0 saptandı. Ozmotik frajilite tetkiki %55–35 İNK (referans 70–40) olarak sonuçlandı, artmış frajilite, membran defekti ile uyumlu olarak değerlendirildi.
Hastamızda eritrosit membran defekti etiyolojisine yönelik yapılan genetik analizde; RHAG (p.Phe65Ser), CLCN7 (p.Pro249Leu) ve NPHP4 (p.Gln779*) genlerinde heterozigot patojenik/muhtemel patojenik varyantlar bulundu. RHAG varyantı herediter overhydrated stomatositoz, CLCN7 varyantı otozomal resesif osteopetroz ile ilişkilidir. NPHP4 varyantı klinik yansıma göstermedi. İzlemde artan transfüzyon ihtiyacı nedeniyle ferritin düzeyi 3114 µg/L'ye yükselen hastaya oral demir şelatörü deferasiroks ve folik asit tedavisi başlandı.

Sonuç: Coombs-negatif hemolitik anemilerde genetik analizler, nadir varyantların saptanmasında ve tedavi planlamasında kritik rol oynamaktadır. RHAG ve CLCN7 varyantlarının birlikte bulunduğu bu olgu, nadir genetik birlikteliklerin klinik yansımalarına dikkat çekmekte ve transfüzyon bağımlı hastalarda demir yükünün erken yönetiminin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:RHAG, CLCN7, Hemolitik anemi, Deferasiroks, Pediatri

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

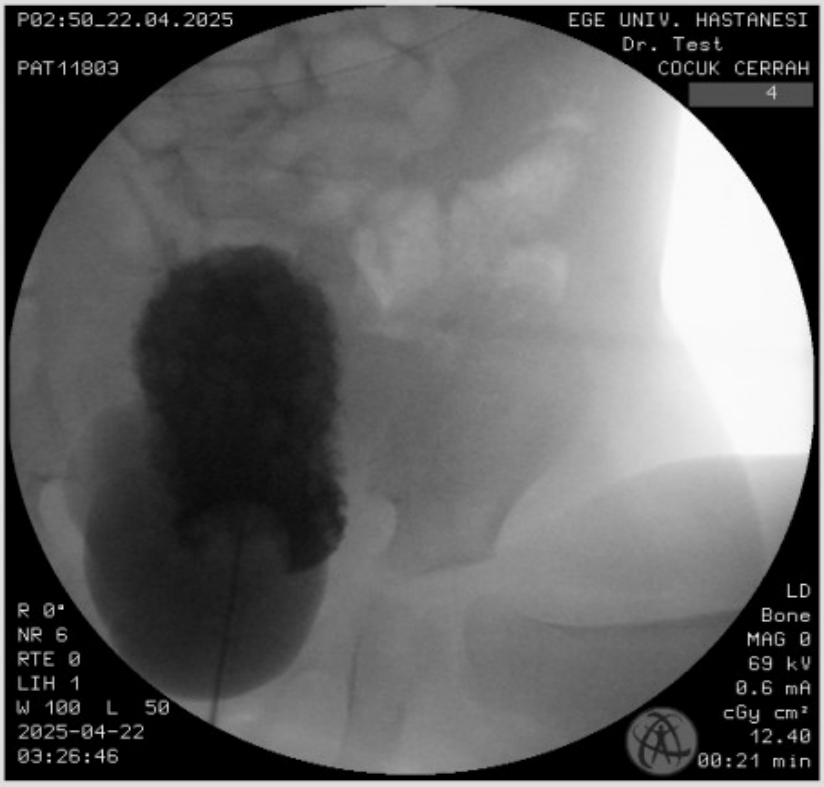
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P57

KONJENİTAL DEV MESANE DİVERTİKÜLÜNE BAĞLI POSTRENAL AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU

Elif Zeynep GURUP TEMIZEL[1], Sevgin TANER[2], Sümeyye SÖZDUYAR[3], Sibel TIRYAKI[3], Ipek KAPLAN BULUT[2]

[1]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı, Çocuk Üroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Giriş

Mesane divertikülleri, pediatrik yaş grubunda nadir görülen ve genellikle asemptomatik seyreden konjenital ya da edinilmiş anatomik anomalilerdir. Konjenital divertiküllere üreterosel ya da vezikoüreteral reflü (VUR) gibi diğer üriner anomaliler eşlik edebilir. Büyük divertiküllerin varlığında idrar akışı bozularak vezikal obstrüksiyon ve postrenal akut böbrek hasarı (ABH) gelişebilir. Bu olgular, tipik olarak geç tanı alır ve ciddi klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Laparoskopik rezeksiyon, tercih edilen cerrahi seçenekler arasındadır. Bu yazıda, postrenal ABH ile başvuran ve dev mesane divertikülü saptanan bir çocuk hasta sunulmaktadır.

Olgu

1,5 yaş erkek hasta, son iki haftada giderek artan gözlerde şişlik, karın ağrısı, iştahsızlık, idrar çıkışında azalma ve kilo artışı şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Fizik bakıda vücut ağırlığı 13,4 kg (50-75 p), boy 84 cm (50-75 p) KB:130/89 (evre 2 hipertansiyon). Bilinen önceki kilosu 11 olan hastanın periorbital ve pretibial ödem mevcuttu. Batın distandü olup hepatosplenomegali saptanmadı. Öz- soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar analizinde üre: 204 mg/dL, kreatinin: 7,12 mg/dL, ürik a:8,32 mg/dL, kalsiyum:6,9 mg/dl, fosfor:8,8 mg/dl, parathormon:65 pg/mL, kan gazında pH: 7.17, HCO_3: 9.9 mmol/L olarak saptandı. Üriner sistem ultrasonografide sağ böbrek 9,3x3,7 cm boyutlarında, parankim kalınlığı 8 mm, renal pelvis AP çapı 16 mm; sol böbrek 9,4x4,5 cm boyutlarında parankim kalınlığı 11 mm, renal pelvis AP çapı 15 mm olarak ölçüldü. Mesaneye komşu 9 cm çapında divertikül tespit edildi. Üretral kateter yerleştirildi. Üretral kateterizasyon sonrası 450 mL idrar çıkışı oldu. Hastada postrenal ABH düşünüldü. Üretral kateterizasyon aralıklı açılıp kapatılarak izlendi. Kreatinin izlemin 24.saatinde 1,71mg/dl, üçüncü gününde ise 0,58 mg/dl düzeyine geriledi. Kan basıncı izlemin 24. Saatinden itibaren normotansif değerlere geriledi. İşeme sistoüretrogram (İSUG) görüntülemesinde posterior üretral valv bulgusu ve VUR saptanmadı (Figür 1). MAG-3 sintigrafisinde diüretik yanıtta gecikme gözlenen bilateral pelvikaliksiyel aktivite stazı izlendi. Laparoskopik divertikül rezeksiyonu ve üreteroneosistostomi uygulandı. Hasta şu an izleminin üçüncü ayında kreatinin:0,25 mg/dl değerinde izlenmektedir.

Sonuç

Konjenital dev mesane divertikülü, çocuklarda nadir görülen ancak ciddi postrenal ABH tablosuna yol açabilecek önemli bir anatomik anomalidir. Klinik olarak ödem, iştahsızlık ve hipertansiyon gibi bulgularla seyredebilir. Erken tanı, hızlı drenaj ve zamanında cerrahi müdahale ile böbrek fonksiyonları korunabilir. Laparoskopik rezeksiyon hem etkin hem de güvenli bir yaklaşımdır. Multidisipliner ekip çalışması, tanı ve

Anahtar Kelimeler: pediatri, akut böbrek hasarı, divertikül, konjenital

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P58

AİLESEL HETEROZİGOT GRIN1 MUTASYONLU DİRENÇLİ EPİLEPSİLİ OLGU SUNUMU

Başak Yaşam ÇINAR TOPAL[1], Muhammed Yasin AKÇAKOCA[2], Özlem ATEŞ YAMAN[3], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İzmir
[4]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İzmir

Giriş: GRIN1 mutasyonu, N-Metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin işlevini etkileyen genetik anormalliklerden biridir. GRIN1 ilişkili nörogelişimsel bozukluk, hafif ila şiddetli gelişimsel gerilik, zeka geriliği ile karakterizedir. Diğer yaygın bulguları arasında epilepsi, hipotonisite, hareket bozuklukları, spastisite, beslenme güçlükleri ve davranış problemleri bulunmaktadır. GRIN1 geni, NMDA reseptörlerinin bir alt birimi olarak görev yapar ve sinir hücreleri arasındaki iletişimi düzenlemekte kritik öneme sahiptir. Bu olgu sunumunda, GRIN1 mutasyonunun tanı, klinik ve tedavi seçenekleri üzerine odaklanarak, hastanın klinik seyrini ve mevcut literatürdeki bilgileri değerlendirmeyi ve GRIN1 mutasyonu bulunan dirençli epilepsi vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 10 yaşında erkek hasta nöbet sıklığında artış nedeniyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. İlk nöbetini 2,5 yaşında geçirdiği ve nöbetlerinin dirençli seyrettiği öğrenildi. Nöbet semiyolojisi günde 4-5 kez atonik vasıfta ve geceleri 5-10 dakika süren miyoklonik vasıftaydı. Hastaya çoklu antinöbet ilaç tedavisine rağmen nöbet kontrolü sağlanamadığı için 7 yaşında vagal sinir stimülatörü (VNS) takılmış. Hastanın elektroensefalografisi (EEG) jeneralize epilepsi ile uyumluydu. Kranial magnetik rezonans görüntülemesi normaldi. Etyolojiye yönelik yapılan epilepsi panelinde GRIN1c.2270G>A (p.Gly757Asp) heterozigot mutasyon saptandı. Aile taramasında babasında ve ablasında GRIN1 heterozigot mutasyonu saptandı. Diğer 2 kardeşinin sağlıklı olduğu ve onlardan genetik panel gönderilmediği öğrenildi. GRIN1 heterozigot mutasyon saptanan ablasının 7 yaşına kadar epilepsi ile takip edildiği ve bu süreçte antinöbet ilaç kullandığı öğrenildi. Babasında herhangi bir semptom yoktu.

Sonuç: GRIN1 ilişkili nörogelişimsel bozukluk otozomal dominant (OD) veya otozomal resesif (OR)olarak kalıtılmaktadır. OR GRIN1 ilişkili bozukluğu olan çocuğun ebeveynleri zorunlu olarak heterozigot taşıyıcı bireylerdir. Taşıyıcı olan ebeveynler asemptomatiktir. Etkilenmiş olan hastanın kardeşlerinde hastalık oluşma olasılığı %25, asemptomatik taşıyıcı olma olasılığı %50, semptomsuz ve taşıyıcı olmama olasılığı ise %25'dir. Yapılan çalışmalarda ve teorik olarak ebeveyn GRIN1 varyantının patolojik saptandığı birey ise somatik mosaizme sahip olabileceği ve hafif düzeyde etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. GRIN 1 mutasyonu babada heterozigot, ablada ve sunduğumuz vakada farklı fenotipik değişkenlikler göstermiştir. Etkilenme düzeyi farklılık göstermekte olup vakamızda dirençli epilepsi olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Somatik mosaizm ve fenotipik değişiklikler açısından olgumuz farklı bir olgudur. Genetik mutasyonların değerlendirmesinde farklı klinik durumlar açısından anlamlılık durumu net olmayıp ileri testlere ve değerlendirmeye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: GRIN1 Mutasyonu, FENOTİPİK DEĞİŞKENLİKLER, HETEROZİGOT, OTOZOMAL RESESİF

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P59

İNVAJİNASYON İLE KARIŞAN BİR İNVAZİV DİARE OLGUSU

Sevgi SAKMAN, Aygun SULEYMANLI, İlkay YURTSEVEN, Özlem BAĞ

İzmir Şehir Hastanesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, izmir, Türkiye

GİRİŞ

İnvajinasyon, alt gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran süt çocuklarında hızla tanınıp tedavi edilmesi gereken, tanı ve tedavideki gecikmelere bağlı bağırsakta nekroz, perforasyon, sepsis ve mortaliteye kadar uzanan komplikasyonlara yol açabilen bir klinik tablodur. Bulgular genellikle terminal ileumun teleskopik olarak distaldeki çıkan kolonun içine girmesi ile oluşur, karın ağrısı, kusma ve "çilek jölesi" tarzında rektal kanama hastalığın klinik triadını oluşturur. Kliniğimize bu bulgularla başvuran ve invajinasyon ön tanısıyla izlem sürerken, Campylobacter jejuni ilişkili enfeksiyöz kolit tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

1 yaş erkek hasta, 3 gün önce başlayan günde 5-6 kez ishal sonrası 1 gündür eklenen kanlı dışkılama ve aralıklı karın ağrısı ile başvurdu. Akut gastroenterit tanısıyla oral metronidazol tedavisi başlanmış olan olgunun, fizik bakısında VA:9.8 kg (25-50 p), boy: 72 cm (3 p), vücut sıcaklığı: 36.5 °C idi. Vital bulguları ve hidrasyonu olağan olan olgunun, karın muayenesinde bağırsak sesleri artmıştı. Olgunun çilek jölesi görünümlü gaitası nedeniyle invajinasyon ön tanısı ile görüntülemeleri istendi. Yapılan USG'de invajinasyon saptanmadı. Tipik 'çilek jölesi' gaitası devam eden olgu yatırılarak izleme alındı. Yapılan tetkiklerinde inflamatuar belirteçleri hafif yüksek olan olgunun, gaita mikroskobisinde bol eritrosit ve lökosit saptandı. Adenovirüs, rotavirüs antijenleri negatifti, gaitada parazit bakısında etken gösterilemedi. Tekrarlayan USG kontrollerinde invajinasyon saptanmadı. Gaita Multipleks PCR tetkiki C.jejuni pozitif olarak saptanan olgunun tedavisi Azitromisin olarak düzenlendi. İzlemde 48 saat içerisinde klinik bulguları gerileyen olgu, C.jejuni koliti olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Süt çocuklarda kanlı dışkılama, anal fissür, invajinasyon, Meckel divertikülü, infeksiyöz kolitler, besin alerjisi, IgA vasküliti, jüvenil polip, inflamatuar bağırsak hastalığı ve vasküler malformasyonları içeren geniş bir ayırıcı tanı gerektirir(1). Gaita görünümünün 'çilek jölesi' şeklinde görülmesi invajinasyon için tipik olmakla beraber, etkilenen bağırsak bölgesinde ödem, vasküler staz ve mukozal hasara bağlı başka hastalıklarda da görülebilir. Bu hastada, gastroenterit seyrinde gelişen çilek jölesi benzeri kanama nedeniyle invajinasyon düşünülmüştür. Nitekim gastroenterit sırasında artmış motilite, terminal ileumda lenfoid hiperplazi ve mezenterik lenfadenopati ile invajinasyon tetiklenebilir(2). İnvajinasyon tanısında ultrasonografinin duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek olmakla birlikte subjektif bir yöntem olması nedeniyle dikkatle değerlendirilmelidir. Günümüzde, PCR temelli yöntemlerle, etken mikroorganizmalar yüksek sensitivite ve spresifite ile belirlenebilmektedir(3). Olgumuzda, öncelikle invajinasyon tetkikleri sürmekte iken, gastrointestinal panelde saptanan C. Jejuni pozitifliği ile tanı konularak tedavi düzenlenmiştir.

Kaynaklar

https://pedgastro.org/doc/rehber/GISKanamaRehberi.pdf
Çalışkan B, Güven A, Atabek C, et al. Çocukluk çağı invajinasyonları. Gülhane Tıp Dergisi, 2007; 49, 236-239.
Göktaş Ş, Gökmen AA, Şamlıoğlu P. Akut Gastroenterit Etkenlerinin Moleküler Yöntemlerle Saptanması. Journal of Clinical & Experimental Investigations, 2018, 9.1.

Anahtar Kelimeler: Akut gastroenterit, C. jejuni, İnvajinasyon

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P60

SOLUNUM SIKINTISI İLE GELEN İNFANT: POSTERİOR MEDİASTİNAL KİTLE

Gkioultzan Moustafa Basa[1] , **Yaren Sena Hancı[1]** , Tuba Yurdusev[2], Deniz Kızmazoğlu[2], Ceren Sarıoğlu[3], Orkun Sarıoğlu[3], Safiye Aktaş[4], R. Emre Çeçen[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2] Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı, İzmir
[3] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[4] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Solunum sıkıntısı, süt çocukluğu döneminde sık karşılaşılan bir başvuru yakınmasıdır. Öncelikle enfeksiyon nedenli olmakla birlikte, ayırıcı tanıda yer kaplayan oluşumlar da akla gelmelidir. Nöroblastom çocukluk çağının en sık görülen kranium dışı solid tümörüdür. Tüm pediatrik kanserlerin yaklaşık %7-10'unu oluşturur. En sık adrenal medulladan kaynaklansa da posterior mediasten kitlesi olarak da görülebilir. Burada, solunum sıkıntısı ile başvurup posterior mediasten yerleşimli nöroblastom tanısı alan bir olguyu tartışmak istedik.

Olgu: Altı aylık erkek hasta, bir aydır olan huzursuzluk, son birkaç gündür olan hızlı soluk alıp verme yakınmalarıyla hastaneye başvurmuş. Ön planda enfeksiyon düşünlerek çekilen Batın USG normal iken akciğer grafisinde sol akciğer tamamen kapalı olarak görülmüş. İleri tetkik planlanan hasta, sonrasında merkezimize başvurdu. Çekilen kontrastlı Toraks BT'de posterior mediastende sol paravertebral alanda T4-T10 düzeyinde 50x50x57 mm boyutlarında kitlesel lezyon, solda masif plevral efüzyon, atelektazi, mediastinal şift ve diyafragmatik krus düzeyinde bilateral nodüler kalınlaşmalar izlendi. Solunum sıkıntısı da olan hasta yoğun bakıma alınarak, solunum sıkıntısı nedeniyle torasentez ve eş zamanlı girişimsel radyoloji tarafınca kitleden tru-cut biyopsi yapıldı. Histopatolojik tanısı küçük yuvarlak hücreli tümör, az diferansiye nöroblastom ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hastanın tanıda gönderilen NSE 384 ng/ml, HVA/kreatinin 65,12 mg/g kre, VMA/kreatinin 105,19 mg/g kre, ferritin 37,2 mg/dl, LDH 274 U/L olarak sonuçlandı. Nöroblastom tanısı alan hastaya TPOG Nöroblastom 2020 protokolüne uygun olarak kemoterapi başlandı. Evreleme amaçlı çekilen MIBG'de primer tümör dışında tutulum yoktu. Yapılan moleküler incelemede MYCN negatif, 11q delesyonu negatif, DNA ploidisi hiperploide yakın olarak sonuçlandı. Hasta, düşük risk grubunda değerlendirildi. Kür sonrası hastanın solunum sıkıntısının gerilediği görüldü. Hastanın takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: İnfantil dönemde solunum sıkıntısı ile başvuran bir olguda öncelikle enfeksiyonlar düşünülmekle birlikte, yapılan fizik inceleme sonrası çekilen akciğer grafisi yol gösterici olacaktır. Mediastende yer kaplayan oluşumlarda yerleşim yerine göre ayırıcı tanı yapılır. Posterior mediasten kitlelerinde, bu yaş grubunda öncelikle nöroblastom akla gelmelidir. Plevrapulmoner blastom, Ewing sarkom gibi yumuşak doku sarkomları da nadir onkolojik nedenlerdendir. Multidisipliner yaklaşım, zamanında görüntüleme ve doğru yönlendirmenin, benzer olguların erken tanısı ve uygun tedavi planlaması açısından kritik öneme sahip olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal kitle, Solunum Sıkıntısı, İnfant, Nöroblastom

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P61

WOLMAN HASTALIĞI TANILI OLGUDA ENZİM TEDAVİSİNİN KLİNİK SEYRE ETKİSİ

Gülçin ŞAN[1], **Fatma Sena AVCI**[2], İlkay YURTSEVEN, Özlem BAĞ

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Lizozomal asid lipaz eksikliği (LAL-E) karaciğer, dalak ve diğer organlarda trigliserid ve kolesterol esterlerinin birikimi ile karakterize nadir görülen ve otozomal resesif kalıtılan lizozomal depo hastalığıdır (1). Wolman hastalığı (WH), LAL-E hastalarının erken bebeklik döneminde hepatosplenomegali, kronik kusma ve büyüme geriliği ile başvurduğu şiddetli bir klinik formunu temsil eder. Tedavi edilmezse, etkilenen bireyler genellikle yaşamın ilk yılında kaybedilirler.

OLGU SUNUMU

2 aylık kız olgu, tartı alımında yetersizlik, iştahsızlık, kusma ve karında şişlik nedeniyle başvurdu. Anne baba arasında 1. dereceden kuzen evliliği bulunan olgunun, daha önce karın şişliği nedeniyle başvurarak kaybedilen bir erkek kardeşi olduğu öğrenildi. Fizik bakısında VA:3400 gr(-0,21 SD), boy:50 cm(-0.41 SD), karnı distandü görünümde ve hepatosplenomegalisi mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde karaciğer enzimlerinde yükseklik ve direkt hiperbilirubinemiye ek olarak plazma trigliserid ve total kolesterol yüksek, HDL düzeyinde düşüklük saptandı. Karın grafisinde sürrenal kalsifikasyon görülen hastada, ultrasonografisinde karaciğer ve dalak büyüklüğü mevcuttu. Gönderilen metabolik tetkiklerinde idrar organik asitleri, kan aminoasit analizi, açil karnitin analizi, amonyak ve laktat düzeyleri normaldi. Bu bulgularla, WH düşünülen olgudan çalışılan genetik örneğinde LIPA geninde NM_000235.4:c.1024G>A(p.Gly342Arg) homozigot patojenik/muhtemel patojenik varyant saptandı (ClinVarID:555337). Klinik bulgular ve patojenik varyant ile birlikte olguya WH tanısı kondu. Tedaviye amacıyla yağdan kısıtlı diyete ek olarak, 3,5/12 aylıkken LAL enziminin rekombinant formu olan sebelipase-alfa enzim replasman tedavisi haftalık 1 mg/kg olarak başlandı. Haftalık devam eden infüzyonlara ve klinik yanıtsızlık nedeniyle doz artımına rağmen, 8 aylık iken karaciğer yetmezliğine bağlı yaygın asit gelişen olgu, halen aralıklı parasentez yapılarak yoğun bakım ünitemizde izlenmeye devam edilmektedir.

SONUÇ

LAL eksikliği (LAL-E), klinik olarak farklı başlangıç yaşlarında farklı gidiş gösteren heterojen bir hastalık grubudur. Hastalığın şiddeti, neden olan mutasyonların doğası, rezidüel enzim aktivitesinin derecesi ve çevresel faktörler ile ilişkilidir. Fonksiyonel LAL aktivitesini kodlayan LIPA geni, kromozom 10q23.2'de yerleşmiştir; günümüzde 175 adet patojenik varyantı tanımlanmıştır(2). Hastamızda saptanan homozigot mutasyon, LAL-E ve WH ile ilişkili olduğu saptanmış bir mutasyondur. Literatür, sebelipase-alfa replasmanının hastalık bulguları oluştuktan sonra geri dönüş sağlamaya yetmediğini, dolayısıyla tarama programlarının bu hasta grubunun yönetiminde önemli olduğunu vurgulamaktadır (3).

KAYNAKLAR

Özkaya B, Erbaş Canda E, Kalkan Uçar S. Genel Pediatrist Gözü ile Lizozomal Lipid Depo Hastalıkları. Journal of Pediatric Research, 2016: 3(2).
https://db.tigs.res.in › gentigs
de Castro Lopez MJ, White FJ, Holmes V, Roberts J, et al. Does Early Diagnosis and Treatment Alter the Clinical Course of Wolman Disease? Divergent Trajectories in Two Siblings and a Consideration for Newborn Screening. International Journal of Neonatal Screening. 2025; 11(1):17.

Anahtar Kelimeler:LAL eksikliğ, Wolman hastalığı, Hepatosplenomegali

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P62

ARC SENDROMU: TANI KOYMAK MI ZOR? SONRASI MI?

Hasancan ESEN, Ömer YILDIZ, Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR, İlkay YURTSEVEN, Özgür OLUKMAN, Özlem BAĞ

İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

ARC sendromu (artrogripozis–renal disfonksiyon–kolelitiasis), VIPAS39 veya VPS33B genlerinde oluşan mutasyonlardan kaynaklanan, otozomal resesif geçişli, multisistemik tutulum gösteren nadir bir hastalıktır. Bu sendrom; çoklu eklem kontraktürleri (artrogripozis), renal tubuler asidoz ve neonatal kolestaz ile karakterizedir(1). Hastalarda tekrarlayan enfeksiyonlar, ağır vakalarda safra kesesi agenezisi, nörolojik bulgular ve ciltte lamellar iktiyoza benzeyen pullanma da görülebilir. Klinik tablo genellikle neonatal dönemde ortaya çıkar ve çoğu olgu ciddi seyreder. Hastalığın prognozu kötü olup, sendromlu çocukların büyük kısmı yaşamın ilk 6 ay-2 yıl arasında kaybedilmektedir(2).

OLGU SUNUMU

2 ay 10 günlük kız olgu, postnatal dönemde yatarak tedavi gördüğü yenidoğan ünitesinden taburculuğundan 10 gün sonra, evde solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine başvurusunda asidoz saptanması ve yoğun bakım gereksinimi nedeniyle hastanemize sevk edildi. Özgeçmişinde, 36 haftalık prematürite ve solunum sıkıntısı nedeniyle izlendiği yenidoğan ünitesinde korpus kallosum agenezisi, artrogripozis, hipotoni ve asidoz bulgularıyla bakılan genetik tetkiklerinde ARC sendromu tanısı konduğu öğrenildi. Başvurusunda VA: 2500 gr (-2.7 SD) Boy: 55 cm (-2.8 SD) olan olgunun, başvuru sırasında saptanan Na: 133 mEq/L, kan gazında pH: 7.14 HCO3: 11.6 BE:-17.4 olarak saptandı. İzlemde özellikle enfeksiyonlar sırasında ciddi asidoz bulguları gelişen ve NaHCO3 replasman tedavisi günlük 12-30 gr dek değişen olgunun, iyatrojenik hipernatremisi belirdi. Ağızdan serbest su alımı ve gereğinde IV hidrasyonu ile Na dengesi yönetilirken, malnutrisyon tedavisi için görece düşük Na içeriği ve MCT içeren özel formula ve zeytinyağı ile sürdürüldü. Günlük diürezi 4-8 ml/kg/saat olan olgu, başlanan ibuprofen tedavisi sonrası gastrointestinal kanama geçirmesi nedeniyle tedavi sürdürülmedi. Başlangıçta görülen kolestaz bulguları, 4. aydan itibaren geriledi. Diğer yandan, farklı zamanlarda C. striatum, K. pneumoniae ve S. maltophilia septisemileri duyarlı antibiyotiklerle tedavi edildi. Aralıksız 5 aydır hastanemizde yatan, hala 7,5 aylık olan ve günlük 12 gr NaHCO3 ile Na ve asit baz dengesi stabil olan olguda, enfeksiyon tedavisi sürmekte; bilateral kalça çıkığı için işlem planlanmazken, işitme rehabilitasyonu için gerekli işlemler yürütülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Mevcut bulguları ve genetik yöntemlerle ARC sendromu tanısı alan olgu, destek tedavisi ile halen hastanemizde yatmaktadır. Sendromun spesifik tedavisi olmadığından, bütüncül bakış ve multidisipliner izlem ile yaşam süresi ve yaşam konforunu sürdürmek bu hasta grubunda temel amaç olmalıdır(3). Bu yönüyle bilateral kalça çıkığı ve artrogripozis için, hastanın yaşamını riske edebilecek cerrahi tedaviler önerilmezken, gelişimi desteklemek için, işitme rehabilitasyonu için gereken yaklaşımlar korunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Zhou, Y., & Zhang, J. (2014). Arthrogryposis–renal dysfunction–cholestasis (ARC) syndrome: from molecular genetics to clinical features. Italian Journal of Pediatrics, 40, 77.
2. Eastham, K. M., McKiernan, P. J., Milford, D. V., Ramani, P., Wyllie, J., van't Hoff, W., Lynch, S. A., & Morris, A. A. (2001). ARC syndrome: an expanding range of phenotypes. Archives of Disease in Childhood, 85(5), 415–420.
3.https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/integrated-management-of-childhood-illness

Anahtar Kelimeler:arc sendromu, artrogripozis, renal yetmezlik, kolelitiazis

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS1
AKUT BRONŞİOLİT BULGULARI İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN SİGARA KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem ORBAY[1], Elif KIYMET[2], Kübra ONUN[1], Hale ÇITLENBIK[4], Özgür OLUKMAN[5]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları-Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları-Çocuk Acil, İzmir, Türkiye
[5]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları-Neonatoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Akut bronşiolit, özellikle iki yaş altı çocukları, özellikle sonbahar ve kış aylarında etkileyen klinik bir tablodur (1,2). Üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarını takiben birkaç gün içinde gelişen öksürük, hırıltı, takipne, burun kanadı solunumu ve retraksiyonlar klinik belirtileridir (3,4). Çoğu olguda kendini sınırlayan ve hafif-orta klinik şiddette seyreden bir klinik tablo görülmekle birlikte, bazı bebeklerde daha ağır ve komplike bir seyir izleyebilir. Bu nedenle akut bronşiolit, bebek ve küçük çocukların hastaneye yatış nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Tütün dumanı, oksidatif gazlar, ağır metaller ve çok sayıda toksik bileşen içermekte olup çocukların gelişmekte olan solunum sisteminde ciddi hasara yol açabilmektedir. Çevresel tütün dumanı (ÇTD), ana akım dumana kıyasla daha küçük partiküller içerdiğinden çocukların hava yollarına daha derinlemesine nüfuz eder ve çocukları erişkinlere kıyasla daha yüksek risk altına sokar (5). Ev ortamı, çocuklar için ÇTD'nin en büyük kaynağıdır (6). Evde ÇTD' ye maruz kalan çocuklarda orta kulak hastalığı, astım, hışıltı, öksürük, bronşit, bronşiolit, pnömoni ve bozulmuş akciğer fonksiyonları daha sık görülür (7). Anne karnında ve ev ortamında sigara dumanına maruz kalma akut bronşiolitin ağır geçirilmesinde önemli risk faktörlerindendir. Hastaneye yatırılan bronşiolit vakalarında, evde sigara mâruziyeti olanlarda hastalığın daha ağır seyrettiği gösterilmiştir (8-12).

Dünya genelinde çocukların evlerinde ÇTD'ye maruz kalma oranının Afrika'da %27,6, Güneydoğu Asya'da %34,3, Batı Pasifik'te %50,6 ve Avrupa'da %77,8'e kadar değiştiği bildirilmiştir (13). Ülkemizde de benzer şekilde ebeveyn sigara kullanımı ve ev içi maruziyetin yüksek oranlarda seyrettiği bilinmektedir. Bu bağlamda, ebeveyn sigara alışkanlıklarının çocuk sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine akut bronşiolit bulguları ile başvuran çocukların ebeveynlerinin sigara kullanım alışkanlıklarını değerlendirmek ve bu alışkanlıkların bronşiolit atak şiddeti üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma Dizaynı: Bu çalışma, prospektif bir anket araştırması olarak planlanmış olup Şubat 2025 – Mayıs 2025 tarihleri arasında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bronşiolit bulguları ile başvuran hastalarda yürütüldü

Katılımcılar: Çalışmaya, 1 ay ile 6 yaş arasındaki ve akut bronşiolit bulguları ile hastaneye başvuran çocuk hastalar dâhil edildi. Akut bronşiolit tanısı; üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarını (burun akıntısı, öksürük, ateş vb.) takiben birkaç gün içinde hışıltı, çekilme, takipne ve artmış solunum eforu gelişmesi ile klinik olarak konuldu. Hastaların başvuru anında bronşiolit atak şiddeti, Türk Toraks Derneği Akut Bronşiolit Tanı ve Tedavi Rehberi 2024'te yer alan atak şiddeti tablosu kullanılarak değerlendirildi (14). Apne, solunum sayısı, nabız, siyanoz, fizik muayenede retraksiyon varlığı ve oda havasında oksijen satürasyonu gibi parametreler kaydedildi. Katılımcıların hastanemize başvuru anı atak şiddeti; hafif, orta ve ağır olarak derecelendirildi.

Veri Toplama: Ebeveynlere sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanım durumları ile ilgili sorular içeren bir anket yüz yüze uygulandı. Ankette aşağıdaki sorular yer almaktaydı;

Sosyodemografik özellikler

- Hastaların yaşı, doğum şekli, doğum haftası (preterm-term), güncel boy, kilo, anne sütü alma süresi, kardeş sayısı
- Anne ve babanın yaşları, eğitim durumları ve meslekleri
- Ailelerin ekonomik durumları (düşük, orta, yüksek)
- Aile tipi (çekirdek, geniş aile)

Klinik bulgular

- Hastanemize başvuru nedeni
- Hastaneye başvuru anındaki akut bronşiolit atak şiddeti (Hafif, orta, ağır atak)
- Hastanın şimdiye kadar kaç kez bronşiolit atağı geçirdiği (tek atak, 2 atak, 3 ve 3 ten fazla atak)
- İlk bronşiolit atağının görüldüğü yaş (ay)
- Son 1 yılda geçirilen bronşiolit atak sayısı

Anne-babanın sigara kullanma durumu,

- Günlük tüketim miktarları (Günde <5 adet, 5-10 adet, >10 adet, >1 paket) ve sigara içme süreleri (yıl)
- Sigaranın nerede içildiği (çocuğunun yanında, evde başka odada, evde balkonda, evin dışında)
- Sigara maruziyetinin çocuk sağlığına etkisine ilişkin ebeveyn görüşleri
- Sigara bırakma düşüncesi olup olmadığı

Örneklem Büyüklüğü: Örneklem büyüklüğü %80 güç, α=0,05 yanılma düzeyi ve Cohen etki büyüklüğü için "orta" kabul edilerek hesaplandı, minimum 352 katılımcı gerekli bulundu.

İstatistiksel Analiz : Veriler SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı ile analiz edildi. Sayısal değişkenlerin dağılımı görsel (histogram, olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk) incelendi. Çoklu değişkenler için post hoc analiz uygulandı. Normal dağılım gösteren verilerde bağımlı/bağımsız gruplar için Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Wilcoxon veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik veriler yüzde (%) olarak ifade edildi ve gruplar Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Etik Onay: Çalışma, İzmir Bakırçay Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (Karar No: 1986, 15.01.2025). Tüm katılımcıların ebeveynlerinden veya yasal vasilerinden yazılı onam alındı.

Bulgular: Bu çalışmaya toplam 352 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların %37,8'si kız (n:133), %62,2'si erkekti (n:219). Vaka grubumuzun yaş ortalaması 21,5 ay (1-78 ay) idi. Kızların yaş ortalaması 21,9 ay, erkeklerin yaş ortalaması 20,8 aydı.

Hastaların %71'i sezaryen (C/S), %29'u normal spontan vajinal yolla doğum (NSVY) ile 209 hasta (%59,4) term, 143 hasta (%40,6) preterm zamanda doğmuştu. Anne sütü alım süresi ortalaması 10,3 ay idi. Vakaların ilk bronşiolit atağı geçirme zamanı ortalama 11,1 ay idi. Vücut kitle indeksi (VKİ) ortalamaları -0,38 olarak saptandı.

Ailelerin %92'si çekirdek tipi, %8'i geniş aile yapısındaydı. Ailelerin toplam %97,7'si düşük ve orta gelir düzeyinde, %2,3'ü yüksek gelir düzeyinde idi. Ortalama anne yaşı 30,8 yaş, ortalama baba yaşı 34,7 yaş olarak saptandı. Annelerin eğitim düzeyine bakıldığında en sık ilkokul mezunu oldukları görüldü (%43,8). Benzer şekilde, babaların eğitim düzeyi de en yüksek oranda ilkokul mezunu idi (%46,2). Lisans düzeyinde eğitim alan anne yüzdesi %21,9, baba yüzdesi %17,6 idi. Her iki ebeveyninden birisinin sigara içme yüzdesi %68,5 (n: 241) idi. Annelerin %25,6'sı (n:90), babaların ise %65,6'sı (n:231) sigara kullanmaktaydı.



Annelerin sigara kullanım süresi ortalama 2,7 yıl, babaların ise 10,6 yıl idi. Sigara kullanan ebeveynlerin (n:244) yalnızca 24'ü (%9,8) çocuklarının yanında sigara içmekteydi. En sık tercih edilen sigara içme yeri ise balkondu (%55,3). Bunu başka bir oda (%23) ve evin dışı (%11,9) izlemekteydi. Ebeveynlerinin her ikisi de sigara içmeyen 111 hasta (%31,5) olarak belirlendi.

Hastaların hastanemize başvuru anındaki bulguları Türk Toraks Derneği Akut Bronşiolit Tanı ve Tedavi Rehberi 2024'e göre sınıflandırıldığında başvuru anı atak şiddeti; 151 (%42,9) hastada hafif, 201 (%57,1) hastada orta-ağır olarak değerlendirildi. Orta-ağır atak ile başvuran 201 hastanın 140'ının (%69,7) en az bir ebeveyni, 47'sinin (%23,4) her iki ebeveyni sigara içmekteydi; 61 hasta (%30,3) ise sigara dumanına maruz kalmamıştı. Sigara maruziyeti olan 241 hastanın ebeveynlerinden sigarayı bırakmayı düşünenlerinin oranı %31,9 (n:77) saptandı. Çocuğunun yanında sigara içen 24 ebeveynin 21'inin (%87,5) çocuğu orta-ağır bronşiolit geçirirken, 4'ü (%12,5) hafif atak geçirmekte idi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,002) (Tablo 1).

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %65,9'u (n=232) sigara kullanımının çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşünürken, geri kalan ebeveynler herhangi bir olumsuz etkisi olmadığını ifade etti (Tablo 1).

Tartışma: Bu çalışmada, akut bronşiolit bulguları ile hastanemize başvuran 6 yaş altı çocuk hastaların ebeveynlerinin sigara kullanım alışkanlıkları ve bunun akut bronşiolit atak şiddeti üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Yanında sigara içilen çocukların içilmeyenlere göre daha ağır bronşiolit atağı ile hastaneye başvurdukları tespit edilmiştir. Literatür verileri, akut bronşiolitte en sık etkilenen yaş grubunun 1–12 ay arası olduğunu göstermektedir (15,16). Çalışmamızda hastaların yaş aralığı 1–78 ay arasında değişmekte olup ortalama yaş 21,5 ay olarak saptanmış ve bu bulgu, bronşiolitin en sık görüldüğü dönemle uyumlu bulunmuştur. İlk bronşiolit atağı geçirme zamanı ise ortalama 11,1 ay olarak belirlenmiştir. Literatürde Bradley ve arkadaşları, yaşın enfeksiyon şiddetinde önemli bir faktör olduğunu; bebeğin yaşı küçüldükçe enfeksiyonun daha ağır seyrettiğini bildirmiştir (17). Ancak çalışmamızda yaş ile atak şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu farklılık, örneklem büyüklüğü, yaş dağılımı ve çevresel faktörlerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, cinsiyet dağılımı erkek/kız oranı 1,8:1 olup önceki çalışmalarla (16, 18, 19) benzerlik göstermektedir. Ancak bazı çalışmalarda erkek cinsiyetin bronşiolit şiddetiyle ilişkili olduğu belirtilmişken (20), bizim verilerimizde bu yönde anlamlı bir fark bulunmadı.

Farzana ve arkadaşlarının çalışmasında ev ortamında ebeveyn sigarasına maruz kalma oranını bronşiolit geçiren hasta grubunda %59 (n:38) ve sağlıklı hasta grubunda %41 (n:26) olarak bildirdi (21). Bu oran Afrika'da %27,6, Güneydoğu Asya'da %34,3, Batı Pasifik'te %50,6 ve Avrupa'da %77,8'e kadar değiştiği bildirilmiştir (13). Çalışmamızda ev ortamında ebeveyn kaynaklı sigara maruziyeti oranı %68,5 olup, Avrupa ülkeleriyle benzer düzeydedir.

Jones ve arkadaşlarının meta-analizinde ebeveyn sigarasının bronşiolit riskini 2,5 kat artırdığı, Chatzimichael ve arkadaşlarının çalışmasında ise ÇTD maruziyetinin ağır bronşiolit riskini 2,2 kat arttırdığını bildirilmiştir (22, 23). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde ebeveyn sigarasının bronşiolitin şiddeti üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

Literatürde anne sigarasının baba sigarasına göre daha zararlı olduğu bildirilmişken (24, 25), bizim verilerimizde hem anne hem baba sigarasının benzer şekilde risk oluşturduğu görülmüştür. Bu durum, sosyoekonomik koşullar, ev içi yaşam düzeni veya maruziyetin yoğunluğu gibi faktörlerle açıklanabilir.

Türkiye' de 228 tane beş yaş altı çocuğun ebeveyninin dâhil edilerek yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %66'sı balkonda, %22,0'si mutfakta, %10,8'i tuvalet-banyoda, %3,1'i yatak odası dışındaki odalarda ve %0,5'i yatak odasında sigara içtiklerini saptanmıştır (26). Amerika'da 126 kişilik örneklem grubuyla yapılan bir çalışmada ise, sigara içen 88 ebeveynin %57'sinin yatak odasında, %27'sinin oturma odasında, %30'unun mutfakta, %16'sının yemek odasında, %1'inin çocuk odasında ve %22'sinin diğer odalarda sigara içtiği belirlenmiştir (27). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık balkonda sigara içildiği saptandı. Literatürde yapılan çalışmalar genellikle evde ebeveynlerin sigara içme alanları balkon, mutfak, tuvalet-banyo, yatak odası gibi yerler olarak bildirilmiş olup çocuğunun yanında sigara içimi konusunda bir çalışma ile karşılaşılmadı. Bizim çalışmamızda ise çocuğunun yanında sigara içen 24 hastanın 21 (%87,5) inin orta-ağır bronşiolit geçirdiğini ve bu durumun bronşiolit atak şiddetini arttırdığını istatiksel olarak anlamlı tespit ettik (p=0,002). Bu sonuç, çocuğun yanında içimin atak şiddetini belirgin şekilde artırdığını, dolayısıyla, sadece mekânsal kısıtlama ile sigara içmenin çocuk sağlığını korumada yetersiz olduğu, mutlak sigara bırakmanın gerekliliği bir kez daha vurgulanması gerektiğini ortaya koydu.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Bu araştırma, yeterli örneklem büyüklüğü hesaplanarak prospektif tasarımda yürütülmüş olması nedeniyle ebeveyn sigara alışkanlıklarının çocuklarda akut bronşiolit şiddeti ile ilişkisini ortaya koyan güçlü bir çalışmadır. Bununla birlikte, çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmiş olması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlayan en önemli kısıtlılıktır. Ayrıca verilerin ebeveyn beyanına dayanması, sigara kullanımı ve maruziyetin olduğundan daha düşük bildirilmesi olasılığını gündeme getirmektedir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise uzun dönem takip verilerinin bulunmamasıdır. Yalnızca başvuru anındaki bulguların değerlendirilmiş olması, sigara maruziyetinin bronşiolit seyrine uzun vadeli etkilerini ortaya koyamamaktadır.

Sonuç: Akut bronşiolit ile başvuran çocukların önemli bir kısmının ebeveynlerinin sigara kullandığı ve sigara maruziyetinin bronşiolit atak şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, ebeveyn sigara alışkanlıklarının çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymakta ve bronşiolitin daha ağır seyretmesinde çevresel tütün dumanı maruziyetinin önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, ebeveynlerin önemli bir kısmının sigara kullanımının çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olmadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin bu konudaki farkındalığının arttırılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akut bronşiolit, Çocuk, Sigara, Çevresel Tütün Maruziyeti, Bronşiolit atak şiddeti

Kaynaklar:

1. Mansbach JM, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. US outpatient office visits for bronchiolitis, 1993-2004. Ambul Pediatr 2007 Jul-Aug; 7(4): 304-7.
2. Hasegawa K, Tsugawa Y, Brown DF, et al. Trends in bronchiolitis hospitalizations in the United States, 2000-2009. Pediatrics 2013 Jul; 132(1): 28-36.
3. Silver AH, Nazif JM. Bronchiolitis. Pediatr Rev 2019; 40(11): 568-76.
4. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. N Engl J Med 2016; 374 (1): 62-72.
5. Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. Eur J Pediatr 2009;168:897-905.
6. Seong MW, Hwang JH, Moon JS, Ryu HJ, Kong SY, Um TH, et al. Neonatal hair nicotine levels and fetal exposure to paternal smoking at home. Am J Epidemiol 2008;168:1140-4.
7. Kitchens GG. Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media in young children. Laryngoscope 1995;105(5 Pt 2 Suppl 69):1-13.
8. Perez-Yarza EG, Moreno-Galdo A, Ramilo O, et al. Risk factors for bronchiolitis, recurrent wheezing, and related hospitalization in preterm infants during the first year of life. Pediatr Allergy Immunol 2015; 26(8): 797–804.
9. Kristensen K, Hjuler T, Ravn H, et al. Chronic diseases, chromosomal abnormalities, and congenital malformations as risk factors for respiratory syncytial virus hospitalization: a population-based cohort study. Clin Infect Dis 2012; 54(6): 810–7.
10. Mansbach JM, Piedra PA, Stevenson MD, et al. Prospective multicenter study of children with bronchiolitis requiring mechanical ventilation. Pediatrics 2012; 130 (3): e492-500.
11. Hasegawa K, Pate BM, Mansbach JM, et al. Risk factors for requiring intensive care among children admitted to ward with bronchiolitis. Acad Pediatr 2015;15 (1): 77-81.
12. McConnochie KM, Roghmann KJ. Parental smoking, presence of older siblings, and family history of asthma increase risk of bronchiolitis. Am J Dis Child 1986;140 (8): 806-12.
13. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, et al. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. MMWR Surveill Summ 2008;57:1-28.
14. Türk Toraks Derneği Akut Bronşiolit Tanı ve Tedavi Rehberi 2024.
15. M. F. Rida, "Risk factors for Respiratory Syncytial Virus (RSV) bronchiolitis in children: a hospital based study," The Iraq Postgraduate Medical Journal, vol. 10, no. 3, pp. 305–310, 2011.
16. A. R. M. L. Kabir, A. H. Mollah, K. S. Anwar, A. K. M. F. Rahman, R. Amin, and M. E. Rahman, "Management of bronchiolitis without antibiotics: a multicentre randomized control trial in Bangladesh," Acta Paediatrica, vol. 98, no. 10, pp. 1593–1599, 2009.
17. J. P. Bradley, L. B. Bacharier, J. Bonfiglio et al., "Severity of respiratory syncytial virus bronchiolitis is affected by cigarette smoke exposure and atopy," Pediatrics, vol. 115, no. 1, pp. e7–e14, 2005.

18. A. H. M. K. Bashar, M. M. Ali, and M. Hoque, "Efficacy of nebulized L-adrenaline versus nebulized salbutamol in infants with acute bronchiolitis," Sylhet Medical Journal, vol. 34, no. 1, pp. 8–14, 2011.
19. L. K. Denicola, "Bronchiolitis," Mediscope, vol. 19, no. 2, pp. 157– 165, 2008.
20. M. G. Semple, D. C. Taylor-Robinson, S. Lane, and R. L. Smyth, "Household tobacco smoke and admission weight predict severe bronchiolitis in infants independent of deprivation: prospective cohort study," PLoS ONE, vol. 6, no. 7, Article ID e22425, 2011.
21. Farzana R, Hoque M, Kamal MS, Choudhury MM. Role of Parental Smoking in Severe Bronchiolitis: A Hospital Based Case-Control Study. Int J Pediatr. 2017;2017:9476367. doi: 10.1155/2017/9476367. Epub 2017 Mar 5. PMID: 28356915; PMCID: PMC5357531.
22. L. L. Jones, A. Hashim, T. McKeever, D. G. Cook, J. Britton, and J. Leonardi-Bee, "Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and metaanalysis," Respiratory Research, vol. 12, article 5, 2011.
23. A. Chatzimichael, A. Tsalkidis, D. Cassimos et al., "The role of breastfeeding and passive smoking on the development of severe bronchiolitis in infants," Minerva Pediatrica, vol. 59, no. 3, pp. 199–206, 2007.
24. C. Schvartsman, S. C. L. Farhat, S. Schvartsman, and P. H. N. Saldiva, "Parental smoking patterns and their association with wheezing in children," Clinics, vol. 68, no. 7, pp. 934–939, 2013.
25. D. Jurado, C. Munoz, J. de Dios Luna, and A. Mu ˜ noz-Hoyos, ˜ "Is maternal smoking more determinant than paternal smoking on the respiratory symptoms of young children?" Respiratory Medicine, vol. 99, no. 9, pp. 1138–1144, 2005.
26. Aslan D, Daymaz D, Gürsoy N, Kartal G, Yavuz M. Status of exposure to second-hand smoke at home in children under five years of age: An example from Ankara province. Türk Toraks Dergisi. 2015;16(1): 16–21.
27. Butz AM, Breysse P, Rand C, Curtin-Brosnan J, Eggleston, P, Diette GB. Household smoking behavior: Effects on indoor air quality and health of urban children with asthma. Matern Child Health. 2011;15(4): 460–468.

Tablo 1: Atak Şiddeti Üzerine Etkili Faktörler

	Hafif atak		Orta-ağır atak		Total		P değeri
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%	>0.05
Kız	51	33,8	82	40,8	133	37,8	
Erkek	100	66,2	119	59,2	219	62,2	
Doğum Şekli							>0.05
NSVD	43	28,5	59	29,4	102	29	
C/S	108	71,5	142	70,6	250	71	
Doğum Zamanı							>0.05
Preterm	61	40,4	82	40,8	143	40,6	
Term	90	59,6	119	59,2	209	59,4	
Ailenin gelir durumu							>0.05
Düşük	94	62,3	133	66,2	227	64,5	
Orta	54	35,8	63	31,3	117	33,2	
Yüksek	3	2	5	2,5	8	2,3	
Ebeveynlerinden biri sigara içiyor mu?							>0.05
Evet	101	66,9	140	69,7	241	68,5	
Hayır	50	33.1	61	30,3	111	31,5	
Sigara içmenin çocuğun sağlığına olumsuz etki ettiğini düşünüyor musunuz?							>0,05
Evet	99	65,6	133	66,2	232	65,9	
Hayır	52	34,4	68	33,8	120	34,1	

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?							>0.05
Evet	28	18,5	49	24,4	77	21,9	
Hayır	74	49	94	46,8	168	47,7	
Sigara içmiyor	49	32,5	58	28,9	107	30,4	
Sigara içilme yeri							
Balkonda	52	34,4	83	41,3	135	38,4	>0,05
Diğer odada	28	18,5	28	13,9	56	15,9	>0,05
Evin dışında	18	11,9	11	5,5	29	8,2	>0,05
Çocuğun yanında	3	2	21	10,4	24	6,8	=0,02
Sigara içmiyor	50	33,1	58	28,9	108	30,7	>0,05

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS2

EPILEPTOGENESIS IN CHILDREN WITH TUBEROUS SCLEROSIS COMPLEX: A CLINICAL AND GENETIC RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Meltem Orbay[1], Hepsen Mine Serin[2], Seda Kanmaz[3], Esra Işık[4], Tahir Atik[4], Özgür Çoğulu[4], F. Özkınay[4], Sanem Yılmaz[3], Hasan Tekgül3

[1] Department of Pediatrics, Bakırçay University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye
[2] Division of Pediatric Neurology, Acıbadem University Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye
[3] Department of Pediatric Neurology, Ege University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye
[4] Department of Pediatric Genetics, Ege University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

Introduction

Tuberous sclerosis complex (TSC) is an autosomal dominant multisystem disorder characterized by hamartomas in various organs, particularly brain, skin, kidneys, and heart. Neurological involvement is the most clinically significant feature, with epilepsy affecting up to 90% of patients, often beginning in infancy (1,2). Early-onset seizures, especially infantile spasms, are linked to intellectual disability and autism spectrum disorder (ASD) (3).

TSC results from mutations in TSC1 or TSC2 genes encoding hamartin and tuberin, regulators of the mTOR pathway (4). Dysregulation leads to cortical dysplasia and epileptogenesis.

This study retrospectively evaluated epilepsy phenotypes, treatment responses, and the influence of clinical and genetic factors on epilepsy progression in pediatric TSC patients.

Methods

This retrospective study was conducted at Ege University Pediatric Neurology between 2005–2021. Fifty-five children with TSC diagnosed according to revised consensus criteria were included. Demographic, clinical, EEG, MRI, and genetic data were analyzed. Treatments included antiseizure medications (ASMs), mTOR inhibitors, ketogenic diet, and surgery. Drug-resistant epilepsy (DRE) was defined by ILAE criteria as failure of ≥2 ASMs. Seizures were classified per ILAE 2017. Neurodevelopmental status was evaluated for ASD, ADHD, and cognitive level. Prognosis was categorized as favorable (seizure control, normal/mild cognitive impairment) or unfavorable (DRE, ASD, moderate–severe intellectual disability). Statistical analyses used t-test, Chi-square, or Fisher's exact test; $p<0.05$ was significant

Results

A total of 55 pediatric patients with TSC were evaluated. Mean age was 129.3±74.6 months, and mean age at diagnosis was 30±43.4 months. Half were male. Consanguinity was present in 7.3%; family history in 12.7%. Seizures were the most common presenting complaint (70.9%). (Table 1).

Genetic testing was available in 18 patients: 27.7% had TSC1, 50% TSC2 mutations. Epilepsy occurred in 89.1%, with mean onset at 20.7 months. Focal seizures were most common (71.4%), followed by infantile spasms (28.6%). Status epilepticus developed in 7.3%.

EEG abnormalities were found in over half, mainly focal or generalized discharges. MRI revealed subependymal nodules (85.5%), cortical tubers (67.3%), hamartomas (30.9%), and SEGA (14.5%). (Table 2)

Among the patients with seizure control (n=21, 38.2%), 66.7% had focal seizures and 33.3% had infantile spasms as their initial seizure type.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

The mean age at seizure onset was significantly earlier in the infantile spasm group compared to the focal seizure group (8 ± 8.7 months vs. 29.3 ± 45.7 months, p = 0.012). Likewise, the age at initiation of anti-seizure medication was significantly lower in the infantile spasm group (7.9 ± 8.6 months vs. 31.2 ± 48.5 months, p = 0.009) (Table 3) .
Vigabatrin (VGB) was the first-line ASM in 30.6% of patients. Among those with infantile spasms, VGB was the initial treatment in 57.1% of cases, whereas in the focal seizure group, non-VGB ASMs were more commonly used (80%) (p = 0.015). Although seizure control was more frequently achieved in patients with focal seizures, this difference was not statistically significant (p = 0.373). Drug-resistant epilepsy (DRE) developed in 46.9% (n=23) of the cohort. The majority of these had focal seizures (73.9%), while 26.1% had infantile spasms. No significant association was found between initial seizure type and the development of DRE (p = 0.483) (Table 3).

No significant relationships were observed between seizure control or DRE and age at seizure onset (p > 0.05). Although DRE was more frequently observed in the group initially treated with non-VGB ASMs (52.9%), this difference was not statistically significant (p = 0.170) (Table 3).

Neurodevelopmental evaluations revealed that 63.6% (n=35) had intellectual disability: mild in 23 patients (41.8%), moderate in 8 (14.5%), and severe in 4 (7.3%). A total of 20 patients (36.4%) had normal cognitive function. Although no significant relationship was found between age at seizure onset and cognitive level, all patients with severe intellectual disability had seizure onset before 1 year of age.

Autism spectrum disorder (ASD) was diagnosed in 9 (16.4%) patients, and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in 26 (47.3%) patients. Infantile spasms as the initial seizure type were significantly associated with the later development of ASD (p = 0.033), while no significant association was found between seizure type and ADHD (p = 0.588) (Table 4).

Among the 49 patients with epilepsy, 29 (59.1%) had seizure onset before 1 year of age. Of these, 16 (55.2%) developed DRE. Two patients progressed to Lennox-Gastaut Syndrome and exhibited severe cognitive impairment. While seizure control was most often achieved in those with only focal seizures, and DRE was most frequent in those with multiple seizure types during follow-up, no statistically significant association was found between follow-up seizure type and seizure control or DRE (p > 0.05). However, seizure onset before age 1 (p = 0.004) and the presence of multiple seizure types during follow-up (p = 0.009) were significantly associated with an unfavorable prognosis (Table 5)

Abnormal findings on the initial EEG were significantly associated with poor prognosis (p = 0.023), while the presence of cortical tubers on MRI was not (p = 0.391). Due to incomplete imaging data from different centers, the tuber count could not be evaluated (Table 5).

mTOR inhibitors were prescribed in 6 (42.8%) patients with DRE. Among them, 2 (33.3%) achieved complete seizure control, 3 (50%) had a partial response, and 1 had no response. Treatment duration ranged from 14 to 36 months. Follow-up EEGs revealed no significant changes compared to pre-treatment findings (Table 5) .

Discussion

Epilepsy, neuropsychiatric manifestations, and intellectual disability are among the most common clinical features in TSC. In previous reports, 70–90% of TSC patients develop epilepsy, with a considerable proportion experiencing DRE (1,8). Consistent with these findings, epilepsy was observed in 89.1% of patients in our cohort, with 72.8% presenting with seizures at initial evaluation and an additional 18.2% developing seizures during follow-up. Only six patients remained seizure-free.

Seizure onset typically occurs within the first year of life, a trend confirmed in our study, where 59.1% of patients had seizure onset before 12 months of age. Early onset has been consistently associated with poor neurodevelopmental outcomes (8,9). Although focal seizures were the most common initial seizure type (71.4%), infantile spasms occurred in nearly one-third of patients (28.6%), highlighting the clinical importance of seizure type in early life.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

In terms of treatment response, 46.9% of patients developed DRE. While focal seizures were more frequently associated with drug resistance than infantile spasms, this difference did not reach statistical significance. This finding aligns with previous studies such as the TOSCA registry and Chu-Shore et al., which have reported DRE rates ranging from 15% to over 60% depending on the population and treatment approach (8,10).

Genotype-phenotype correlations have also been a focus in recent years, with TSC2 mutations consistently linked to more severe disease, earlier seizure onset, and increased likelihood of DRE (11,12) . In our study, although genetic testing was performed in a limited subset of patients, those with TSC2 mutations more frequently had epilepsy and DRE, consistent with the literature. However, due to the small sample size, statistical analysis was not feasible.

Our data confirm that early seizure onset (before 1 year) and the presence of multiple seizure types during follow-up are both significantly associated with poor prognosis ($p = 0.004$ and $p = 0.009$, respectively). These findings are in line with studies by Saxena et al. (13) and Yıldız et al. (14) which identified similar predictors of unfavorable outcomes. Although we did not find a statistically significant relationship between cortical tubers and prognosis, this may be due to limitations in the available MRI data, including variable imaging quality and an inability to quantify tuber burden.

EEG findings also provided important prognostic information. While early EEG abnormalities were not significantly associated with the development of DRE, abnormal findings on the initial EEG were significantly related to worse outcomes overall ($p = 0.023$). This supports the notion that early neurophysiological changes may reflect underlying disease severity, even in the absence of clinical seizures.

Regarding pharmacological treatment, vigabatrin (VGB) remains a cornerstone in the management of early-onset seizures and infantile spasms in TSC. In our cohort, VGB was associated with favorable outcomes, particularly in the infantile spasm group. Nevertheless, no statistically significant difference was found between specific antiseizure medications and the development of DRE, possibly due to heterogeneity in treatment regimens and follow-up duration.

mTOR inhibitors, particularly everolimus, have emerged as promising adjunctive therapies for refractory epilepsy in TSC (15,16). Among our patients treated with mTOR inhibitors, two became seizure-free and three experienced partial improvement. These findings support the use of mTOR inhibitors in selected cases, particularly following the failure of dual ASM therapy.

Neurodevelopmental comorbidities were also common in our cohort. Intellectual disability affected 63.6% of patients, and although not statistically linked to seizure variables, all four patients with severe impairment had seizure onset before one year of age. Autism spectrum disorder (ASD) and ADHD were diagnosed in 16.4% and 47.3% of patients, respectively. Notably, ASD was significantly more common in patients whose initial seizure type was infantile spasms ($p = 0.033$), aligning with the growing evidence connecting early epileptic encephalopathy to neurodevelopmental disorders.

Our study has several limitations. Due to its retrospective design, data completeness was variable, particularly regarding neuroimaging and genetic results. Furthermore, the relatively small sample size limited our ability to perform robust statistical analyses in some subgroups. Despite these constraints, our findings are in agreement with existing literature and highlight the need for early diagnosis, genetic counseling, and individualized treatment strategies in children with TSC.

Conclusion

Epilepsy is one of the most prevalent and challenging neurological manifestations in pediatric patients with Tuberous Sclerosis Complex (TSC), often associated with early onset, drug resistance, and significant neurodevelopmental comorbidities. Our study confirms that early seizure onset (before one year of age), the presence of multiple seizure types during follow-up, and abnormal findings on initial EEG are significantly associated with a poorer prognosis. While TSC2 mutations appear to be associated with more severe epilepsy, limitations in sample size precluded definitive statistical analysis.

Furthermore, a significant proportion of patients exhibited neurodevelopmental disorders, with infantile spasms being significantly associated with autism spectrum disorder. These findings underscore the importance of early diagnosis, close neurodevelopmental surveillance, and individualized, multidisciplinary management in pediatric patients with TSC.

Prospective studies with larger sample sizes and standardized neuroimaging and genetic testing protocols are needed to further elucidate genotype-phenotype correlations and optimize treatment algorithms aimed at improving long-term neurological outcomes in this vulnerable population.

Table 1. Demographic and Anthropometric Properties of Patients (n:55)

Median age-year (min-max)		129±74,6 (5-297)
Median age at diagnosis (min-max)		30±43,4 (5 days-192 months)
Gender	Male n (%)	28 (50.9)
	Female n (%)	27 (49,1)
Parenteral consanguinity	Present, n (%)	4 (7,3)
	Absent, n (%)	51 (92,7)
Family history of TSC	Present, n (%)	7 (12,7)
	Absent, n (%)	48 (87,3)
Presenting complaint	Seizures, n (%)	39 (70,9)
	Cardiac rhabdomyoma, n (%)	13 (23,6)
	Hypopigmented macules, n (%)	3 (5,5)
Genetic analysis	TSC 1 mutation, n (%)	5 (27,7)
	TSC 2, mutation (%)	9 (50)
	No mutation detected, n (%)	4 (22,3)

Data are expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables.

Table 2. Seizure Semiology, EEG and MRI Findings of the Patients

Seizures	Present, n (%)	49(89,1%)
	Absent, n (%)	6 (10,9%)
Mean age at first seizure (months) (min-max)		20,7± 38,6 (range:10 days-192 months)
Seizure frequency at frist presentation	≥1 per day	36 (65,5%)
	≥1 per week	6 (10,9%)
	≥1 per month	6 (10,9%)
	≥1 per year	1 (1,8%)
	No seizures	6 (10,9%)



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Initial seizure type	**Focal seizures**	**35 (71,4%)**
	Infantile spasms	**14 (28,6%)**
Status epilepticus during follow-up	Present, n (%)	4 (7,3%)
	Absent, n (%)	45 (92,7%)
Mean timing of first EEG (months) (min-max)		31,4± 46,4 (range:10 days-192 months)
First EEG findings	Normal	25 (45,5 %)
	Focal epileptiform activitity	12 (21,8 %)
	Multifocal epileptiform activitity	1 (1,8 %)
	Generalized epileptiform activitity	12 (21,8 %)
	Hypsarrhythmia	5 (9,1)
Mean timing of second EEG (months) (min-max)		46,6±50,7 (range: 4 -199 months)
Second EEG findings	Normal	9 (16,4%)
	Focal epileptiform activitity	24 (43,6%)
	Multifocal epileptiform activitity	2 (3,6%)
	Generalized epileptiform activitity	12 (21,8%)
	Hypsarrhythmia	5 (9,1%)
	EEG not available	3 (5,5%)
Cranial MRI findings	Subepandymal nodules	47 (85,5%)
	Cortikal tubers	37 (67,3%)
	Hamartomas	17 (30,9%)
	SEGA (subepandymal giant cell astrocytoma)	8 (14,5%)

*Data are expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables.

Table 4: Relationship Between Seizure Types and ASD and ADHD

Initial Seizure Type and Neurodevelopmental Outcomes, n (%)				
		Focal Seizures (%)	**Infantile spasmn (%)**	**P-value***
ASD	**Present**	3 (37,5%)	5 (62,5%)	**0,033**
	Absent	32 (78%)	9 (22%)	
ADHD	**Present**	18 (75%)	6 (25%)	0,588
	Absent	17 (68%)	8 (32%)	

*Data are expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables.

Table 3: Comparative Analysis Based on Initial Seizure Type

		Focal Seizures (n:35)	Infantile Spasms (n:14)	p-value
Age at first seizure (months) Mean ±SD		29,3±45,7	8±8,7	0,012*
Age at initatiton of first ASM (months) Mean ±SD		31,2±48,5	7,9±8,6	0,009*
Initial ASM prescribed	Vigabatrin (VGM), n (%)	7 (20%)	8 (57,1%)	0,015**
	Non- VGM ASM, n (%)	28 (80%)	6 (42,9%)	
Seizure control achieved	Yes (n:21, 42,9%)	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0,373**
	No (n:28, 51,7%)	21 (75%)	7 (25%)	
Drug-resistant epilepsy (DRE)	Yes(n:23, 46,9%)	17 (73,9%)	6 (26,1%)	0,483**
	No (n:26, 53,1%)	18 (69,2%)	8 (30,8%)	

*Data are expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables.

Table 5: Evaluation of Factors Affecting Prognosis

Variable	Favorable Prognosis (n:26)	Unfavorable Prognosis (n:29)	p-value
Age at First Seizure • <1 year • ≥ 1 year	 7 (35) 13 (65)	 22 (75.9) 7 (24.1)	0.004
Initial Seizure Type • Focal • Infantile spasms	 17 (85) 3 (15)	 18 (62.1) 11 (37.9)	0.112

Seizure Type During Follow-Up • Only focal seizures • Only infantile spasms • Multiple seizure types	 15 (75%) 1 (5%) 4 (20%)	 9 (31%) 2 (6.9%) 18 (62.1%)	0.009
İnitial EEG Findings • Normal • Abnormal	16 (16%) 10 (38,5%)	9 (31%) 20 (69%)	0,023
Presence of Cortical Tubers (MRI) • Present • Absent	16 (61.5%) 10 (38.5%)	21 (72.4%) 8 (27.6%)	0,391

*Data are expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables.

Keywords: Tubero sclerosis complex, Epileptogenesis, Drug-resistant epilepsy, Neurodevelopmental outcomes, mTOR inhibitors

References

1. Curatolo, P., Moavero, R., & de Vries, P. J. (2015). Neurological and neuropsychiatric aspects of tuberous sclerosis complex. The Lancet Neurology, 14(7), 733–745.
2. Jansen, A. C., Belgers, E. H., Jansen, F. E., Overwater, I. E., Lindhout, D., & Van Huffelen, A. C. (2008). Cognitive impairment in tuberous sclerosis complex is a multifactorial condition. Neurology, 70(12), 916–923.
3. Capal, J. K., Bernardino-Cuesta, B., Horn, P. S., Murray, D., Byars, A., Bing, N., & Sahin, M. (2017). Influence of seizures on early development in tuberous sclerosis complex. Epilepsy & Behavior, 70, 245–252.
4. Crino, P. B., Nathanson, K. L., & Henske, E. P. (2006). The tuberous sclerosis complex. New England Journal of Medicine, 355(13), 1345–1356.
5. Northrup, H., Krueger, D. A., & International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Group. (2013). Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: Recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference. Pediatric Neurology, 49(4), 243–254.
6. Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A. T., Brodie, M. J., Allen Hauser, W., Mathern, G., ... & French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. Epilepsia, 51(6), 1069–1077.

7. Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., ... & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia, 58(4), 512–521.
8. Chu-Shore, C. J., Major, P., Camposano, S., Muzykewicz, D., & Thiele, E. A. (2010). The natural history of epilepsy in tuberous sclerosis complex. Epilepsia, 51(7), 1236–1241.
9. Ding, Y., Wang, J., Xu, C., Liu, X., He, J., & Zhang, Y. (2017). Clinical features and prognosis of epilepsy in children with tuberous sclerosis complex. Pediatric Neurology, 77, 29–34.
10. TOSCA Consortium. (2018). Epilepsy in TSC: Insights from the TOSCA Study. Epilepsia Open, 3(3), 356–365.
11. Zeng, L. H., Xu, L., Gutmann, D. H., & Wong, M. (2008). Rapamycin prevents epilepsy in a mouse model of tuberous sclerosis complex. Annals of Neurology, 63(4), 444–453.
12. Sparagana, S. P., Delgado, M. R., & Krueger, D. A. (2017). Genotype–phenotype correlations in tuberous sclerosis complex. Seminars in Pediatric Neurology, 24(4), 267–274.
13. Saxena, V., Condie, J., Ebrahimi-Fakhari, D., & Thiele, E. A. (2021). Predictors of drug-resistant epilepsy in tuberous sclerosis complex. Epilepsia Open, 6(3), 440–449.
14. Yıldız, E. P., Ekici, B., Ekici, F., Tatlı, B., & Öztürk, Z. (2020). Epilepsy in children with tuberous sclerosis complex: Risk factors for drug resistance. Seizure, 77, 37–42.
15. Krueger, D. A., Wilfong, A. A., Holland-Bouley, K., Anderson, A. E., Agricola, K., Tudor, C., ... & Franz, D. N. (2013). Everolimus treatment of refractory epilepsy in tuberous sclerosis complex. Annals of Neurology, 74(5), 679–687.
16. French, J. A., Lawson, J. A., Yapici, Z., Ikeda, H., Polster, T., Nabbout, R., ... & Franz, D. N. (2016). Adjunctive everolimus therapy for treatment-resistant focal-onset seizures associated with tuberous sclerosis (EXIST-3): a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled study. The Lancet, 388(10056), 2153–2163.



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS7
ÇEVRE VE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: SAHADA ÇALIŞAN HEKİMLERİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eren GÜZELOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

1. Giriş

İklim değişikliği, günümüzde küresel ölçekte insan sağlığını tehdit eden en önemli çevresel sorunlardan biridir. Özellikle çocuklar, gelişmekte olan fizyolojik sistemleri, sınırlı adaptasyon kapasiteleri ve çevresel faktörlere karşı artan duyarlılıkları nedeniyle bu tehditlerden en fazla etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. Aşırı sıcaklar, hava kirliliği, sel ve taşkın gibi ekstrem hava olayları çocuk sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkiler yaratmaktadır.

Mevcut literatürde, aşırı sıcakların erken doğum riskini artırdığı, ince partikül maddelere ($PM_{2.5}$) maruziyetin ise çocuklarda astım ve diğer solunum yolu hastalıklarının prevalansını yükselttiği ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra, çevresel değişiklikler yalnızca fiziksel sağlığı değil, çocukların psikososyal iyilik halini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu bağlamda, çocuk sağlığı alanında görev yapan hekimlerin iklim değişikliğine ilişkin farkındalık düzeyleri, klinik gözlemleri ve kurumsal hazırlık durumlarının değerlendirilmesi, gelecekte geliştirilecek sağlık politikaları açısından büyük önem taşımaktadır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, 01 Temmuz – 01 Ağustos 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, Türkiye'nin farklı bölgelerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında görev yapan 100 hekim oluşturmuştur.

Katılımcılara, iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik olarak hazırlanmış 18 maddelik bir anket uygulanmıştır. Anket formunda hekimlerin:

- İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerine dair algıları,
- Klinik pratikte gözlemledikleri bulgular,
- Kurumsal hazırlık ve bireysel yeterlilik düzeyleri,
- Danışmanlık hizmetlerinde karşılaştıkları engeller beşli Likert ölçeği (Kesinlikle katılıyorum – Kesinlikle katılmıyorum) üzerinden değerlendirilmiştir.

Toplanan veriler betimleyici istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiş, bulgular frekans ve yüzde dağılımlarıyla sunulmuştur.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin %82'si iklim değişikliğinin çocuk sağlığını ciddi biçimde etkilediğini belirtmiştir. Sadece %1'lik bir kesim bu görüşe katılmamıştır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Son bir yıl içinde aşırı sıcaklara bağlı çocuk vakalarında artış gözlemleyenlerin oranı %80, hava kirliliğine bağlı astım alevlenmelerinde artış bildirenlerin oranı ise %86'dır. Ayrıca, sel ve taşkın gibi ekstrem hava olaylarının çocukların fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını düşünenlerin oranı %91 olarak saptanmıştır.

Kurumsal düzeyde iklim farkındalığını yeterli bulanların oranı %63 iken, kendini bilimsel bilgi açısından yeterli görenlerin oranı %62'dir. Danışmanlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan engellerin zaman yetersizliği (%78) ve eğitim materyali eksikliği (%85) olduğu bildirilmiştir.

Isı stresi yönetiminde kendini hazırlıklı hissedenlerin oranı %49, karbon ayak izini azaltmaya yönelik bireysel girişimlerde bulunanların oranı ise %60'tır. Katılımcıların %92'si $PM_{2.5}$ maruziyetinin çocuklarda astım ataklarını artırdığı bilgisini onaylamış, "ısı dalgaları sırasında 6 aydan küçük bebeklerde susuzluk riski düşüktür" önermesini ise %80 oranında reddetmiştir.

4. Tartışma

Bu çalışmanın bulguları, sahada çalışan hekimlerin iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olduklarını göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, özellikle aşırı sıcaklıklar ve hava kirliliğine bağlı sağlık sorunlarında artış gözlemlediklerini ifade etmiştir. Bu bulgular, dünya literatürüyle uyumlu olup, Amerikan Pediatri Akademisi'nin (2023) iklim değişikliğini "günümüzün en büyük halk sağlığı tehditlerinden biri" olarak tanımlamasıyla örtüşmektedir.

Hekimlerin gözlemleri, $PM_{2.5}$ maruziyeti ile çocukluk çağı astım atakları arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koyan epidemiyolojik çalışmalarla da paralellik göstermektedir (Urrutia-Pereira ve ark., 2025). Benzer şekilde, sel ve taşkınların yalnızca fiziksel yaralanmalara değil, aynı zamanda çocuklarda travma, anksiyete ve davranış bozukluklarına yol açtığına dair literatürdeki bulgular (Murray ve ark., 2024) bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Öte yandan, kurumsal hazırlık ve bilgi düzeyinde eksiklikler olduğu görülmektedir. Katılımcıların yalnızca yarısının ısı stresi yönetiminde kendini hazır hissetmesi ve danışmanlık hizmetlerinde zaman ile materyal yetersizliğinin öne çıkması, sağlık sistemlerinin bu alandaki adaptasyon kapasitesinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Bu bağlamda, çocuk sağlığı uzmanlarının farkındalık düzeyleri yüksek olmakla birlikte, etkili müdahalelerin sürdürülebilmesi için eğitim, politika ve kurumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, çocuk sağlığı alanında görev yapan hekimlerin iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine dair yüksek farkındalığa sahip olduklarını, ancak uygulamada çeşitli engellerle karşılaştıklarını ortaya koymuştur.

- Sağlık sistemlerinin iklim değişikliğine uyum sağlaması için çocuk sağlığı profesyonellerine yönelik düzenli eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Bilimsel temelli, kanıta dayalı eğitim ve danışmanlık materyalleri geliştirilmelidir.
- Kurumsal düzeyde politika ve altyapı destekleri artırılmalıdır.
- Hekimlerin bireysel çabalarının sürdürülebilirliği için kurumsal stratejilerle bütünleşmiş eylem planları gereklidir.

Gelecekte yapılacak çalışmaların daha geniş örneklemlerle ve farklı araştırma yöntemleriyle desteklenmesi, çocuk sağlığı ve iklim değişikliği ilişkisine dair kanıtların güçlenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Sağlığı, İklim Değişikliği, Hava Kirliliği, Isı Stresi, Pediatri



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

6. Kaynaklar

American Academy of Pediatrics (AAP). Climate Change and Children's Health. Pediatrics. 2023.

IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Cambridge University Press, 2022.

World Health Organization (WHO). Protecting children from the impacts of climate change. WHO Report, 2023.

Sheffield PE, Landrigan PJ. Global climate change and children's health: threats and strategies for prevention. Environmental Health Perspectives, 2011;119(3):291–298.

Patel NA, et al. Pediatric emergency visits and extreme heat events: a multi-city time-series analysis. Lancet Planetary Health, 2023.

Yardım N, et al. Türkiye'de iklim değişikliğinin sağlık üzerine etkileri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2021;19(2):123–136.

Karaca F, et al. Air pollution and respiratory diseases in children in Istanbul: A long-term analysis. Atmospheric Environment, 2020;223:117214.

Ebi KL, Paulson JA. Climate change and child health in the United States. Current Opinion in Pediatrics, 2019;31(2):246–251.

Urrutia-Pereira M, et al. Air pollution, climate change and pediatric asthma: global perspectives. Journal of Pediatric Pulmonology. 2025.

Murray C, et al. Climate-related disasters and child mental health outcomes: a global review. Child & Adolescent Psychiatry. 2024.



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS14

DOKSAN NADİR VAKANIN TANISAL YOLCULUĞU

Ayça Aydoğan[1], Zümrüt Arslan Gülten[2]

[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, Mersin, Türkiye
[2]S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kalıtsal metabolik hastalıklar (KMH), metabolik yolaktaki bir enzim ya da kofaktörün eksikliği veya yokluğu sonucu özel bir metabolitin oluşamaması ya da birikimi sonucu oluşmaktadır (1). Tamamı tek gen hastalığı olup çoğunlukla otozomal resesif kalıtım göstermektedir. Tek başlarına nadir olmakla birlikte, bir hastalık grubu olarak toplumda daha sık görülürler. Bireysel olarak nadir görülmelerine karşın, toplu olarak görülme sıklıkları 1:800-1:2500 doğumdur (2). Günümüze kadar tanımlanmış olan KMH sayısı 1450'den fazla olup, genetik tanı yöntemlerinin geliştirilmesi ile bu sayı artmaktadır (3). Ülkemizde akraba evlilikleri oranının fazla olması, kalıtsal metabolik hastalıkların görülme sıklığında ciddi artışlara neden olmaktadır. Bu hastalıklar özellikle yenidoğan ve çocukluk döneminde bulgu vermekte olup, erken teşhis ve tedavi edilmediğinde nörolojik ve sistemik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Günümüzde gelişmiş biyokimyasal analiz ve genetik tetkikler sayesinde hastaların tanı süreçleri kısalmakta, nörolojik ve sistemik komplikasyonların oluşması önlenebilmektedir.

Metot: Şubat 2022- Eylül 2024 tarihleri arasında çocuk metabolizma polikliniğine yönlendirilen kesin KMH tanısı alıp izlenen toplam 90 hasta retrospektif olarak çalışmaya alındı. Tüm hastaların yaşı, şikayeti, cinsiyeti, akrabalık durumu, biyokimyasal testleri ve genetik özellikleri hasta dosyalarından kaydedildi. Ulusal yenidoğan tarama programından metabolizma polikliniğine yönlendirilen ve tanı alan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:

Çalışma süresince KMH tanısı alan 90 olgunun 49 (%54,4) erkek, 41(% 45,6) kadın idi. Olguların 81'inde (%90) anne ve babası arasında akraba evliliği mevcuttu. 25 (%27,8) olguda aile öyküsünde metabolik hastalık mevcuttu. Aile öyküsünde 5 (%5,6) hasta hayatını kaybetmişti. Olguların güncel yaş ortalaması 76 ay (1-204) idi. 8 (%8,9) olgu takip süresinde ex oldu. 23 (%26,6) olgu göçmen kökenliydi. Çalışmaya alınan 60 (%66,7) hastanın tanısı metabolik ve genetik testlerle konulurken, 30 hastaya (%33,3) sadece genetik analizler tanı konulabildi. 3 hastada birleşik heterezigot, bir hastada hemizigot geri kalan tüm hastalarda homozigot mutasyon saptandı. Hastaların başvuru şikayetleri nörolojik, visseral, bilişsel, göz bulguları başta olmak üzere multisistemik idi. Hastaların değişken klinik bulguları (hipotoni, bilişsel gerilik, katarakt, hepatosplenomegali, kaba yüz, boy kısalığı, taş bebek yüzü vs) mevcuttu. Hastaların 26'sı (%28,8) lizozomal depo, 16'sı (%17,7) karbonhidrat metabolizması bozukluğu, 14'ü (%15,5) aminoasit metabolizması bozukluğu, 9'u (%10) mitokondiyal hastalık ve geri kalanı diğer metabolik hastalıklar tanısı almıştır.

Hastaların tanı grupları, spesifik tanıları, tanı yöntemleri, biyokimyasal ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de verilmiştir. 60 (%67) olguya spesifik tedaviler başlandı. 2 göçmen hastaya mukopolisakkaridoz tip 6, tanısı konuldu fakat spesifik tedavi sağlık sigortası olmaması nedeni ile başlanamadı.

Kalıtsal Metabolik Hastalık tanısı alan olgulara ait ayrıntılar Tablo-1'de özetlenmiştir

Tanı	Hastalık grubu	Hasta sayısı	Semptom/Bulgu	Tanısal yaklaşım (Biyokimyasal/Genetik)
Tirozinemi Tip 3	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Epilepsi, gelişim geriliği	Tirozin yüksekliği
NonKetotik Hiperglisinemi	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Epilepsi, nöromotor gerilik	Glisin yüksekliği Genetik
Akçaağaç Şurubu İdrar Hastalığı	Aminoasit metabolizma bozukluğu	3	Epilepsi, ensefalopati	Dallı zincirli aminoasit yüksekliği
Sitrülinemi	Aminoasit metabolizma bozukluğu	3	Beslenememe, kusma, ensefalopati	Hiperamonyemi, Sitrülin yüksekliği
Homosistinüri	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Lens subluksasyonu, epilepsi	Homosistein yüksekliği
Lizinürik protein intoleransı	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Beslenememe, kusma,	Hiperamonyemi, idrar aminoasit analizinde lizin, ornitin, arjinin yüksekliği
Arjininemi	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Spastik parapleji	Arjinin yüksekliği
Molibden kofaktör Tip C eksikliği	Aminoasit metabolizma bozukluğu	1	Mikrosefali, nöromotor gerilik, epilepsi	Genetik
Alkaptonüri	Aminoasit metabolizma bozukluğu	2	İdrarda siyahlaşma	İdrar organik asit Homogentisik asit yüksekliği
Glikojen depo tip 0	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	1	Taş bebek yüzü	KCFT yüksekliği

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Glikojen depo tip 1	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	2	Taş bebek yüzü Hepatomegali	Hipoglisemi, metabolik asidoz, KCFT yüksekliği, Trigliserid yüksekliği
Glikojen depo tip 3	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	1	Taş bebek yüzü Hepatosplenomegali	Hipoglisemi, metabolik asidoz, KCFT yüksekliği
Glikojen depo tip 4	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	1	Hipotoni	Genetik

Tanı	**Hastalık grubu**	**Hasta sayısı**	**Semptom/Bulgu**	**Tanısal yaklaşım (Biyokimyasal/Genetik)**
Glikojen depo tip 5	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	1	Tekrarlayan rabdomyoliz atakları	CK yüksekliği
Glikojen depo tip 9	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	3	Hepatosplenomegali	Hipoglisemi, metabolik asidoz, KCFT yüksekliği
Galaktozemi	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	6	Sarılık	Direk bilirubin artışı, kcft yüksekliği, koagulasyon bozukluğu, enzim aktivitesi düşüklüğü
Fruktoz 1,6 bifosfataz eksikliği	Karbonhidrat metabolizma bozukluğu	1	Hepatomegali	Anyon gap artmış metabolik asidoz, ketozis Genetik
Gaucher Hastalığı	Lizozomal depo hastalığı	6	Hepatosplenomegali	Enzim aktivitesi düşüklüğü
Niemann Pick A/B Hastalığı	Lizozomal depo hastalığı	3	Hepatosplenomegali, büyüme geriliği	Enzim aktivitesi düşüklüğü, KCFT yüksekliği, lizozomal sifingolipid panelinde yükseklikler
Niemann Pick C Hastalığı	Lizozomal depo hastalığı	1	Splenomegali, yukarı bakış paralizisi, öğrenme güçlüğü	Lizozomal sifingolipid panelinde yükseklikler
Tay Sachs Hastalığı	Lizozomal depo hastalığı	1	Hipotonik infant, cherry red spot, kasılma	Enzim aktivitesinde düşüklük
Multiple Sülfataz Eksikliği	Lizozomal depo hastalığı	1	Hipotoni, kaba yüz, hirsutizm	Birden fazla lizozomal sülfataz enzim aktivitesi düşüklüğü
Mannosidoz	Lizozomal depo hastalığı	1	Kaba yüz, işitme kaybı, konuşmada gecikme, dizostozis multipleks	Enzim aktivite düşüklüğü, idrar oligosakkarid yüksekliği

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Pompe	Lizozomal depo hastalığı	2	Hipotoni, kardiyomyopati	Enzim aktivitesi düşüklüğü, CK yüksekliği
Nöronal seroid lipofusinozis 7	Lizozomal depo hastalığı	1	Nöbet, yürüyüş bozukluğu, konusma geriliği	Genetik
Nöronal seroid lipofusinozis 2	Lizozomal depo hastalığı	1	Ataksi, atonik nöbet	Enzim aktivitesi düşüklüğü
Mukopolisakkaridoz	Lizozomal depo hastalığı	9	Kaba yüz, hirsutizm, hepatomegali, hidrosefali, eklem kısıtlılığı	İdrar glikozaminoglikan yüksekliği, Enzim aktivitesi düşüklüğü

Tanı	**Hastalık grubu**	**Hasta sayısı**	**Semptom/Bulgu**	**Tanısal yaklaşım (Biyokimyasal/Genetik)**
Alfa- metil asetoasetik asidüri	Keton metabolizma bozukluğu	1	Epilepsi	Genetik
Hidroksimetilglutaril-CoA liyaz (HMGCLD) eksikliği	Keton metabolizma bozukluğu	1	KCFT yüksekliği, hepatomegali	Hipoglisemi, keton negatifliği, asidoz
Kobalamin A defekti	Organik asidüri	1	Tekrarlayan metabolik asidoz atakları	Anyon gap artmış metabolik asidoz, ketozis
3-Metilkrotonilglisinüri	Organik asidüri	1	Epilepsi	3 hidroksiizovaleril karnitin yüksekliği
Glutarik asidüri	Serebral organik asidüri	1	Epilepsi	Glutarik asit atılımı, C5DC Glutarilkarnitin yüksekliği
L2 hidroksi glutarik asidüri	Serebral organik asidüri	1	Epilepsi, bilissel yetersizlik	2 oh glutarık asit atılımı
Glutarik asidüri tip 2c	Yağ asidi oksidasyon defekti	2	Kusma	Glutarik asit atılımı, C6-C14 açilkarnitinlerde artış
Peroksizomal biyogenez bozukluğu	Peroksizomal	1	Katarakt, epilepsi	Çok uzun zincirli yağ asitlerinde yükseklikler
Rizomelik kondroplazi punktuata	Peroksizomal	1	Dismorfik yüz görünümü, katarakt, hipoton	Babygramda punktuat, fitanık asıt yuksekliği
D bifunctional protein eksikliği	Peroksizomal	1	Hipoton, nöbet, dismorfik bulgular	Çok uzun zincirli yağ asitlerinde yükseklikler

NGLY1 CDG	Konjenital glikolizasyon bozuklukları (Deglikolizasyon)	5	Epilepsi, nöromotor ve bilişsel gerilik	Genetik
CDG tip 2n	Konjenital glikolizasyon bozuklukları	1	Hipotoni	Genetik
CDG Tip 1 (ALG 11)	Konjenital glikolizasyon bozuklukları	2	Mikrosefali, nöromotor gerilik, nöbet	Genetik
Hiperkolanemi	Safra asit metabolizma bozukluğu	1	KCFT yüksekliği	Genetik
Serebrotendinöz ksantomatozis	Lipid metabolizma bozukluğu	2	Nöromotor gerilik, ishal, katarakt	Kolestanol yüksekliği
INAD (PLA2G6)	Demir metabolizma bozukluğu	1	Nöromotor gerilik	Genetik

Tanı	**Hastalık grubu**	**Hasta sayısı**	**Semptom/Bulgu**	**Tanısal yaklaşım (Biyokimyasal/Genetik)**
Süksinik semialdehıd dehıdrogenaz eksikliği	Nörotransmıtter metabolizma bozukluğu	1	Epilepsi, bilişsel gerilik	Genetik
Metilen tetrahidrofolat redüktaz eksikliği	Folat metabolizma bozukluğu	2	Nöromotor gerilik, mikrosefali, epilepsi	Homosistein yüksekliği, metiyonin düşüklüğü
Primer Koenzim Q10 eksikliği	Mitokondriyal hastalık	3	Ataksi	Genetik
POLG	Mitokondriyal hastalık	1	Hipotoni	Genetik
MPV17	Mitokondriyal hastalık	1	Myopati	Genetik
NDUFV1	Mitokondriyal hastalık	1	Epilepsi,nöromotor ve bilişsel gerilik	Genetik
NDUFA6	Mitokondriyal hastalık	1	Epilepsi,nöromotor ve bilişsel gerilik	Genetik
NARS2	Mitokondriyal hastalık	1	Epilepsi, nöromotor gerilik	Genetik

Tartışma:

Çalışmamızda kalıtsal metabolik hastalıkların geniş klinik bulgu spekturumu ve biyokimsal spesifik bulguları görülebilmektedir. Farklı hastalık gruplarına doğru tanı tanı yöntemleri ile erken tanı konulup enzim, hastalığa özgü diyet ve spesifik vitamin takviyeleri başlanabilmektedir. Kalıtsal metabolik hastalıkların erken tanısında genetik testlerin yanında spesifik laboratuvar testleri ve enzim analizleri de önemlidir. Bu testler sayesinde klinik bulgular laboratuvar bulguları ile desteklenerek hastaya daha hızlı tanı konulmasına ve hastanın tedaviye erken ulaşımına olanak sağlar. Hekimler olarak metabolik hastalıkların büyük çoğunluğunun tedavi edilebilir olduğu, erken tanı ile bir kısım hastanın hastalıktan ve komplikasyonlarından etkilenmeden ya da çok az etkilenerek yaşamlarını devam ettirebilecekleri bilinmelidir. Böylece hastalıkların sistemik komplikasyonları azaltılabilir. Bu yüzden ülkemizde merkez illerin yanı sıra genetik ve biyokimyasal analizlerin yapıldığı laboratuvarların sayısı arttırılmalıdır. Kalıtsal metabolik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu bilinen akraba evliliğinin ülkemizde yaygınlığı bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da %90 oranında akraba evliliği olduğu görülmüştür. Ülkemizde akraba evliliğinin önlenmesi açısından toplumsal farkındalık arttırılarak toplum sağlığı korunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kalıtsal metabolik hastalık, akraba evliliği, tedavi

Kaynaklar:

1. Sutton VR. Inborn errors of metabolism: classification. UpToDate, 2017. Available from: https://www.uptodate.com/contents/inborn-errors-of-metabolism-classification.
2. Sanderson S, Green A, Preece MA, et al. The incidence of inherited metabolic disorders in the West Midlands, UK. Arch Dis Child. 2006;(91):896–89.
3. Ferreira CR, Rahman S, Keller M, et al. An International Classification of Inherited Metabolic Disorders. J Inherit Metab Dis. 2021;44(1):164–177.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS19

SOSYAL MEDYADA HİPERTANSİYON BİLGİLENDİRMESİ: SAĞLIK İLE REKLAM ARASINDAKİ DENGE

Esra Ensari[1], **Özgür Özdemir Şimşek**[2]

[1]Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bölümü
[2]Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bölümü

1. Giriş

Hipertansiyon (HT), hem çocukluk çağında hem de erişkinlerde en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve dünya genelinde kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 1,28 milyar erişkin birey HT tanısı almakta, bu bireylerin %46'sı tanı almamış veya tedavi edilmemiş durumdadır (1,2). Türkiye'de erişkin HT prevalansı farklı çalışmalarda %30–35 arasında bildirilmiştir (3).

Çocukluk çağı HT, üç ayrı ölçümde, yaş, cinsiyet ve boya göre belirlenen 95. persantilin üzerindeki sistolik ve/veya diyastolik kan basınç değerleri ile tanımlanır (4). Literatürde pediatrik popülasyonda HT prevalansı meta-analizlere göre ortalama %4 (95 % CI: 3.3–4.8 %) seviyesinde seyretmekte olup, obezite eğilimi bu oranı daha da yükseltmektedir. Obez çocuklarda HT prevalansı %9–10 düzeylerinde gözlemlenmiştir (5,6).

Erişkin HT, tanı kriterleri açısından kılavuzlar arasında farklılıklar içermektedir: 2018 ESC/ESH kılavuzu, ofis ölçümlerinde ≥ 140 mmHg sistolik ve/veya ≥ 90 mmHg diyastolik basınç değerini HT tanısı için yeterli görmektedir (7). 2017 ACC/AHA kılavuzu ise daha düşük eşiklerle, ≥ 130/80 mmHg düzeyini HT tanısı koymak için temel kriter olarak kabul etmektedir (8).

HT yönetiminde ilk basamak yaşam tarzı değişiklikleridir. Bilimsel literatürde, diyet (özellikle tuz alımının azaltılması), düzenli fiziksel aktivite, vücut ağırlığının kontrolü, sigara bırakma ve sağlıklı beslenme stratejilerinin çocuk ve erişkin popülasyonlarında kan basıncını anlamlı düzeyde düşürdüğü güçlü biçimde gösterilmiştir. Bu müdahaleler, bazı durumlarda farmakolojik tedavi kadar etkili olabilir ve uzun vadeli kardiyovasküler sağlık üzerinde olumlu etki yaratabilir (9,10). Bununla birlikte bu değişikliklerin sürdürülebilirliği, kişilerin farkındalık düzeyi ve özellikle sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkilidir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıklı davranışları benimseme ve sürdürme olasılığı daha yüksektir (11).

Dijital çağla birlikte bireyler sağlık bilgisine internet aracılığıyla hızlı ve kolay erişebilir hâle gelmiş; sosyal medya platformları bilgi paylaşımı açısından başlıca mecra halini almıştır. Özellikle Instagram, görsel içerik paylaşımına dayalı yapısı ile sağlıkla ilgili mesajların yayılmasında öne çıkmaktadır. Ancak, bu platformların denetimsiz kamu sağlığı platformuna dönüşmesi, tıbbi geçerliliği sorgulanmayan influencer içerikleri nedeniyle yanlış bilgilendirme ve ticari yönelimli mesajlar açısından risk oluşturmaktadır (12). Sosyal medya, sağlık alanındaki yanlış bilgilerin yayılmasını hızlandırarak kamu sağlığı güvenini zayıflatabilir (13). Ayrıca, takipçi sayısı yüksek sağlık içerik üreticilerinin etik sorumluluk eksikliği, Instagram'da yanıltıcı mesajların süratle yayılmasını kolaylaştırmaktadır (14).

HT, prevalansı yüksek ve komplikasyonları itibarıyla ciddi sonuçlara yol açabilen bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle, hastalığın sosyal medyada nasıl temsil edildiğinin incelenmesi, hem halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi hem de doğru bilgi aktarımının teşviki açısından önemlidir. Çocukluk çağında farkındalık oluşturulması, erken tanı ve uygun tedaviye yönlendirmede kritik rol oynamaktadır. Buna karşın erişkin popülasyonda ise yaşam tarzı değişikliklerini destekleyen içerikler ön plana çıkmakta, sağlıklı davranış modellerinin yaygınlaştırılmasına katkı sağlamaktadır.

Öte yandan, sosyal medya platformlarında artan reklam ve tanıtım odaklı içerik yoğunluğu, sağlık iletişiminin güvenilirliğini gölgeleyebilmekte, bireylerin yanlış veya eksik bilgiye maruz kalma riskini artırmaktadır. Literatürde, özellikle Instagram gibi görsel tabanlı platformlarda yanlış bilgi aktarımı ve ticari çıkarların ön planda olduğu içeriklerin yayılımı önemli bir sorun olarak rapor edilmiştir (15).

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde en sık kullanılan sosyal medya platformlarından biri olan Instagram'daki HT temalı içerikleri incelemek, bu içeriklerin ulusal ve uluslararası düzeyde nasıl şekillendiğini değerlendirmek ve pediatrik ile erişkin yaş gruplarına yönelik paylaşımları karşılaştırmaktır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel bir içerik analizi olarak planlanmıştır. Araştırma 4–10 Temmuz 2025 tarihleri arasında yürütülmüş ve veriler gün aşırı olmak üzere üç günde toplanmıştır. Çalışmanın veri kaynağını sosyal medya platformu Instagram oluşturmuştur. HT temalı içerikleri belirleyebilmek amacıyla #hipertansiyon, #hypertension, #çocuklardahipertansiyon ve #hypertensioninchildhood etiketleri taranmıştır. Her etiketten rastgele seçim yöntemi ile 50 gönderi alınmış, toplamda 200 paylaşım değerlendirmeye dahil edilmiştir. Paylaşımların altına yapılan yorumlar çalışma kapsamına alınmamıştır.

Değerlendirme süreci iki bağımsız pediatrik nefrolog tarafından yürütülmüştür. İncelenen gönderiler içerik amaçlarına göre beş kategori altında sınıflandırılmıştır: reklam/tanıtım, kişisel deneyim veya öykü, taklit ya da espri, bilgilendirme/eğitim ve motivasyon veya yaşam tarzı değişimi. Bu sınıflandırma sayesinde içeriklerin niteliği ve hedeflenen mesajın yönelimi daha sistematik biçimde ortaya konmuştur.

Gönderilerde yer alan bilgilerin doğruluğu, yaş gruplarına özgü uluslararası HT kılavuzları temel alınarak değerlendirilmiştir. Pediatrik grup için American Academy of Pediatrics (AAP) 2017 (4) ve European Society of Hypertension (ESH) 2016 kılavuzları (16); erişkin grup için ise European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH) 2018 (7), American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) 2017 (8) kılavuzları referans alınmıştır. Buna göre her paylaşım, kılavuzlarla uyumlu ise "doğru", uyumsuz veya bilimsel dayanak taşımıyor ise "yanlış" olarak sınıflandırılmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS v26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiş, pediatrik ve erişkin gruplar arasındaki farkların değerlendirilmesinde. Ki-kare testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için Mann–Whitney U testi, normal dağılım gösteren değişkenler için ise bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma yalnızca halka açık sosyal medya içeriklerinin incelenmesine dayandığı için herhangi bir bireysel hasta verisi içermemektedir. Bu nedenle ek etik kurul onayı gerekmemiş, ancak çalışma sürecinde Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun hareket edilmiştir.

3. Bulgular

Çalışmada incelenen toplam 200 Instagram gönderisinin 100'ü pediatrik HT, 100'ü erişkin HT ile ilişkiliydi. Pediatrik HT temalı gönderilerde Türkçe paylaşımların %45,6'sı, İngilizce paylaşımların ise %35'i bilgilendirme ve eğitim amaçlıydı; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,435). Reklam/tanıtım içerikleri İngilizce paylaşımlarda (%30,5) Türkçe paylaşımlara (%14,6) göre daha sık görüldü, ancak fark anlamlı değildi (p=0,321). Kişisel deneyim/öykü içerikleri Türkçe paylaşımlarda %18, İngilizce paylaşımlarda %9,7 oranında yer aldı (p=0,534). Motivasyon veya yaşam tarzı değişimi temalı içerikler Türkçe paylaşımlarda %17,3, İngilizce paylaşımlarda %14'tü (p=0,374). Taklit/espri içeriklerinin oranı ise Türkçe gönderilerde %4,5, İngilizce gönderilerde %10,8 olarak bulundu ve iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,602).

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Bilgilendirme içerikleri arasında doğru bilgi oranı Türkçe paylaşımlarda %67, İngilizce paylaşımlarda %78 idi; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,729). Profil düzeyinde incelendiğinde, reklam içeriği barındıran hesap oranı Türkçe gönderilerde %75, İngilizce gönderilerde %55'ti (p=0,251). Pediatrik gruptaki reklam içerikleri incelendiğinde en sık görülen tanıtım türü tansiyon cihazı reklamlarıydı (Türkçe: %42,9; İngilizce: %50). Bunu beslenme/diyet danışmanlığı (Türkçe: %28,6; İngilizce: %26,7) ve klinik/hastane tanıtımları (Türkçe: %19,2; İngilizce: %16,8) izledi. Bitkisel ürün ve takviye tanıtımları ise her iki dil grubunda düşük oranda yer aldı (Türkçe: %9,3; İngilizce: %6,5).

Erişkin HT paylaşımlarında reklam/tanıtım oranı Türkçe gönderilerde %28, İngilizce gönderilerde %12,5 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). Kişisel deneyim/öykü paylaşımları İngilizce gönderilerde %35, Türkçe gönderilerde %12,5 oranında saptandı (p=0,036). Taklit/espri (%2,5 Türkçe; %10 İngilizce) ve bilgilendirme/eğitim içerikleri (%30 Türkçe; %27,5 İngilizce) açısından anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). Motivasyon veya yaşam tarzı değişimi temalı gönderiler Türkçe paylaşımlarda %27, İngilizce paylaşımlarda %15 oranında olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Bilgilendirme içerikleri açısından doğru bilgi oranı İngilizce gönderilerde %62,3, Türkçe gönderilerde %50 olarak bulundu. Bu fark anlamlı olup (p=0,049), İngilizce paylaşımların daha yüksek doğruluk oranına sahip olduğunu göstermektedir. Profil düzeyinde reklam içeriği barındıran hesapların oranı Türkçe gönderilerde %77,5, İngilizce gönderilerde ise %15 olarak bulundu (p<0,001). Bu bulgu, Türkçe erişkin içeriklerin daha yüksek düzeyde ticarileştiğine işaret etmektedir. Reklam içerikleri alt kategorilere ayrıldığında, en sık karşılaşılan tanıtımlar özel klinik ve hastanelere aitti (Türkçe: %50; İngilizce: %60). Takviye ürün reklamları yalnızca Türkçe içeriklerde görüldü (%19). Tansiyon cihazı tanıtımı İngilizce gönderilerde %15, Türkçe gönderilerde %9,5 oranında yer aldı. Detoks ve diyet programları Türkçe paylaşımların %5'inde, İngilizce paylaşımların %10'unda raporlandı.

Her iki yaş grubuna yönelik tüm paylaşımlar incelendiğinde, paylaşım yapan doktor profilleri arasında yalnızca iki pediatrik nefroloğun İngilizce içerik ürettiği, erişkin nefroloji uzmanı profiline ise rastlanmadığı görüldü. Ayrıca, tüm paylaşımlar arasında yalnızca bir gönderide (pediatrik grup, İngilizce paylaşım) bilimsel makaleye atıf yapıldığı belirlendi.

4. Tartışma

Bu çalışmada, Instagram üzerinde HT temalı paylaşımlar incelenmiş ve içeriklerin amaç, doğruluk ve reklam yoğunluğu açısından pediatrik ve erişkin yaş grupları ile dil farklılıkları temelinde karşılaştırılması yapılmıştır. Bulgularımız, erişkin HT'sine yönelik gönderilerin pediatrik gruba kıyasla daha yüksek oranda reklam içerdiğini, buna karşın pediatrik HT paylaşımlarının daha fazla doğru bilgi barındırdığını göstermiştir. Bu sonuçlar, pediatrik HT'sinin görece daha az ticari amaçla ele alındığını, bilgi iletişimi açısından ise daha yüksek bir hassasiyet gösterildiğini ortaya koymaktadır.

Reklam içeriklerinin erişkin HT paylaşımlarında daha belirgin olması, sosyal medyanın giderek artan ticarileşme eğilimini yansıtmaktadır. Nitekim literatürde, erişkin kronik hastalıklara yönelik sosyal medya içeriklerinin büyük bölümünde sekonder kazanç amaçlı tanıtımların yer aldığı bildirilmiştir (17). Buna karşın pediatrik popülasyona yönelik içeriklerde reklam oranının düşük kalması, çocuk sağlığı ile ilgili paylaşımlarda etik sorumluluk bilincinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Bilgilendirici içeriklerin doğruluk oranı açısından değerlendirildiğinde, pediatrik HT'sine yönelik paylaşımlar erişkin gruba göre daha fazla doğru bilgi barındırmıştır. Bu bulgu, çocuk sağlığı alanında bilgi aktarımının daha dikkatli yapıldığına işaret etmektedir. Literatürde de pediatrik sağlık konularında sosyal medya içeriklerinin görece daha güvenilir olduğu, erişkin kronik hastalıklarda ise yanlış bilgi riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (18).

Çalışmamızda ayrıca, erişkin HT'sine yönelik paylaşımlarda içeriklerin dilsel ve kültürel açıdan farklılık gösterdiği bulunmuştur. Türkçe içerikler çoğunlukla bireysel deneyimlere, ilaç kullanımı ve sağlık hizmeti süreçlerine odaklanırken; İngilizce içeriklerde %57,2 oranında spor, motivasyon ve yaşam tarzı değişiklikleri vurgulanmıştır.

Bu bulgu, sosyal medya aracılığıyla yapılan sağlık iletişiminin kültürel bağlamdan bağımsız olmadığını, toplumların sağlık algısı ve yaşam tarzı eğilimlerine göre şekillendiğini göstermektedir. Benzer şekilde, kültürel bağlamın sağlık mesajlarının algılanmasında belirleyici rol oynadığına dair bulgular literatürde de yer almaktadır (19).

Çalışmada yalnızca bir paylaşımda bilimsel makaleye atıf yapılması, sosyal medyada bilimsel dayanaklı içeriklerin son derece sınırlı olduğunu ortaya koymuştur. Oysa sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde güvenilir ve kanıta dayalı içeriklerin paylaşılması kritik öneme sahiptir. Daha önce yapılan incelemelerde de sosyal medya platformlarında bilimsel makale referanslarının oldukça az olduğu ve halkın büyük ölçüde doğrulanmamış bilgilere maruz kaldığı vurgulanmaktadır (20).

Çalışmamızın sonuçları, sosyal medya üzerinden yürütülen sağlık iletişiminde yaş grubu, kültürel bağlam ve dilin önemli belirleyiciler olduğunu göstermektedir. Erişkin HT paylaşımlarında ticari yönelimlerin baskın olması halk sağlığı açısından risk oluştururken, pediatrik paylaşımlarda daha güvenilir bilgi aktarımının varlığı olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, her iki yaş grubunda da bilimsel referans eksikliği dikkat çekmekte olup, sosyal medyada doğru ve kanıta dayalı bilginin yayılımını artırmaya yönelik stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Instagram'daki HT temalı içeriklerin incelenmesiyle, pediatrik paylaşımların erişkin paylaşımlara kıyasla daha yüksek oranda doğru bilgi içerdiğini, erişkin içeriklerin ise daha fazla reklam ve ticarileşmiş mesaj barındırdığını göstermiştir. Pediatrik gruptaki bu olumlu durum, sosyal medyanın sağlık iletişiminde faydalı bir yönünü ortaya koymaktadır. Ancak erişkin paylaşımlarda sık görülen hızlı çözüm vaat eden, bilimsel dayanağı olmayan ürün tanıtımları ve kişisel deneyim odaklı içeriklerin, dijitalleşen dünyada pediatrik paylaşımlara da yansıyabileceği ve koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir.

Sosyal medyanın sağlık iletişiminde daha etkili ve güvenilir bir şekilde kullanılabilmesi için, sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanmış bilimsel temelli içeriklerin artırılması, ticari içeriklerin denetiminin güçlendirilmesi ve toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik stratejilerin uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Sosyal medya, Çocuk, Reklam, Sağlık iletişimi

6. Kaynaklar

1. Singh SD, Senff JR, van Duijn CM, Rosand J. Treating Hypertension: Important for Heart Health, Fundamental for Brain Health. Stroke. 2024;55(5):1464-6. doi:10.1161/STROKEAHA.123.046179. PMID:38488382; PMCID:PMC11039372.
2. Fifita SST, Nonaka D, Cama MT, Filise MI. Factors associated with undiagnosed hypertension among Tongan adults: a cross-sectional study. Trop Med Health. 2024;52(1):4. doi:10.1186/s41182-023-00570-4. PMID:38163919; PMCID:PMC10759494.
3. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertens. 2016;34(6):1208-17. doi:10.1097/HJH.0000000000000901. PMID:26991534; PMCID:PMC4856172.
4. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904. doi:10.1542/peds.2017-1904. PMID:28827377.
5. Song P, Zhang Y, Yu J, Zha M, Zhu Y, Rahimi K, et al. Global prevalence of hypertension in children: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2019;173(12):1154-63. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3310. PMID:31589252; PMCID:PMC6784751.
6. Jeong SI, Kim SH. Obesity and hypertension in children and adolescents. Clin Hypertens. 2024;30(1):23. doi:10.1186/s40885-024-00278-5. PMID:39217385; PMCID:PMC11366140.

7. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339. PMID:30165516.
8. Colantonio LD, Booth JN 3rd, Bress AP, Whelton PK, Shimbo D, Levitan EB, et al. 2017 ACC/AHA blood pressure treatment guideline recommendations and cardiovascular risk. J Am Coll Cardiol. 2018;72(11):1187-97. doi:10.1016/j.jacc.2018.05.074. PMID:30189994; PMCID:PMC6346270.
9. Lobitz CA, Yamaguchi I. Lifestyle interventions for elevated blood pressure in childhood – approaches and outcomes. Curr Hypertens Rep. 2022;24(11):589-98. doi:10.1007/s11906-022-01217-1. PMID:35972678.
10. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper. J Hypertens. 2024;42(1):23-49. doi:10.1097/HJH.0000000000003563. PMID:37712135; PMCID:PMC10713007.
11. Kinoshita S, Hirooka N, Kusano T, Saito K, Aoyagi R. Does health literacy influence health-related lifestyle behaviors among specialists of health management? A cross-sectional study. BMC Prim Care. 2024;25(1):29. doi:10.1186/s12875-024-02263-1. PMID:38245688; PMCID:PMC10799471.
12. Kent R. (In)visibility of health and illness: Instagram as an unregulated public health platform. Anthropol Med. 2024;31(3):297-312. doi:10.1080/13648470.2024.2386887. PMID:39529583; PMCID:PMC11649207.
13. Denniss E, Lindberg R. Social media and the spread of misinformation: infectious and a threat to public health. Health Promot Int. 2025;40(2):daaf023. doi:10.1093/heapro/daaf023. PMID:40159949; PMCID:PMC11955583.
14. Picazo-Sánchez L, Domínguez-Martín R, García-Marín D. Health promotion on Instagram: descriptive-correlational study and predictive factors of influencers' content. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):15817. doi:10.3390/ijerph192315817. PMID:36497889; PMCID:PMC9739539.
15. Alhabash S, Ma M. A tale of four platforms: motivations and uses of Facebook, Twitter, Instagram, and Snapchat among college students. Soc Media Soc. 2017;3(1):2056305117691544. doi:10.1177/2056305117691544. PMID:28217091; PMCID:PMC5289964.
16. Beard L, Wilson K, Morra D, Keelan J. A survey of health-related activities on Second Life. J Med Internet Res. 2009;11(2):e17. doi:10.2196/jmir.1192. PMID:19632971; PMCID:PMC2762804.
17. urbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. J Hypertens. 2016;34(10):1887-920. doi:10.1097/HJH.0000000000001039. PMID:27467768.
18. Waszak PM, Kasprzycka-Waszak W, Kubanek A. The spread of medical fake news in social media: pilot quantitative study. Health Policy Technol. 2018;7(2):115-8. doi:10.1016/j.hlpt.2018.03.002. PMID:29357330.
19. Chou WY, Hunt YM, Beckjord EB, Moser RP, Hesse BW. Social media use in the United States: implications for health communication. J Med Internet Res. 2009;11(4):e1249. doi:10.2196/jmir.1249. PMID:19632971.
20. Suarez-Lledo V, Alvarez-Galvez J. Prevalence of health misinformation on social media: systematic review. J Med Internet Res. 2021;23(1):e17187. doi:10.2196/17187. PMID:33470931; PMCID:PMC7857950.



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS20

PROTEİNÜRİ NEDENİYLE ÇOCUK NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba TAŞTEMEL ÖZTÜRK

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi, Balıkesir, Türkiye

Giriş

Sağlıklı çocuk taramalarında %3,7-7,4 sıklıkta görüldüğü bildirilen proteinüri, Çocuk Nefroloji Polikliniklerine başvuruların da yaygın nedenleri arasındadır (1-3). Başvuru anında proteinüri insidental olarak saptanabileceği, hastalar asemptomatik olabileceği gibi, jeneralize ödem yakınması ile de başvurabilir. Proteinüri geçici bir duruma bağlı olabileceği gibi böbrek hastalıklarının bir göstergesi de olabilir (4, 5).

Proteinüri, glomerüler filtrasyon bariyerinde geçirgenlik artışı (glomerüler proteinüri), tübüler reabsorbsiyonda azalma (tübüler proteinüri), artan doku proteini sekresyonu (sekretuar proteinüri) veya düşük moleküler ağırlıklı proteinlerin aşırı üretimi ve normal proksimal reabsorbsiyon kapasitesinin aşılması (taşma proteinürisi) sonucunda ortaya çıkabilir (4, 5).

Proteinürinin tespitinde semikantitatif veya kantitatif yöntemler kullanılabilmektedir. 'Dipstick' ile idrar proteini ölçümü ve sülfosalisilik asit testi semikantitatif yöntemlerdendir. İdrar pH'sı> 8,0 veya idrar dansitesi >1025 olduğunda veya idrar örneği radyokontrast madde maruziyetinden sonraki 24 saat içinde alındığında 'dipstick' yöntemi ile yanlış pozitif sonuç elde edilebilir. Sülfosalisilik asit testinde de iyotlu radyokontrast ajanlarla yanlış pozitif sonuçlar elde edilebilir (4, 5). Spot idrarda protein-kreatinin oranı ve zamanlı toplanmış idrarda protein düzeyi ölçümü ise Çocuk Nefroloji Polikliniklerinde sıklıkla kullanılan kantitatif yöntemlerdir.

İdrarda protein tespit edildiğinde, proteinürinin geçici mi yoksa kalıcı mı olduğunun ayırt edilmesi gerekir. Birçok çocukta proteinüri ateş, egzersiz, dehidrasyon veya ortostatik (postural) proteinüri gibi geçici nedenlere bağlıdır ve bu durum altta yatan durum ortadan kalktığında idrar tahlilini tekrar etmek veya ortostatik proteinüri açısından sabah ilk idrar örneğinde protein atılımını değerlendirmek ile açıklığa kavuşturulabilir. Geçici proteinüri nedenleri dışlanmışsa veya hasta başvuru anında semptomatikse hasta kalıcı proteinüri nedenleri açısından detaylı olarak araştırılmalıdır (4, 5).

Bu çalışmada proteinüri nedeniyle Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilen hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Mayıs 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Çocuk Nefroloji Polikliniğine proteinüri nedeniyle yönlendirilen 0-18 yaş arası hastalar dahil edildi. Hastaların başvurularındaki demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve tanıları medikal kayıtlarından retrospektif olarak incelendi. Bilinen nefrolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Tüm hastalardan başvuru anında serum kreatinin, albümin, tam idrar analizi ve spot idrarda protein ve kreatinin ölçümü tetkikleri istendi. Hipertansiyon, sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının cinsiyet, yaş ve boya göre ≥95. persentil olması olarak tanımlandı. Spot idrar protein-kreatinin oranının 2 yaş üzeri hastalarda >0,2 mg/mg, 6 ay-2 yaş arası hastalarda 0,5 mg/mg'ın üzerinde olması proteinüri olarak tanımlandı (5). Spot idrar protein-kreatinin oranı ile proteinüri tespit edilen asemptomatik hastalar sabah ilk idrar örneğinde protein-kreatinin oranı ölçülerek ortostatik proteinüri açısından değerlendirildi.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Sabah ilk idrar örneğinde proteinüri tespit edilen asemptomatik hastaların ve başvuru anında proteinüriye bağlı semptomu olan hastaların proteinürisi kalıcı proteinüri olarak kabul edildi. Hematüri, taze, santrifüje edilmemiş idrar örneğindeki eritrosit sayısının >5/mm^3 olması olarak tanımlandı. Hastaların tahmini glomerüler filtrasyon hızı ('*estimated glomerular filtration rate*', eGFR) modifiye Schwartz formülü ile hesaplandı (6).

Bulgular

Çalışmaya 29 hasta dahil edildi, 10'u (%34,5) erkek, 19'u (%65,5) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 11,8±4,5 yıldı. Dokuz hastanın (%31,0) altta yatan hastalığı mevcuttu. Altta yatan hastalıklar sistemik juvenil idyopatik artrit, epilepsi (2 hasta), astım (2 hasta), Hashimoto tiroiditi, akne vulgaris ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu idi. Yedi hastanın (%24,1) sürekli kullanmakta olduğu ilacı vardı. Sekiz hastanın geçirilmiş ateşli idrar yolu enfeksiyonu, iki hastanın ise ailesinde böbrek yetmezliği öyküsü vardı.

Hastaların ilk değerlendirildikleri merkezdeki tam idrar analizi örneklerindeki ortalama idrar dansiteleri 1021,7±6,9, idrar pH değerleri 6,4±0,9 idi. Dört hastada 3+ proteinüri, 11 hastada 2+ proteinüri, 14 hastada ise 1+ proteinüri vardı. Hastaların hiçbirinde hematüri yoktu, 2 hastanın piyürisi mevcuttu. Hastaların hiçbirinin tam idrar analizinin Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilmeden önce tekrar edilmediği görüldü.

Hastanemiz Çocuk Nefroloji Polikliniğine başvuru anında 2 hastada yüzde şişlik, bir hastada ise köpüklü idrar yapma yakınması mevcuttu. Fizik muayenede hastaların tamamı normotansifti, bir hastada ödem tespit edildi. Başvuru anındaki laboratuvar incelemelerinde ortalama idrar dansiteleri 1016,7±8,5, idrar pH değerleri 6,5±0,5 idi. On bir hastanın tam idrar analizinde proteinüri tespit edildi. Üç hastada 2+ proteinüri, 8 hastada 1+ proteinüri vardı. Beş hastada hematüri, 5 hastada ise piyüri saptandı. On üç hastanın başvuru anındaki spot idrar protein-kreatinin oranı 0,2 mg/mg'ın üzerindeydi. Bu 13 hastanın ortanca spot idrar protein-kreatinin oranı 0,8 (25-75 persentil=0,4-2,6) mg/mg'dı. Proteinüri saptanan on üç hastanın on ikisinden sabah ilk idrar örneği alındı, sadece bir hastada proteinüri (spot idrar protein-kreatinin oranı 0,35 mg/mg) saptandı. Bir hastadan ise başvuru anında ödem ve hipoalbuminemisi olduğu için sabah ilk idrar istenmedi. Hastaların ortalama serum kreatinin düzeyi 0,66±0,15 mg/dl, ortalama eGFR'si ise 96,99±15,47 ml/dk/1,73m^2 idi. Sadece bir hastada hipoalbuminemi vardı. Yirmi hasta renal ve üriner sistem ultrasonografisi (USG) ile değerlendirildi, tamamının bulguları normaldi. Sonuç olarak proteinüri nedeniyle yönlendirilen 29 hastanın 2'sinde (%6,9) kalıcı proteinüri, 11'inde (%37,9) ortostatik proteinüri tespit edildi, 16 hastada (%55,2) ise proteinüri tespit edilmedi. Kalıcı proteinürisi olan 2 hastanın biri nefrotik sendrom tanısı aldı, diğeri ise 11,7 mg/m^2/saat proteinüriye sahipti, ileri tetkik ve değerlendirmeleri yapılıp takibe alındı. Ortostatik proteinürisi olan 11 hastanın sadece 4'ü renal ven Doppler USG ile değerlendirildi, bir hastaya Nutcracker sendromu tanısı konuldu. Nutcracker sendromu tanısı alan 16 yaşındaki kız hastanın Çocuk Nefroloji Polikliniğine başvurusunda alınan spot idrarında protein-kreatinin oranı 2,04 mg/mg idi, sabah bakılan ilk idrarında proteinüri yoktu.

Tartışma

Proteinürinin hem yetişkinlerde hem de çocuklarda ilerleyici böbrek yetmezliğinin bir işareti olduğu ve aynı zamanda kardiyovasküler hastalık için bir risk faktörü olduğu iyi bilinmektedir. Öte yandan proteinüri çocuklarda egzersiz, ateş ve dehidrasyon gibi stres zamanlarında ortaya çıkan geçici bir bulgu da olabilir ve böbrek hastalığına işaret etmeyebilir (5). Asemptomatik hastalarda geçici proteinürinin dışlanması için tekrarlanan idrar analizleri önem arz etmektedir. Dikkatli ve detaylı değerlendirme gerektiren proteinüriye ilişkin birçok çalışma yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlıklı çocuklarda proteinüri sıklığı %3,7-7,4 sıklığında görülebilmekle beraber, tekrarlanan (ikinci veya üçüncü kez alınan örneklerde) idrar analizlerinde bu sıklığın dramatik olarak azaldığı (%0,9-2,2) bildirilmiştir (1-3). Bizim çalışmamızda hastaların hiçbirinin idrar analizinin Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilmeden önce tekrarlanmadığı görüldü.Çalışmamızda proteinüri nedeniyle Çocuk Nefroloji Polikliniğine yönlendirilen hastaların %55,2'sinde proteinüri saptanmadı. Bu durum ortostatik olmayan geçici proteinüri nedenleriyle veya ilk idrar analizinde yanlış pozitif protein saptanmasıyla açıklanabilir. Yönlendirilen hastaların %37,9'unda ortostatik proteinüri saptanırken, %6,9'unda ise kalıcı proteinüri saptandı.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Amerika Birleşik Devletlerinde üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada, izole proteinüri tespit edilen 57 hastanın %56,1'inde proteinüri ortostatik olmayan geçici nedenlerle ilişkilendirilirken %31,6'sında ise ortostatik proteinüri tespit edilmiştir (7). Trihono ve arkadaşlarının 12-14 yaş arası sağlıklı 485 çocuğun dahil edildiği okul taraması çalışmasında ise 36 çocukta (%7,4) proteinüri saptanmış, proteinüri saptanan hastaların %77,8'inde ortostatik olmayan geçici proteinüri, %13,9'unda ortostatik proteinüri, %8,3'ünde ise kalıcı proteinüri tespit edilmiştir (3). Kore'de 6-18 yaş arası çocukların katıldığı bir okul taramasında izole proteinüri tespit edilen hastaların %74,2'sinde ortostatik olmayan geçici proteinüri, %18,6'sında ortostatik proteinüri, %7,2'sinde ise kalıcı proteinüri tespit edilmiştir (8). Türkiye'de, 6-15 yaş arası 1701 çocuğun katılımıyla yapılan bir okul taramasında ise, 64 çocukta (%3,7) proteinüri tespit edilmiş, ikinci ve üçüncü idrar örneklerinden sonra proteinürinin 16 çocukta (%0,9) sebat ettiği görülmüştür. On altı hastanın 11'inin sabah ilk idrar örneğinde proteinüri saptanmazken (ortostatik proteinüri), 5'inin sabah ilk idrar örneğinde proteinüri saptanmıştır (kalıcı proteinüri). Proteinüri nedeniyle yönlendirilen 64 hastanın %75'inde ortostatik olmayan geçici proteinüri, %17,2'sinde ortostatik proteinüri, %7,8'inde ise kalıcı proteinüri saptanmıştır (2). Bu verilere dayanarak, izole proteinürisi olan asemptomatik bir çocukta proteinürinin en olası nedeninin ortostatik olmayan geçici proteinüri, ardından ortostatik proteinüri olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın bulguları da literatür verilerini desteklemektedir. Ayrıca asemptomatik olup proteinüri tespit edilen hastalar ortostatik olmayan geçici proteinüri açısından tekrarlayan idrar analizleri ile değerlendirildiği takdirde Çocuk Nefroloji Polikliniklerine yönlendirilmesi gereken hasta sayısı azalabilir.

Çalışmamızda ortostatik olmayan geçici proteinüri nedenleri dışlandığında proteinürinin %85'inin nedeni ortostatik proteinüri iken, literatürde %62-72'si ortostatik proteinüridir (2, 3, 7). Çalışmamızda ortostatik proteinüri sıklığının literatüre göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu çalışmada bulunan hasta sayısı fazla olmadığından sonuçlar dikkatli yorumlanmalıdır.

Ortostatik proteinüri, kişi dik dururken protein atılımının yüksek olması, ancak yatar pozisyondayken normal olması olarak tanımlanır. Rastgele anlık bir idrar örneğinde proteinürisi olan çocukların sabah ilk idrar örneğinde protein-kreatinin oranına bakılmalıdır. Rastgele anlık idrar örneğinde proteinürisi olan bir çocuğun sabah ilk idrar örneğindeki protein-kreatinin oranının normal olması ortostatik proteinüri tanısını doğrulayacaktır. Bu duruma sahip çocuklar genellikle asemptomatiktir. Ortostatik proteinürinin mekanizması net olarak tanımlanmamıştır ancak, sol renal ven kompresyonuna bağlı ortaya çıkan Nutcracker sendromu, çocukluk çağındaki ortostatik proteinürinin bir nedenidir (4, 5). Sol renal ven sıkışma sendromu olarak da bilinen Nutcracker sendromu, sol renal venin en sık aorta ve süperior mezenterik arter arasında sıkışmasını ifade eder. Renal ven retroaortik olduğunda ise aorta ile vertebra arasında sıkışabilir, bu duruma ise posterior Nutcracker sendromu denir. Nutcracker anatomisinin her zaman klinik semptomlarla ilişkili olmadığı bilinmektedir, bu nedenle Nutcracker sendromu terimi yalnızca morfolojik özellikleriyle ilişkili karakteristik klinik semptomları olan hastalar için kullanılmaktadır, klinik semptomlar olmadığında ise Nutcracker fenomeni teriminin kullanılması önerilmektedir (9). Kore'de yapılan bir çalışmada ortostatik proteinürisi olan 47 çocuk hasta Nutcracker sendromu açısından araştırılmış ve hastaların %48,9'una renal ven Doppler USG ile Nutcracker sendromu tanısı konulmuştur (10). Bu çalışmada maalesef ortostatik proteinürisi olan hastaların tamamı renal ven Doppler USG ile değerlendirilemedi. Değerlendirilebilen 4 hastanın sadece birisi Nutcracker sendromu tanısı aldı. Ortostatik proteinürisi olan hastalar Nutcracker sendromu açısından değerlendirilir ise tanıya ulaşabilen hasta sayısının artabileceği düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Proteinüri varlığı ileri değerlendirme ve tedavi gerektiren önemli bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi çocuklarda proteinürinin geçici olabileceği durumlar da mevcuttur. Rutin tetkiklerinde proteinüri saptanan asemptomatik hastaların geçici proteinüri nedenleri açısından tekrarlayan idrar tetkikleri ile ve ortostatik proteinüri açısından sabah ilk idrar örneğinde protein-kreatinin oranı ile değerlendirilmesi Çocuk Nefroloji Polikliniklerine yönlendirilen hasta sayısını azaltabilir. Ortostatik proteinürisi olan hastalarda Nutcracker sendromu açısından değerlendirme yapılması düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Proteinüri, Ortostatik proteinüri, Postural proteinüri, Nutcracker Sendromu

Kaynaklar

1. Malla HA, Bhat AM, Shazia B, Rather FA, Najar SM, Wani IA (2016) Prevalence of proteinuria in school children (aged 12-14 years) in Kashmir valley, India, using dipstick method. Saudi J Kidney Dis Transpl 27:1006-1010. https://doi.org/10.4103/1319-2442.190877

2. Arslan Z, Koyun M, Erengin H, Akbaş H, Aksoy GK, Çomak E, et al (2020) Orthostatic proteinuria: an overestimated phenomenon? Pediatr Nephrol 35:1935-1940. https://doi.org/10.1007/s00467-020-04586-4

3. Trihono PP, Wulandari N, Supriyatno B (2019) Asymptomatic proteinuria in Indonesian adolescent students. Saudi J Kidney Dis Transpl 30:694-700. https://doi.org/10.4103/1319-2442.261347

4. Emma F, Goldstein SL, Bagga A, Bates CM, Shroff R. Pediatric Nephrology (8th ed). Switzerland: Springer, 2022: 243-249.

5. Geary DF, Schaefer F. Pediatric Kidney Disease (2nd ed). Berlin, Germany: Springer, 2016: 401-415.

6. Schwartz GJ, Muñoz A, Schneider MF, Mak RH, Kaskel F, Warady BA, et al (2009) New equations to estimate GFR in children with CKD. J Am Soc Nephrol 20:629-637. https://doi.org/10.1681/ASN.2008030287

7. Chandar J, Gómez-Marín O, del Pozo R, Sanders L, Montane B, Abitbol C, et al (2005) Role of routine urinalysis in asymptomatic pediatric patients. Clin Pediatr 44:43-48. https://doi.org/10.1177/000992280504400105

8. Park YH, Choi JY, Chung HS, Koo JW, Kim SY, Namgoong MK, et al (2005) Hematuria and proteinuria in a mass school urine screening test. Pediatr Nephrol 20:1126-1130. https://doi.org/10.1007/s00467-005-1915-8

9. Shin JI, Lee JS (2005) Nutcracker phenomenon or nutcracker syndrome? Nephrol Dial Transplant 20:2015. https://doi.org/10.1093/ndt/gfi078

10. Park SJ, Lim JW, Cho BS, Yoon TY, Oh JH (2002) Nutcracker syndrome in children with orthostatic proteinuria: diagnosis on the basis of Doppler sonography. J Ultrasound Med 21:39-45; quiz 46. https://doi.org/10.7863/jum.2002.21.1.39

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS22

TITLE: ECTODERMAL DYSPLASIA: A RARE CAUSE OF FEVER IN CHILDHOOD

Serife Öztürk Yılmaz[1], Semra Gürsoy[1], Suzan Süncak[1], Meryem Halis, Mehmet Kocabey[2], Özlem Giray Bozyaka[2]

[1]Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Department of Pediatric Genetics, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Department of Medical Genetics, İzmir, Türkiye

Introduction: Ectodermal dysplasia (ED) is characterized by genetically heterogeneous group of inherited disorders presenting with developmental and functional abnormalities in at least two ectodermal derivatives. The most commonly affected derivatives include hair, teeth, nails and sweat glands. Although the clinical spectrum is phenotypically heterogeneous hypohidrotic ectodermal dysplasia (HED) is the most prevalent subtype. HED is predominantly associated with pathogenic variants in genes involved in the EDA/NF-κB signaling pathway such as *EDA, EDAR, EDARADD* and *WNT10A.* Impaired sweating due to anhidrosis or hypohidrosis can result in recurrent febrile episodes during childhood (1). This clinical presentation poses a diagnostic challenge and is frequently misattributed to infectious, immunodeficiency or rheumatologic disorders. Despite its rarity ED should be considered an important differential diagnosis in cases of recurrent febrile episodes of unknown origin. This study aims to evaluate the clinical and molecular finding of ED patients diagnosed at our center and to emphasize the importance of ED in the differential diagnosis of febrile episodes.

Materials and Methods: Patients diagnosed with ectodermal dysplasia at the Genetic Diseases Evaluation Center of Dokuz Eylül University Hospital between 2010 and 2025 were included in this study. Demographic data; including sex, age at presentation, age at diagnosis, clinical phenotypes and molecular genetic analysis results were retrospectively reviewed.

Peripheral blood samples were obtained from consenting patients. Genomic DNA was extracted from 200 µl of blood using a magnetic bead DNA isolation technique following the manufacturers protocol with the HiPurA® Pre-filled Clinical Multipurpose Nucleic Acid Purification Kit (HiMedia, USA). DNA quality was assessed spectrophotometrically with an A260/A280 ratio between 1.8–2.0, and a concentration of at least 40 ng/µl was targeted. Molecular genetic evaluation was performed using a next-generation sequencing (NGS) based targeted dermatology panel (SoftGenetics LLC, USA). Whole exome sequencing (WES) was conducted for one patient. Sequencing was carried out on the Nextseq® (Illumina, USA) NGS platform. Raw data were analyzed using the SEQ analysis platform (Genomize, Turkey). Variants detected by panel analysis were validated and family screening was performed via targeted Sanger sequencing. Identified genetic variants were classified according to the 2015 standards published by the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG).

Results: A total of seventeen patients were included comprising thirteen males and four females. The median age at presentation was 24 months (range: 1–168) while the median age at diagnosis was 99 months (range: 24–204). The most frequent clinical findings were dental anomalies, particularly hypodontia observed in 84.6% of cases followed by hypotrichosis (78.6%), hypohidrosis (71.4%) and nail dystrophy (69.2%). Dermatological features such as keratitis, alopecia totalis and xerosis were also documented. Extra ectodermal manifestations included recurrent infections, immunodeficiency, neurological anomalies, congenital heart defects, syndactyly, myopia, cleft palate, and hypotonia. Notably, 58.8% of patients had a history of fever. Hypohidrotic ectodermal dysplasia was the most common clinical subtype accounting for 57.1% of cases. Molecular analyses performed in seven patients identified pathogenic, likely pathogenic or variants of uncertain significance in *EDA* (n=2), *EDAR* (n=2), *PKP1* (n=1), *PRKD1* (n=1) and *NECTIN4/PVRL4* (n=1). Of these three variants (43%) were novel and previously unreported. Truncating mutations accounted for 57.1% and missense variants for 42.9% of the detected mutations. Additionally one patient was diagnosed with coexisting ED and Prader–Willi syndrome.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Discussion: Ectodermal dysplasias constitute a rare and genetically heterogeneous spectrum of disorders involving ectodermal derivatives characterized by marked phenotypic and genotypic heterogeneity (1). Our findings are consistent with previously published reports corroborating the complex clinical and molecular nature of ED. The majority of our cohort (58.8%) had hypohidrotic ectodermal dysplasia (HED) consistent with the reported prevalence pattern in the literature. HED is the most common subtype of ED with an estimated prevalence of approximately 2.99 per 100,000 individuals (2). Clinically HED is defined by a classic triad of hypohidrosis, hypotrichosis and dental anomalies (hypodontia or anodontia) which constitutes a main diagnostic criterion (3). This triad was prominently observed in our cohort particularly the dental developmental anomalies.

Unexplained recurrent febrile episodes in childhood represent a clinically underestimated feature for ED diagnosis. Literature reports an increased incidence of febrile seizures and hyperthermia related to hypohidrosis in children with HED especially in X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia (XLHED), where males are at significantly elevated risk (OR 7.11; 95% CI 3.26–15.51) (4). In our cohort 58.8% of patients had a history of fever emphasizing the necessity of considering ED in the differential diagnosis of febrile attacks.

Case reports in the literature highlight that the hypohidrotic ectodermal dysplasia subtype can manifest with recurrent or unexplained febrile episodes in early childhood. In some instances persistent fever may represent the initial and even exclusive clinical manifestation prior to the appearance of classical ectodermal abnormalities. For instance Oguz et al. described a child presenting with fever of unknown origin in whom no infectious or autoimmune etiology could be identified and who was subsequently diagnosed with HED following the identification of a splice-site mutation in the *EDA* gene. (5). Similarly Gilitwala et al. reported an infant presenting with unexplained fever and irritability whose diagnosis of ED was established after careful assessment revealed an absence of sweating and a positive family history (6). These cases illustrate that thermoregulatory dysfunction including hypohidrosis or anhidrosis may mimic infectious or inflammatory disorders frequently resulting in unnecessary diagnostic procedures. As emphasized in both studies a thorough evaluation of the classic phenotypic triad of hypotrichosis, hypohidrosis, and hypodontia remains a critical diagnostic clue for ED (5–6). Although these features may be incompletely expressed in infant their presence particularly in males or in individuals with a suggestive family history should prompt consideration of ED.

Our molecular findings further delineate that the genetic etiology of ED is not restricted to a limited number of genes but rather encompasses an extensive and heterogeneous mutational landscape. Consistent with the literature the most frequently affected genes in ED are *EDA*, *EDAR* and *EDARADD* which were also commonly mutated in our cohort (7–8). Notably rare variants in *PKP1, PRKD1* and *NECTIN4* were identified further expanding the recognized molecular spectrum of ED. Variants in *PKP1* are associated with ectodermal dysplasia skin fragility syndrome, *PRKD1* mutations have been linked to congenital heart defects and ectodermal dysplasia syndromes and *NECTIN4* variants correspond to ectodermal dysplasia syndactyly syndrome (9–11).

One of the most notable observations in our study is that 43% of the identified genetic variants are novel having not been previously reported in the literature. The discovery of these novel variants enhances our understanding of the genetic etiology of ED facilitating more precise elucidation of phenotypic heterogeneity and enabling a more accurate and efficient diagnostic process. Furthermore functional characterization of these novel variants through advanced molecular analyses will provide refined insights into genotype–phenotype correlations.

Additionally one patient in our cohort was diagnosed with coexisting Prader Willi syndrome and ED. Although rare this finding underscores the potential for a dual genetic diagnosis particularly in cases presenting with atypical phenotypes that cannot be fully explained by a single genetic etiology. Consequently comprehensive molecular analyses are warranted in patients with atypical presentations highlighting the critical role of advanced genetic evaluation in ensuring diagnostic precision.



Our study has certain limitations including the relatively small cohort size and the lack of comprehensive molecular analyses for all cases. Nevertheless despite the limited sample our findings underscore the clinical and molecular heterogeneity of ED and provide valuable insights to support accurate diagnosis and informed patient management.

Conclusion Ectodermal dysplasias should be considered in the differential diagnosis particularly in patients presenting with recurrent febrile episodes in childhood dental developmental anomalies, hair and nail abnormalities. Thorough clinical assessment detailed evaluation of family history and the application of molecular genetic analyses are essential for achieving an accurate and timely diagnosis. Molecular data demonstrate that ED is associated with a broad and heterogeneous genetic spectrum providing valuable information for genetic counseling, carrier screening, and the development of targeted therapeutic strategies. The identification of novel variants significantly enriches the existing genetic literature on ED and together with future functional studies will facilitate a more precise elucidation of genotype phenotype correlations. In this context the integration of molecular analyses into routine diagnostic workflows alongside a multidisciplinary approach is likely to enhance the quality of patient care.

Keywords: Ectodermal dysplasia, hypohidrosis, fever

References

1. Wright JT, Fete M, Schneider H, Zinser M, Koster MI, Clarke AJ, Hadj-Rabia S, Tadini G, Pagnan N, Visinoni AF, Bergendal B, Abbott B, Fete T, Stanford C, Butcher C, D'Souza RN, Sybert VP, Morasso MI. Ectodermal dysplasias: Classification and organization by phenotype, genotype and molecular pathway. Am J Med Genet A. 2019 Mar;179(3):442-447. doi: 10.1002/ajmg.a.61045. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30703280; PMCID: PMC6421567.

2. Butcher C, Abbott BM, Grange D, Fete M, Meyer B, Spinka C, Fete T. Prevalence rates for ectodermal dysplasia syndromes. Am J Med Genet A. 2024 Dec;194(12):e63832. doi: 10.1002/ajmg.a.63832. Epub 2024 Aug 9. PMID: 39126172.

3. Majmundar VD, Baxi K. Ectodermal Dysplasia. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563130/?utm_source=chatgpt.com

4. Herlin LK, Schmidt SAJ, Mogensen TH, Sommerlund M. Risk of Death, Infections, and Hyperthermia in Ectodermal Dysplasias: A Nationwide Study. Acta Derm Venereol. 2025 Jun 18;105:adv43101. doi: 10.2340/actadv.v105.43101. PMID: 40530795; PMCID: PMC12186435.

5. Oguz MM, Akcaboy M, Gurkan A, Altinel Acoglu E, Zorlu P, Ceylaner S, Senel S. A rare cause of fever of unknown origin: hypohidrotic ectodermal dysplasia with a splice site mutation. Minerva Pediatr. 2018 Oct;70(5):493-495. doi: 10.23736/S0026-4946.17.04817-4. PMID: 30302989.

6. Gilitwala ZS, Satpute SR. Unexplained Fever in Infancy: Report of a Rare Case of Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia in an Infant. Cureus. 2023 May 25;15(5):e39489. doi: 10.7759/cureus.39489. PMID: 37362526; PMCID: PMC10290524.

7. Wright JT, Grange DK, Fete M. Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia. 2003 Apr 28 [Updated 2025 Mar 20]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2025. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1112/?utm_source=chatgpt.com

8. Martínez-Romero MC, Ballesta-Martínez MJ, López-González V, Sánchez-Soler MJ, Serrano-Antón AT, Barreda-Sánchez M, Rodriguez-Peña L, Martínez-Menchon MT, Frías-Iniesta J, Sánchez-Pedreño P, Carbonell-Meseguer P, Glover-López G, Guillén-Navarro E; GIEDE (Spanish multidisciplinary research group for ectodermal dysplasia). EDA, EDAR, EDARADD and WNT10A allelic variants in patients with ectodermal derivative impairment in the Spanish population. Orphanet J Rare Dis. 2019 Dec 3;14(1):281. doi: 10.1186/s13023-019-1251-x. PMID: 31796081; PMCID: PMC6892193.

9. Chandra Konda S, Biswas A, Konda A, Raghavendra Rao V, Adepu V. Ectodermal dysplasia-skin fragility syndrome - identification of a novel plakophilin1 (PKP1) gene variant through whole exome sequencing. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2025 May-Jun;91(3):381-385. doi: 10.25259/IJDVL_420_2023. PMID: 38595014.

10. Leduc F, Smol T, Catteau B, Boute O, Petit F. PRKD1-related telangiectasia-ectodermal dysplasia-brachydactyly-cardiac anomaly syndrome: Case report and review of the literature. Eur J Med Genet. 2024 Jun;69:104942. doi: 10.1016/j.ejmg.2024.104942. Epub 2024 Apr 25. PMID: 38677542.

11. Rotunno R, Diociaiuti A, Dentici ML, Rinelli M, Callea M, Retrosi C, Zambruno G, Bellacchio E, El Hachem M. Ectodermal Dysplasia-Syndactyly Syndrome with Toe-Only Minimal Syndactyly Due to a Novel Mutation in NECTIN4: A Case Report and Literature Review. Genes (Basel). 2021 May 17;12(5):748. doi: 10.3390/genes12050748. PMID: 34067522; PMCID: PMC8156511.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS24

ÇOCUKLUK ÇAĞI MİYOKARDİT OLGULARINDA KLİNİK BULGULARIN VE TESPİT EDİLEN VİRAL ETKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Kıymet[1], İzel Kutlu Can[1], Yeliz Sevinç[2], Ulaş Karadaş[2]

[1] İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı
[2] İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

Giriş

Miyokardit kalp kas dokusunun inflamasyonudur. Çocuklarda nadir görünen bir klinik tablodur. Toplam 14.322 hastanın değerlendirildiği 23 yıllık dönemde bu durumun yalnızca %0,3 oranında görüldüğü saptanmıştır (1). Bebeklik ile adölesan dönemleri, hastalığın görülme sıklığının arttığı iki farklı zaman dilimini oluşturmaktadır. Nadir görülmesine rağmen ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır (2). Yapılan otopsi araştırmalarında, pediatrik ölümlerin yaklaşık %2'sinde miyokardit saptandığı bildirilmiştir (3). Ayrıca, non-travmatik ani çocuk ölümlerinin etiyolojisinde miyokarditin önemli bir paya sahip olduğu ve olguların yaklaşık dörtte birinde (%27) etken olarak miyokardit belirlendiği ortaya konmuştur (4).

Miyokarditin enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan çeşitli etiyolojileri olabilir. Rutin klinik pratikte vakaların çoğunda spesifik bir neden bulunamaz. Virüsler, çocukluk çağında akut miyokarditin en yaygın nedenleri arasındadır. Virüsler arasında akut miyokarditten sorumlu tutulan en sık etkenler enterovirüsler, özellikle Coxsackievirus B'nin 1'den 5'e kadar olan serotipleridir. Diğer sorumlu tutulan virusler arasında adenovirüs, parvovirüs B19, Epstein-Barr virüsü, sitomegalovirüs, influenza, kızamık, kabakulak ve SARS-CoV-2 sayılabilir (5).

Miyokardit olgularında klinik sendromlar; subklinik kardiyak disfonksiyon, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsünü taklit eden göğüs ağrısı, aritmiler ve ani ölüm şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Çocukluk çağında görülen semptomlar ise çoğunlukla özgül değildir. Viral prodrom zemininde solunum sıkıntısı, beslenme güçlüğü, göğüs ağrısı ve ateş en sık gözlenen klinik bulgular arasında yer almaktadır. Fizik muayenede taşikardi, hipotansiyon, yetersiz periferik perfüzyon, hepatomegali ve ödem gibi kalp yetmezliğini düşündüren bulgular görülebilir. Çocuklarda akut miyokardit tanısı için yüksek klinik şüphe gerekir; tanı genellikle klinik bulgulara dayanır. Bu süreçte EKO, EKG ve troponinlerin seri ölçümleri tanıyı desteklemede yardımcı olur (5).

Miyokardit bulguları olan çocukların erken dönemde atriyal veya ventriküler aritmiler yönünden yakından izlenmesi gerekir. Aritmilerin ortaya çıkmasıyla birlikte sınırda sistolik fonksiyon ve hızla hemodinamik bozulma görülebilir. Bu nedenle erken dönemde dikkatli izlem, uygun hasta yönlendirmesi ve yoğun bakım gereksiniminin değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir (6). Çocuklarda miyokardite özgü immünoterapiye ilişkin kanıta dayalı güçlü veriler bulunmamaktadır; ancak klinikte özellikle akut dekompansasyon durumunda IVIG ve kortikosteroidler yaygın olarak kullanılmaktadır. IVIG immünsupresif olmamakla birlikte antiinflamatuvar, antiviral ve immünomodülatör özelliklere sahiptir ve güvenli kabul edilmektedir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar metodolojik sınırlılıklar nedeniyle etkinlik konusunda kesin sonuçlar sunmamaktadır (6).

Bu çalışmada, hastanemizde miyokardit tanısı ile takip edilen çocuk hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri, uygulanan tedavi yaklaşımları ve tespit edilen enfeksiyöz etkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Gereç ve Yöntem

İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 1 Mart 2024 ve 30 Haziran 2025 tarihleri arasında miyokardit tanısı ile takip edilen 1 ay – 18 yaş aralığındaki çocuklar çalışmaya dahil edildi. Veriler retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait klinik ve laboratuvar verileri, hastane elektronik bilgi sisteminden elde edildi. Demografik (yaş, cinsiyet), klinik (başvuru yakınması, hastanede yatış süresi) ve laboratuvar özellikleri (tam kan sayımı, troponin düzeyi, EKG ve EKO bulguları, viral etkenlere yönelik yapılmış olan PCR sonuçları), hastalara uygulanan tedaviler önceden hazırlanmış olan olgu rapor formlarına kaydedildi.

Verilerin analizi için SPSS Statistics for Windows Version 21.0 kullanıldı. Tüm sayısal ve kategorik veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile değerlendirildi. Sayısal değişkenlerin dağılımları görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Dağılım ölçütü olarak, ortalama/SD veya ortanca/IQR kullanıldı. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin karşılaştırılmasında, bağımlı ve bağımsız gruplar için student t testi, normal dağılım göstermeyen sayısal veriler için ise yerine göre Wilcoxon veya Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Kategorik veriler yüzde (%) olarak ifade edildi. P değeri <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Bu çalışmaya, kriterlere uyan toplam 41 hasta dahil edildi. Hastaların %56,1'i (n=23) erkek, %43,9'u (n=18) kızdı. Hastaların yaş ortalaması 11,6 ± 4,04 yıl olarak hesaplandı. Hastalar en sık %90,2 oranında göğüs ağrısı ile başvururken; bunu %12,2 oranıyla çarpıntı, %9,8 oranıyla sol kolda ağrı, %7,3 oranıyla öksürük takip etti. Diğer başvuru yakınmaları arasında bulantı-kusma, karın ağrısı, burun akıntısı, ishal, baş ağrısı, nefes darlığı ve senkop gibi yakınmalar bulunmaktaydı. İki hastada tanı rutin kontrol sırasında konulmuştu. Sekiz hasta göğüs ağrısının efor ile şiddetlendiği belirtmişti. Semptomların ortanca süresi 4 gün (1 gün –1 yıl) bulundu. Hastaların ortanca hastanede yatış süresi 5 gün olarak saptandı.

Otuz beş (%85,3) hastanın elektrokardiyografileri (EKG) normal sinüs ritminde izlendi. Diğer hastaların EKG'sinde ST elevasyonu, T dalgasında minimal voltaj kaybı, V5-V6 derivasyonlarında T negatifliği, sol ventrikül hipertrofisi ve bifazik T dalgası, inkomplet sağ dal bloğu gibi bulgular görüldü. Hastaların ekokardiyografi (EKO) bulguları incelendiğinde %41,4 hastanın EKO'su normaldi, diğer hastalarda en sık PFO olmak üzere hafif mitral yetersizlik, ASD sekundum, biküspit aorta gibi bulgular saptandı. Tüm hastaların ejeksiyon fraksiyonu normal saptandı.

Hastaların tedavileri değerlendirildiğinde; %31,1'i intravenöz immünglobulin (IVIG), %61'i asetilsalisilik asit (ASA) ve %97,6'sı intravenöz sıvı tedavisi almıştı. Başvuru sırasında alınan ortanca troponin değeri 58,9 ng/L (14,7-1291ng/L), klinik izlemde görülen en yüksek ortanca troponin değeri ise 80,8 ng/L (18,1-2221ng/L) idi.

Hastaların %73,2'sine PCR testi yapıldı. Hastaların %29,2'sinde (n:12) viral etken saptandı. Saptanan etkenler hastaların 2'sinde parvovirüs, 2'sinde HHV-7, 1'inde HHV-6, 1'inde enterovirüs, 1'inde EBV, 1'inde influenza-B, 1'inde rotavirüs, 1'inde HHV-6-HHV-7 koenfeksiyonu, 1'inde enterovirüs-parvovirüs koenfeksiyonu, 1'inde hastada enterovirüs-rhinovirüs koenfeksiyonuydu.

Viral etken saptanan hastaların %91,7'sinde tedavide ASA verilirken, viral etken saptanmayan hastaların %56'sında ASA verilmiştir (p=0,01). Viral etken saptanan hastaların %41,7'sine IVIG verilirken etken saptanamayanların %27,6'sına IVIG verilmiştir (p=0,378). Viral etken saptanan hastaların ilk ortanca troponin değerleri 114 ng/L (14,7-952 ng/L), viral etken saptanmayan hastaların ilk ortanca troponin değerleri ise 58,1 ng/L (15,2-1291 ng/L) saptandı (p=0,227). Viral etken saptanan hasta grubunda en yüksek ortanca troponin değeri 154 ng/L (31,6- 1064 ng/L), diğer grupta en yüksek ortanca troponin değeri 63,9 ng/L (18,1-2221 ng/L) saptandı (p=0,134). İntravenöz immunglobülin verilen ve verilmeyen grupların ilk ortanca troponin değerleri ve en yüksek ortanca troponin değerleri karşılaştırıldığında, IVIG tedavisi verilen grupta verilmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı (p=0,001).

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Tartışma

Bu çalışmada takip ettiğimiz çocukluk çağı miyokardit vakalarının yakşaık üçte birinde viral etken saptadık. Çocukluk çağı miyokardit olgularında PCR ile viral etken tespit edebildiğimiz hastalarda hem başlangıç hem de en yüksek troponin düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu grupta ASA ile IVIG kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koyduk.

Literatürde yer alan çalışmalarda çocukluk çağı miyokardit vakalarında saptanan viral etkenlerin oranı %3–%67 arasında değişmektedir (7, 8). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005 yılında yapılan, hastaneye yatırılan çocuk miyokardit vakalarının incelendiği çok merkezli bir çalışmada 35 merkezden toplam 206 hasta çalışmaya dahil edilmiş (7). Çalışmaya alınan hastaların %56,6'sının bizim hasta grubumuza benzer şekilde erkek olduğu tespit edilmiş. Hastaların %82'si idiyopatik, %3'ü viral veya bakteriyel nedenli miyokardit olarak tanımlanmış; tedavide IVIG (%49,1), milrinon (%45), epinefrin (%35) ve ECMO (%7) kullanıldığı belirtilmiş (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000-2018 yılları arasında 0-18 yaş aralığındaki çocukların retrospektif olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada, hastaların %67'sinde viral etken saptandığı belirtilmiştir (8). Bu oran, bizim çalışmamızdakine göre daha yüksektir. Ancak söz konusu çalışmada hastaların %97'sine virüslere yönelik PCR testi yapılmıştır (8). Bizim çalışmamızda ise hastaların yalnızca %73,2'sine PCR testi uygulanmıştır. Kurumlar arasındaki farkın bu durumdan veya kullanılan PCR yöntemlerindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda saptadığımız etkenlere benzer şekilde; rinovirüs, influenza virüsleri, koronavirüs, parvovirüs B19, adenovirüs, koksaki virüs, enterovirüsler etkenler arasında tespit edilmiştir (8). Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak HHV-6 veya HHV-7 tespit edilmemiştir.

Fransa'da Mart 2020 – Kasım 2021 tarihleri arasında 328 çocuğun değerlendirildiği bir araştırmada, hastaların %46,9'unda viral PCR yapılmıştır. Bu incelemeler sonucunda hastaların %19,1'inde SARS-CoV-2, %8,9'unda rinovirüs, %4,8'inde adenovirüs ve %7,1'inde enterovirüs gibi patojenler saptanmıştır. Hastaların %69,3'üne immünmodülatör tedavi uygulanmıştır (9). Bu oranın, immünmodülatör tedavi gereksinimi olan hasta oranımızdan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Fransa'da yapılan bu çalışmanın COVID-19 pandemisi dönemine denk gelmesi nedeniyle SARS-CoV-2'nin daha sık tespit edilmiş olması beklenen bir durumdur. Tek merkez verilerinin genellenebilirliği sınırlı olmakla birlikte, SARS-CoV-2'ye bağlı miyokardit vakalarında immünmodülatör tedavi gereksiniminin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da etken saptanan olgularda daha yüksek troponin düzeyleri ile ilişkili olarak immünmodülatör tedavi oranlarının arttığı görülmüştür. Bulgular, altta yatan etkenlerin tedavi ihtiyacını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönü, tek merkezde belirli bir zaman aralığında miyokardit tanısı alan çocuk hastaların klinik, laboratuvar, tedavi ve virolojik özelliklerini ayrıntılı biçimde incelemiş olmasıdır. Demografik dağılım, başvuru semptomları, EKG/EKO bulguları, troponin düzeyleri ve PCR ile saptanan viral etkenlerin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, özellikle tedavi yaklaşımlarının (ASA ve IVIG kullanımı) etken varlığına göre analiz edilmesi çalışmanın önemli katkıları arasındadır. Bununla birlikte, çalışma retrospektif tasarımlı olup hasta sayısının görece sınırlı olması, tek merkez verilerine dayanması, biyopsi veya ileri görüntüleme (ör. kardiyak MR) ile tanının desteklenmemiş olması ve bazı alt gruplarda örneklem sayısının küçük kalması, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayan başlıca sınırlılıklardır.

Sonuç

Çalışmamızda çocukluk çağı miyokardit olgularının yaklaşık üçte birinde viral etken saptanmış olup, bu bulgunun miyokardit etiyolojinin belirlenmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Miyokardit, Viral miyokardit, Pediatrik miyokardit, Viral ajanlar, Troponin

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Kaynaklar

1. Dancea AB. Myocarditis in infants and children: A review for the paediatrician. Paediatr Child Health. 2001 Oct;6(8):543-5. doi: 10.1093/pch/6.8.543.
2. Derya Duman. Çocuklarda miyokardit/miyoperikarditlerde güncel yaklaşım tanı, tedavi ve izlem. Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2022;15(Özel Sayı-1, 21. Mersin Pediatri Günleri):42-48
3. Weber MA, Ashworth MT, Risdon RA, Malone M, Burch M, Sebire NJ. Clinicopathological features of paediatric deaths due to myocarditis: an autopsy series. Arch Dis Child. 2008 Jul;93(7):594-8. doi: 10.1136/adc.2007.128686.
4. Neuspiel DR, Kuller LH. Sudden and unexpected natural death in childhood and adolescence. Jama. 1985;254(10):1321-5.
5. Joseph A. Hilinski. Myocarditis. In: Sarah S. Long (ed). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia: Elsevier, 2018: 279-281.
6. Law YM, Lal AK, Chen S, et al. American Heart Association Pediatric Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young and Stroke Council. Diagnosis and Management of Myocarditis in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021 Aug 10;144(6):e123-e135. doi: 10.1161/CIR.0000000000001001.
7. Klugman D, Berger JT, Sable CA, He J, Khandelwal SG, Slonim AD. Pediatric patients hospitalized with myocarditis: a multi-institutional analysis. Pediatr Cardiol. 2010 Feb;31(2):222-8. doi: 10.1007/s00246-009-9589-9.
8. Aljohani OA, Mackie D, Bratincsak A, Bradley JS, Perry JC. Spectrum of Viral Pathogens Identified in Children with Clinical Myocarditis (Pre-Coronavirus Disease-2019, 2000-2018): Etiologic Agent Versus Innocent Bystander. J Pediatr. 2022 Mar;242:18-24. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.11.011.
9. Karsenty C, Vignaud P, Brusq C et al. Acute myocarditis according to age: Presentation, management and early outcomes. ESC Heart Fail. 2025 Aug;12(4):2932-2945. doi: 10.1002/ehf2.15304.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS27

PEDİATRİ ASİSTANLARININ İLAÇ ALERJİSİ KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Halime YAĞMUR, Özge ATAY

Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Giriş

İlaç hipersensitivite reaksiyonları, çocukluk çağında sık karşılaşılan ve potansiyel olarak yaşamı tehdit edebilen klinik tablolardır. Bu reaksiyonların doğru tanınması, sınıflandırılması ve yönetilmesi; hem hastaların güvenliği hem de sağlık hizmeti kalitesi açısından kritik öneme sahiptir. Çocukluk çağında en sık bildirilen ilaç alerjisi etkeni beta-laktam antibiyotiklerdir, ancak non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve diğer antibiyotik grupları da ciddi reaksiyonlara yol açabilmektedir. (1) Anafilaksi, çocukluk çağında ilaçlara bağlı en ciddi reaksiyonlardan biridir ve mortalite riski nedeniyle erken tanı ile hızlı tedavi yaklaşımları gerektirir. Bununla birlikte, pediatri asistanlarının bu konudaki bilgi düzeyi ve klinik yaklaşımı; yanlış tanı, uygun olmayan ilaç seçimi veya adrenalin kullanımındaki gecikme gibi kritik hatalara yol açabilmektedir. Literatürde, pediatri asistanlarının ilaç alerjisi ve anafilaksi yönetimindeki bilgi eksikliklerine sıkça dikkat çekilmişti. (2)
Bu çalışmada, pediatri asistanlarının ilaç alerjileri konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, Haziran–Temmuz 2025 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı'nda yürütüldü. Çalışmaya, uzmanlık eğitimine devam eden 66 pediatri asistanı gönüllü olarak katıldı.
Katılımcıların demografik bilgileri ve ilaç alerjisi konusundaki bilgi düzeylerini ölçen çoktan seçmeli sorular, Google Forms aracılığıyla online olarak gönderildi. Yanıtlar Microsoft Excel® programına aktarılarak, tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) ile analiz edildi.

Bulgular

Katılımcıların %22,7'si erkekti. Yaş ortalaması 28,2±1,8 yıl, uzmanlık süresi ortalaması 27,1±17,8 ay (min: 1 – maks: 60 ay) olarak bulundu. Katılımcıların %97'si, ilaç alerjisinin ilk kullanımda ya da tekrarlayan reaksiyonsuz kullanımlar sonrası da gelişebileceğini doğru yanıtladı. Lokal ilaç uygulamalarında sistemik reaksiyon gelişebileceğini bilenlerin oranı %86 idi. Erken tip reaksiyonlarda ürtiker (%91), anafilaksi (%89) ve anjiyoödem (%79) en yüksek oranda bilinen klinik bulgulardı. Ancak %18'i makülopapüler egzantemi ve %6'sı deskuamasyonu erken tip reaksiyon olarak yanlış değerlendirdi. İlaç alerjisinin yenidoğan ve süt çocukları dahil tüm yaş gruplarında görülebileceğini yalnızca %6 doğru bildi. Geç tip reaksiyonlarda Stevens–Johnson Sendromu (%90), DRESS (%89) ve AGEP (%97) çoğunlukla doğru tanımlandı. Ancak ağır ilaç reaksiyonlarının eozinofili (%33) ve lenfadenopati (%38) bulguları daha düşük oranda tanındı. İlaç alerjisi tanımlanan olgu senaryolarında erken tip reaksiyonlar ve anafilaksi tanıları yaklaşık %50 doğru yanıtlandı. İntramusküler enjeksiyon sonrası vazovagal senkop olgusunun %52'si yanlışlıkla anafilaksi olarak değerlendirildi. Bilinen alerjene bağlı hipotansiyon olgusunu ise hiçbir katılımcı anafilaksi olarak tanımlayamadı. Anafilaksi tedavisinde intramüsküler adrenalin uygulaması %98 oranında doğru bilinirken, desensitizasyon endikasyonu %82 oranında doğru tanımlandı. Penisilin alerjisinde %74'ü makrolid, %11'i sefalosporin önerdi. Katılımcıların %59'u şüpheli vakada alerji kliniğine yönlendirme yaklaşımını benimsedi, %39'u ise ilacı değiştirerek taburculuk planladı. Katılımcıların %98'i ilaç alerjisi ile ilgili düzenlenecek eğitimlere katılmak istediğini belirtti.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Tartışma

Bu çalışmada, pediatri asistanlarının ilaç alerjileri konusundaki bilgi ve tutumları değerlendirildi. Bulgular, asistanların ilaç hipersensitivite reaksiyonlarının temel özelliklerini büyük oranda doğru bildiklerini, ancak özellikle zamansal sınıflandırma, ağır ilaç reaksiyonlarının tüm spektrumunun tanınması ve alternatif tedavi seçenekleri konusunda eksiklikler bulunduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, literatürde de çocukluk çağında ilaç alerjilerinin sık görüldüğü, ancak hekimler arasında tanı ve yönetim farklılıklarının yaygın olduğu bildirilmiştir (1,2). Çalışmamızda yalnızca %6 oranında katılımcı, ilaç alerjisinin yenidoğan ve süt çocuklarında da görülebileceğini doğru yanıtlamıştır. Oysa mevcut kanıtlar, ilaç hipersensitivitesinin tüm yaş gruplarında ortaya çıkabileceğini ve özellikle antibiyotiklere bağlı reaksiyonların çocukluk çağında önemli bir morbidite nedeni olduğunu vurgulamaktadır (3).

Çalışmamızda pediatri asistanlarının büyük çoğunluğu, ilaç alerjisinin hem ilk kullanımda hem de tekrarlayan reaksiyonsuz kullanımlar sonrasında gelişebileceğini doğru olarak bilmiştir. Bu bulgu, önceki araştırmalarla uyumludur. Çünkü ilaçlara karşı immün yanıt, duyarlılık dönemini takiben herhangi bir kullanımda ortaya çıkabilir (4).

Erken tip reaksiyonların tanınmasında genel olarak yüksek bilgi düzeyi saptanmış olmakla birlikte, bazı katılımcıların makülopapüler döküntü ve deskuamasyonu erken tip reaksiyon olarak yanlış değerlendirmesi dikkat çekicidir. Bu durum, klinikte yanlış tanılara ve gereksiz ilaç kısıtlamalarına yol açabilir. Literatürde de makülopapüler döküntülerin ve DRESS, SJS/TEN gibi ağır tabloların T hücre aracılı geç tip reaksiyonlar olduğu vurgulanmaktadır (5,6).

Çalışmamızda anafilaksiye ilişkin olgu sorularında doğru yanıt oranları %50 civarında bulunmuştur. Özellikle vazovagal senkop ile anafilaksinin karıştırılması, klinikte önemli bir hata kaynağıdır. Daha da önemlisi, bilinen alerjene bağlı hipotansiyonun hiçbir katılımcı tarafından anafilaksi olarak tanımlanmaması, acil tedavi gecikmesine yol açabilecek ciddi bir eksikliktir. Nitekim, anafilaksinin tanınmasında gecikme ve adrenalinin yanlış ya da geç uygulanması, mortalite riskini artıran en önemli faktörlerden biridir (7,8).

Öte yandan, anafilaksi tedavisinde intramüsküler adrenalin uygulamasının %98 oranında doğru yanıtlanması oldukça olumlu bir bulgudur. EAACI'nin güncel anafilaksi kılavuzları da ilk basamak tedavide intramüsküler adrenalinin gecikmeksizin uygulanmasını önermektedir (7). Bununla birlikte, alternatif antibiyotik seçimi konusunda asistanların yaklaşık dörtte biri yanlış seçenek belirtmiştir. Benzer şekilde, ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalar da hekimlerin doğru alternatif ilaç seçiminde bilgi eksikliklerine sahip olduğunu ortaya koymaktadır (9,12).

Sonuç olarak, pediatri asistanlarının ilaç alerjileriyle ilgili temel bilgilerde yeterlilik göstermesine rağmen, ayrıntılı klinik ayrımlar, ağır reaksiyonların sistemik bulgularının tanınması ve ilaç seçimindeki klinik karar verme süreçlerinde eksiklikler mevcuttur. Bu nedenle, uzmanlık eğitimi sürecinde olgu temelli eğitim programları ve uygulamalı anafilaksi senaryoları ile bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılması önerilmektedir. Eğitim müdahalelerinin hekimlerin bilgi ve tutumlarını anlamlı ölçüde geliştirdiği daha önce gösterilmiştir (13).

Sonuç

Bu çalışma, pediatri asistanlarının ilaç alerjisi alanında temel bilgilerini büyük oranda doğru bildiklerini; fakat zamansal, şiddete dayalı sınıflandırmada ve doğru alternatif ilaç seçimi gibi kritik konularda farkındalıklarının arttırılmasına ve eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.



Kaynakça

1. Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2005;5(4):309-16. https://doi.org/10.1097/01.all.0000173785.81024.33
2. Caubet JC, Ponvert C. Allergy to beta-lactams in children: Update and proposed management. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2012;12(3):271-7. https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e3283533711
3. Ponvert C, Scheinmann P, de Blic J. Drug allergy in children. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2010;10(3):231-5. https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e328338cd88
4. Demoly P, Adkinson NF, Brockow K, et al. International Consensus on drug allergy. Allergy. 2014;69(4):420-37. https://doi.org/10.1111/all.12350
5. Pichler WJ. Drug hypersensitivity: classification and clinical features. UpToDate. [Accessed 2025].
6. Cabañas R, et al. Hypersensitivity reactions to drugs in children. Pediatr Allergy Immunol. 2013;24(6):559-69. https://doi.org/10.1111/pai.12120
7. Muraro A, et al. EAACI guidelines on anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022;77(2):357-77. https://doi.org/10.1111/all.15032
8. Simons FE, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: 2020 update. World Allergy Organ J. 2020;13(10):100472. https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472
9. Bousquet PJ, Pipet A, Bousquet-Rouanet L, Demoly P. Physicians' knowledge of drug allergy: a survey in 1000 French general practitioners. Clin Exp Allergy. 2005;35(7):835-9. https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2005.02272.x
10. Zambonino MA, Corzo JL, Munoz C, Requena G, Ariza A, Mayorga C, et al. Diagnostic evaluation of hypersensitivity reactions to beta-lactam antibiotics in a large population of children. Pediatr Allergy Immunol. 2014;25(1):80-7. https://doi.org/10.1111/pai.12155
11. Çeliksoy MH, Söğüt A, Topal E, Çatal F, Şahin MK, Şahin G, et al. Approach to drug allergy in family physicians. Asthma Allergy Immunol. 2014;12(2):91-6. https://doi.org/10.21911/aai.5158
12 Gulec SG, Mısırlıoğlu ED, Tural DA, Yaprak S, Toyran M, Kocabaş CN. The knowledge level and attitude of the pediatrics and family health assistant physicians regarding drug allergy. Asthma Allergy Immunol. 2016;14(3):143-7. https://doi.org/10.21911/aai.6010
13. Krajewski A, Najafzadeh M, Colantonio LD, Cabana MD. Educational interventions to improve recognition and management of anaphylaxis: a systematic review. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(6):2051-61. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.02.025

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS28

COMPARISON OF PEDIATRIC CHRONIC URTICARIA CASES WITH AND WITHOUT ANGIOEDEMA

Gizem Kabadayı, Nevin Uzuner

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Allergy and Immunology, Izmir, Turkey

1.Introduction

Chronic urticaria (CU) is a skin disorder characterized by recurrent wheals and/or angioedema lasting longer than six weeks, caused by the activation of mast cells and basophils [1]. CU significantly impairs quality of life [2]. Although earlier studies reported a prevalence of 0.1–0.3% in children, recent data suggest that the prevalence may be higher [3]. Based on etiology, CU is classified as "chronic inducible urticaria (CIU)" when triggered by identifiable stimuli, and "chronic spontaneous urticaria (CSU)" when no such triggers are identified. Current data indicate that the prevalence, clinical features, underlying mechanisms, and treatment responses of CSU and CIU in children are largely similar to those in adults [1,2].

Angioedema is a localized swelling of the deep dermis, subcutaneous, or submucosal tissues due to increased vascular permeability. It most commonly involves the face, lips, periorbital region, hands, and feet, and less frequently the airway [4]. It is estimated that approximately 33–67% of patients with CSU present with both urticaria and angioedema, 29–65% with urticaria alone, and 1–13% with angioedema alone. Recent reports have emphasized that the prevalence of angioedema in CSU may be underestimated and actually higher than previously assumed [2,4]. Unlike urticarial wheals, angioedema lesions typically last longer (up to 3 days) and, when localized to the extremities or periarticular regions, may cause disfigurement and pain [4,5]. Patients with CU-associated angioedema often express anxiety regarding their health status. Swelling in the face and oral cavity can mimic impending airway obstruction, causing fear of suffocation that may distress both patients and clinicians. This fear can disrupt sleep, lead to nocturnal awakenings, and result in frequent emergency department visits [5,6].

The presence of angioedema may affect disease course, treatment response, and prognosis in CU. Most studies comparing CSU patients with and without angioedema have focused on adults. This study aimed to investigate the impact of angioedema on the clinical characteristics, laboratory parameters, treatment response, and prognosis of pediatric CU.

2. Materials and Methods

This study was designed as a retrospective, cross-sectional, observational study. Pediatric patients aged 1–18 years who were diagnosed with CU at the Pediatric Allergy Outpatient Clinic of Dokuz Eylul University between January 2020 and July 2025 were identified. The presence of concomitant angioedema was recorded.

All patients underwent diagnostic evaluation in accordance with the guidelines recommended by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the Global Allergy and Asthma European Network (GA²LEN), the European Dermatology Forum (EDF), and the World Allergy Organization (WAO) [1]. Demographic characteristics, clinical findings, laboratory results, and treatments of the patients were evaluated.

Eosinophilia was defined as an absolute eosinophil count (AEC) ≥ 450 cells/μL, eosinopenia as AEC < 50/μL, and basopenia as an absolute basophil count (ABC) < 10/μL [7,8]. Since total IgE levels vary according to age, assessments were performed using pediatric age-specific reference ranges [9]. Sensitization was defined as the presence of specific IgE > 0.35 kU/L against at least one aeroallergen and/or a positive skin prick test (SPT). Disease severity was assessed using the Urticaria Activity Score over 7 days (UAS7) [10].

Continuous variables were presented as mean ± standard deviation or median (minimum–maximum), while categorical variables were expressed as numbers and percentages (%). The assumption of normality for quantitative data was assessed using the Kolmogorov–Smirnov test. For normally distributed data, the independent samples t-test was used to compare two groups, whereas the Mann–Whitney U test was applied for non-normally distributed data. Categorical variables were compared using the chi-square test or Fisher's exact test, as appropriate. Correlations between continuous variables were assessed using Spearman's rho correlation coefficient. Data were analyzed using SPSS version 29.0.2.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA), and a p-value ≤ 0.05 was considered statistically significant.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

3. Results

A total of 184 patients were evaluated in this study. Of these, 61.4% were female, and the median age was 13.0 years (range: 2–23). The median age of symptom onset was 9.5 years (range: 1–17), and the median age at diagnosis was 10.0 years (range: 1–17).

A family history of urticaria was identified in 30.8% of patients, autoimmune disease in 32.4%, and atopic disease in 70.9%. In addition, 58% of patients had at least one atopic comorbidity other than urticaria, most frequently allergic rhinitis [33.7% (n=61/181)].

Overall, 32.6% of patients (n=60/184) reported a previous episode of acute urticaria outside of the chronic urticaria period. Exacerbations of urticaria associated with infections were reported in 26.1% (n=48/184).

Regarding clinical subtypes, 70.7% of patients had spontaneous urticaria, 10.9% inducible urticaria, and 18.5% both spontaneous and inducible urticaria. Of all patients, 61.4% had urticaria alone, 1.6% angioedema alone, and 37.0% both urticaria and angioedema. Systemic symptoms were reported in 9.3% of patients, of which 64.7% were anaphylaxis.

Peripheral eosinophilia was found in 11.4% of patients, eosinopenia in 8.2%, and basopenia in 70.7%. Twenty patients (10.9%) received omalizumab treatment, and one patient (0.5%) received cyclosporine.

When patients with and without angioedema were compared, no significant differences were found in age, sex, atopic comorbidities other than urticaria, autoimmune disease, medication use for other conditions, allergen sensitization, inducible urticaria frequency, family history of urticaria or atopy, eosinophil counts, total disease duration, 12-month remission rates, treatment response, use of omalizumab, or omalizumab response.

However, patients with angioedema were significantly more likely to report a previous history of acute urticaria outside of the CU period **(p=0.015).** A family history of autoimmune disease was more common in the angioedema group, but this was not statistically significant (p=0.051). Systemic symptoms were significantly more frequent among patients with angioedema compared with those without **(p=0.033).** Basopenia was significantly more common in patients with angioedema **(p=0.030).** Furthermore, serum vitamin D levels were significantly lower in children with CU accompanied by angioedema **(p=0.008) (Table 1).**

Table 1. Comparison of Pediatric Chronic Urticaria Cases With and Without Angioedema

	Chronic urticaria without angioedema N:113(% 61,4)		**Chronic urticaria with angioedema N:71(%38,6)**		**p**
Age (years), median (min–max)	13(2-22)		14(4-23)		0.054[a]
Sex n/% Female (F) Male (M)	67/%59.3 F	46/%40.7 M	46/%64.8 F	25/%35.2 M	0.534[b]
Age at diagnosis (years), median (min–max)	10 (1-17)		10 (2-17)		0.336[a]
Age at symptom onset (years), median (min–max)	9(1-17)		10(1-16)		0.419[a]
Family history of urticaria n/%	33/%29.5		23/%32.9		0.625[b]
Family history of autoimmunity n/%	30/%26.8		29/%41.4		**0.051**[b]
Family history of atopy n/%	77/%68.8		52/%74.3		0.503[b]
Atopic comorbidity other than urticaria n/%	68/%61.3		37/%52.9		0.282[b]
Medication use other than urticaria n/%	38/%33.6		25/%35.2		0.874[b]
History of acute urticaria n/%	29/%25.7		31/%43.7		**0.015**[b]
Systemic findings n/%	6/%5.3		11/%15.9		**0.033**[b]
Presence of eosinophilia n/%	11/%9.7		10/%14.1		0.476[b]
Presence of eosinopenia n/%	8/%7.1		7/%9.9		0.583[b]
Presence of basopenia n/%	73/%64.6		57/%80.3		**0.030**[b]
Autoantibody positivity n/%	49/%48.5		32/%51.6		0.748[b]

Pre-treatment UAS7 median (min–max)	15(2-42)	16(2-42)	0.132 [a]
Post-treatment UAS7 median (min–max)	0(0-28)	0(0-28)	0.907 [a]
WBC median (min–max)	7500 (4000-17000)	8300(3700-16700)	0.150 [a]
NEU % median (min–max)	49.9(4.5-78.3)	51.7 (25.6-85.2)	0.102 [a]
LYM % median (min–max)	38.6(16.8-77.3)	36.7(9.7-60.3)	0.070 [a]
MONO % median (min–max)	7.4 (3-18.2)	7.5 (1-13.6)	0.746 [a]
BASO % median (min–max)	0.5 (0-1.3)	0.5 (0-1.5)	0.256 [a]
EOS % median (min–max)	2.6(0-17.5)	2.3(0-23.1)	0.754 [a]
ANC/uL median (min–max)	3700 (400-12500)	3900 (1400-15300)	0.101 [a]
ALC/uL median (min–max)	2900 (1500-8900)	2800 (1300-6600)	0.302 [a]
AMC/uL median (min–max)	600 (300-1600)	600 (200-1300)	0.557 [a]
AEC/uL median (min–max)	200 (100-1700)	200 (0-1600)	0.397 [a]
ABC/uL median (min–max)	0(0-100)	0(0-100)	**0.021** [a]
ESR mm/h median (min–max)	4(2-63)	6(2-69)	0.279 [a]
CRP mg/L median (min–max)	0.6 (0.2-118.7)	0.95(0-62.4)	0.299 [a]
Total IgE [IU]/mL median (min–max)	157 (6-2395)	143 (2-1369)	0.638 [a]
Vitamin D ng/mL median (min–max)	20 (4-47)	15 (7-45)	**0.008** [a]
Allergen sensitization n/%	51/%47.2	24/%33.8	0.089 [b]
Presence of inducible urticaria n/%	38/%33,6	15/%21.1	0.094 [b]
Elevated TSH n/%	5/%4.71	1,64/%1.5	0.411 [b]
Abnormal free T4 n/%	0	0	NA
HBsAg positivity n/%	0	0	NA
HCV positivity n/%	0	0	NA
Autoimmune disease at urticaria onset n/%	20/%17.7	15/%21.1	0.569 [b]
Total disease duration (months) median (min–max)	12 (2-96)	15 (2-168)	0.311 [a]
No remission at 12 months n/%	60/%54.5	40/%56.3	0.879 [b]
Omalizumab treatment n/%	10/%8.8	10/%14.1	0.332 [b]
Non-responders during follow-up n/%	4/%3.5	6/%8.5	0.188 [b]
Responders to omalizumab n/N	9/10	7/10	0.582 [b]

[a]Fisher'sexacttest,[b] Mann-Whitney U testi

4. Discussion

In this study, the prevalence of angioedema in children with chronic urticaria was 38.6%, which is consistent with the prevalence reported in previous studies [2,4].

In adult cohorts, angioedema has been identified as an underreported component that increases the burden of CSU. Patients with CU accompanied by angioedema have been reported to experience poorer quality of life, higher healthcare utilization, longer disease duration, greater disease activity (higher UAS7 scores), and more frequent antihistamine resistance [4,5,11,12]. One study demonstrated that the frequency of angioedema and the number of angioedema days increased in parallel with higher disease activity during the same week [13].

In contrast, in our study, no significant differences were observed between the two groups in terms of UAS7 scores, overall disease duration, 12-month remission rates, treatment response, omalizumab use, or omalizumab response. However, we found that children with CU accompanied by angioedema were more likely to have a prior history of acute urticaria, which may suggest that angioedema could follow a different natural course in childhood.

Furthermore, systemic symptoms—particularly anaphylaxis—were more frequently observed in the angioedema group. This finding highlights the need for careful monitoring of these patients, as they may have a higher risk of emergency admissions due to anaphylaxis. In patients with recurrent angioedema, CU should always be considered as part of the differential diagnosis [4]. Moreover, angioedema in CSU should be managed appropriately to reduce disease burden.

Basophils are key effector cells in CSU. The high-affinity IgE receptor (FcεRI) expressed on their surface plays a role in IgE-mediated activation and degranulation. Upon activation, basophils migrate from the bloodstream to skin lesions, resulting in basopenia. Basopenia has been described as a marker of CSU activity [14]. In one study, positivity of the basophil activation test or basophil histamine release test showed a strong association with high disease activity and a weaker association with the presence of angioedema [15]. In our study, basopenia was more frequent and absolute basophil counts were lower in patients with CU accompanied by angioedema. The decrease in basophil counts may indicate the importance of these cells, which, like mast cells, regulate IgE-mediated immune responses in the disease pathogenesis.

Previous studies have demonstrated that serum vitamin D plays an important role in skin diseases; for example, it modulates structural proteins in the stratum corneum and influences barrier-related conditions such as atopic dermatitis. Vitamin D contributes to normal T-cell function, increases the number and immunosuppressive activity of regulatory T cells (Tregs), and inhibits the production of proinflammatory cytokines such as IL-1, IL-6, IL-12, and IFN-γ, thereby acting as a protective factor in allergy. In addition, vitamin D enhances tolerogenic cytokine production (IL-10, TGF-β) by Tregs and dendritic cells and affects mast cell proliferation, survival, differentiation, and function. Patients with CU have been reported to have lower serum 25(OH)D levels compared to healthy controls, and supplementation has been associated with clinical improvement [16]. In our study, serum vitamin D levels were significantly lower in CU patients with angioedema compared to those without. Given its known immunoregulatory effects (e.g., T-cell differentiation, antimicrobial peptide production, and barrier function), vitamin D deficiency may contribute to disease severity and the presence of angioedema. The simultaneous presence of low basophil counts and low vitamin D levels in the angioedema group suggests that these children may exhibit more pronounced immune dysregulation. However, further studies are needed to clarify the underlying mechanisms.

One of the limitations of our study is that, although patients were educated on recognizing angioedema and instructed to report it in questionnaires or diaries, as with all patient-reported data, the identification of angioedema still depended on the patients' subjective interpretation and description of symptoms.

5. Conclusion and Recommendations

In this study, patients with CU accompanied by angioedema were more likely to have a prior history of acute urticaria and systemic manifestations, and they also exhibited lower basophil counts and vitamin D levels. Basopenia and vitamin D deficiency may indicate that immune dysfunction is more pronounced in this subgroup with angioedema. Further large-scale and prospective studies are needed to clarify whether the presence of angioedema in children with CU represents distinct endotype–phenotype correlations.

The presence of angioedema in pediatric CU may aggravate the clinical course of the disease and is associated with more frequent systemic manifestations, such as anaphylaxis. Therefore, children with CU accompanied by angioedema should be monitored more closely, and additional or supportive therapeutic strategies should be considered at earlier stages when appropriate.



Keywords: Anaphylaxis, Angioedema, Child, Chronic Urticaria, Vitamin D

6.References

1.Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. Theinternational EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guidelineforthedefinition, classification, diagnosis, andmanagement of urticaria. Allergy: EuropeanJournal of AllergyandClinicalImmunology. 2022 Mar 1;77(3):734–66.

2.Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria: a GA²LEN task force report. Allergy. 2011;66:317-330.

3. Poddighe D. The prevalence of chronic spontaneous urticaria (CSU) in the pediatric population. J Am Acad Dermatol. 2019 Nov;81(5):e149. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.068.

4. Sussman G, Abuzakouk M, Bérard F, Canonica W, Oude Elberink H, Giménez-Arnau A et al. Angioedema in chronic spontaneous urticaria is underdiagnosed and has a substantial impact: Analyses from ASSURE-CSU. Allergy. 2018 Aug;73(8):1724-1734. doi: 10.1111/all.13430.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS33

ÇOCUKLUK ÇAĞI ABSANS EPİLEPSİDE FRONTAL KESKİN PATERNLER VE TEDAVİ YANITI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

FRONTAL SHARP PATTERNS AND TREATMENT RESPONSE IN CHILDHOOD ABSENCE EPILEPSY: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Seçil Oktay

Aydın Provincial Health Directorate
Gynecology and Pediatrics Hospital, Clinic of
Child Neurology, Aydin, Turkey

Introduction

Childhood absence epilepsy (CAE) is one of the most common idiopathic generalized epilepsy syndromes of childhood, typically presenting between 4 and 10 years of age in otherwise neurologically normal children (1,2). It accounts for approximately 10–17% of all pediatric epilepsies, with an incidence of nearly 8 per 100,000 among school-aged children, peaking between 6 and 7 years (1-3). Clinically, absence seizures manifest as brief episodes of impaired awareness accompanied by staring, blinking, and occasionally automatisms, most reliably provoked by hyperventilation. They generally last 9–10 seconds, although shorter and longer episodes are also observed, often recurring many times per day (2-4).

Electroencephalography (EEG) plays a central role in diagnosis, typically revealing bilateral, symmetrical, and synchronous 3-Hz spike–wave discharges with abrupt onset and offset, most frequently elicited by hyperventilation or photic stimulation under sleep-deprived conditions (1-4). Interictal EEG is usually normal; however, occasional generalized spike–wave discharges or focal abnormalities may also occur and are considered supportive markers of CAE (2,5).

Management primarily involves anti-seizure medications. Ethosuximide is recommended as the first-line agent, while valproic acid, lamotrigine, and levetiracetam are commonly employed alternatives, with treatment selection often influenced by drug availability across centers (1,2,5). The prognosis of CAE is generally favorable, with most patients achieving remission by early puberty. Nonetheless, up to 20% may develop pharmacoresistance, evolving toward additional seizure types and persistent generalized discharges (1,5). Notably, the presence of frontal sharp wave discharges on EEG has been increasingly recognized as a potential early marker of poor response to monotherapy (5).

The aim of this study is to investigate frontal-onset epileptiform patterns on EEG in patients with CAE who failed to respond to initial monotherapy, to assess their association with treatment outcomes and pharmacoresistance, and to provide early EEG-based insights that may guide clinicians in therapeutic decision-making

Methods

Study Design and Setting

This was a retrospective, single-center study conducted at the Child Neurology Outpatient Clinic of Aydın Gynecology and Pediatrics Hospital, Turkey, between October 2023 and August 2025.

Patients

Thirty children aged 4–10 years who met the diagnostic criteria for CAE according to the International League Against Epilepsy (ILAE) were included (2). All patients had normal neurological examinations at presentation. Demographic and clinical data, treatment response, and electroencephalography (EEG) findings were retrospectively reviewed from medical records.

Treatment Protocol

All patients were initially treated with valproic asid monotherapy. Clinical seizure control was assessed at the fourth week of treatment through parental reports and follow-up visits. In cases where adequate seizure control was not achieved, ethosuximide was added as a second anti-seizure medication.

EEG Recording and Analysis

Standard EEG recordings were obtained using sleep deprivation, hyperventilation, and intermittent photic stimulation protocols. All EEGs were reanalyzed retrospectively, with specific attention to the presence of frontal sharp wave discharges and other epileptiform abnormalities, in addition to classical generalized 3-Hz spike–wave patterns.

Statistical Analysis

Descriptive statistics were used to summarize demographic, clinical, and EEG findings. Categorical variables were expressed as frequencies and percentages, and continuous variables as mean ± standard deviation (SD)

Results

A total of 30 patients were included in the study, of whom 16 (53.3%) were female and 14 (46.7%) were male. The mean age at diagnosis was 7.3 ± 1.5 years (range: 5–10 years).

Complete seizure control with valproic acid monotherapy was not attained in 11 patients. In these patients, interictal EEG reanalysis revealed prominent frontal epileptiform discharges (unilateral in 4 cases, bilateral in 7 cases). All of these patients also exhibited automatisms, including eye deviation, swallowing, and hand movements, which were frequently misinterpreted as tics.

In contrast, 19 patients whose EEG demonstrated classical generalized 3-Hz spike–wave discharges attained complete seizure control with valproic asid monotherapy. Neurological examinations were normal in all patients. 11 patients with frontal EEG patterns were subsequently referred for psychometric evaluation.

The demographic and clinical features of the patients are summarized in **Table 1**. The characteristic EEG pattern of CAE is illustrated in **Figure 1**, while frontal sharp wave patterns are demonstrated in **Figure 2**.

Table 1. Demographic and clinical features of patients with CAE

Characteristic	**n (%)**
Study population (n)	30
Female, n (%)	16 (53.3%)
Male, n (%)	14 (46.7%)
Mean age at diagnosis (years)	7.3 ± 1.5 (range: 5–10)
Valproik asid non-responders, n (%)	11 (36.7%)
– Unilateral frontal discharges, n (%)	4 (13.3%)
– Bilateral frontal discharges, n (%)	7 (23.3%)
Seizure control on valproic asid, n (%)	19 (63.3%)
-Neurological examination	Normal in all patients
Referred for psychometric evaluation	11 (with frontal discharges)



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

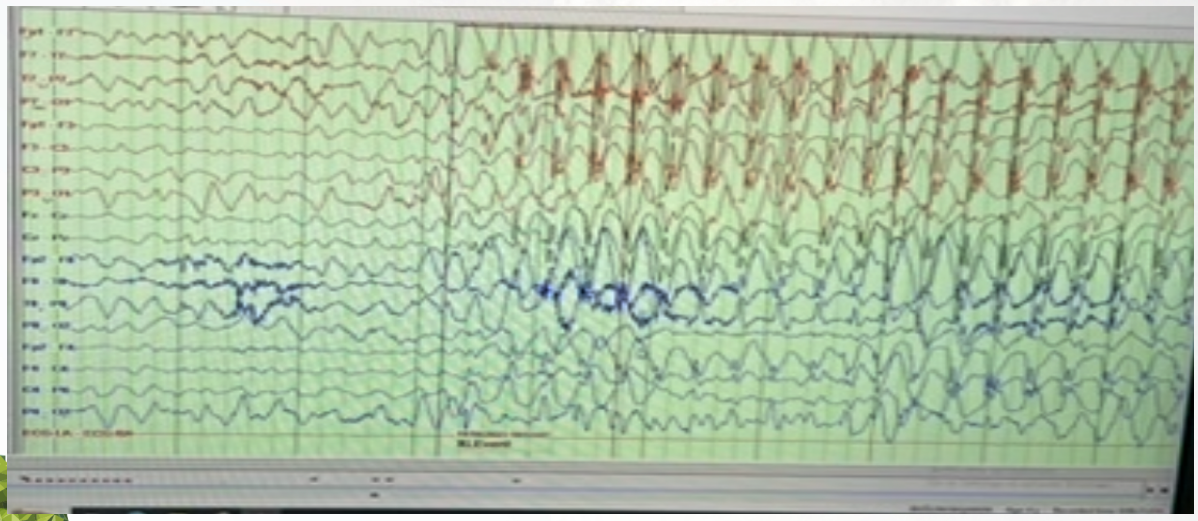
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Figure 1. *EEG recording of a 7-year-old female patient presenting with behavioral arrest and staring spells. The tracing demonstrates the characteristic abrupt-onset and abrupt-offset 3-Hz generalized spike–wave discharges of CAE. The patient responded well to valproic acid monotherapy.*



Figure 2. *EEG recording of an 8-year-old female patient presenting with behavioral arrest and staring spells. The patient did not respond to valproic acid monotherapy. Retrospective review of the EEG revealed frontal sharp wave discharges. Due to coexisting attention and perception difficulties, she was referred for psychometric evaluation, and ethosuximide was subsequently added to the treatment protocol.*



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Discussion

CAE is typically considered a benign epilepsy syndrome with favorable response to monotherapy and high rates of remission by adolescence. Ethosuximide remains the recommended first-line treatment, while valproic acid, lamotrigine, and levetiracetam represent effective alternatives depending on availability across centers (1,2-6). Despite this generally favorable outlook, approximately 15–20% of patients develop pharmacoresistance, which remains a major clinical challenge (1).

In our study, 36.7% of patients remained without seizure control with valproic acid monotherapy. **Importantly,** reanalysis of EEG recordings in these patients revealed frontal sharp wave discharges, which were absent in responders. This observation is consistent with previous reports suggesting that focal or frontal-onset abnormalities may serve as prognostic markers of poor therapeutic response and may define a specific CAE subtype associated with a more refractory course (1,5). Additionally, patients with pharmacoresistant CAE in our cohort frequently displayed complex automatisms, such as eye deviation and swallowing, which may be easily misinterpreted as tics. This observation is consistent with findings from a study in the literature, which highlighted that variability in seizure semiology—particularly when associated with ocular involvement and reduced motor automatisms—can serve as a predictor of unfavorable short-term outcomes (3).

Neurocognitive and behavioral comorbidities also appear more prevalent among patients with frontal sharp wave discharges. In our series, resistant patients were more frequently referred for psychometric evaluation, consistent with prior evidence that CAE, although often associated with normal development, carries an increased risk of attentional deficits, learning difficulties, and psychiatric comorbidities (1,2).

Taken together, our findings emphasize that while CAE is usually responsive to monotherapy, a subset of patients may present with atypical EEG and clinical features that predict pharmacoresistance. Careful early EEG interpretation, with special attention to frontal sharp wave discharges, may thus provide prognostic value and help guide earlier therapeutic modifications, including consideration of ethosuximide in resistant cases (1,2,5,6)

Conclusion

This study highlights the prognostic significance of frontal sharp wave discharges in children with CAE who do not achieve seizure control with valproic acid monotherapy. Our findings suggest that these atypical EEG features may serve as early markers of pharmacoresistance, often accompanied by complex automatisms and cognitive difficulties. Careful EEG evaluation at diagnosis, with particular attention to focal and frontal abnormalities, may guide clinicians toward earlier treatment adjustments, including the use of alternative anti-seizure medications such as valproic asid. Early recognition of such patterns could improve individualized management and long-term outcomes in CAE.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

References

1- Bashiri, F. A., Hamad, M. H., Kentab, A. Y., & Alwadei, A. H. (2022). Childhood absence epilepsy: electro-clinical manifestations, treatment options, and outcome in a tertiary educational center. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *9*(2), 131-135.

2- Hirsch, E., French, J., Scheffer, I. E., Bogacz, A., Alsaadi, T., Sperling, M. R., & Zhou, D. (2022). ILAE definition of the idiopathic generalized epilepsy syndromes: position statement by the ILAE task force on nosology and definitions. *Epilepsia*, *63*(6), 1475-1499.

3- Kessler, S. K., Shinnar, S., Cnaan, A., Dlugos, D., Conry, J., Hirtz, D. G. (2017). Childhood Absence Epilepsy Study Group. Pretreatment seizure semiology in childhood absence epilepsy. *Neurology*, *89*(7), 673-679.

4- Ma, X., Zhang, Y., Yang, Z., Liu, X., Sun, H., Qin, J.,& Liang, J. (2011). Childhood absence epilepsy: elctroclinical features and diagnostic criteria. Brain and Development, 33(2), 114-119.

5- Jocić-Jakubi, B., Jovanović, M., Janković, D. S., & Lagae, L. (2009). Frontal-onset absences in children: associated with worse outcome? A replication study. *Seizure*, *18*(4), 275-278.

6- Matricardi, S., Verrotti, A., Chiarelli, F., Cerminara, C., & Curatolo, P. (2014). Current advances in childhood absence epilepsy. *Pediatric neurology*, *50*(3), 205-212.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS39

KÜLTÜR KANITLI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU OLAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca Gökmen Özel[1], Özgür Özdemir Şimşek[2], Yıldız Ekemen Keleş[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Nefrolojisi Kliniği
[3]İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

GİRİŞ

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), çocukluk çağında en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlardan biridir ve özellikle erken yaş grubunda tanı ve tedavisi hayati önem taşır(1). İYE, küçük çocuklarda genellikle ateş, huzursuzluk ve beslenme güçlüğü gibi nonspesifik bulgular ile kendini gösterebilir. Bu nedenle, özellikle bir yaş altındaki çocuklarda tanı koymak zor olabilir. Epidemiyolojik olarak, bir yaşın altındaki erkek çocuklarda İYE görülme sıklığı kızlara göre yaklaşık beş kat fazladır. Ancak bir yaşından sonra bu oran tersine döner ve İYE kızlarda on kat daha sık görülür. Bunun en önemli nedeni kız çocuklarının üretra anatomisinin daha kısa olması ve perineal bölgedeki bakterilerin mesaneye ulaşmasının daha kolay olmasıdır(2). İYE etiyolojisinde en sık karşılaşılan ajan Escherichia coli'dir (E. coli). Bununla birlikte, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae ve Enterococcus türleri de zaman zaman etken olarak karşımıza çıkabilir. Özellikle anatomik anomalisi veya vezikoüreteral reflüsü (VUR) olan çocuklarda, komplike İYE olgularında farklı mikroorganizmalar izole edilme olasılığı artar. Bu nedenle, kültür sonucuna dayalı tanı ve tedavi yaklaşımı, antibiyotik direncinin hızla arttığı günümüzde daha da önem kazanmaktadır (3, 4).

AMAÇ

Bu çalışmanın temel amacı, 2022-2023 yılları arasında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi bölümünde takip edilen kültür kanıtlı İYE olgularını değerlendirmektir. Çalışmada, en sık izole edilen etken mikroorganizmalar belirlenmiş, antibiyotik direnç paternleri ortaya konmuş ve ampirik tedaviye yol gösterici olabilecek veriler elde edilmiştir. Böylece, çocuk hastalarda uygunsuz antibiyotik kullanımının önlenmesi ve uzun dönem komplikasyonların azaltılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif olarak planlanmış olup, 2022-2023 tarihleri arasında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi bölümünde İYE tanısı alan ve idrar kültüründe anlamlı bakteri üremesi saptanan toplam 165 çocuk olgu değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, cinsiyetleri, yaşları, daha önce bilinen ürolojik hastalık öyküleri, klinik semptomları (ateş, karın ağrısı, disüri vb.), hastaneye yatış gereksinimi, laboratuvar bulguları ve görüntüleme sonuçları incelenmiştir. İdrar kültüründe üreyen bakteriyel etkenler ve antibiyogram sonuçları kaydedilmiştir. Antibiyotik direnç oranları, özellikle ampirik tedavide sıklıkla kullanılan ilaçlar (ampisilin, amoksisilin-klavulanat, sefiksim, seftriakson, trimetoprim-sülfametoksazol vb.) açısından analiz edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların başvuru yaşı ortalama 64 (27-107) aydı. Cinsiyetler arasında İYE görülme yaşı açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 1.1)

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Tablo 1.1 Cinsiyete göre idrar yolu enfeksiyonu görülme yaşı

			AY
ERKEK	MEDİAN		21
	PERSANTİL	25	12
		50	21
		75	50
KIZ	MEDİAN		69,5
	PERSANTİL	25	36,75
		50	69,5
		75	110,75

Ateş, başvuru anında olguların %15.8'inde vardı. Hastaların 15(%9.1) 'ine hastaneye yatış yapılmıştı, 8 hastada (%4.8) üst üriner sistem enfeksiyonu tespit edilmişti.3 hastada vezikoüreteral reflü veya böbrek taşına bağlı gelişen renal skar gibi üriner anomali mevcutken, 1 hastada hipospadias nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu.

Mikrobiyolojik analizlerde kız çocuklarının %82.1'inde E. coli, erkeklerin ise %36.8'inde E. coli üremesi saptanmıştır. Buna karşın, erkeklerde Proteus mirabilis oranı %36.8 olup, bu oran kızlarda yalnızca %6.1'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).
En yüksek direnç oranı ampisiline karşı saptanmış olup %59.1'dir. Buna karşın, amikasin ve fosfomisin en düşük direnç oranına sahip ilaçlar olarak öne çıkmıştır (%0.8). Siprofloksasin direnci %28 olarak belirlenmiş ve bu oran dikkat çekici bulunmuştur. Meropenem direnci sadece komplike olgularda, vezikoüreteral reflü veya üriner taşa baglı renal skar bulunan hastalarda tespit edilmiştir.

Escherichia coli izolatlarında antibiyotik direnci şu şekilde dağılmıştır: %59 ampisilin direnci, %40 amoksisilin-klavulanat direnci, %35.4 trimetoprim-sülfametoksazol direnci, %26.8 sefiksim direnci, %23.6 seftazidim direnci, %11.8 seftriakson direnci olduğu saptanmıştır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Klebsiella pneumoniae olgularında %100 ampisilin direnci gözlenmiş olup, %45.5 amoksisilin-klavunat direnci, %36.4 sefiksim direnci, %36.4 seftriakson direnci, %27.3 seftazidim direnci, %18.2 trimetoprim sülfametoksazol direnci, %11.8 piperalisin tazobaktam direnci olguğu görülmüştür.

Proteus mirabilis izolatlarında özellikle nitrofurantoine %100 direnç dikkat çekici bulunmuştur. Ayrıca %46.2 ampisilin direnci, %46.2 trimetoprim sülfametoksazol direnci, %15.4 amoksisilin-klavunat direnci, %15.4 seftriakson direnci, %23.1 gentamisin, amikasin direnç oranları saptanmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmanın sonuçları, E. coli'nin halen çocukluk çağı İYE'sinde en sık etken mikroorganizma olduğunu göstermektedir. Ancak erkek çocuklarda Proteus mirabilis oranının anlamlı derecede yüksek bulunması dikkati çekmiştir. Ayrıca, kültür sonuçlarına dayalı antibiyogram verileri, ampirik tedavi seçiminde kritik öneme sahiptir. Ampisiline karşı yüksek direnç oranı, bu ilacın artık tek başına tercih edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır (5, 6).

Siprofloksasin direncinin %28 gibi dikkate değer bir oranda bulunması, florokinolonların da dikkatli kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu sonuç, dünya genelinde artan florokinolon direnci ile uyumludur. Meropenem gibi karbapenemlere karşı direnç düşük olmakla birlikte, bu ilaçların özelilkle komplike vakalarda kullanımı fayda sağlayacaktır. Aksi halde direnç oranlarının artması kaçınılmazdır(7,8,9).

Bu çalışma ayrıca, lokal antibiyogram verilerinin düzenli aralıklarla güncellenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ampirik tedaviye başlanmadan önce bölgesel direnç paternlerinin bilinmesi, hem tedavi başarısını artıracak hem de direnç gelişimini azaltacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu çalışmanın verileri, çocuklarda İYE etkeni olarak en sık E. coli'nin sorumlu olduğunu, erkeklerde ise Proteus mirabilis oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ampisiline karşı yüksek direnç oranı, bu ilacın tek başına ampirik tedavide kullanımını sınırlamaktadır. Kültür antibiyogram sonuçlarına göre eskiden daha çok tercih edilen sefalosporin grubu antibiyotiklerin yerine, artan direnç ve kullanım alışkanlıkları nedeniyle amikasin ve fosfomisin en etkili ajanlar olarak öne çıkmaktadır. Komplike olgularda antibiyotik direncinin daha yüksek olduğu görülmüş ve bu hastaların yakın takibi gerektiği vurgulanmıştır. İdrar yolu enfeksiyonlarında sık kullanılan antimikrobiyallere karşı gelişen bakteriyel direncin planlama gerektiren önemli ve zor bir sorun olduğunu ortaya koymuştur (10, 11, 12).

Anahtar kelimeler: Antibiyogram, İdrar yolu enfeksiyonu, Tedavi



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Urinary Tract Infection. Urinary tract infection: Clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics. 2011;128(3):595-610.

2. A't Hoen L, et al. Update of the EAU/ESPU guidelines on urinary tract infections in children. Eur Urol. 2021;79(6):690-701.

3. European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID). Guidelines for Complicated Urinary Tract Infections in Children. ESPID; 2025.

4. Barola S, et al. Urinary tract infections in children. StatPearls. 2024. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

5. Samancı S, Çelik M, Köşker M. Antibiotic resistance in childhood urinary tract infections: A single-center experience. Turk Pediatri Ars. 2020;55(4):386–392.

6. Çağ Y, et al. Antibiotic Resistance and Bacteria in Urinary Tract Infections in Children. J Pediatr Infect. 2021; (open access).

7. Sarı E, et al. Antibiotic drug resistance pattern of uropathogens seen in children: a single-center study (2022).

8. Mahajan S, et al. Antimicrobial susceptibility trends in E. coli causing urinary tract infections in children: a multicenter analysis. Pathogens. 2024;13(12):1068.

9. Kılıç FE, et al. Evaluating Antibiotic Resistance in Pediatric UTIs. Medicina (Kaunas). 2025;61(3):402.

10.Yolbaş I, Tekin R, Kelekci S, et al. Community-acquired urinary tract infections in children: pathogens, antibiotic susceptibility and seasonal changes. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2013;17:971-6.

11. Ipek IO, Bozaykut A, Arman DC, Sezer RG. Antimicrobial resistance patterns of uropathogens among children in Istanbul, Turkey. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2011;42:355-62.

12. Bryce A, Hay AD, Lane IF, Thornton HV, Wootton M, Costelloe C. Global prevalence of antibiotic resistance in paediatric urinary tract infections caused by Escherichia coli and association with routine use of antibiotics in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ 2016;352:939.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS42

BEYOND THE ACRONYM: EXPANDING THE CLINICAL AND GENETIC SPECTRUM OF CHARGE SYNDROME

Meryem Halis[1], Mehmet Kocabey[2], Suzan Süncak[1], Şerife Öztürk Yılmaz[1], Semra Gürsoy[1], Ayfer Ülgenalp[2], Ahmet Okay Çağlayan[2], Özlem Giray Bozkaya[1]

[1] Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Genetics
[2] Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Medical Genetics

Objectives

CHARGE syndrome is a rare autosomal dominant disorder caused by heterozygous mutations in the *CHD7* gene, characterized by ocular coloboma, heart defects, choanal atresia, growth delay, genital anomalies and ear abnormalities. In addition, multisystem involvement frequently accompanies the disorder (1). The diagnosis of CHARGE syndrome remains particularly challenging due to its marked phenotypic heterogeneity and variability in clinical presentation. To address this complexity, Verloes proposed specific clinical criteria aimed at facilitating a more structured diagnostic assessment (2). This study evaluated 15 patients to describe clinical and radiological features, identify *CHD7* variants, and explore genotype–phenotype correlations, thereby expanding the genetic spectrum of the disorder.

Materials-Methods

This retrospective study evaluated the clinical, genetic and radiological features of 14 patients with CHARGE syndrome, including demographics, molecular results and follow-up data. The Verloes criteria were used to confirm diagnosis and assess phenotypic variability.

Results

In this cohort of 14 patients, six were male and eight were female. The median age at diagnosis was 33 months (range: 2–195 months) and six patients received the diagnosis after the age of 10 years. Twelve were born at term and two were preterm. Ten required neonatal intensive care due to feeding and/or respiratory difficulties. External ear anomalies were present in all patients while additional dysmorphic features were observed with variable frequency, including square-shaped face, facial asymmetry, microphthalmia, iris coloboma, webbed neck, cleft palate and brachydactyly. Ocular coloboma, choanal atresia or stenosis and ear anomalies were documented in nine (%64), seven (%50) and 14 (%100) patients, respectively. Semicircular canal defects were identified in four of the five patients (%80) with available imaging data. All patients exhibited external ear anomalies accompanied by sensorineural or mixed-type hearing loss and developmental delay of variable severity was consistently reported across the cohort. Facial paralysis was observed in two patients, while congenital heart disease was identified in ten. With respect to hypogonadotropic hypogonadism, only six patients were evaluated, of whom five were found to have this condition. Among the additional findings, seizures occurred in three patients (%21) and scoliosis in five (%36). Renal evaluation was available for nine patients, two of whom (%22) demonstrated renal atrophy or hypoplasia.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Pathogenic or likely pathogenic variants in the ***CHD7*** gene were identified in all patients. In the five cases with available parental testing the variants were determined to be de novo. Moreover, three novel variants were identified. The 14 variants comprised six frameshift (%42.9), two splice-site (%14.3), two nonsense (%14.3), one missense (%7.1), one intronic (%7.1), one exonic deletion (%7.1) and one in-frame deletion (%7.1).

Discussion

In this cohort of 14 patients with CHARGE syndrome, several cardinal features were documented, largely consistent with previously published data. External ear anomalies were present in all patients, in agreement with prior reports describing ear malformations in %80–100 of affected individuals [1,3]. Ocular coloboma (%64) and choanal atresia/stenosis (%50) were also observed, consistent with previously reported frequencies of %65–80 and %40–60, respectively [4,5]. Semicircular canal defects were identified in %80 (4/5) of patients with available imaging data. Inner ear malformations have been reported in more than %90 of CHARGE patients [6,7]; the lower prevalence in our series likely reflects the limited availability of imaging data. Hearing loss was present in all patients, consistent with reports of >85% prevalence in CHARGE syndrome [8]. This underscores the need for routine audiological evaluation and early hearing aid support to optimize developmental outcomes. Developmental delay was likewise observed in all individuals, which aligns with earlier reports describing this feature in up to %90 of patients [9].

Congenital heart disease was present in %71 of patients, which falls within the wide range of %50–85 described in earlier cohorts [1,10]. Hypogonadotropic hypogonadism was identified in five of six evaluated patients (%83), a prevalence exceeding the fifty to seventy percent range reported in the literature [4].

According to Verloes criteria, eight patients were classified as atypical and six as typical CHARGE syndrome. Notably, six patients (%43) were diagnosed after the age of ten years, indicating a considerable diagnostic delay. Similar delays have also been reported in the literature, particularly in atypical cases [1,4,5]. This underscores the importance of systematic evaluation of clinical criteria and the early application of molecular testing to reduce diagnostic delays and to ensure effective patient follow-up.

In our cohort, the majority of identified variants were frameshift mutations, consistent with previous reports indicating truncating variants as the predominant class in CHARGE syndrome [9]. The identification of three novel *CHD7* variants further broadens the mutational spectrum and contributes to understanding its genetic heterogeneity.

Conclusions

CHARGE syndrome demonstrates substantial clinical heterogeneity. Our findings underscore the value of early molecular testing and highlight the contribution of novel *CHD7* variants to the expanding mutational spectrum. Timely recognition remains essential to improve long-term outcomes.

Keywords: CHARGE, *CHD7,* phenotype, genotype, Verloes criteria

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

References

1. Blake KD, Davenport SL, Hall BD, Hefner MA, Pagon RA, Williams MS, Lin AE, Graham JM Jr. CHARGE association: an update and review for the primary pediatrician. *Clin Pediatr (Phila)*. 1998;37(3):159–173.
2. Verloes A. Updated diagnostic criteria for CHARGE syndrome: a proposal. Am J Med Genet A. 2005 Mar 15;133A(3):306-8. doi: 10.1002/ajmg.a.30559. PMID: 15666308.
3. Sanlaville D, Verloes A. CHARGE syndrome: an update. *Eur J Hum Genet*. 2007;15(4):389–399.
4. Jongmans MC, Admiraal RJ, van der Donk KP, et al. CHARGE syndrome: the phenotypic spectrum of mutations in the CHD7 gene. *J Med Genet*. 2006;43(4):306–314.
5. Bergman JEH, Janssen N, Hoefsloot LH, Jongmans MC, Hofstra RM, van Ravenswaaij-Arts CM. CHD7 mutations and CHARGE syndrome: the clinical implications of an expanding phenotype. *J Med Genet*. 2011;48(5):334–342.
6. Morimoto AK, Wiggins RH 3rd, Hudgins PA, Hedlund GL, Hamilton B, Pattee Y, Edwards JA. Absent semicircular canals in CHARGE syndrome: radiologic spectrum of findings. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2006;27(8):1663–1671.
7. Guyot JP, Gacek RR, DiRaddo P. The CHARGE association: hearing loss, a temporal bone report. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1987;96(6):618–623.
8. Aramaki M, Udaka T, Kosaki R, et al. Phenotypic spectrum of CHARGE syndrome with CHD7 mutations. *J Pediatr*. 2006;148(3):410–414.
9. Janssen N, Bergman JE, Swertz MA, et al. Mutation update on the CHD7 gene involved in CHARGE syndrome. *Hum Mutat*. 2012;33(8):1149–1160.
10. Corsten-Janssen N, du Marchie Sarvaas GJ, Kerstjens-Frederikse WS, et al. The cardiac phenotype in patients with a CHD7 mutation. *Circ Cardiovasc Genet*. 2013;6(3):248–254.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS47

SBÜ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE BAĞLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN 2020-2025 YILLARI ARASI NEONATAL TARAMA PROGRAMI SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahar KULU[1], Haluk MERGEN[2]

[1]SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

1. Giriş

Kalıtsal metabolik ve endokrin hastalıklar, nadir görülmelerine rağmen erken tanı konulmadığında ağır morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu hastalıklar arasında yer alan fenilketonüri (PKU), konjenital hipotiroidi (KH), biyotinidaz eksikliği (BE), kistik fibrozis (KF) ve konjenital adrenal hiperplazi (KAH), yenidoğan döneminde genellikle belirti vermemekte ve bu nedenle rutin tarama programlarıyla saptanabilmektedir. Erken tanı ve tedavi ile önlenebilir veya kontrol altına alınabilir olmaları, bu hastalıkların toplum sağlığı açısından önemini artırmaktadır (1).

Yenidoğan tarama programları (Neonatal Tarama Programı, NTP), ilk kez 1960'lı yıllarda Guthrie tarafından PKU için geliştirilmiş ve kısa sürede tüm dünyada yaygınlaşmıştır (2). Türkiye'de yenidoğan tarama çalışmaları 1983 yılında PKU ile başlamış, 1990'lı yıllarda konjenital hipotiroidi eklenmiş, 2006 yılında yayımlanan genelge ile ulusal düzeyde organize bir Neonatal Tarama Programı oluşturulmuştur (3). Günümüzde ülkemizde PKU, KH, BE, KF ve KAH rutin olarak taranmakta; 2022 yılından itibaren ayrıca Spinal Müsküler Atrofi (SMA) de tarama programına dahil edilmiştir (4).

Türkiye, yüksek akraba evliliği oranları ve genetik geçişli hastalıkların sık görülmesi nedeniyle neonatal tarama programlarının özel önem taşıdığı ülkelerden biridir (5). Çeşitli illerde yapılan çalışmalar, hastalık prevalanslarında bölgesel farklılıklar olabileceğini göstermiştir. Örneğin Aydın'da yapılan bir çalışmada, konjenital hipotiroidi olgularının önemli bir bölümünün geçici formlardan kaynaklandığı, ancak yine de tarama programlarıyla yakalanmasının kritik önemde olduğu bildirilmiştir (6). İzmir, batı bölgesinde yer alması ve sosyoekonomik açıdan farklı profillere sahip nüfusu ile Türkiye genelini temsil edebilecek illerden biridir. Ancak İzmir'de neonatal tarama sonuçlarına ilişkin bölgesel veri sınırlıdır.

Bu çalışmada, SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Karşıyaka ve Bornova ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde 2020–2025 yılları arasında yapılan neonatal tarama sonuçları incelenmiştir. Amaç, şüpheli olguların prevalansını belirlemek ve bu değerleri Türkiye geneli ortalamaları ile karşılaştırarak bölgesel farklılıkları ortaya koymaktır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, 2020–2024 yılları arasında SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Karşıyaka ve Bornova ilçelerindeki iki Aile Sağlığı Merkezi'nde neonatal tarama programı kapsamında değerlendirilen toplam 603 yenidoğan oluşturmaktadırÇalışmaya ait verilere, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda kullanılan Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) Web Uygulaması üzerinden, annelerin T.C. kimlik numaraları aracılığıyla ulaşılmıştır. Elde edilen verilerde bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum tarihi, numune alınma tarihleri ve tarama sonuçları kayıt altına alınmıştır.

Tarama sonucunda şüpheli bulunan olgular, ilgili hastalıklar özelinde sınıflandırılarak incelenmiştir. Bu kapsamda Fenilketonüri (PKU), Konjenital Hipotiroidi (KH), Biyotinidaz Eksikliği (BE), Kistik Fibrozis (KF), Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) ve 2022 yılı itibarıyla programa dahil edilen Spinal Müsküler Atrofi (SMA) için insidans hesaplamaları yapılmıştır.

Elde edilen veriler, Türkiye geneli ortalamalarıyla karşılaştırılmış ve istatistiksel analizde Z oranı testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışma, SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 06/08/2025 tarih ve 2025/07-18 Karar No ile onaylanmış olup, araştırma sürecinde Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur.

3. Bulgular

Çalışmaya toplam 603 bebek dahil edildi. Bebeklerin 301'i (%54,8) erkek, 248'i (%45,2) kızdı. Annelerin yaş ortalaması 32,1 yıl (20–46 yaş) idi. Bebeklerin yaş ortalaması 2,9 ay (1–71 ay) olarak saptandı. Tarama sonuçlarına göre 15 bebek (%2,5) şüpheli bulunarak ileri değerlendirme için sevk edildi. Şüpheli vakaların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. En sık görülen şüpheli tanı konjenital hipotiroidi (KH) olup 8 olgu (%1,33) ile ilk sırada yer aldı. Fenilketonüri (PKU), Biyotinidaz Eksikliği (BE) ve Kistik Fibrozis (KF) için ikişer vaka (%0,33), Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) için bir vaka (%0,17) saptandı. Spinal Müsküler Atrofi (SMA) açısından şüpheli olguya rastlanmadı.

Tablo 1. Neonatal tarama sonucu şüpheli bulunan olguların dağılımı (n=603)

Hastalık	Vaka Sayısı (n)	Yüzde (%)
Konjenital Hipotiroidi (KH)	8	1,33
Fenilketonüri (PKU)	2	0,33
Biyotinidaz Eksikliği (BE)	2	0,33
Kistik Fibrozis (KF)	2	0,33
Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH)	1	0,17
Spinal Müsküler Atrofi (SMA)	0	0,0
Toplam	15	2,5

Z testi sonuçlarına göre yalnızca konjenital hipotiroidi insidansı, Türkiye geneline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($Z = 2,783$; $p < 0,05$). Diğer hastalıklar için anlamlı fark saptanmadı (PKU: $Z = 1,322$; BE: $Z = 1,378$; KF: $Z = 1,274$; KAH: $Z = 1,000$; $p > 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Aile Sağlığı Merkezleri sonuçları ve Türkiye ortalamaları karşılaştırması

Taranan Hastalık	2 ASM Oranı (p_1)	Türkiye Oranı (p_2)	Z Değeri	Anlamlılık ($p<0.05$)
PKU	0.00332	0.000222	1.32	p>0.05
KAH	0.00166	0.0000002	1.00	p>0.05
K.Hipotiroidi	0.01327	0.000299	2.78	p<0.05
KF	0.00332	0.000333	1.27	p>0.05
BE	0.00332	0.0000909	1.38	p>0.05

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

4. Tartışma

Bu çalışmanın amacı İzmir ili, iki aile sağlığı merkezinde kayıtlı, 2020- 2024 yılları arasında doğan bebeklerin, yenidoğan tarama programı sonuçlarını değerlendirilmekti. Böylece bölgesel olarak yenidoğan tarama sonuçlarını ortaya koymak hedeflendi.

İzmir Karşıyaka ve Bornova ilçelerinde yürütülen Neonatal Tarama Programı sonuçları incelendiğinde, toplam 603 yenidoğandan 15'inin tarama sonucu şüpheli bulundu, yalnızca Konjenital Hipotiroidi (KH) insidansı Türkiye geneline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($Z = 2.78$; $p < 0.05$). Diğer hastalıklar, Fenilketonüri (FKU), Biyotinidaz Eksikliği (BE), Kistik Fibrozis (KF) ve Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) için anlamlı fark bulunmadı.

Türkiye genelinde bildirilen insidanslara bakıldığında FKU için 1:4500 (7), KH için 1:3344 (8), BE için 1:11614 (9), KF için 1:3448 (10), KAH için 1:7787 (11) ve SMA için 130–180 yeni vaka/yılda (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı) olarak yapılan çalışmalar ve resmi kaynaklarda bildirilmiştir. Çalışmamızda yalnızca KH insidansının Türkiye geneline göre anlamlı şekilde yüksek bulunması, bölgesel farklılıklar ve potansiyel risk faktörlerini düşündürmektedir.

Diğer hastalıkların insidanslarının Türkiye ortalamalarıyla uyumlu olması, neonatal tarama programlarının genel etkinliğini ve standart uygulamanın güvenilirliğini desteklemektedir.

KH insidansının yüksek olmasının olası nedenleri arasında iyot eksikliği, özellikle bölgesel olarak farklılık gösterebilen beslenme ve su kaynaklarıyla ilişkili faktörler; tiroid hormon sentezinde genetik bozukluklar (dishormonogenez); anne sağlığı faktörleri (gebelikte tiroid hastalıkları ve tedavi edilmeyen hipotiroidi) ve çevresel etmenler yer almaktadır. Literatürde, Türkiye'de bazı bölgelerde anne hipotiroidisi prevalansının yüksek olması, neonatal KH insidansını etkileyen önemli bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (8).

Bölgesel farklılıklar diğer çalışmalarda da rapor edilmiştir. Kırşehir'de 2015–2020 yılları arasında gerçekleştirilen Neonatal Tarama Programı verilerinde KH oranı Türkiye ortalamasına paralel bulunmuştur (12). Benzer şekilde, 10 yıllık yenidoğan metabolik ve endokrin tarama programlarını inceleyen çalışmalar, KH insidansının bölgesel farklılıklar gösterebildiğini ve erken tanının önemini vurgulamaktadır (13).

Bu bulgular, neonatal tarama programlarının etkinliği ve erken tanının klinik önemi açısından kritik öneme sahiptir. KH açısından yüksek insidans saptanan bölgelerde, anne tiroid sağlığının düzenli izlenmesi, tarama sistemlerinin güçlendirilmesi ve halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi, erken müdahale ve komplikasyonların önlenmesi açısından gereklidir. Ayrıca, bu bulgu bölgesel beslenme alışkanlıklarının, genetik faktörlerin ve çevresel etmenlerin neonatal metabolik sağlık üzerindeki etkilerinin daha detaylı araştırılmasının önemini göstermektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında yalnızca iki ASM'den elde edilen verilerin kullanılması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve anne tiroid düzeylerinin değerlendirilmemesi sayılabilir. Gelecekte daha geniş coğrafi alanları kapsayan, anne tiroid fonksiyonlarını da içeren ve uzun dönem klinik takip verilerini değerlendiren çalışmalar, KH insidansını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

5. Sonuç ve Öneriler

İzmir Karşıyaka ve Bornova bölgelerinde yürütülen neonatal tarama sonuçları genel olarak Türkiye ortalamalarıyla uyumludur. Ancak konjenital hipotiroidi insidansının anlamlı düzeyde yüksek bulunması, bölgede genetik yatkınlık, çevresel faktörler veya annelerde tiroid hastalıklarının sıklığı ile ilişkili olabilir. Bu bulgu, anne sağlığının daha yakından izlenmesi ve gebelik döneminde tiroid fonksiyonlarının rutin olarak değerlendirilmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Neonatal tarama programlarının etkinliği yalnızca erken tanıya değil, aynı zamanda bölgesel farklılıkların ortaya konmasına da bağlıdır. Bu nedenle, İzmir'deki verilerin ulusal ortalamalarla düzenli olarak karşılaştırılması, toplumun ve sağlık personelinin farkındalık düzeyinin artırılması ve gerekli durumlarda bölgesel takip protokollerinin güncellenmesi, programın başarısını güçlendirecektir.

Anahtar kelimeler: Neonatal tarama, konjenital hipotiroidi, fenilketonüri, z oranı

6. Kaynaklar

1. Toktaş İ, Erdem Ö, Saribaş S, Özbek MN. Evaluation of patients diagnosed with congenital hypothyroidism by newborn screening between 2011-2019 in Diyarbakir, Turkey. Medicine (Baltimore). 2023 Dec 22;102(51):e36778.
2. Guthrıe R, Susı A. A Sımple Phenylalanıne Method For Detectıng Phenylketonurıa In Large Populatıons Of Newborn Infants. Pediatrics. 1963 Sep;32:338-43. PMID: 14063511.
3. Bayrak R, Ünsal A, Ünlü E. "Kırşehir İlinde 2015-2020 Yılları Arasında Neonatal Tarama Programı Sonuçlarının İncelenmesi". Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2023.
4. Özer Y, Anık A, Sayılı U, et al. High frequency of transient congenital hypothyroidism among infants referred for suspected congenital hypothyroidism from the Turkish National screening program: thyroxine dose may guide the prediction of transients. J Endocrinol Invest. 2024 Sep;47(9):2213-2224.
5. Korkmaz HA. Clinical Insight into Congenital Hypothyroidism Among Children. Children (Basel). 2025 Jan 3;12(1):55.
6. Tanyerı, D., Anık, A., Cengız, A., Polat, Y. D., Ünüvar, T., Anık, A. (2021). Etiological Evaluation of Congenital Hypothyroidism in Cases Referred from the National Screening Program. The Journal of Pediatric Research, 8(1),1-6.
7. Ozalp I, Coşkun T, Tokatli A, Kalkanoğlu HS, Dursun A, Tokol S, Köksal G, Ozgüc M, Köse R. Newborn PKU screening in Turkey: at present and organization for future. Turk J Pediatr. 2001 Apr-Jun;43(2):97-101. PMID: 11432505.
8. Dilli D, Çzbaş S, Acıcan D, Yamak N, Ertek M, Dilmen U. Establishment and development of a national newborn screening programme for congenital hypothyroidism in Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013;5(2):73-9.
9. Baykal T, Hüner G, Sarbat G, Demirkol M. Incidence of biotinidase deficiency in Turkish newborns. Acta Paediatr. 1998 Oct;87(10):1102-3.
10. Hangül M, Pekcan S, Köse M, Acıcan D, Şahlar TE, Erdoğan M, Kendirci M, Güney D, Öznavruz H, Demir O, Ercan Ö, Göçlü F. The Incidence of Cystic Fibrosis in the Central Region of Anatolia in Turkey Between 2015 and 2016. Balkan Med J. 2019 May 10;36(3):179-183
11. Güran T, Tezel B, Gürbüz F, Selver Eklioğlu B, Hatipoğlu N, Kara C, Şimşek E, Çizmecioğlu FM, Ozon A, Baş F, Aydın M, Darendeliler F. Neonatal Screening for Congenital Adrenal Hyperplasia in Turkey: A Pilot Study with 38,935 Infants. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2019 Feb 20;11(1):13-23
12. Bayrak R, Ünsal A, Ünlü E. "Kırşehir İlinde 2015-2020 Yılları Arasında Neonatal Tarama Programı Sonuçlarının İncelenmesi". Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2023.
13. Akova İ., Kılıç E., Koşaroğlu Ekici N., Yenidoğan metabolik ve endokrin hastalıkların 10 yıllık tarama programı sonuçlarının değerlendirilmesi Sivas ili, Türkiye örneği. Turk J Public Health 2022;20(3):410-422.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS49

IDIOPATIK HIPEREOZINOFILIK SENDROMUN ÇOCUKLUK ÇAĞINDAKİ TANISAL ÖZELLİKLERİ VE SONUÇLARI: TÜRKİYE'DEN TEK MERKEZ DENEYİMİ

Çağrı Berhan KURDU, Tuba YURDUSEV, **Sultan OKUR ACAR**, Özlem TÜFEKÇİ GÜROCAK, Şebnem YILMAZ, Hale ÖREN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematolojisi BD, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı hipereozinofilik sendromu (HES), 1.500/mm³ üzerinde persistan eozinofili ve organ tutulumuyla seyreden, nadir görülen bir hastalıktır. Sekonder nedenler dışlandığında "idiopatik" kabul edilir. Yetişkin HES iyi tanımlanmış olmasına rağmen, pediatrik popülasyonda veri sınırlıdır. Bu çalışmada merkezimizde idiopatik HES tanısı alan pediatrik hastaların başlangıçtaki demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yaklaşımları ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2003–2024 yılları arasında idiopatik HES (>1500/mm³) tanısı alan 7 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Veriler; başlangıç yaşı, semptomlar, immünoglobulin düzeyleri, serum IgE, lenfosit fenotiplemesi, sitogenetik/moleküler testler [FIP1L1–PDGFRA, JAK2, t(9;22)] ve tedavi yanıtlarını içermekteydi. Parazitik enfeksiyonlar, alerjik hastalıklar ve maligniteler gibi sekonder nedenler dışlandı. Organ tutulumu; fizik muayene, laboratuvar bulguları ve radyolojik görüntüleme ile değerlendirildi.

Bulgular: Yedi hastanın (2 kız, 5 erkek) ortalama yaşı 49 ay (3–108 ay) ve tanı anındaki ortalama eozinofil sayısı 33.894/mm³ (5.600–112.640/mm³) idi. Periferik yaymada eozinofillerin ortalama oranı %41,1 ± 15,6 idi. Lenfosit alt grup analizi, immünoglobulin düzeyleri, akut viral enfeksiyonlar ve B12 düzeyleri yaş grubuna göre normal sınırlar içerisindeydi. Kemik iliği incelemesinde olgunlaşmamış eozinofil öncülleri ve olgun eozinofiller artmıştı. Kemik iliği örneklerinden yapılan immunfenotiplemede T-hücre klonalitesi dışlandı ve sitogenetik/moleküler testlerde anlamlı bir bulgu saptanmadı.

Tanı anında 1 hastada kardiyak tutulum, 1 hastada splenomegali, 2 hastada hepatomegali ve deri tutulumu, 1 hastada kardiyak, merkezi sinir sistemi ve akciğer tutulumu, 2 hastada ise transaminaz yüksekliği ve hepatomegali mevcuttu. Tüm hastalara steroid tedavisi verildi. Takipte 1 hasta dört alevlenme, 2 hasta iki alevlenme ve 1 hasta sekiz alevlenme yaşadı. Alevlenmeler sırasında steroid dozu artırıldı. Sık alevlenme yaşayan tek hasta, izlemde persistan hastalık geliştirdi ve steroidlere ek olarak hidroksiüre, interferon alfa, vinkristin, imatinib, siklofosfamid ve etoposid tedavileri verildi. Bu hasta takibinin 20. ayında pulmoner tutulum nedeniyle kaybedildi. Hiçbir hastada klonal eozinofilik hastalık gelişmedi.

Sonuç: Tüm hastalarda klinik semptomlar ve organ tutulumu nedeniyle kortikosteroid tedavisine ihtiyaç duyuldu. Başlangıç tedaviye yanıt genellikle iyi olsa da, bazı hastalarda takipte tekrar eden alevlenmeler izlendi. Sadece 1 hasta, birden fazla tedaviye rağmen pulmoner tutulumu olan fatal persistan hastalık geliştirdi. Bu bulgular; semptomatik pediatrik idiopatik HES olgularında kortikosteroidlerin birinci basamak tedavide etkili olduğunu göstermektedir. Ancak hastalık reaktivasyonunu saptamak ve daha agresif hastalık seyirlerini yönetmek için yakın izlem gereklidir.

Anahtar kelimeler: Hipereozinofili, çocukluk çağı, steroid

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS57

MERKEZİMİZDE TEDAVİ EDİLEN SANTRAL SİNİR SİSTEMİ GLİAL HÜCRE TÜMÖRÜN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Mahli Batuhan Özdoğar[1], Deniz Kızmazoğlu[2], Ceren Kızmazoğlu[3], Handan Güleryüz Uçar[4], Cenk Umay[5], Orhan Kalemci[3], Ayşe Demiral[5], Erdener Özer[6], Rıza Çetingöz[5], Emre Çeçen[2], Dilek İnce[2], Nur Olgun[7]

[1] Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2] Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı, İzmir
[3] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir
[4] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[5] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir
[6] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir
[7] Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı/ Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir

GİRİŞ:

Santral sinir sistemi (SSS) tümörleri çocukluk çağının en sık rastlanan ikinci neoplazmlarıdır, solid tümörler de ise ilk sırayı almaktadırlar ve 16 yaşın altındaki çocuklarda üçüncü en sık ölüm nedenidir. Çocukluk çağı kanserlerinin %20'sini beyin ve omurilik tümörleri oluşturmaktadır. Son yıllardaki artışla birlikte, genel sağkalım şu an yaklaşık %75 civarındadır. Gliomalar, çocuklarda en sık görülen SSS tümörleridir ve son derece geniş bir klinik yelpazesi gösterirler. Araştırmamızın amacı 30 yıllık bir merkezde tanı alan, takip ve tedavi edilen santral sinir sistemi glial hücre tümörü tanılı hastaların demografik ve klinik özelliklerini ortaya koymak, ilk başvuru yakınmaları ve tanıya kadar geçen süreyi belirlemek, tümör patolojik sınıfı, derecesi, uygulanan tedaviler, sağkalım hızları, geç yan etkiler ve sekelleri belirlemektir. Merkezimizde uygulanan tedaviler, tümör tipine göre sağkalım hızları, tedavi sonrası geç yan etkiler ve sekellerin literatür ile karşılaştırılması çalışmamızın önemli bir amacıdır. Tedavi sonrası gelişen sekeller ve geç yan etkiler belirlenerek, zaman içindeki gelişim ve değişimin tanımlanması ya da önlenmesi konusunda yapılabilecek tedavi değişiklikleri bilime ve uygulamaya katkı sağlayacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu kesitsel retrospektif çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkolojisi Bilim Dalı'na 1987-2021 tarihleri arasında çocukluk çağı SSS glial hücre tümörü tanısı almış hastalar dahil edildi . Katılımcıların dahil olma kriterleri; 0-18 yaş arasında olmak iken dışlama kriterleri; - 0-18 yaş arasında çocukluk çağı kanseri tanısı alan fakat SSS tümörü dışı hastalar ve SSS tümörü olup, primer tümöre bağlı SSS metastazı olan hastalar olarak belirlendi. İstatistiksel analizler, Windows için IBM SPSS Statistics yazılımı (Versiyon 23.0, IBM Corp.Armonk, New York, ABD) kullanılarak yapıldı.Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk test sonuçları yanı sıra histogram ve olasılık grafikleri incelenerek değerlendirildi. Değişkenler normal dağılım gösterdiğinden parametrik test istatistiği kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma biçiminde ifade edilirken, kategorik değişkenler frekans dağılımı ve yüzde olarak gösterildi. Gruplar arasında sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği bağımsız gruplar t testi ile değerlendirildi. Gruplar arasında kategorik değişkenler yönünden anlamlı fark olup olmadığı Ki-kare testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

BULGULAR:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı'nda 1987-2021 yıllarında takip ve tedavi edilmiş olan SSS glioma tümörü tanılı 0-18 yaş arası hasta kayıtları incelendi. Toplamda 143 hasta SSS Glioma tümörü tanısı ile izlenmişti. Olguların 76'sı erkek (%53,1), 67'si kız (%46,9) idi. Katılımcıların kız/erkek oranı 1/1,13 olarak hesaplandı. Hastaların tanı koyulma yaşı minimum 1 ay maksimum 218 ay olacak şekilde ortalama 89,75 ay olarak bulundu. Klinik şikayetlerden tanıya kadar geçen süre ortalama 8,28 hafta (minimum/maksimum: 1/48 hafta) idi. Hastaları başvuru tarihlerine göre hesaplanan yaşlarına göre grupladığımızda; üç yaş ve altında 31 (%21,5), 0-5 yaş arasında 41 (%28,5), 5-10 yaş arasında 56 (%39,4) ve 10 yaş üzerinde 45 (%31,7) olacak şekilde dağılım göstemiştir. Olguların başvuru anındaki klinik semptomları kaydedildi. En sık rastlanan klinik bulguların sırasıyla baş ağrısı ve kusma olduğu görüldü. Hastaların 61'i (%42,4) başağrısı, 51'i (%35,4) kusma, 28'i ise (%19,4) nörolojik defisit şikayeti ile başvuruda bulunmuşlardır. Tanı anında belirtilen semptomlardan bir ya da birkaçını gösteren hastalar mevcuttu. En sık izlenen klinik bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir. Hastaların 74'ü (71,8) tanı konmadan önce, 27'si (26,2) primer tanıyla, 2'si (1,9) ise nüks sebebi ile merkezimize başvuruda bulunmuşlardır. 103 hastanın histopatolojik değerlendirmesi mevcuttu. Hastaların tümör patolojik alt tipi dağılımı Şekil 3'te ayrıntılı biçimde gösterilmiştir. Hastaların ortalama tümör boyutu 41,82 mm (minimum/maksimum: 10mm/80mm) idi. Hastalar patolojik derecelendirilme açısından 35 (%24,8) hasta derece 1, 29 (%20,6) hasta derece 2, 50 hasta derece 3 (%35,5) ve 26 (%18,4) hasta derece 4 olacak şekilde dağılım göstermektedir. Ortalama tümör boyutu 41,82 mm, en büyük tümör 80 mm ve en küçük tümör ise 10 mm olarak bulundu. Şekil 3. Hastaların tümör patolojik alt tipi dağılımı Glial hücre tümörlerini yerleşim yerlerine göre kabaca beş farklı grupta değerlendirilecek olursak; beyin, beyinsapı, serebellum, ventriküller ve omurilik tümörleri olarak ayrılır. Kliniğimizde 80 beyin, 27 beyin sapı, 6 serebellum, 22 ventriküller ve 5 omurilik tümör tanılı olgu mevcuttu. Toplam 98 hastaya cerrahi uygulanmıştır. 66 hastaya (%67,3) gross total rezeksiyon, 32 hastaya (%32,7) ise subtotal rezeksyon yapılmıştır. Uygulanan tedaviler cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonlarından oluşmaktaydı. 38 hastaya (%26,6) sadece cerrahi uygulanmış, 4 hasta (%2,8) sadece kemoterapi rejimleri almış, 8 hastaya (%5,6) sadece radyoterapi uygulanmış, 6 hastaya (%4,2) cerrahi ile kemoterapi rejimleri uygulanmış, 19 hasta (%13,3) cerrahi ve radyoterapi uygulanmış, 37 hasta (%25,9) cerrahi, kemoterapi rejimleri ve radyoterapi ile tedavi edilmiş, 18 hasta kemoterapi rejimleri ve radyoterapi uygulanmış, 13 hasta (%9,1) takip kararı alınmıştı. Relaps, progresyon, ölüm, takipsizlik ve hastanın başka merkezde tedaviye devam etmesi olay olarak kabul edildi. 129 hastada (%92,14) tanımlanmış bir olay mevcuttu. 8 hastada (%6,2) relaps hastalık gelişmişti. 31 hastada (%24,0) hastalık progresyonu saptandı. 6 hasta (%4,65) ise tedavisini başka merkezlerde devam ettirdi. Toplam 140 hastanın son durumu ile ilgili bilgiye ulaşıldı. 75 hasta (%53,57) yaşamaktaydı. 65 hasta (%46,43) ölmüştü. Tüm ölen hastaların 26'sı (%40) progresyon sebebiyle, 6 hasta (%9,23) relaps hastalık sebebiyle, 33 hasta da (%55,77) diğer sebeplerden ölmüştü. Ortanca izlem süresi 25 aydı (minimum/maksimum: 1/362 ay). Tüm glial hücre tümör tanılı vakalarda 1 yıllık OS %84, 5 yıllık OS %53, 10 yıllık OS %40'idi. Yine aynı vakalarda 1 yıllık EFS %67, 5 yıllık EFS %32, 10 yıllık EFS %18'idi. 29 Glial hücre tümörü tanılı hastalar patolojik derecelerine göre düşük ve yüksek dereceli olarak sınıflandırıldı. Düşük dereceli 64 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerlerisırasıyla %95, %80 ve %73'idi. Yüksek dereceli olarak sınıflanan izlenen 76 hastanın 1,5 ve 10 yıllık OS değerleri %75, %49 ve %41'idi. Düşük dereceli izlenen hastaların 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %89, %56 ve %42'idi. Yüksek dereceli izlenen hastaların 1,5 ve 10 yıllık EFS değerleri %51, %29 ve %19'idi. İki grup arasında OS ve EFS değerleri anlamlı derecede farklıydı($p<0.001$). Cinsiyete göre hastalar değerlendirildiğinde 76 erkek olgunun 1, 5 ve 10 yıllık OS sırasıyla %83, %61 ve %58'idi. 64 kız olgunun 1,5 ve 10 yıllık OS değerleri %86, %63 ve %52'idi. Erkek olguların 1,5 ve 10 yıllık EFS değerleri %57, %40 ve %31'idi. Kız olguların 1,5 ve 10 yıllık EFS değerleri %75, %40 ve %30'idi. İki grup arasında anlamlı fark yoktu. 30 Sadece cerrahi uygulanmış 36 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %89, %86 ve %82'idi. Sadece kemoterapi rejimleri uygulanmış 4 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri aynıydı ve %75'idi. Cerrahi uygulanmış ve kemoterapi rejimi almış 6 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %83, %50 ve %25'idi. Radyoterapi ve kemoterapi rejimleri almış 18 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %72, %44 ve %44'idi. Cerrahi uygulanmış ve radyoterapi almış 19 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %90, %68 ve %63'idi. Sadece radyoterapi uygulanmış 8 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %63, %63 ve %50'idi. Cerrahi uygulanmış, kemoterapi rejimi ve radyoterapi almış 37 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %92, %45 ve %34'idi. Sadece cerrahi uygulanmış 36 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %78, %61 ve %53'idi. Sadece kemoterapi rejimleri uygulanmış 4 hastanın 1 yıllık EFS değeri %75, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri aynıydı ve %50'idi. Cerrahi uygulanmış ve kemoterapi rejimi almış 6 hastanın 1 yıllık EFS değeri %50'idi. Beş ve 10 yıllık EFS değerleri hasta sayısının yeterli olmaması sebebiyle hesaplanamadı.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Radyoterapi ve kemoterapi rejimleri almış 18 hastanın 1 yıllık EFS değeri %28, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri aynıydı ve %6'idi. Cerrahi uygulanmış ve radyoterapi almış 19 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %90, %42 ve %25'idi. Sadece radyoterapi uygulanmış 8 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri aynı ve %38'idi. Cerrahi uygulanmış, kemoterapi rejimi ve radyoterapi almış 37 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %70, %35 ve %18'idi. Primer cerrahi olmuş 98 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %90, % 64 ve %55'idi. Primer cerrahi olmayan 31 vakanın 1, 5 ve 10 yıllık OS değerleri %71, %55 ve %51'idi. Primer cerrahi olmuş 98 hastanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %77, %44 ve %31'idi. Primer cerrahi olmayan 31 vakanın 1, 5 ve 10 yıllık EFS değerleri %52, %22 ve %18'idi. İki grubun OS ve EFS değerleri arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla p=0,003 ve p=0,007).

TARTIŞMA:

Kanser, 2020'de yaklaşık 10 milyon ölümün gerçekleştiği dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre kanser tanılı hastaların yaklaşık %2'si çocukluk çağı kanseri olup kanserden ölümlerin %5,5'ini çocukluk çağı kanserleri oluşturmaktadır. Gliomlar, kayıt defterine ve kullanılan histolojik kriterlere bağlı olarak, tüm pediatrik SSS tümörlerinin %56 ila %70'ini oluşturan geniş, heterojen bir merkezi sinir sistemi tümörleri spektrumunu oluşturur. Tüm pediatrik SSS tümörleri içerisinde de en sık görülen tümör alt tipi gliomadır. Çocukluk çağı kanserlerinde yaşam özellikle son yıllarda belirgin olarak artmaktadır. Bu durum görüntüleme yöntemlerindeki ve tedavideki gelişmeler (cerrahi teknikler, radyoterapideki teknolojik ilerlemeler, yeni kemoterapi ajanları ve hedefe yönelik tedaviler), destek tedavileri, çok merkezli çalışmalar ile mümkün olmuştur. Kliniğimizde takip ve tedavi edilmiş pediatrik glial hücre tümörlü hastaları literatürdeki en son ve kabul edilmiş verilerle karşılaştırdık. 34 Olguların 76'sı erkek (%53,1), 67'si kız (%46,9) idi. Erkek kız oranı 1,13/1'idi. Bu veriler TPOG ve TPHD'nin yürüttüğü araştırmada cinsiyet dağılımı ile benzerdi. Söz konusu araştırmada erkek/kız oranı 1,13/1 olarak tespit edilmişti. Kliniğimizde ortalama tanı yaşı 89,75 ay (1ay- 218ay)'idi. Klinik şikayetlerden tanıya kadar geçen süre ortalama 8,28 hafta (1-48 hafta) olarak değerlendirilmişti. Cecen ve ark. (48) Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yürüttükleri çalışmada klinik şikayetlerin başlangıcından tanı arasında geçen süre ortalama 53 gün olarak gösterilmişti. Yine aynı çalışma SSS tümörlerinde klinik ve tanı arasındaki süreyi 56 gün tespit etmişti. TPOG ve TPHD verileri ortanca tanı yaşını 6 yaş civarı tespit etmişti. Bu bakımdan çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumluydu. Özellikle çocukluk çağı glioma tanısı almış hastalarda yapılmış büyük ölçekli bir çalışmada Qaddoumi ve ark. (49) 6212 hastayı dahil etmiş ve ortalama tanı yaşının 9 yaş, erkek/kız oranının 1,13/1 olduğunu bildirmiştir. Bu bakımdan çalışmamızın sonuçlarıyla parallel sonuçlar sunmuşlardır. Başvuruda en sık baş ağrısı ve kusma gözlenen klinik bulgulardı. Hastaların 51'i (%35,4) kusma, 61'i (%42,4) baş ağrısı ve 28'i ise (%19,4) nörolojik defisit şikayeti ile başvuruda bulunmuşlardır. Daha sonar sırasıyla en çok görülen semptom ve belirtiler görme bozukluğu (%17,4), nöbet (%16,7), ataksi (%16), baş dönemsi (%9,0) ve hormonal bozukluk (%1,4) olarak kaydedildi. Yapılan bir derlemede yeni teşhis edilen glioma ile birçok SSS beyin tümörü semptomlarının benzer olduğu gösterilmiştir (50). Bu belirtiler genellikle ısrarcı baş ağrıları, davranış değişiklikleri, sabah erken bulantı/kusma, diplopi ve papilödem dahil kafa içi basıncının artmasından kaynaklanmaktadır. Hastalar ayrıca tümörün konumuna bağlı olarak fokal motor defisit, hemipleji, piramidal trakt bulguları, dismetri ve kore gibi daha spesifik lokalize semptomlarla da başvurabilirler. Johnson ve ark. (51) 195 pediatrik SSS tümörlü olgu ile yaptığı çalışmada hastalarda gözlenen en sık klinik şikayet kusma ve baş ağrısı olarak belirlenmişti. Görme problemleri, anoreksia, duyma problemleri, nöbetler sırasıyla yüksek görülmüştü. Bu bakımdan yapılan derlemenin vurguladığı glioma ve SSS tümörlerinde ortak semptomların görülmesi bizim çalışmamız ve Johnson'ların çalışmasının sonuçlarının uyuşması ile desteklenmiş olmaktadır. Fakat literatürde 35 yapılan çalışmalarda tümör tipleri ve tümörün yerleşim yerlerinin heterojen olması nedeniyle görülen semptomların prevelansı hakkında net bir bilgi bulunmamaktadır. Wilne ve ark. (5) yaptığı bir meta-analizde toplam 3702 pediatrik SSS tümörlü hasta populasyonlu 61 çalışma değerlendirilmiş en sık görülen semptomların bizim çalışmamızdaki gibi baş ağrısı ve kusma olduğu belirlenmiştir. Histopatolojik incelemeler sonrasında hastalar tümör patolojik alt gruplarına göre sınıflandırıldı. Buna göre bizim popülasyonumuzda en sık görülen pilositik astrositom (%21), pons gliomu (%14,7), optik gliom (%10,5), astrositom (%8,4) ve anaplastik ependimom (%8,4) olarak bulundu. Hastalar patolojik derecelendirme açısından %45,4 düşük dereceli (derece 1 ve 2) ve %54,6 yüksek dereceli (derece 3 ve 4) olacak şekilde dağılım göstermekteydi. Qaddoumi ve ark. 6212 çocukluk çağı glial hücre tümörü tanısı almış vakanın incelenmesi sonucu en çok görülen patolojik alt tipin pilositik astrositom olduğunu bildirmişlerdir.

Ayrıca hastalar patolojik derecelendirmeye göre sınıflandırıldığında %77'sinin düşük dereceli (derece 1 ve 2) olarak sınıflandığı bulunmuştur. Hem bizim hem de Quaddoumi ve ark. (49) çalısmasında tümör patolojik alt gruplarına ayırırken ICD-O'nun 3. baskısı kullanılmıştır. Fakat Quaddoumi ve ark. (49) çalışmasına dahil olan toplam 6212 vakanın sadece 2547'sinin tümör patolojik alt sınıfları bilinmekte, 3247'sinin ise patolojik derecelendirilmesi mevcuttu. Kaatsch ve ark. benzer biçimde %14,8'lik oranla pilositik astrositomun en sık görülen tip olduğunu bulmuşlardır. Çalışmalarda farklı sınıflamaların kullanılması ve hasta kayıtlarının ayrıntılı kaydedilmemesi bu hastalık grubunda epidemiyolojik açıdan net sonuçlara varılamamasına sebep olmaktadır. Hastaların 98'ine cerrahi işlem uygulanmıştı. 66 hastaya (%67,3) gross total rezeksiyon, 32 hastaya (%32,7) subtotal rezeksiyon yapılmıştı. Çalışmamıza ilk cerrahi işlemini başka merkezde alan hastalar da dahil edildi. Cerrahi işlemi Dokuz Eylül Üniversitesinde olan ve dış merkezde olan hastalarda genel yaşam süresi ve olaysız yaşam süresi arasında belirgin fark yoktu. Wolff ve ark. (54) 97 glioma hastasını dahil ettikleri çalışmada 21 hastada gross total, 29 hastada subtotal rezeksiyon uygulandığını, 26 hastaya biyopsi amaçlı cerrahi yapıldığını, 21 hastaya ise herhangi bir cerrahi işlem uygulanmadığını bildirmişlerdir. Cerrahi tekniklerin 36 teknolojiye ayak uydurması ve multidispliner yaklaşımlar, tümör cerrahisinde total tümör dokusun çıkarılabildiği geniş rezeksiyonlara olanak sağlamıştır. 2 hastada (%2,0) spinal metastaz mevcuttu. Spinal metastaz tespit edilen hastaların her ikiside anaplastik ependimom patolojik alt türüne sahipti ve patolojik derecesi 3'idi. Pfister ve ark. (50) yaptıkları derleme çalışmalarında anaplastik ependimomların daha çok intrakraniyel yerleşimli olsa da nadiren spinal kanala metastaz yapabildiğini göstermişlerdir. Kliniğimizde tüm glial hücre tümör tanılı vakalarda 1 yıllık OS %84, 5 yıllık OS %53, 10 yıllık OS %40'idi. Yine aynı vakalarda 1 yıllık EFS %67, 5 yıllık EFS %32, 10 yıllık EFS %18'idi. Quaddoumi ve ark. (49) hastaların 5 yıllık ve 10 yıllık OS'lerini %71 ve %65 olarak bulmuşlardır. Ayrıca tek değişkenli regresyon analizinin sonucuna göre OS'yi kötü yönde etkileyen prognostik faktörlerin yüksek tümör derecesi, 1 yaşın altında olmak, beyinsapı yerleşimi, sadece biyopsi amaçlı cerrahi veya hiç cerrahi uygulanmaması ve karışık veya tanımlanamayan histolojik alt tipe sahip olmak olarak belirlemişlerdir. Buna göre bizim sonuçlarımız literatür ile uyumlu olarak bulundu. Çocukluk çağı gliomunun tedavisi hala zorludur ve bu durum özellikle kötü prognoza sahip yüksek dereceli gliomalar ve %10'un altında sağkalım oranlarına sahip beyin sapının infiltre gliomaları için geçerlidir. Konvansiyonel kemoterapi ve radyasyon tedavisine yanıt genellikle zayıftır ve gliomalı çocuklarda tedaviye bağlı morbidite önemli bir sorundur. Bu nedenle, yeni tedavi stratejilerine acilen ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalığın tedavisinde cerrahi en önemli tedavi seçeneğidir ve hastanın yaşam süresinde en etkili tedavi yoludur. Literatürdeki en iyi sonuçlar; tam veya tama yakın rezeksiyon sonrası radyoterapi ve kemoterapi ile alan hastalarda elde edilmiştir (55).Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olup 38 sadece kemoterapi rejimleri ve sadece radyoterapi uygulanan gruplarda OS ve EFS değerlerinin cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin beraber uygulandığı gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Sonuçlarımız literatür ile benzer bulundu. Bu çalışma; tanı anında uygulanan cerrahi, cerrahinin derecesi, tümörün alt tipi, uygulanan tedaviler ve en önemlisi multidisipliner izlemin mümkün olduğu bir merkezde hasta takibinin önemini göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. Hecker E. Definitions and terminology in cancer (tumour) etiology. An analysis aiming at proposals for a current internationally standardized terminology. Bulletin of the World Health Organization. 1976;54(1):1-10

2. Kaatsch P. Epidemiology of childhood cancer. Cancer treatment reviews. 2010;36(4):277-85

3. Gold E, Gordis L, Tonascia J, Szklo M. Risk factors for brain tumors in children. American journal of epidemiology. 1979;109(3):309-19

4. Miller RW, L Young Jr J, Novakovic B. Childhood cancer. Cancer. 1995;75(S1):395-405

5. Kramárová E, Stiller CA. The international classification of childhood cancer. International journal of cancer. 1996;68(6):759-65

6. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer. Cancer. 2005;103(7):1457-67

7. Frühwald MC, Rutkowski S. Tumors of the central nervous system in children and adolescents. Deutsches Arzteblatt international. 2011;108(22):390-7

8. Wilne S, Collier J, Walker D, Grundy R, Kennedy C, Punt J. The presentation of childhood brain tumors: A meta-analysis2005. 335- p

9. Fangusaro J, Bandopadhayay P. Advances in the classification and treatment of pediatric brain tumors. Current opinion in pediatrics. 2021;33(1):26-32

10. Komori T. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System: The Major Points of Revision. Neurologia medico-chirurgica. 2017;57(7):301-11

11. Subramanian S, Ahmad T. Childhood Brain Tumors. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021

12. Weller M, Wick W, Aldape K, Brada M, Berger M, Pfister SM, et al. Glioma. Nature reviews Disease primers. 2015;1:15017

13. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, Cavenee WK, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. Acta neuropathologica. 2016;131(6):803-20

14. Louis DN, Wesseling P, Aldape K, Brat DJ, Capper D, Cree IA, et al. cIMPACT-NOW update 6: new entity and diagnostic principle recommendations of the cIMPACT-Utrecht meeting on future CNS tumor classification and grading. 2020;30(4):844-56

15. Nikiforova MN, Hamilton RL. Molecular diagnostics of gliomas. Archives of pathology & laboratory medicine. 2011;135(5):558-68

16. Rodriguez FJ, Lim KS, Bowers D, Eberhart CG. Pathological and molecular advances in pediatric low-grade astrocytoma. Annual review of pathology. 2013;8:361-79. 46

17. Hawkins C, Walker E, Mohamed N, Zhang C, Jacob K, Shirinian M, et al. BRAF-KIAA1549 fusion predicts better clinical outcome in pediatric low-grade astrocytoma. Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research. 2011;17(14):4790-8

18. Schindler G, Capper D, Meyer J, Janzarik W, Omran H, Herold-Mende C, et al. Analysis of BRAF V600E mutation in 1,320 nervous system tumors reveals high mutation frequencies in pleomorphic xanthoastrocytoma, ganglioglioma and extracerebellar pilocytic astrocytoma. Acta neuropathologica. 2011;121(3):397-405

19. Preuss M, Werner P, Barthel H, Nestler U, Christiansen H, Hirsch FW, et al. Integrated PET/MRI for planning navigated biopsies in pediatric brain tumors. Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery. 2014;30(8):1399-403

20. Terashima K, Chow K, Jones J, Ahern C, Jo E, Ellezam B, et al. Long-term outcome of centrally located low-grade glioma in children. Cancer. 2013;119(14):2630-8

21. Nageswara Rao AA, Packer RJ. Advances in the management of low-grade gliomas. Current oncology reports. 2014;16(8):398

22. Merchant TE. Clinical controversies: proton therapy for pediatric tumors. Seminars in radiation oncology. 2013;23(2):97-108

23. Packer RJ, Ater J, Allen J, Phillips P, Geyer R, Nicholson HS, et al. Carboplatin and vincristine chemotherapy for children with newly diagnosed progressive lowgrade gliomas. Journal of neurosurgery. 1997;86(5):747-54

24. Hütt-Cabezas M, Karajannis MA, Zagzag D, Shah S, Horkayne-Szakaly I, Rushing EJ, et al. Activation of mTORC1/mTORC2 signaling in pediatric low-grade glioma and pilocytic astrocytoma reveals mTOR as a therapeutic target. Neurooncology. 2013;15(12):1604-14

25. Krueger DA, Care MM, Agricola K, Tudor C, Mays M, Franz DN. Everolimus long-term safety and efficacy in subependymal giant cell astrocytoma. Neurology. 2013;80(6):574-80

26. Walker DA, Liu J, Kieran M, Jabado N, Picton S, Packer R, et al. A multidisciplinary consensus statement concerning surgical approaches to low-grade, highgrade astrocytomas and diffuse intrinsic pontine gliomas in childhood (CPN Paris 2011) using the Delphi method. Neuro-oncology. 2013;15(4):462-8

27. Avery RA, Hwang EI, Ishikawa H, Acosta MT, Hutcheson KA, Santos D, et al. Handheld optical coherence tomography during sedation in young children with optic pathway gliomas. JAMA ophthalmology. 2014;132(3):265-71

28. Fisher MJ, Loguidice M, Gutmann DH, Listernick R, Ferner RE, Ullrich NJ, et al. Visual outcomes in children with neurofibromatosis type 1-associated optic pathway glioma following chemotherapy: a multicenter retrospective analysis. Neurooncology. 2012;14(6):790-7. 47

29. Hwang EI, Jakacki RI, Fisher MJ, Kilburn LB, Horn M, Vezina G, et al. Longterm efficacy and toxicity of bevacizumab-based therapy in children with recurrent low-grade gliomas. Pediatric blood & cancer. 2013;60(5):776-82

30. Avery RA, Hwang EI, Jakacki RI, Packer RJ. Marked recovery of vision in children with optic pathway gliomas treated with bevacizumab. JAMA ophthalmology. 2014;132(1):111-4

31. Epstein FJ, Farmer JP. Brain-stem glioma growth patterns. Journal of neurosurgery. 1993;78(3):408-12

32. Buczkowicz P, Hoeman C, Rakopoulos P, Pajovic S, Letourneau L, Dzamba M, et al. Genomic analysis of diffuse intrinsic pontine gliomas identifies three molecular subgroups and recurrent activating ACVR1 mutations. Nature genetics. 2014;46(5):451-6

33. Fontebasso AM, Papillon-Cavanagh S, Schwartzentruber J, Nikbakht H, Gerges N, Fiset PO, et al. Recurrent somatic mutations in ACVR1 in pediatric midline high-grade astrocytoma. 2014;46(5):462-6

34. Taylor KR, Mackay A, Truffaux N, Butterfield Y, Morozova O, Philippe C, et al. Recurrent activating ACVR1 mutations in diffuse intrinsic pontine glioma. Nature genetics. 2014;46(5):457-61

35. Wu G, Diaz AK, Paugh BS, Rankin SL, Ju B, Li Y, et al. The genomic landscape of diffuse intrinsic pontine glioma and pediatric non-brainstem high-grade glioma. Nature genetics. 2014;46(5):444-50.

36. Zadeh G, Aldape K. ACVR1 mutations and the genomic landscape of pediatric diffuse glioma. Nature genetics. 2014;46(5):421-2

37. Schwartzentruber J, Korshunov A, Liu X, Jones D, Pfaff E, Jacob K, et al. Driver mutations in histone H3.3 and chromatin remodeling genes in pediatric glioblastoma. Nature. 2012;482:226-31

38. Dasgupta T, Haas-Kogan DA. The combination of novel targeted molecular agents and radiation in the treatment of pediatric gliomas. Frontiers in oncology. 2013;3:110

39. Wisoff JH, Boyett JM, Berger MS, Brant C, Li H, Yates AJ, et al. Current neurosurgical management and the impact of the extent of resection in the treatment of malignant gliomas of childhood: a report of the Children's Cancer Group trial no. CCG-945. Journal of neurosurgery. 1998;89(1):52-9

40. Hummel TR, Chow LM, Fouladi M, Franz D. Pharmacotherapeutic management of pediatric gliomas : current and upcoming strategies. Paediatric drugs. 2013;15(1):29-42

41. Friedman GK, Raborn J, Kelly VM, Cassady KA, Markert JM, Gillespie GY. Pediatric glioma stem cells: biologic strategies for oncolytic HSV virotherapy. Frontiers in oncology. 2013;3:28

42. Raghunathan A, Wani K, Armstrong TS, Vera-Bolanos E, Fouladi M, Gilbertson R, et al. Histological predictors of outcome in ependymoma are dependent 48 on anatomic site within the central nervous system. Brain pathology (Zurich, Switzerland). 2013;23(5):584-94

43. Wani K, Armstrong TS, Vera-Bolanos E, Raghunathan A, Ellison D, Gilbertson R, et al. A prognostic gene expression signature in infratentorial ependymoma. Acta neuropathologica. 2012;123(5):727-38

44. Mack SC, Witt H, Piro RM, Gu L, Zuyderduyn S, Stütz AM, et al. Epigenomic alterations define lethal CIMP-positive ependymomas of infancy. Nature. 2014;506(7489):445-50

45. Cage TA, Clark AJ, Aranda D, Gupta N, Sun PP, Parsa AT, et al. A systematic review of treatment outcomes in pediatric patients with intracranial ependymomas. Journal of neurosurgery Pediatrics. 2013;11(6):673-81

46. Merchant TE, Mulhern RK, Krasin MJ, Kun LE, Williams T, Li C, et al. Preliminary results from a phase II trial of conformal radiation therapy and evaluation of radiation-related CNS effects for pediatric patients with localized ependymoma. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2004;22(15):3156-62

47. Wells EM, Packer RJ. Pediatric brain tumors. Continuum (Minneapolis, Minn). 2015;21(2 Neuro-oncology):373-96

48. Cecen E, Gunes D, Mutafoglu K, Sarialioglu F, Olgun N. The time to diagnosis in childhood lymphomas and other solid tumors. Pediatric blood & cancer. 2011;57(3):392-7

49. Qaddoumi I, Sultan I, Gajjar A. Outcome and prognostic features in pediatric gliomas: a review of 6212 cases from the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. Cancer. 2009;115(24):5761-70

50. Pfister S, Witt O. Pediatric gliomas. Recent results in cancer research Fortschritte der Krebsforschung Progres dans les recherches sur le cancer. 2009;171:67-81

51. Johnson KJ, Cullen J, Barnholtz-Sloan JS, Ostrom QT, Langer CE, Turner MC, et al. Childhood brain tumor epidemiology: a brain tumor epidemiology consortium review. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. 2014;23(12):2716-36

52. Wilne S, Collier J, Kennedy C, Koller K, Grundy R, Walker D. Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. The lancet oncology. 2007;8(8):685-95

53. Wilne S, Collier J, Kennedy C, Koller K, Grundy R, Walker D. Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Oncology. 2007;8(8):685-95

54. Wolff JE, Driever PH, Erdlenbruch B, Kortmann RD, Rutkowski S, Pietsch T, et al. Intensive chemotherapy improves survival in pediatric high-grade glioma after gross total resection: results of the HIT-GBM-C protocol. Cancer. 2010;116(3):705- 12. 49

55. Finlay JL, Boyett JM, Yates AJ, Wisoff JH, Milstein JM, Geyer JR, et al. Randomized phase III trial in childhood high-grade astrocytoma comparing vincristine, lomustine, and prednisone with the eight-drugs-in-1-day regimen. Childrens Cancer Group. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 1995;13(1):112-23

56. Hyder DJ, Sung L, Pollack IF, Gilles FH, Yates AJ, Davis RL, et al. Anaplastic mixed gliomas and anaplastic oligodendroglioma in children: results from the CCG 945 experience. Journal of neuro-oncology. 2007;83(1):1-8

57. Sposto R, Ertel IJ, Jenkin RD, Boesel CP, Venes JL, Ortega JA, et al. The effectiveness of chemotherapy for treatment of high grade astrocytoma in children: results of a randomized trial. A report from the Childrens Cancer Study Group. Journal of neuro-oncology. 1989;7(2):165-77

58. Wolff JE, Gnekow AK, Kortmann RD, Pietsch T, Urban C, Graf N, et al. Preradiation chemotherapy for pediatric patients with high-grade glioma. Cancer. 2002;94(1):264-71

59. Macedoni-Luksic M, Jereb B, Todorovski L. Long-term sequelae in children treated for brain tumors: impairments, disability, and handicap. Pediatric hematology and oncology. 2003;20(2):89-101

TABLOLAR

Tablo 4. Hastaların başvuru anındaki semptom ve belirtileri

Semptom ve belirtiler	**N = 77 (%)**
Baş ağrısı	61 (42,4)
Kusma	51 (35,4)
Baş dönmesi	13 (9,0)
Ataksi	23 (16,0)
Görme bozukluğu	25 (17,4)
Nörolojik defisit	28 (19,4)
Nöbet	24 (16,7)
Hormonal bozukluk	2 (1,4)

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS59

PEDİATRİK ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARINDA ETKEN OLAN ENTEROBACTERIACEAE AİLESİ ÜYELERİNDE GSBL VE KARBAPENEMAZ ÜRETİM SIKLIĞININ VE ENZİM TİPLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE KLİNİK YANSIMASI

Ayşe Tuba GÜRLEN ALTOK[1] , Bilge ALDEMIR KOÇABAŞ[2], Meral Dilara ÖĞÜNÇ[3]

[1]Çiğli Eah, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Antalya Eah, Antalya Eah, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon, Antalya, Türkiye
[3]Akdeniz Üniversitesi, Tıbbı Mikrobiyoloji, Antalya, Türkiye

GİRİŞ

Çocukluk çağında üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) yaygın ve önemli bir klinik problemdir(1). Escherichia coli, ÜSE' nun en yaygın bakteriyel etkenidir. Diğer gram-negatif bakteriyel patojenler Klebsiella, Proteus, Enterobacter ve Citrobacter türleri yer alır (2). Çoklu ilaca dirençli (ÇİD) Gram-negatif bakteriler dünya çapında artan bir sorundur(3).

Çocuklarda β-laktamaz (GSBL) üreten ve üretmeyen E. coli suşları ile oluşan ÜSE' larında klinik bulgular karşılaştırıldığında; GSBL üreten suşlarla oluşan enfeksiyonların başvuru öncesinde daha uzun ateş süresi, uzamış hastanede kalış süresi ve erken tedavi başarısızlığı ile sonuçlandığı bulunmuştur (4). GSBL üreten mikroorganizmalar ile oluşan üriner sistem enfeksiyonunun, daha yüksek nüks oranı nedeniyle daha fazla dikkat gerektirdiği belirtilmiştir (5). Türkiye'de pediatrik hastalarda GSBL üreten toplum kaynaklı üriner sistem enfeksiyonlarında risk faktörlerini araştıran bir çalışmada E. coli suşlarının % 41,4'ünün Klebsiella suşlarının ise %53,2'sinin GSBL ürettiği belirlenmiştir (6).

Karbapenem grubu antibiyotikler, birçok gram-negatif patojende bulunan kromozomal sefalosporinazlara ve genişlemiş spektrumlu beta-laktamazlara karşı etkinliğini sürdürmeleri açısından önemli bir antibiyotik grubudur. Karbapenem hidrolize edici beta-laktamazın ortaya çıkması, bu antibiyotik sınıfının klinikte kullanımını ve dolayısıyla tedavi seçeneklerini sınırlamaktadır. Antibiyotik direnç mekanizmalarını anlamak, etkili ampirik antibiyotik seçimine yardımcı olur ve tedavi başarısızlığını azaltır. Etkin olmayan ampirik antibiyotik tedavisi sadece artmış morbiditeye katkıda bulunmaz, aynı zamanda uzun süreli antibiyotik tedavisi, tekrarlayan poliklinik başvurularını ve hastane yatışları nedeniyle artan maliyetlere de katkıda bulunabilir (2).

Bu çalışmada pediatrik üriner sistem enfeksiyonlarında etken olan Enterobacteriaceae ailesi üyelerinde GSBL ve karbapenemaz üretim sıklığının ve enzim tiplerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniğinden ve/veya Kliniğinden 2017-2018 yılları arasında ÜSE şüphesi nedeniyle idrar kültürü istenmiş hastalardan izole edilen Enterobactericeae suşları çalışmaya alınmıştır. Bu izolatlarda GSBL ve karbapenemaz enzim üretimi varlığı değerlendirildi. Aynı zamanda GSBL pozitif olan hastaların klinik özellikleri (ateş, dizüri, pollaküri, karın ağrısı, tam idrar tetkikinde piyüri ve lökosit esteraz pozitifliği, akut faz reaktanlarında artış), kullanılan tedavi yöntemleri hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı.

Enterobactericeae izolatlarında GSBL tayini için, ilk olarak fenotipik test kombine disk yöntemi uygulanarak GSBL üretimine bakıldı. GSBL pozitif çıkan izolatların konvansiyonel Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile genotipi araştırıldı.

Tanımlayıcı istatistikler n (%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Normallik varsayımının analizinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Enterobacteriaceae şusları izole edilmiş 268 idrar örneği çalışmaya alınmıştır. Bu izolatlarda GSBL ve karbapenemaz enzim üretimi araştırılmıştır. GSBL pozitif olan hastaların klinik ve laboratuvar bilgileri hastane kayıtlarından retrospektif olarak değerlendirilmiştir. GSBL pozitif 268 örneğin 159'u kontaminasyon olarak değerlendirildi. 159 örneğin ise 41'i kolonizasyon olarak değerlendirilmiştir. GSBL pozitif üremesi olan 109 hastanın kayıtlarından elde edilen klinik ve laboratuvar sonuçları ile üriner sistem enfeksiyonu tanısı doğrulandı. Bu 268 örneğin 197'sinin enzim izolatlarına bakılabildi (kit yetersizliği ve bazı kitlerde üreme olmaması nedeniyle hepsi çalışılamadı). Toplam 197 izolatın 131'i kontaminasyon/kolonizasyon olarak değerlendirdiğimiz gruba aitti. ÜSE kabul edilen 109 hastanın ise 65'inin enzim izolatları çalışılabildi. Geri kalan 44 hasta örneği değerlendirilememiştir. ÜSE grubunda fenotipik disk diffüzyon yönteminde karbapenem direnci olan 2 izolattan yalnızca birinin enzim izolatı çalışılabilmiştir.

ÜSE olan 109 hastanın tedavisi 84 olguda ampirik başlanmış, 25 olguda kültür sonuçları beklenerek kültür antibiyograma göre başlanmıştır. Ampirik tedavi başlanan 84 olgudan; 40'ına oral, 44'üne ise paranteral antibiyotik verilmiştir. Paranteral tedavi başlanan hastaların 30'una ayaktan parenteral, 24'üne hastanede parenteral antibiyotik uygulanmıştır. Başlangıçta 11 hastanın tedavisi parenteral başlanıp oral ile tamamlanmıştır, 7'sinin ise oral başlanıp izlemde parenteral devam edilmiştir.

ÜSE olan hastalarda oral ampirik antibiyotiklerden; en sık (%67,5) sefiksim tercih edilmiş. Hastalara en sık başlanan ampirik paranteral antibiyotiklerd %75 oranında sefalosporin grubu antibiyotiklerdir. Bunu %18,2 ile karbapenem grubu takip etmekteydi.

Tedavide en sık tercih edilen oral antibiyotik sefiksim (%67,5), paranteral antibiyotik ise seftriakson (%68,1) olmuştur. Kültür sonucu çıktıktan sonra ise en sık başlanan antibiyotik karbapenem (%48,4) grubu olmuştur. Antibiyotik tedavisi değişen ve değişmeyen hastaların yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p=0,168). Kültürden sonra antibiyotik tedavisi değişen hastaların tedavi sürelerinin değişmeyen hastalara göre istatistiksel açıdan daha uzun olduğu gözlenmiştir (p<0,001).

ÜSE tanısı almış hastaların GSBL üreten Enterobactericeae izolatlarından (n:109) en sık saptanan etken *E. coli* (n=85, %78), ikinci en sık etken ise *K. pneumoniae* (n=18, %16,5) dır. ÜSE kaynağına göre sınıflandırıldığında; 95 (%87,2)'i toplum kökenli, 14'ü (%12,8) hastane kökenli ÜSE olarak değerlendirilmiştir (Tablo 1.1).

Tablo 1.1. GSBL üreten suşların sıklığı ve kaynağı

	n	%
GSBL üreten suşlar		
Escherichia coli	85	78
Klebsiella pneumoniae	18	16,5
Proteus mirabilis	3	2,8
Enterobacter aerogenes	2	1,8

Enterobacter cloacae	1	0,9
Üriner enfeksiyon kaynağı		
Toplum kökenli	95	87,2
Hastane kökenli	14	12,8

GSBL: Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz

Toplam 268 izolatın 13'ünde (%4,9) fenotipik testler ile karbapenem direnci saptanmıştır. Bunlardan 11'i kontaminasyon olarak değerlendirildiğinden ileri analize tabi tutulmadı. Yalnızca ÜSE etkeni olan izolatlar ele alınırsa fenotipik karbapenem direnci %1,8 (n=2) idi. Bu hastalardan malignite nedeniyle onkoloji servisinde izlenmekte olan ve karbapenem direnci saptanan bir hastada kültür sonucuna göre izole edilen etken *Klebsiella pneumoniae* olup meropenem tedavisi başlanmıştı. Altta yatan hastalığı olmayan diğer hastada ise etken *Enterobacter aerogenes* olup TMP-SMZ başlanmıştı. Her iki hastada da kontrol kültür sterilliği sağlanarak tedavinin 14 güne tamamlandığı görülmüştür. ÜSE etkeni olarak değerlendirilen bu 2 izolatın ancak biri (malignite olan hastaya ait izolat) enzim çalışmasına alınabilmiştir. Karbapenem direnci olup GSBL üreten enterobakteriyel izolatların biri *Enterobacter aerogenes*, diğeri ise *Klebsiella pneumoniae* dır.

Fenotipik olarak saptanan GSBL ve karbapenem dirençli izolatların, PCR ile saptanan enzim türlerinin analiz sonuçları sunulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre, karbapenem direnci olma durumu ile bakteri türü, bla-SHV, bla-TEM ve bla-CTX-M enzimlerinin pozitifliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>0,05). Fenotipik olarak karbapenem direnci pozitif olan 13 izolatın teknik nedenlerle yalnızca 9'una enzim çalışması yapılabilmiştir. GSBL üreten 268 izolatın 197'sine enzim çalışılabilmiştir. Bu izolatlardan 149 (%75,6)'unda CTX-M, 101 (%52,2)'inde TEM, 8 (%4)'inde SHV geni tespit edilmiştir. İzolatlardan 84'ünde TEM + CTX-M, 2'sinde SHV+CTX-M, 1'inde SHV+TEM+CTX-M, 1'inde TEM+IMP geni beraber bulunmuştur. İzolatlardan 63'ünde CTX-M, 18'inde TEM, 5'inde ise SHV geni tek başına bulunmuştur. CTX-M pozitif izolatların çoğu *E. coli* (n=105, %73,5), SHV pozitif izolatların ise çoğunluğu (n=6 %75)'i Klebsiella idi. (Tablo 4,19.).

İzolatlardan en sık CTX-M+TEM enzimi beraberliği saptanmıştır. Çalışılmış olan izolarlardan en sık CTX-M geni pozitif bulunmuş, bunu TEM geni takip etmiştir. Ancak sıklıkla bu iki gen başka genlerle beraber bulunmuştur. En sık tek olan enzim geni ise SHV olmuştur.

Merkezimizde özellikle ilk ÜSE'da parenteral tedavide öncelikle sefalosporin kullanımı yaygındır. GSBL pozitif olmasına rağmen sefalosporin başlanan hastaların (n=24) %43'ünde klinik ve laboratuvar yanıt olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle tedavilerine aynı şekilde devam edilmiştir. Bu olguların 18'inde enzim çalışılabilmiştir. Enzim çalışılan izolatlardan 10'unda (%55,5) CTX-M+TEM birlikteliği, 5'inde (%27,8) CTX-M, 3'ünde (%16,7) TEM enzimi saptanmıştır.

Başlangıçta ampirik olarak sefalosporin başlanan 15 hastanın tedavisi kültür antibiyograma göre karbapenem ile değiştirilmiştir. Bu hastalardan elde edilmiş izolatların sadece 10 tanesinde enzim çalışılabilmiştir. Enzim çalışılan izolatların 6'sında (%60) CTX-M, 3'ünde (%30) CTX-M+TEM, 1'inde (%10) CTX-M+TEM+SHV birlikteliği saptanmıştır.

Tablo 1.2. İzolatlarda saptanan enzim türlerine göre bakteri dağılımı

	Toplam		**E.coli**		**Klebsiella**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
bla-IMP						
Negatif	196	99,5	143	100	53	98,1
Pozitif	1	0,5	0	0	1	1,9

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

bla-VIM						
Negatif	197	100	143	100	54	100
Pozitif	0	0	0	0	0	0
bla-OXA48						
Negatif	197	100	143	100	54	100
Pozitif	0	0	0	0	0	0
bla-NDM						
Negatif	197	100	143	100	54	100
Pozitif	0	0	0	0	0	0
bla-KPC						
Negatif	197	100	143	100	54	100
Pozitif	0	0	0	0	0	0
bla-SHV						
Negatif	189	95,9	141	98,6	48	88,9
Pozitif	8	4,1	2	1,4	6	11,1
bla-TEM						
Negatif	94	47,7	83	58	11	24,1
Pozitif	103	52,3	60	42	43	75,9
bla-CTXM						
Negatif	48	24,4	38	26,5	13	24,1
Pozitif	149	75,6	105	73,5	41	75,9

TARTIŞMA

Son yıllarda tüm dünyada enterik gram negatif mikroorganizmalarda GSBL ve karbapenemaz insidansında artış olması, bu enfeksiyonların tedavisinde güçlüklere, morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır. Ülkelerin, bölgelerin ve hatta hastanelerin kendi mikrobiyal direnç oranlarını güncel tutmaları, bu güçlüklerin önüne geçecek önlemler ve tedavi stratejilerinin uygulanmasını mümkün kılacaktır. Buradan yola çıkılarak, çalışmamızda hastanemizde çocuklardaki ÜSE'larında son bir yıldaki karbapenem direnç oranlarımızı belirlemek ve fenotip-genotip ilişkisinin klinik sonuçlara yansımasını gözönüne alarak, bundan sonraki tedavi protokollerinin şekillenmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır. Mevcut veriler ışığında ülkemizde ÜSE etkenlerinin GSBL üretimi ve karbapenem direnci konusunda bundan sonra yapılacak çok merkezli prospektif çalışmalara ışık tutuması beklenmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ÜSE'larında en sık saptanan üropatjenler *E. coli* ve *K. pneumoniae* olup çalışmamızda da elde edilen izolatların %78'ini *E. coli* oluşturmakta idi. Dünyanın birçok yerinde *E. coli* ve Klebsiella izolatlarında GSBL üretme oranı %10-40 iken, ülkemizde ise %11-86,6 arasında değişmektedir (7). GSBL direncinin bakteriler arasında aktarılmasını sağlayan büyük plazmidler diğer antibiyotik grupları için de direnç genleri taşıyabilirler (8). GSBL pozitif patojenlerin neden olduğu enfeksiyonlarda mortalite oranı ve komplikasyon gelişme riski fazladır. Özellikle uygun olmayan antibiyotik tedavisi, tedavi başarısızlığı ve mortalite artışının nedenlerindendir. Tedavi yaklaşımı bu nedenlerden dolayı oldukça önem arz etmektedir (9).

GSBL pozitif bakteriler ile gelişen enfeksiyonlarda antibiyotik seçenekleri oldukça azdır. Ayrıca GSBL pozitif izolatlar yüksek oranda florokinolon veya aminoglikozidler gibi diğer antibiyotiklere de direnç gösterir (9). GSBL pozitif patojenlerle gelişen ciddi enfeksiyonlarda etkinliği kanıtlanmış tek ajan karbapenem ailesidir (imipenem, meropenem, doripenem, ertapenem) (10,11). Çok merkezli, prospektif bir kohort çalışmasında *K. pneumoniae* bakteriyemisi olan 85 hasta değerlendirilmiştir. Bu çalışmada tüm örneklerin meropenem veya imipeneme duyarlı olduğu, %71'inin gentamisine, %47'sinin piperasilin-tazobaktama, %20'sinin siprofloksasine dirençli olduğu, bakteriyeminin ilk 5 günlük döneminde karbapenem kullanımının düşük mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (12).

GSBL pozitif olmasına rağmen sefalosporin başlanan hastaların (n=24) %43'ünde klinik ve laboratuvar yanıt olduğu gözlenmiştir. GSBL üretimi olmasına rağmen 3. kuşak sefalosporin ile 72. saat klinik ve laboratuvar düzelmesinin olması dikkat çekicidir. Bu hastalar değerlendirildiğinde daha önceden antibiyotik kullanımı olmayan ve ilk ÜSE tanısı alan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle de hastaların kültür antibiyogram sonucuna göre tedavi değişikliğine gidilmemiştir. Ancak GSBL pozitif enfeksiyonlarda sefalosporinlerin inokülüm etkisi gözönünde bulundurulmalı ve laboratuvar ve klinik yanıt yakın gözlenmelidir. Ayrıca sepsis bulgularının olduğu hastaların yönetimi de agresif tedavi gerektirdiğinden sepsis bulgusu olan ağır ve komplike ÜSE'larının ampirik tedavisinde karbapenem öncelikli seçenek olmalıdır. Çalışmamız bu açıdan GSBL pozitif ÜSE'larında sefalosporin ve karbapenemlerin in-vitro/in-vivo duyarlılık ve etkinliğinin değerlendirileceği prospektif çalışmaların planlanmasına ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur.

Son yıllarda sağlıklı bireylerin fekal floralarında GSBL taşıyıcılığı rapor edilmektedir. İspanya'dan yapılan bir çalışmada 1991-2003 yılları arasında toplum kökenli taşıyıcılık %1'den %5'e yükseldiği bildirilmiş, diğer çalışmalarda oran %7,5-11,3 arasında rapor edilmiştir. Ülkemizde bir çalışmada fekal GSBL taşıyıcılığı %18,7 bulunmuştur (13). Hong Kong' da yapılan bir çalışma sağlık risk faktörleri olmayan bir popülasyonun bağırsak florasında CTX-M GSBL grubunun yüksek prevalansı gösterilmiştir. Bu sonuç, küçük çocukların ve hane halkı üyelerinin toplumda GSBL rezervuarı olarak önemini vurgulamaktadır (14). Çalışmamızda GSBL izole edilen 268 idrar örneğinin 159'u kontaminasyon olarak değerlendirilmiş olup barsak florasından kaynaklandığı düşünülürse; fekal GSBL taşıyıcılığı %59 olarak tahmin edilebilir. Bu oran diğer çalışmalardan yüksek olup kontaminasyon grubu olgularına ait veriler değerlendirilmediğinden risk faktörleri (antibiyotik kullanımı, kateterizasyon, yoğunbakım/hastane yatışı vb) ortaya konulamamıştır. Bu nedenle GSBL pozitif Enterobactericea taşıyıcılığı ve kolonizasyonu için iyi standardize edilmiş radomize-kontrollü bir çalışma ile bölgesel verilerimizin elde edileceği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Toplum kökenli GSBL ve karbapenem direncinin yayılmasında taşıyıcılık ve kolonizasyonun önemli olduğu, seyahat gibi nedenlerle de bölgeler arası yayılımın gerçekleşebilmesi bakımından enfeksiyon kontrolü anlamında çok önemlidir.

GSBL üretimi ve karbapenem direnci Enterobactericea'lar için önemli bir sorundur. Teksas çocuk hastanesinde 2012 yılında yapılan bir çalışmada TEM, SHV ve CTX-M'ye özgü primerlerin kullanıldığı moleküler karakterizasyon, CTX-M tipi GSBL'lerin pediatrik izolatlar arasında en yaygın GSBL olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada GSBL üreten izolatların %74 oranında CTX-M geni pozitif olduğu tespit edilmiştir. CTX-M enzimi üreten GSBL'lerde karbapenem direncinin daha sık geliştiği ve kolay yayıldığı bazı çalışmalarla gösterilmiştir. Bunun nedeni olarak da; CTX-M GSBL'ların TEM ve SHV'den farklı olarak, diğer bakterilerden plazmid veya transpozon aracılı horizontal gen transferi ile oluşması gerekçe olarak sunulmaktadır (15-17).

Gram negatiflerde kombine direnç mekanizmaları ve çok sayıda β-laktamaz varlığı bildirilmiştir (18). Bu da karbapenem direnç düzeylerinin klinik olarak önemli düzeylere çıkabilme riskini beraberinde getirmektedir. Bizim çalışmamızda 268 GSBL üreten izolattan yalnızca 197'sinin enzim tipleri incelenmiştir.

Bunlardan CTX-M enzimi %75,6 oranında en sık saptanan enzim iken bunu ikinci sıklıkta %52,2 ile TEM enzimi izlemiştir. CTX-M enziminin çoğu (%73,5) ve TEM enziminin %42'si *E. coli* izolatında saptanmış iken SHV enzimi ise çoğunlukla (%75) Klebsiella izolatlarında saptanmıştır. Çalışmamız literatür bilgisi ile benzer şekilde SHV enziminin daha fazla Klebsiella suşlarında olduğunu ortaya koyması bakımından önemlidir (19). İzolatların %42,6'sında saptanan CTX-M+TEM kombinasyonu en sık enzim birlikteliği olarak tespit edilmiştir. Literatürde yapılmış çalışmalarda da CTX-M enziminin en sık TEM ile birlikteliği bildirilmiştir (20–22) Birden fazla GSBL enzim pozitifliklerinin klinik ve laboratuvar yanıtlarına etkisi konusunda çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızda ampirik tedavisi 72. saatte klinik ve mikrobiyolojik yanıt nedeniyle değiştirilmeyen sefalosporin ile tedavi edilen hastalara kıyasla tedavisi karbapeneme değiştirilen hastalarda CTX-M enziminin daha yüksek oranda tekli pozitif olduğu görülse de sayıların az olması nedeniyle istatistiksel ilişki gösterilememiştir. Çalışma sonuçlarımız, CTX-M enziminin diğer GSBL enzimleri ile birlikteliğinin tekli CTX-M pozitifliğinden daha fazla sefalosporin yanıtına neden olduğunu düşündürse de bu görüşü destekleyecek daha fazla sayıda prospektif çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

ÜSE'larında izole eden etkenlerin GSBL üretiminde yıllar içerisinde artış olması ampirik tedavide karbapenemlerin kullanımında artışa neden olmuş ve böylece karbapenem direncini de beraberinde getirmiştir. Ülkemizde UHESA verilerine göre 2016 yılında sağlık hizmet ilişkili ÜSE'larında etken olan klebsiella izolatlarında meropenem direnci %33,3 ve E. coli izolatlarında ise %11,3 saptanmıştır (25). Karbapenamaz üreten Enterobacteriacea'lar hemen tüm beta-laktamlara direnç gelişimine neden olabilmeleri ve plazmidlerle transfer edilebilmeleri nedeniyle önemlidirler. "SMART" adı verilen ve 55 ülkeden 217 laboratuvarın katıldığı bir global sürveyans çalışmasında Türkiye'de 2008-2014 yılları arasında ÜSE'larında izole edilen 100 izolatın 94'ünde OXA-48, beşinde NDM, dördünde VM enzimi saptanmıştır. KPC enzimi en sık Yunanistan ve İtalya'dan gönderilen izolatlarda saptanmıştır (23). Bir başka çok merkezli uluslararası çalışmada Türkiye'den izole edilen 124 karbapenem dirençli *K. pneumoniae* izolatının %79'unda OXA-48, %7,3'ünde NDM, %4'ünde VIM pozitif; 22 *E. coli* izolatında %86,4 OXA-48, %4,5 NDM enzimi saptanmıştır (24). Bizim çalışmamızda ÜSE'da fenotipik karbapenem direnci %1,2 olup enzim tayininde bu oran %0,9 gibi düşük oranda bulunmuştur. ÜSE için en sık etken olan *E. coli* suşlarımızın hiçbirisinde karbapenemaz geni saptanmamıştır. IMP saptanan suş Klebsiella olup direnç enzimlerinin klebsiellada daha fazla olduğu bilgisini desteklemekteydi.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından ilki; randomize-kontrollü bir çalışma olmayıp ve GSBL üretimi olmayan izolatlar çalışmaya dahil edilmemiştir. İkincisi; yalnızca bir yıllık izolatların değerlendirilmiş olması nedeniyle yıllara göre GSBL ve karbapenem direnci sıklığı belirlenememiştir. Çalışmada ÜSE olgularının klinik-labortauvar verileri ve tedavileri retrospektif olarak kayıtlardan elde edilmiştir, bu nedenle detaylı veriye ulaşmada güçlükler yaşanmıştır. Kontaminasyon grubunun klinik bilgileri değerlendirilmediğinden GSBL pozitif kültür sonuçları fekal kontaminasyon olarak düşünülmüş ve taşıyıcılığa atfedilmiştir ancak kesin sonucu yansıtmayabilir. Çalışmanın prospektif randomize kontrollü grupta çalışılmamış olması fenotip/genotip ilişkisinin ve in vitro-in vivo duyarlılık ve tedavi yanıtının değerlendirilmesini güç kılmıştır. Ancak yine de sonuçlardan çıkarımlar yapılmış ve bu çıkarımların ileride planlanacak çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

SONUÇ

Çocuklarda GSBL üreten ve karbapenem dirençli *E. coli'* nin neden olduğu ÜSE sıklığı artmaktadır ve bu ortaya çıkan sorun çocuklarda ÜSE tedavisinde antibiyotik kullanımını zorlaştırmaktadır. Tedavi seçeneklerini neredeyse sıfıra indiren karbapenemaz enzimlerinin varlıklarının ve tiplerinin yerel ve ülke düzeyinde bilinmesi akılcı antibiyotik kullanımımıza katkıda bulunacağı açıktır. Yeterli enfeksiyon kontrolü, dirençli bakterilerin hızlı tespiti ve antibiyotik sorumluluğu, GSBL üreten bakterilerin yayılmasının durdurulması açısından önemlidir. Çocuklarda GSBL üreticilerinin neden olduğu toplum temelli ÜSE'lerin tedavisinde klinisyenlere rehberlik etmek için daha ileri klinik araştırmalara ihtiyaç vardır. ÜSE tedavisinde hastaların risk faktörlerinin ve kolonizasyon durumlarının bilinmesi, epidemiyolojik ve lokal direnç oranlarının gözönünde bulundurulması ampirik antibiyotik seçiminde yol gösterici olmalıdır. Belli aralıklarla bölgesel enfeksiyon etkenleri ve antibiyotik dirençlerinin gözden geçirilmesi ve uygunsuz antibiyotik kullanımının önüne geçilmesi ile tedavide başarı şansı artacak ve antibiyotik direnç hızının azaltılması mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimler: Çocuk, enzim izolatları, GSBL, Karbapenem, üriner sistem enfeksiyonu

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

KAYNAKLAR

1. Freedman andrew L, Project UD in A. Urologıc dıseases ın north amerıca project: trends ın resource utılızatıon for urınary tract ınfectıons ın chıldren. J Urol. 2005;173(3):949–54
2. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL. Antibiotic Resistance Patterns of Outpatient Pediatric Urinary Tract Infections. J Urol. 2013;190(1):222–7.
3. Lukac PJ, Bonomo RA, Logan LK. Extended-Spectrum -Lactamase-Producing Enterobacteriaceae in Children: Old Foe, Emerging Threat. Clin Infect Dis. 2015 Jan;60(9):1389–97.
4. Fan N-C, Chen H-H, Chen C-L, Ou L-S, Lin T-Y, Tsai M-H, et al. Rise of community-onset urinary tract infection caused by extended-spectrum β-lactamase-producing Escherichia coli in children. J Microbiol Immunol Infect. 2014;47(5):399–405.
5. Park SY, Kim JH. Clinical Significance of Extended-spectrum β-lactamase-producing Bacteria in First Pediatric Febrile Urinary Tract Infections and Differences between Age Groups. Child Kidney Dis. 2017;21(2):128–35.
6. Kizilca O, Siraneci R, Yilmaz A, Hatipoglu N, Ozturk E, Kiyak A, et al. Risk factors for community-acquired urinary tract infection caused by ESBL-producing bacteria in children. Pediatr Int. 2012;54(6):858–62.
7. Köse Ş. Çoklu ilaç dirençli gram negatif bakteri infeksiyonları, epidemiyoloji ve tanı. Hastan İnfeksiyonları Derg. 2013;17(1):89–93.
8. Topal Y. Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu: güncel veriler eşliğinde bir değerlendirme. Ortadoğu Tıp Derg. 2018;10:26–33.
9. Hoberman A, Charron M, Hickey RW, Baskin M, Kearney DH, Wald ER. Imaging Studies after a First Febrile Urinary Tract Infection in Young Children. N Engl J Med. 2003;348(3):195–202.
10. Pitout JD, Laupland KB. Extended-spectrum β-lactamase-producing Enterobacteriaceae: an emerging public-health concern. Lancet Infect Dis. 2008;8(3):159–66.
11. Aykan ŞB, Çiftçi İH. Türkiye'de İdrar Kültürlerinden İzole Edilen Escherichia coli Suşlarının Antibiyotiklere Direnç Durumu: Bir Meta-Analiz. Mikrobiyol Bul. 2013;47:603–18.
12. Taşbakan M, Pullukçu H, Sipahi O, et al. A pooled analysis of the resistance patterns of Escherichia coli strains isolated from urine cultures in Turkey: a comparison of the periods 1997-2001 and 2002-2007. Turk J Med Sci. 2011;41:55764.
13. Lo WU, Ho PL, Chow KH, Lai EL, Yeung F, Chiu SS. Fecal carriage of CTXM type extended- spectrum beta-lactamase-producing organisms by children and their household contacts. J Infect. 2010.
14. Erdoğan Ö, Öner A. Çocukluk çağı idrar yolu enfeksiyonları. T Klin Ped. 2002;(11):221–35
15. Toltzis P, Blumer J. In Feigin and Cherry's of Textbook of Pediatric Infectious Disease, 7th.ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. Antibiot Resist. 2014;3137–59.
16. Chrstens JC, Korgenski EK, Relich RF. Long SS, Prober CG, Fischer M. Antimicrobial susceptibility Testing. In principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases 5th.ed. Philadelphia: Elsevier. 2018;1427–35.
17. Pitout JD, Laupland KB. Extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae: an emerging public-health concern.Lancet Infect Dis. 2008;8(3):159-66.
18. Miriagou V, Cornaglia G, Edelstein M, Galani I, Giske CG, Gniadkowski M, et al. Acquired carbapenemases in Gram-negative bacterial pathogens: Detection and surveillance issues. Vol. 16, Clinical Microbiology and Infection. Blackwell Publishing Ltd; 2010. p. 112–22.
19. Yezli S, Shibl AM, Memish ZA. The molecular basis of β-lactamase production in Gram-negative bacteria from Saudi Arabia. J Med Microbiol. 2015;64(Pt 2):127–36.
20. Wollheim C, Guerra IMF, Conte VD, Hofman SP, Schreiner FJ, Delamare APL, et al. Nosocomial and community infections due to class A extended-spectrum β-lactamase (ESBlA)-producing Escherichia coli and Klebsiella spp. in southern Brazil. Brazilian J Infect Dis. 2011;15(2):138–43.
21. Shahid M, Sobia F, Singh A, Khan HM. Concurrent occurrence of blaampC families and blaCTX-M genogroups and association with mobile genetic elements ISEcp1, IS26, ISCR1, and sul1-type class 1 integrons in Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae isolates originating from India. J Clin Microbiol. 2012;50(5):1779–82.
22. Shahid M, Singh A, Sobia F, Rashid M, Malik A, Shukla I, et al. Bla CTX-M , bla TEM , and bla SHV in Enterobacteriaceae from North-Indian tertiary hospital: High occurrence of combination genes. Asian Pac J Trop Med. 2011;4(2):101–5.
23. Cantón R, Novais A, et.al.Prevalence and spread of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in Europe. Clin Microbiol Infect. 2008;14(1):144-5.
24. Grundmann H, Glasner C, Albiger B, Aanensen DM, Tomlinson CT, Andrasević AT, et al. Occurrence of carbapenemase-producing Klebsiella pneumoniae and Escherichia coli in the European survey of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (EuSCAPE): a prospective, multinational study. Lancet Infect Dis. 2017;17(2):153–63.
25. UHESA Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Surveyans Ağı Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Dağılımı.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS60

ADENOVİRÜS ENFEKSİYONU NEDENİYLE HASTANEYE YATIRILAN PEDİATRİK OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif BÖNCÜOĞLU[1], **Sinem ÖZGÜR**[2], Özlem ÖZDEMİR BALCI[2], Kamile Ötiken OKTAY[2], Murat ANIL[2]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş

Adenovirüsler, çocukluk çağında önemli morbiditeye yol açan, dünya genelinde yaygın olarak görülen viral patojenlerdir. Klinik spektrumları oldukça geniştir; konjonktivit, farenjit, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, gastroenterit ve hemorajik sistit gibi tablolarla karşımıza çıkabilir. Çoğu zaman kendi kendini sınırlayan bir seyir izlemekle birlikte, özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış çocuklarda ağır ve yaşamı tehdit eden formlara ilerleyebilirler. Bu nedenle adenovirüs enfeksiyonları pediatrik pratikte dikkatle değerlendirilmesi gereken hastalık grubunu oluşturmaktadır.

Adenovirüsler, ikosahedral kapside sahip, çift sarmallı DNA virüsleridir. Günümüzde yedi farklı türe ayrılan ve 100'den fazla genotipi tanımlanmış olan adenovirüsler, antijenik çeşitlilikleri ve genetik özellikleri nedeniyle birbirinden farklı klinik tablolarla ilişkilidir. Serotiplerin belirli organlara tropizm göstermesi, örneğin bazı tiplerin solunum yollarına, bazılarının gastrointestinal sisteme yerleşmesi, klinik tabloların çeşitliliğini artırmaktadır. Virüsün hem solunum hem de gastrointestinal sistemlerden uzun süre saçılabilmesi, mukozal lenfoid dokularda persiste edebilmesi ve çevresel yüzeylerde uzun süre canlı kalabilmesi, adenovirüs enfeksiyonlarının yayılımını kolaylaştıran önemli faktörlerdir. Bu nedenle adenovirüsler yıl boyunca dolaşımda kalabilmekte, hem sporadik olgulara hem de küçük salgınlara yol açabilmektedir. (1,2)

Çocukluk çağında adenovirüsler özellikle solunum yolu enfeksiyonları ve gastroenterit ile ön plana çıkmaktadır. Solunum yolu enfeksiyonları tüm yaş gruplarında görülebilir; ancak alt solunum yolu enfeksiyonu gibi ağır tablolar, özellikle küçük çocuklarda önem taşır. Gastrointestinal form ise özellikle beş yaş altındaki çocuklarda dikkat çeker ve akut gastroenteritin rotavirüs ve norovirüsle birlikte en sık nedenlerinden biridir. Adenovirüs gastroenteritinde dışkıda virüs atılımının haftalarca devam etmesi, hem tanıda güçlük yaratmakta hem de bulaşın uzamasına yol açmaktadır. Bu durum adenovirüs enfeksiyonlarının klinik pratikte yeterince tanınmasının önemini ortaya koymaktadır. (1,2)

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda adenovirüs enfeksiyonlarının klinik seyri, laboratuvar bulguları ve tedavi yaklaşımları farklı bölgelerde değişkenlik göstermiştir. Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bu nedenle adenovirüs enfeksiyonunun hastaneye yatış gerektiren pediatrik olgulardaki özelliklerini ortaya koymak, tanı ve tedaviye yönelik yaklaşımı geliştirmek için önemlidir. Bu çalışmada, adenovirüs enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma retrospektif ve tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. 1 Ağustos 2024 ile 31 Temmuz 2025 tarihleri arasında İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ile Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde adenovirüs enfeksiyonu tanısıyla yatırılarak izlenen pediatrik olgular değerlendirildi.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı
11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Adenovirüs enfeksiyonu dışkı antijen testi veya solunum yolu viral paneli (polimeraz zincir reaksiyonu, PCR) ile doğrulanmış, 1 ay ile 18 yaş arasındaki hastaneye yatış gereksinimi olan olgular çalışmaya dahil edildi.

Hasta dosyaları ve elektronik kayıtlar geriye dönük olarak incelendi. Demografik veriler (yaş, cinsiyet), klinik özellikler (semptomlar, klinik tanı, ateş yüksekliği, yatış süresi), laboratuvar bulguları (tam kan sayımı, CRP düzeyi, kan kültürü sonuçları) ve tedavi yaklaşımları (antibiyotik kullanımı, destek tedavileri, konsültasyon gereksinimi) olgu rapor formlarına kaydedildi.

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 25.0 yazılımı ile yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum–maksimum) değerleriyle, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak özetlendi. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren gruplarda Student's t-testi, normal dağılım göstermeyenlerde Mann–Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Ki-kare veya Fisher'ın kesin testi ile karşılaştırıldı. CRP düzeyi ile antibiyotik kullanımı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 37 hastanın %54,1'i kız (n=20), %45,9'u erkek (n=17) olup, yaş ortalaması 62±40 ay idi. Olguların %59,5'i (n=22) beş yaş altındaydı. Adenovirüs enfeksiyonuna bağlı yatışların mevsimsel dağılımı incelendiğinde, en sık ilkbahar ve yaz aylarında gerçekleştiği görüldü; Temmuz ayında oran %18,9 ile en yüksekti. Tanı, %78,4 oranında solunum paneliyle, %21,6 oranında dışkı antijen testiyle konuldu. Tüm hastalar daha önce sağlıklı çocuklardı.

Başvuru semptomları arasında en sık ateş (%81,1) izlendi. Bunu kusma (%51,4), ishal (%37,8), oral alımda azalma (%27), öksürük (%21,6), konjunktivit (%16,2), boğaz ağrısı (%13,5), kas ağrısı (%5,4), nöbet (%5,4) ve döküntü (%2,7) takip etti. Klinik tanılar incelendiğinde, %43,2'si yalnız üst solunum yolu enfeksiyonu, %24,3'ü yalnız gastroenterit, %16,2'si solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenteritin birlikte olduğu olgular, %16,2'si ise pnömoni olarak değerlendirildi. Median hastanede kalış süresi 4 gün (1–7 gün) idi ve yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Laboratuvar bulguları incelendiğinde, hastaların %91,9'unda (n=34) CRP yüksekliği saptandı; %56,7'sinde (n=21) CRP >50 mg/L idi. Lökositoz %24,3 (n=9) hastada mevcuttu. Kan kültürü alınan olguların %45,9'unda üreme olmazken, %13,5'i cilt florası kontaminasyonu olarak değerlendirildi.

Tedavi yaklaşımlarına bakıldığında, hastaların %67,6'sına (n=25) ampirik antibiyotik başlandığı, bunların %80'inde seftriaksonun tercih edildiği görüldü. CRP düzeyi ile antibiyotik kullanımı arasında orta kuvvette pozitif korelasyon bulundu ($r = 0,498$; $p = 0,002$). Ayrıca olguların %32,4'ünde ateş ve mukokutanöz bulgular nedeniyle Kawasaki hastalığı şüphesiyle kardiyoloji konsültasyonu istenmiş, ancak takiplerinde bu ön tanıdan uzaklaşıldığı belirlendi.

Tartışma

Adenovirüs enfeksiyonları çocukluk çağında sık görülen ve özellikle beş yaş altı çocuklarda belirgin morbiditeye yol açan klinik tablolardır. (2) Çalışmamızda elde edilen verilere göre literatürle uyumlu olarak bu yaş grubunun etkilendiği görülmüştür. Olguların çoğunda ateş, kusma ve ishal gibi non-spesifik bulgular ön planda olup, üst solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenterit en sık tanılar olarak kaydedilmiştir. Bunun yanında hastaların yaklaşık beşte birinde hem gastrointestinal hem de solunum sistemi bulgularının bir arada bulunması, adenovirüsün farklı organ sistemlerini aynı anda tutabilen bir patojen olduğuna işaret etmektedir. Laboratuvar incelemelerinde olguların büyük çoğunluğunda CRP yüksekliği saptanmış ve yarısından fazlasında 50 mg/L'nin üzerinde değerler görülmüştür. Lökositozun da dörtte bir olguda mevcut olması, adenovirüs enfeksiyonlarının iltihabi yanıtı güçlü şekilde tetiklediğini düşündürmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Bu bulgular klinisyenlerin bakteriyel enfeksiyon şüphesiyle hareket etmesine yol açmış, sonuç olarak hastaların üçte ikisine ampirik antibiyotik başlanmıştır.

Antibiyotik kullanımının CRP düzeyi ile anlamlı ve pozitif korelasyon göstermesi, karar sürecinde en belirleyici parametrelerden birinin akut faz reaktanları olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmamızda olguların üçte birinde Kawasaki hastalığı ön tanısıyla kardiyoloji konsültasyonu istenmiş olması, adenovirüs enfeksiyonlarının klinik görünümünün zaman zaman diğer pediatrik sendromlarla karışabileceğini göstermiştir. Tüm bu sonuçlar, adenovirüs enfeksiyonlarının çocuklarda yalnızca sık görülen viral tablolar olmadığını; aynı zamanda tanı, tedavi ve yönetim süreçlerinde güçlükler doğurabilecek karmaşık bir klinik tablo sunduğunu ortaya koymaktadır.

Epidemiyolojik olarak adenovirüsler yıl boyunca görülebilmekle birlikte, birçok çalışmada ilkbahar ve yaz aylarında artış gösterdiği bildirilmiştir. (3,4) Bizim çalışmamızda da yatışların bu dönemlerde yoğunlaşması, bu küresel eğilimle uyumludur. Adenovirüslerin çevresel koşullara dayanıklılığı, virüsün toplu yaşam alanlarında kolayca yayılmasını açıklayan önemli bir faktördür. Bu özellik, yalnızca toplum sağlığı açısından değil, nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi bakımından da klinik öneme sahiptir.

Yaş grupları açısından en sık etkilenenlerin beş yaş altı çocuklar olması, adenovirüsün özellikle bu yaş grubunda ciddi bir morbidite nedeni olduğunu göstermektedir. Gastroenterit formunun küçük çocuklarda sık görülmesi, adenovirüsün rotavirüs ve norovirüs ile birlikte akut gastroenteritin önde gelen nedenlerinden biri olduğunu teyit etmektedir. Ayrıca adenovirüsün dışkıda uzun süre saçılması, hastalığın bulaşıcılığını artırmakta ve enfeksiyon kontrolünü güçleştirmektedir.

Klinik tablo ve laboratuvar bulgularının bakteriyel enfeksiyonlarla benzerlik göstermesi, pediatristler için tanısal zorlukların en başında gelmektedir. CRP yüksekliği ve lökositoz, adenovirüs enfeksiyonu olan olgularda sık gözlenmektedir. Gómez de Oña ve ark., 487 pediatrik olguyu kapsayan çalışmalarında adenovirus pozitif çocukların %88'inde CRP ve %52'sinde prokalsitonin yüksekliği saptamış, bu bulgularla bakteriyel enfeksiyonları taklit edebileceğini ve klinisyenleri yanlış yönlendirebileceğini bildirmiştir. (5) Appenzeller ve ark., 87 adenovirüs olgusunu içeren çalışmalarında medyan CRP düzeyini 49 mg/L olarak bulmuş ve influenza olgularına kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca CRP düzeyleri yaş, ateş süresi ve klinik şiddetten bağımsız olarak artmış, bu durum adenovirüsün güçlü bir inflamatuvar yanıt tetiklediğini ve bakteriyel enfeksiyonları taklit edebildiğini ortaya koymuştur. (6) Adenovirüs enfeksiyonu sırasında laboratuvar bulguları ve klinik belirtilerin non-spesifik olması, antibiyotik kullanımının yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Bu durum yakın dönemde yapılan geniş serilerde de vurgulanmıştır. Buonsenso ve ark., 258 adenovirüs olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında antibiyotik kullanım oranını %61 olarak bildirmiş, yüksek CRP değerleri ve nöbet varlığının antibiyotik reçetelenmesinin en önemli bağımsız belirleyicileri olduğunu göstermiştir. (7) Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak adenovirus enfeksiyonu geçiren çocuklarda yüksek akut faz reaktanı düzeyleri saptanmış olup, bu durum klinisyenleri antibiyotik tedavisi başlamaya itmiştir. Gereksiz antibiyotik kullanımı, hem antibiyotik direncinin artışı hem de sağlık maliyetlerinin yükselmesi açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Özellikle geniş spektrumlu antibiyotiklerin sık tercih edilmesi, dirençli bakterilerin seçilimine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle adenovirüs enfeksiyonlarında hızlı tanı testlerinin kullanımı ve klinisyen farkındalığının artırılması, antibiyotiklerin rasyonel kullanımında önemli rol oynayacaktır.

Dikkat çekici bulgulardan biri, Kawasaki hastalığı şüphesiyle konsültasyon istenen olguların oranıdır. Adenovirüs enfeksiyonları ateş, mukokutanöz bulgular ve konjunktivit gibi semptomlarla Kawasaki hastalığını taklit edebilir. Bu durum literatürde de defalarca vurgulanmış olup, adenovirüs enfeksiyonlarının yanlışlıkla Kawasaki hastalığı tanısı almasına yol açabileceği bildirilmektedir. Barone ve ark., Kawasaki hastalığı ve adenovirüs olgularını karşılaştırdıkları çalışmalarında, Kawasaki hastalığında mukokutanöz bulguların (konjonktivit, çilek dili, perineal soyulma, distal ekstremite değişiklikleri) daha baskın olduğunu, adenovirüs olgularında ise pürülan konjonktivit ve eksudatif farenjitin ön planda bulunduğunu bildirmiştir.



Ayrıca laboratuvar farklılıkları da (yüksek lökosit, eritrosit sedimentasyon hızı, trombosit, ve düşük albümin düzeyleri) ayırımda yardımcı olabileceği; bununla birlikte, pratikte bu iki tablonun benzerliği nedeniyle klinisyenlerin sıkça yanılmakta ve adenovirüs enfeksiyonunu Kawasaki hastalığı ile karıştırılabildiğini vurgulamaktadır. (8) Bu nedenle klinisyenler adenovirüs enfeksiyonlarının geniş klinik spektrumunu göz önünde bulundurmalı ve gereksiz ileri tetkiklerden kaçınmalıdır.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında tek merkezli ve retrospektif tasarım ile küçük örneklem büyüklüğü sayılabilir. Ayrıca adenovirüs tip tayini yapılmamış olması, spesifik genotiplerle klinik şiddet arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini engellemiştir. Uzun dönem izlem verilerinin bulunmaması da adenovirüs enfeksiyonlarının sekel ve komplikasyonlarının analizini sınırlamaktadır. Bununla birlikte çalışmamız, adenovirüs enfeksiyonlarının klinik pratikteki zorluklarını ve yönetimdeki kritik noktaları ortaya koyması açısından değerli bilgiler sağlamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak adenovirüs enfeksiyonları pediatrik yaş grubunda yaygın ve önemli bir morbidite nedenidir. Klinik farkındalığın artırılması, hızlı ve güvenilir tanı testlerinin yaygınlaştırılması ve antibiyotiklerin daha rasyonel kullanılması, adenovirüs enfeksiyonlarının yönetiminde temel hedeflerdir. Gelecekte yapılacak çok merkezli ve prospektif çalışmalar, adenovirüs tip dağılımı, klinik şiddet ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin daha kapsamlı veriler sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Adenovirus, Antibiyotik kullanımı, Çocuk, Gastroenterit, Solunum yolu enfeksiyonu

Kaynaklar:

1) Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Tasker RC, Wilson KM, Schuh AM, Mack CL, editors. Adenoviruses. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p. 2034-2035.
2) Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics, editors. Adenoviruses. In: *Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 33rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2024. p. 222-225.
3) Lynch JP, Kajon AE. Adenovirus: epidemiology, global spread, and clinical features. *Clin Microbiol Rev*. 2016;29(3):571–632
4) Ison MG. Adenovirus infections in transplant recipients. Clin Infect Dis. 2006 Aug 1;43(3):331-9.
5) Gómez de Oña C, Alvarez-Argüelles ME, Rojo-Alba S, Casares H, Arroyo M, Rodríguez J, de Oña M, Melón S. Alterations in biochemical markers in adenovirus infection. Transl Pediatr. 2021 May;10(5):1248-1258.
6) Appenzeller C, Ammann RA, Duppenthaler A, Gorgievski-Hrisoho M, Aebi C. Serum C-reactive protein in children with adenovirus infection. Swiss Med Wkly. 2002 Jun 29;132(25-26):345-50.
7) Buonsenso D, Camporesi A, Viozzi F, Lazzareschi I, Manca L, Caci A, Menna D, Santangelo R, Sanguinetti M, Raffaelli F, Fiori B, Zampino G, Valentini P. Determinants of antibiotic prescription in children with adenovirus respiratory tract infections. Eur J Pediatr. 2024 Aug;183(8):3489-3497.
8) Barone SR, Pontrelli LR, Krilov LR. The Differentiation of Classic Kawasaki Disease, Atypical Kawasaki Disease, and Acute Adenoviral Infection: Use of Clinical Features and a Rapid Direct Fluorescent Antigen Test. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154(5):453–456. doi:10.1001/archpedi.154.5.453



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS61

2024–2025 SEZONUNDA HASTANEYE YATAN PEDİATRİK İNFLUENZA OLGULARININ KLİNİK PROFİLİ

Elif BÖNCÜOĞLU[1], Kamile Ötiken OKTAY[1], Özlem ÖZDEMIR BALCI[2], Barkın Savaş TONAK[2], Murat ANIL[2]

[1]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş

İnfluenza, çocukluk çağında önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olup, her yıl yinelenen mevsimsel epidemilerle tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı yükü oluşturmaktadır. Özellikle okul ve kreş gibi kalabalık ortamlarda kolaylıkla yayılan virüs, küçük çocuklarda ve kronik hastalığı olanlarda ağır klinik tablolara yol açabilmektedir. İnfluenza A virüsleri ayrıca yeni bir alt tipin ortaya çıkmasıyla pandemilere neden olabilme potansiyeline sahiptir; 20. yüzyıldan itibaren dört büyük pandeminin yaşanmış olması bu riski ortaya koymaktadır. (1)

2024–2025 influenza sezonu, özellikle sağlıklı çocuklarda beklenenden yüksek oranda ciddi hastalık yükü oluşturması ile dikkat çekmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre, bu sezonda 267 pediatrik ölüm bildirilmiş olup, 2004 yılından bu yana pandemi dışı sezonlarda kaydedilen en yüksek sayı olarak kayıtlara geçmiştir. (2) Bu bulgu, influenzanın yalnızca risk gruplarındaki çocuklarda değil, tüm pediatrik popülasyonda ciddi sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Her ne kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 ay üzerindeki tüm çocuklara yıllık influenza aşısı önerilse de, aşılanma oranları halen istenilen seviyeye ulaşmamıştır. (3) Türkiye'de ise influenza aşısı rutin çocukluk çağı aşı programında yer almamakta, yalnızca risk gruplarına önerilmekte ve bu nedenle aşılama oranları oldukça düşük kalmaktadır.

Influenza virüsler, Orthomyxoviridae ailesinde yer alan tek sarmallı RNA virüsleridir. İnsanlarda esas olarak influenza A ve B tipleri mevsimsel epidemilere yol açarken, tip C daha hafif üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla ilişkilidir. İnfluenza A virüsleri hemaglutinin (HA) ve nöraminidaz (NA) yüzey proteinlerine göre alt tiplere ayrılır ve bu antijenik özellikler virüsün tanımlanmasında kullanılır. Antijenik drift (küçük nokta mutasyonları) sonucu neredeyse her yıl yeni varyantların ortaya çıkması hastalığın epidemiyolojisini sürekli değiştirmektedir. (1)

Klinik olarak influenza enfeksiyonu ani başlangıçlı ateş, miyalji, halsizlik ve baş ağrısı gibi sistemik bulgularla birlikte üst solunum yolu semptomları ile karakterizedir. Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonu, miyozit, nöbet, ensefalit ve gastroenterit gibi çeşitli klinik tablolar ortaya çıkabilir. Çok küçük çocuklar ile kronik kardiyak, pulmoner veya nörolojik hastalığı olanlarda komplikasyon ve hastaneye yatış riski yüksektir.

Her influenza sezonunda bölgesel verilerin değerlendirilmesi büyük önem taşır. Dolaşımda bulunan alt tiplerin, klinik seyir farklılıklarının ve komplikasyon paternlerinin ortaya konması, hem hasta yönetiminde hem de aşı politikalarının güçlendirilmesinde yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada, 2024–2025 influenza sezonunda üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinde hastaneye yatırılan pediatrik olguların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma retrospektif tanımlayıcı bir araştırma olarak planlandı. 1 Aralık 2024 – 31 Mayıs 2025 tarihleri arasında İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştıma Hastanesi'nde influenza tanısıyla Çocuk Hastalıkları Kliniği ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırılan pediatrik hastalar dahil edildi.

Tanı, başvuru sırasında alınan nazofarengeal sürüntü örneklerinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile influenza A veya influenza B pozitifliğinin gösterilmesiyle konuldu. Çalışma popülasyonu 1 ay ile 18 yaş arasındaki çocuklardan oluştu. İnfluenza PCR sonucu pozitif olmasına rağmen ayaktan tedavi edilen hastalar ile dosya kayıtlarına ulaşılamayan veya eksik verisi bulunan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Hasta dosyalarından elde edilen veriler arasında demografik özellikler (yaş, cinsiyet), mevcut altta yatan tıbbi durumlar, klinik bulgular ve yatış nedenleri, laboratuvar sonuçları, hastanede yatış süreleri ve klinik seyire ilişkin bilgiler ile influenza alt tipleri (A veya B) yer aldı. Elde edilen veriler olgu rapor formlarına işlendi.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler için sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum–maksimum), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için Student t-testi, normal dağılmayan veriler için Mann–Whitney U testi uygulandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi veya uygun durumlarda Fisher exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen toplam 42 hastanın %64,3'ü erkek, %35,7'si kızdı. Ortalama yaş 56,3±34,4 ay olup, %23,8'i 2 yaş altında, %52,4'ü 5 yaş altındaydı. Yatış süresi ortancası 4 gün (2–7 gün) olarak saptandı.

Hastaların %23,8'inde (n=10) altta yatan bir tıbbi durum mevcuttu (astım, tekrarlayan bronşiolit, nörofibromatozis tip 1, psöriazis, alerjik rinit, juvenil idiyopatik artrit nedeniyle biyolojik ajan kullanımı veya prematürite öyküsü). Geriye kalan 32 olgu ise daha önce sağlıklı olan çocuklardı.

Hastaların %28,6'sında alt solunum yolu enfeksiyonu, %26,2'sinde miyozit, %19'unda gastroenterit, %23,8'inde üst solunum yolu enfeksiyonu görüldü. Hastaların %21,4'ünde ateş süresi beş gün ve üzerindeydi. Üç hastada nöbet izlendi (1 basit febril konvülziyon, 1 ateş ile tetiklenen konvülziyon, 1 status epileptikus). Olguların %64,3'ü İnfluenza A, %35,7'si İnfluenza B pozitif idi. Yatışların en sık olduğu aylar mart (%28,6), ocak (%26,2) ve şubat (%19) oldu. İnfluenza A ve B olguları arasında yatış süresi, lökopeni, nötropeni ve trombositopeni sıklığı açısından anlamlı fark bulunmadı. Ancak miyozit sıklığı influenza B olgularında ve 5 yaş üstü çocuklarda anlamlı olarak yüksekti ($p=0,013$, $p=0,034$). Uzamış ateş, alt solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenterit sıklığı alt tipler arasında benzerdi. ($p>0,05$)

Tartışma

Bu çalışmada 2024–2025 sezonunda hastaneye yatırılan pediatrik influenza olgularının yaklaşık yarısının, bilinen risk faktörleri olmayan ve özellikle 5 yaş üzerindeki çocuklardan oluştuğu gösterilmiştir. Bu bulgu, influenza enfeksiyonu ile ilişkili komplikasyonların yalnızca küçük yaş grubundaki veya kronik hastalığı bulunan çocuklarla sınırlı olmadığını ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, sağlıklı çocuklarda ciddi klinik tablolar ve hatta mortalite görülebileceği bildirilmiştir (4,5).



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer nokta, 5 yaş üstü çocuklarda miyozit sıklığının anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır. Miyozit, özellikle influenza B ile ilişkili olarak daha sık bildirilen bir komplikasyondur. (6) Literatürde, influenza B'nin kas dokusu üzerinde daha belirgin etkiler yarattığı, klinik olarak bacak ağrısı, yürüyememe ve kreatin kinaz yüksekliği ile prezente olabileceği belirtilmiştir. (7) Bizim sonuçlarımız da bu gözlemleri desteklemekte, influenza B enfeksiyonlarında miyozitin daha sık izlendiğini göstermektedir. Bu durum, klinik uygulamada özellikle 5 yaş üstü çocuklarda kas tutulumuna yönelik dikkatli izlemin önemini ortaya koymaktadır.

İnfluenza ile ilişkili komplikasyonlar arasında alt solunum yolu enfeksiyonları, nöbet, ensefalit, otitis media ve bakteriyel süperenfeksiyonlar yer almaktadır. (1) Çalışmamızda hastaların yaklaşık üçte birinde alt solunum yolu enfeksiyonu, üç olguda ise nörolojik komplikasyonlar (febril konvülziyon, ateşle tetiklenen konvülziyon ve status epileptikus) gözlenmiştir. Daha önce yapılan araştırmalar, influenza enfeksiyonunun nörolojik komplikasyonlara yol açabileceğini ve bu durumun özellikle pediatrik yaş grubunda ciddi morbidite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (8).

Bulgularımız, influenza aşılamasının yalnızca klasik risk gruplarında değil, sağlıklı çocuklarda da önemli bir korunma aracı olduğunu desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Pediatri Akademisi, 6 ay ile 18 yaş arasındaki tüm çocukların yıllık influenza aşısı ile aşılanmasını önermektedir (9,10). Ancak ülkemizde aşılama oranlarının hâlâ düşük olduğu bilinmektedir. Elde ettiğimiz veriler, hem risk grubundaki hem de sağlıklı çocuklarda hastaneye yatış ve komplikasyonların önlenmesi için aşılama stratejilerinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında tek merkezli olması, hasta sayısının görece düşük olması ve retrospektif veri toplama yöntemi sayılabilir. Bununla birlikte, sonuçlarımız influenza sezonunun klinik paternine dair önemli bilgiler sunmakta ve özellikle miyozit bulgularının izlenmesinde yol gösterici olmaktadır.

Sonuç ve öneriler

Sonuç olarak, pediatrik influenza olgularının klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, hem hasta yönetiminde hem de aşılama politikalarının geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Çalışmamız, sağlıklı ve daha büyük çocukların da ciddi komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatırılabileceğini ve miyozitin influenza B ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu ortaya koyarak mevcut literatüre katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, Çocuk, İnfluenza A, İnfluenza B, Miyozit



Kaynaklar

Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Tasker RC, Wilson KM, Schuh AM, Mack CL, editors. Adenoviruses. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p. 2034-2035.

Centers for Disease Control and Prevention. FluView: Weekly U.S. Influenza Surveillance Report. Week 31, 2025. [CDC web site] August 8, 2025. Available at: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2025-week-31.html#:~:text=Influenza%2DAssociated%20Pediatric%20Mortality&text=A%20total%20of%20267%20influenza,condition%20became%20reportable%20in%202004 Accessed August 22, 2025

Centers for Disease Control and Prevention. Flu Vaccination Coverage, United States, 2023–24 Influenza Season. [CDC web site]. September 20, 2024. Available at: https://www.cdc.gov/fluvaxview/coverage-by-season/2023-2024.html. Accessed August 22, 2025.

Lafond KE, et al. Global role and burden of influenza in pediatric respiratory hospitalizations, 1982–2012: A systematic analysis. Lancet Respir Med. 2016;4(5):365–377.

Dawood FS, et al. Burden of seasonal influenza hospitalization in children, United States, 2003–2010. J Infect Dis. 2014;209(5):711–722.

Agyeman PKA, et al. Influenza-associated myositis in children. Infection. 2004;32(4):199–203.

Koliou M, Hadjiloizou S, Ourani S, Demosthenous A, Hadjidemetriou A. A case of benign acute childhood myositis associated with influenza A (H1N1) virus infection. Clin Microbiol Infect. 2010 Feb;16(2):193-5.

Pozailov S, Elamour S, Noyman I, Ben-Shimol S. Neurologic Manifestations of Influenza in Children. Pediatr Infect Dis J. 2023 Jun 1;42(6):461-467.

Reinhart K, Huang S, Kniss K, Reed C, Budd A. Influenza-Associated Pediatric Deaths — United States, 2024–25 Influenza Season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2025;74:565–569.

Committee on Infectious Diseases; Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2025–2026: Policy Statement. *Pediatrics* 2025; e2025073620. 10.1542/peds.2025-073620.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

SS70

FARKLI İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN DRESS SENDROMU: 4 PEDİATRİK OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgen Soyöz [1], Özge Kangallı Boyacıoğlu[1], **Ece Kırdem[2]**, Hande Gazeteci Tekin[3], Semiha Bahçeci[1]

[1]Bakırçay Ünviversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği
[2]Bakırçay Ünviversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[3]Bakırçay Ünviversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: DRESS sendromu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), ateş, eozinofili, deri döküntüleri, lenfadenomegali ve iç organ tutulumuyla karakterize olan ciddi bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur.[1] Klinik bulgular ilaç alımından 2-6 hafta sonra ortaya çıkar. Nadir görülmekle birlikte, yüksek morbidite ve mortalite riski taşıması nedeni ile erken tanı çok önemlidir.[2] Bu çalışmada, çocuklarda DRESS sendromunun heterojen klinik seyrine dikkat çekmek amacı ile farklı ilaçlara bağlı gelişen dört pediatrik olgunun klinik özellikleri, tanı süreçleri, tedavi yaklaşımları ve prognozları değerlendirilmiştir.

METOD: Çalışmamızda Kasım 2023 ve Mayıs 2025 tarihleri arasında Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji ve Çocuk Nöroloji polikliniğine başvuran 4 Dress sendromlu olgu incelendi.

OLGU-1: 9 yaşında erkek hasta, 15 gündür devam eden yaygın döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 1,5 yıldır epilepsi tanısı ile Levetirasetam tedavisi aldığı yaklaşık 2 ay önce tedaviye karbamazepin eklendiği ve birkaç hafta sonra döküntü geliştiği öğrenildi. Geliş fizik muayenesinde yüzde ve her iki elde ödem ve deskuamasyon, ayrıca ekstremitelerin tamamında eritemli zemin üzerinde yaygın, makülopapüler ve belirgin kaşıntılı döküntüler tespit edildi. Boyunda, hem sağ hem de sol servikal bölgelerde yaklaşık 1x1 cm boyutlarında lenfadenopatiler mevcuttu. Bu bulgular üzerine, karbamazepine bağlı ciddi kutanöz ilaç reaksiyonu, özellikle DRESS sendromu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) ön tanısıyla hasta çocuk servisine yatırıldı. Karbamazepin kesildi ve cilt biyopsisi alındı. Laboratuvar incelemelerinde eozinofil sayısının 2060/mm³, periferik yaymada bol eozinofil ve bazofil izlenirken, trombosit sayısı yeterli ve atipik lenfositler hücreler mevcuttu. Otoimmün panelde ANA, ANCA ve ASMA testleri negatif geldi. Hastanın biyokimyasal tetkiklerinde; karaciğer enzimleri (AST, ALT), bilirubinler, ALP, GGT, serum proteinleri, elektrolitler ve böbrek fonksiyonları dahil olmak üzere tüm parametreler normal olarak değerlendirildi. Viral etken araştırmalarında geniş üst solunum panelinde rinovirüs/enterovirüs pozitifliği saptandı. Mevcut bulgularla RegiScar skorlama sistemine göre 6 puan alarak kesin Dress sendromu kabul edildi. Hastanın Karamazepin tedavisi kesilerek, sistemik steroid tedavisi başlandı, izleminde döküntüleri geriledi. Hastanın cilt biyopsisi'de Dress sendromu ile uyumlu olarak geldi. Regiscar skorlama sistemine göre 7 puan alarak kesin Dress sendromu kabul edildi. Metilprednizolon tedavisi 6-12 hafta içinde azaltılarak kesildi. Reaksiyonun iyileşmesinden 6 ay sonra yama testinin yapılması planlandı.

RegiSCAR kriterlerine göre Kesin Dress sendromu kabul edilme kriterleri:

Bulgu	Puan
Lenadenopati	1
Eozinofili	2
Atipik lenfosit	1
Cilt tutulum oranının (>%50)	1
Dress ile uyumlu döküntü	1
Dress ile uyumlu biyopsi	1

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

OLGU-2: Dokuz yaşında, absans epilepsi tanısı ile izlenen kız hasta yaygın deri döküntüleri şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık bir ay önce valproik asit dozunun artırıldığı ve eş zamanlı multivitamin başlandığı, 11 gün önce etosuksimid tedavisine başlandığı ve 6 gün önce doz artışı yapıldığı öğrenildi. Doz artışının beşinci gününde yaygın makülopapüler deri döküntüleri ortaya çıkmıştı. Olgunun **fizik muayenesinde; s**ervikal bölgede 1x1 cm hareketli lenfadenopati, Yüzde belirgin ödem, Yüz, gövde ve ekstremitelerde yaygın makülopapüler döküntüler mevcut. **Laboratuvar bulgularına göre ilk alınan tetkiklerinde;** WBC:7,13x10³/µL, EOS% 0,51, AST: 201 IU/L, ALT: 102 IU/L saptandı. **Radyolojik görüntülemelerinde** Boyun USG'de "bilateral servikal zincirde, en büyüğü 9x6 mm boyutlarında reaktif lenf nodları izlendi." olarak yorumlandı. Hasta DRESS sendromu ön tanısıyla izleme alındı. Etosuksimid, valproik asit ve multivitamin tedavileri kesildi. Cilt biyopsisi alındı. İzleminde ateş >38 °C, eozinofili (AES: 700, % 7,24), lenfadenopati ve hepatik enzim yüksekliği saptandı. Regiscar skorlamasına göre başlangıçta 5 puan ile **muhtemel DRESS sendromu** düşünüldü. Tedaviye 1 mg/kg metilprednizolon başlandı. Virolojik incelemelerde HHV-6 ve enterovirüs pozitifliği saptandı. Klinik bulgular ve biyopsi sonucu ile **RegiSCAR skoru 6 puana yükselerek kesin DRESS sendromu tanısı** konuldu. Steroid tedavisi ile döküntülerde belirgin gerileme izlendi. Çocuk nöroloji tarafından levetirasetam 30 mg/kg/gün başlandı. Metilprednizolon tedavisi 6-12 hafta içinde azaltılarak kesildi. Reaksiyonun iyileşmesinden 6 ay sonra yama testinin yapılması planlandı.

RegiSCAR kriterlerine göre Kesin Dress sendromu kabul edilme kriterleri:

Bulgu	Puan
Ateş	-
Lenfadenopati	1
Eozinofili	1
Cilt tutulum oranının (>%50)	1
Dress ile uyumlu döküntü	1
Dress ile uyumlu biyopsi	1
Hepatik tutulum	1

OLGU-3: On yaşında, epilepsi tanılı kız olgu. Epilepsi tanısıyla yaklaşık iki ay önce karbamazepin tedavisi başlanmış olup, bir ay önce doz artışı yapılan olgunun karbamazepin sonrası vücutta döküntüleri başlamış.Geliş **fizik Muayenesinde** yüzde ödem, squamlı makülopapüller döküntüler, bilateral servikal lenfadenopati mevcuttu. **Laboratuvar Bulgularında** Eozinofil mutlak sayısı: 560 /µL, EOS%: %8,9, AST: 77 U/L, ALT: 126 U/L, GGT: 103 U/L olarak saptandı. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgular doğrultusunda olguda **ağır ilaç reaksiyonu** ön planda değerlendirildi ve RegiSCAR skorlama sistemine göre; lenfadenopati, cilt tutulumunun >%50 olması, DRESS ile uyumlu döküntülerinin olması, ve hepatik tutulum ile toplam **4 puan** olarak **"Muhtemel DRESS sendromu"** olarak kabul edildi. **Karbamazepin tedavisi kesildi,** tedaviye **1 mg/kg/gün metilprednizolon** başlandı. Klinik izlemde döküntülerinde gerileme gözlendi, steroid tedavisinin kademeli olarak azaltılarak 6-12 hafta içerisinde kesilemesi, reaksiyonun iyileşmesinden 6 ay sonra yama testinin yapılması planlandı.

Bulgu	Puan
Ateş	-
Lenfadenopati	1
Cilt tutulum oranının (>%50)	1
Dress ile uyumlu döküntü	1
Hepatik tutulum	1



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

Olgu-4: Üç yaşında erkek hasta, yaklaşık sekiz gündür otitis media nedeniyle devam eden amoksisilin klavunat tedavisi sırasında gelişen 5 gündür ateş, yaygın makülopapüler döküntüler el ve ayaklarda ödem şikayetleriyle başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde makülopapüller döküntü, yüzde ellerde ödem, servikal lenfadenopati ve splenomegali mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; **EOS % 16,2** ve **AES:1.860 /µL, NT-proBNP: 503 pg/Ml, AST: 37 IU/L, ALT: 168 IU/L , GGT: 177 IU/L** olarak saptandı. Moleküler solunum panelinde Rino/Enterovirüs poziif olarak geldi. Mevcut bulgularla Dress sendromu düşünülse de 5 gündür ateşi olması nedeniyle Kawasaki ve MİSS-C ekarte edilmektedir için çocuk kardiyoloji ve çocuk enfeksiyon görüşü alındı. Ekokardiyografik değerlendirmesinde normal saptanan hastada Kawasaki düşünülmedi. Covid testininde "negatif" olarak sonuçlanmasıyla MİSS-C sendromu da ekarte edildi. RegiSCAR skorlama sistemine göre lenfadenopatisi, eozinofilisi (2puan), cilt tutulumunun >%50 olması, DRESS ile uyumlu döküntülerinin olması, hepatik ve kardiyak tutulum ile 7 puan alarak kesin Dress sendromu kabul edildi. Antibiyotik tedavisi kesildi. Miyokarditin eşlik ettiği olguya metilprednizolon 1 mg/kg ve IVIG 2 gr/kg 5 gün başlandı. Metilprednizolon tedavisi 12 haftada azaltılarak kesildi. 2 ay sonra amoksisilin klavulonat ile Lenfosit transformasyon testi yapıldı, stimulasyon indeksi 1 (negatif) olarak saptandı. Tedaviden 6 ay sonra yama testi yapıldı, negatif olarak saptandı. Ancak tanısal testler ile ekarte edilemeyeceği için beta laktam antibiyotiklerin kullanılmaması söylendi.

RegiSCAR kriterlerine göre Kesin Dress sendromu kabul edilme kriterleri:

Bulgu	Puan
Ateş	-
Lenfadenopati	1
Eosinofili	2
Cilt tutulum oranının (>%50)	1
Dress ile uyumlu döküntü	1
Hepatik tutulum	1
Kardiyak tutulum	1

TARTIŞMA: Literatürde en sık bildirilen tetikleyici ajanlar Karbamazepin, fenitoin, fenobarbital gibi aromatik antikonvülzanlardır.[3] Bizim çalışmamızda sunulan dört pediatrik olgunun üçünde tetikleyici ilaç olarak karbamazepin ve etosüksimid dikkatimizi çekmektedir. Ocak 2025 yılında Hindistan'dan bildirilen 8 yaşında olguda etosüksimid sonrası DRESS gelişmiş ve Adenovirüs pozitifliği saptandığı bildirilmiştir.[4] Bizim de 2 olgumuzda HHV-6 ve enterovirüs pozitifliği saptanmıştır. Japonya tanı skorlamasında HHV-6 reaktivasyonu tanı kriteri olarak geçmektedir.[1] Bu bulgular, DRESS sendromunun patogenezinde yalnızca ilacın immunolojik etkisinin değil, eşlik eden veya tetikleyen viral reaktivasyonların da önemli rol oynayabileceğini desteklemektedir. Organ tutulumu olmayan hastalar veya sadece evre 1 karaciğer tutulumu veya evre 1 akut böbrek hasarı olan olgularda topikal kortikosteroidler kullanılabilirken, orta /şiddetli organ tutulumu olan hastalar: evre ≥ 2 karaciğer hasarı veya evre ≥ 2 Akut Böbrek Hasarı, hemofagositoz, akciğer kalp veya diğer iç organ tutulumu veya başlangıçta ciddi olmayan ancak prognozu iyi olmayan DRESS vakalarında sistemik kortikosteroid tedavileri, kortikosteroidlerle kontrol sağlanamadığında veya kortikosteroid kontrendike ise siklosporin, IVIG, plazmaferez, siklofosfamid tedavileri kullanılabilmektedir.[1]

SONUÇ: Sonuç olarak ateş, döküntü, eozinofili ve organ tutulumu birlikteliğinde **DRESS sendromu** mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. RegiSCAR skorlaması tanıda yol gösterici olmakta, erken tanı ve immünmodülatör tedavi ile prognoz genellikle iyi seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dress Sendromu, Alerji, Antiepileptik, İlaç reaksiyonları, Çocuk

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

KAYNAKLAR

Dibek Misirlioglu E, Damadoğlu E, Cavkaytar Ö. Ağır İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonları: Türkiye Ulusal Rehberi 2020

De A, Rajagopalan M, Sarda A, Das S, Biswas P. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: An udate and review of recent literature. Indian J Dermatol 2018;63:30-40.

Dibek Misirlioglu E, Guvenir H, Bahceci S, Haktanir Abul M, Can D, Usta Guc BE, et al. Severe cutaneous adverse drug reactions in pediatric patients: A multicenter study. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5:757-763.

Abraham ER et al. Ethosuximide associated drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms syndrome masqueraded as adenovirus infection Int J Basic Clin Pharmacol. 2025 Mar;14(2):298-300

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

POSTER BİLDİRİ TAM METİNLER



2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P11

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR MERKEZDE DIŞKI KÜLTÜRÜNDE NON-TIFOIDAL SALMONELLA ÜREMESİ OLAN PEDİATRİK OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

İzel KUTLU CAN[1], Yıldız EKEMEN KELEŞ[1], Reyhan YİŞ[2], **Elif KIYMET**[1]

[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, İzmir, Türkiye

1. Giriş

Salmonella türleri, **Enterobacteriaceae** ailesine ait, gram-negatif basillerdir. Glukozu fermente eder, nitratı nitrite indirgerler ve oksidaz negatiftirler [1]. Klinik uygulamada, Salmonella türleri, **tifoidal** (*S. typhi ve S. paratyphi*) ve **non-tifoidal Salmonella (NTS)** olarak sınıflandırılır. Gıda kaynaklı enfeksiyonların önde gelen bakteriyel etkenlerinden biri olan NTS, dünya genelinde yılda yaklaşık **153 milyon gastroenterit vakası**na ve **57.000 ölüme** neden olmaktadır. NTS enfeksiyonu, kontamine gıdaların tüketilmesi veya hayvan teması yoluyla bulaşabilmektedir [2]. NTS enfeksiyonlarının en sık görülen klinik tablosu gastroenteritttir. 6–72 saatlik (ortalama 24 saat) bir inkübasyon süresinin ardından, ani başlayan bulantı, kusma ve kramp tarzında karın ağrısı, bunu takiben sulu ya da kan ve mukus içeren ishal ile seyreder [1]. NTS enfeksiyonları genellikle gastrointestinal sistemle sınırlı kalmaktadır; ancak yaş, altta yatan hastalıklar ve immünosupresyon gibi çeşitli faktörler invaziv hastalık gelişimine yatkınlık oluşturur [2].

Dışkı kültüründe Salmonella türlerinin izole edilmesi tanı koydurucudur [3]. Tedavinin temel amacı, rehidratasyon, elektrolit dengesizliklerinin düzeltilmesi ve destekleyici bakımın sağlanmasıdır [1]. Non-tifoidal Salmonella'nın neden olduğu asemptomatik enfeksiyonu veya komplike olmayan gastroenteriti olan hastalarda antimikrobiyal tedavi endike değildir. Bu hastalarda tedavi ishalin süresini kısaltmaz, dışkı ile atılım süresini uzatabilir ve nüks oranını artırır. İmmün yetersizliği olan hastalar, üç aydan küçük infantlar, kronik gastrointestinal sistem hastalığı olanlar gibi invaziv hastalık riski yüksek olan hastalarda antimikrobiyal tedavi önerilmektedir [3].

Bu kesitsel çalışmada, NTS üremesi olan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Ocak 2019-Haizran 2025 tarihleri arasında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve dışkı kültüründe non-tifoidal Salmonella üremesi olan 1ay -18 yaş arasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Vakaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi. Olgu rapor formuna hastanın yaşı, cinsiyeti, başvuru şikayeti (ateş, kusma, ishal, karın ağrısı), eşlik eden komorbidite varlığı, tetkik isteyen birim, yatan hasta ise hastanede yatış süresi, başvuru anında bakılan laboratuvar testleri (lökosit sayısı, mutlak nötrofil sayısı, mutlak lenfosit sayısı, hemoglobin, trombosit sayısı, MPV, kreaitin, AST, ALT, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, albümin, prokalsitonin, gayta kültürü), hastalara uygulanan tedaviler (iv hidrasyon, antimikrobiyal tedavi) kaydedildi. Yatan ve ayaktan takip edilen hastaların başvuru şikayetleri ve laboratuvar testleri karşılaştırıldı.

İstatistiksel analizler, SPSS istatistik yazılımı (sürüm 15; SPSS, Chicago, IL, ABD) kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli parametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında Student's t-testi, sürekli nonparametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise uygun olduğunda ki-kare (χ^2) veya Fisher'ın kesin testi kullanıldı. İki yönlü $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. Bulgular

Ocak 2019-Haizran 2025 tarihleri arasında çalışma kriterine uyan 55 hasta tespit edildi. Hastaların 3'ünün verilerine ulaşılamadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Bu çalışmaya dışkı kültüründe NTS üremesi olan toplam 52 hasta dahil edilmiştir. İstatistiksel analizlere dahil edilen 52 hastanın 19'u (%36,5) kız, 33'ü (%63,5) erkekti. Ortanca yaş 48 ay (3 ay-17 yaş) olarak bulundu. Hastaların klinik bulguları incelendiğinde %100'ünde ishal (n:52), %73,1'inde (n:38) ateş, %44,2'sinde (n:23) kusma, %23,1'inde (n:12) karın ağrısı saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 27'si (%51,9) yatırılarak tedavi edildi. Yatan hastaların ortanca yaşı 24 ay (4 ay-10 yaş), ayaktan hastaların ise 60 ay (3 ay-17 yaş) bulundu ($p>0,05$). Yatan hastaların %92,6'sında ateş yakınması varken ayaktan takip edilenlerin %52'sinde ateş yakınması vardı. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). Yatan hastaların %51,9'unda kusma, %14,8'inde karın ağrısı saptandı. Ayaktan hastaların ise %36'sında kusma, %32'sinde karın ağrısı saptandı. Gruplar arasında kusma ve karın ağrısı yakınması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Laboratuvar verileri incelendiğinde yatan hastaların ortanca lökosit sayısı 9055/mm³ (3400-27460/mm³), ortanca nötrofil sayısı 5700/mm³ (1200-20410/mm³) ve ortanca lenfosit sayısı 2100/mm³ (600-5100/mm³) olduğu görüldü. Ayaktan hastaların ortanca lökosit sayısı 9800/mm³ (5200-17870/mm³), ortanca nötrofil sayısı 5920/mm³ (1800-15400/mm³) ve ortanca lenfosit sayısı 1840/mm³ (990-4670/mm³) idi. Gruplar arasında lökosit sayısı, nötrofil sayısı ve lenfosit sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ayaktan izlenen hastaların trombosit düzeyleri ortalama 292000/mm³ (184000-416000/mm³), yatan hastaların ise 280000/mm³ (121000-681000/mm³) olarak bulunmuştur. Yatan ve ayaktan hasta grupları arasında trombosit düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p = 0,901$).

Yatan hastaların ortalama kreatinin değeri 0,39±0,11 mg/dL, ayaktan hastaların ortalama kreatinin değeri 0,45±0,15 mg/dL bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Yatan hastaların ortanca AST değeri 34 (19-268) IU/L, ortanca ALT değeri 15,5 (6-181) IU/L bulundu. Ayaktan hastaların ortanca AST değeri 30 (18-61) IU/L, ortanca ALT değeri 14 (9-29) IU/L bulundu. Gruplar arasında AST ve ALT değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Yatan hastaların ortalama sodyum değeri 133,47±2,79 mmol/L, ayaktan hastaların ortalama sodyum değeri 138,11±3,46 mmol/L bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Yatan hastaların ortalama potasyum değeri 4,26±0,62 mmol/L, ortalama klor değeri 101,02±2,85 mmol/L iken ayaktan hastaların ortalama potasyum değeri 4,29±0,48 mmol/L, ortalama klor değeri 102,27±3,24 mmol/L görüldü. Gruplar arasında potasyum ve klor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Yatan hastaların ortanca CRP değeri 59,98 (1,54-195,05) mg/L, ayaktan hastaların ortanca CRP değeri 35,6 (0,58-201,30) mg/L bulundu. Yatan hastaların ortanca CRP değeri daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hastaların %63,5'inin intravenöz sıvı tedavisi, %73,1'inin antibiyotik tedavisi aldığı saptandı. Başvuruda intravenöz sıvı tedavisi başlanan hastaların %81,8'inin hastaneye yatırıldığı saptandı. Yatan ve ayaktan hastaların sırasıyla %92,6'sı ve %56,5'i antibiyotik tedavisi almaktaydı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$).



4. Tartışma

İmmünokompetan kişilerde, NTS enfeksiyonu genellikle bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı ile karakterize olup kendi kendini sınırlar [4]. Çalışmamızda dışkı kültüründe NTS saptanan hastalarının tamamının ishal, %73,1'inin ateş yakınması ile başvurduğu görüldü. Yefang ve arkadaşlarının NTS enfeksiyonu olan 166 çocuk hastayı değerlendirildiği bir çalışmada ana başvuru semptomlarının ateş ve ishal olduğu bildirilmiştir [5]. Çalışmamızda da bulgular literatür ile benzerdi.

ABD'de yapılan bir çalışmada, 5 yaş altı çocuklarda bakteriyel enterik enfeksiyonlar incelenmiş ve en sık izole edilen bakteriyel patojenin **NTS** olduğu (%42) bildirilmiştir [6]. Hung ve ark. Tayvan'da yaptıkları çalışmada Salmonella gastroenteriti olan çocukların %86'sının 5 yaş altında olduğunu görülmüştür [7]. Türkiye'de yapılan Salmonella enfeksiyonu olan 136 olgunun incelendiği çalışmada ortanca yaşın 48,5 ay (4-191 ay) olduğu ve hastaların %62,5'inin 5 yaş altı olduğu bildirilmiştir [8]. Çalışmamızda ortanca yaş 48 ay (3 ay-17 yaş) ve çalışmaya alınan hastaların %58,2'si 5 yaş altıydı. Çoğunluğu 5 yaş altı bulunmakla birlikte literatürele kıyaslandığında oranın düşük olması hasta sayısının az olması ile ilişkilendirildi.

İstanbul'da yapılan 6 yıllık deneyimin paylaşıldığı bir çalışmada, kültür pozitif olgularda %34'lük hastaneye yatış oranı ile Salmonella gastroenteritinin önemli bir sağlık sorunu olduğu, NTS enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastaların ayaktan takibi yapılabilecek hastalardan daha fazla ateş yakınması tariflediği ve yatan hastaların CRP değerlerinin ayaktan takip edilen hastalara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür [9]. Bulgularımız literatür ile bezer bulundu. Çalışmamızda hastaların %51,9'u hastaneye yatırılarak tedavi edildiği görüldü. Yatan hastaların %92,6'sı ateş yakınması ile başvururken ayaktan takip edilen hastaların %52'si ateş yakınması ile başvurmuştu ve gruplar arasındaki bu fark anlamlıydı (p=0,001). Bizim çalışmamızda İstanbul'da yapılmış olan çalışmadan farklı olarak, CRP değeri yatan hastalarda daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum hasta sayısının az olması ile ilişkilendirildi.

Tahran'da yapılan bir çalışmada hiponatreminin akut gastroenteritlerde sık görülen iyon dengesizliklerinden biri olduğu ve hastanede yatış süresini uzattığı görüldü [10]. Çalışmamızda, yatan hastaların serum sodyum değeri ayaktan takip edilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0,001). Bulgularımız literatür ile uyumlu bulundu. Bu bulgu ile hiponatreminin hastanede yatış ile ilgili bir iyon dengesizliği olduğu sonucuna varıldı.

Çalışmamızın sınırlılıkları, örneklem büyüklüğünün az olması, tek merkezlik bir çalışma olması ve verilerin retrospektif toplanmış olmasıdır. Bu durum sonuçlarımızın genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

5. Sonuç ve Öneriler

Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonu tanısı alan çocuklarda yatan hastalarda ayaktan takip edilenlere göre ateş ve hiponatremi bulgularının daha sık saptandığı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaneye yatış gereksinimini öngörmede ve tedavi planlamasında klinisyene yardımcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Non-Tifoidal Salmonella, Gastroenterit, Dışkı Kültürü, Çocuk, Pediatrik

6. Kaynaklar

1. Reller, M. E. (2023). Salmonella Species. Içinde *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases* (ss. 855-860.e2). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-75608-2.00146-4

2. Wen, S. C., Best, E., & Nourse, C. (2017). Non-typhoidal *Salmonella* infections in children: Review of literature and recommendations for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *53*(10), 936-941. https://doi.org/10.1111/jpc.13585

3. Kimberlin, D. W., Banerjee, R., Barnett, E. D., & Sawyer, M. H. (2024). 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases 33rd Edition, *33*, 742-750.

4. Dudhane, R. A., Bankar, N. J., Shelke, Y. P., & Badge, A. K. (2023). The Rise of Non-typhoidal Salmonella Infections in India: Causes, Symptoms, and Prevention. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.46699

5. Ke, Y., Lu, W., Liu, W., Zhu, P., Chen, Q., & Zhu, Z. (2020). Non-typhoidal Salmonella infections among children in a tertiary hospital in Ningbo, Zhejiang, China, 2012–2019. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *14*(10), e0008732. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008732

6. Scallan, E., Mahon, B., Hoekstra, R., & Griffin, P. (t.y.). Estimates of illnesses, hospitalizations and deaths caused by major bacterial enteric pathogens in young children in the United States. *Pediatr Infect Dis J*, 2013 Mar;32(3):217-21.

7. Hung, Y.-T., Lay, C.-J., Wang, C.-L., & Koo, M. (2017). Characteristics of nontyphoidal Salmonella gastroenteritis in Taiwanese children: A 9-year period retrospective medical record review. *Journal of Infection and Public Health*, *10*(5), 518-521. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.09.018

8. Ötiken Arıkan, K., & Biten Güven, G. (2021). Salmonella infections in children: Change of Clinical Characteristics and Antibiotic Resistance Pattern during Years. *Forbes Journal of Medicine*. https://doi.org/10.5222/forbes.2021.57070

9. Karaaslan, A., Çetin, C., Köle, M. T., Demir Tekol, S., Söbü, E., & Akın, Y. (2022). Salmonella gastroenteritis in children: six-year experience in İstanbul, Turkey. *The Journal of Infection in Developing Countries*, *16*(11), 1757-1761. https://doi.org/10.3855/jidc.17042

10. Zehra, V. U., Mir, N. Y., Memar, E. H. E., & Fayaz, A. (2022). The electrolyte abnormalities and duration of hospitalisation in children with gastroenteritis. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, *9*(12), 1168. https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20223063

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

P63

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE RASTLANTISAL ÖLÜMCÜL BİR BİRLİKTELİK: MATERNAL GIDA TAKVİYESİ KULLANIMINA BAĞLI NEONATAL TOKSİK HEPATİT ve K VİTAMİNİ UYGULAMASI REDDİ İLE İLİŞKİLİ YENİDOĞANIN GEÇ HEMORAJİK HASTALIĞI

Mahli Batuhan ÖZDOĞAR, Dilem ERİŞ, Özgür OLUKMAN
İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Neonatoloji BD

GİRİŞ

Yenidoğanın hemorajik hastalığı (YHH), K vitamini eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan, yenidoğan döneminde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen bir klinik tablodur. İlk kez 1894 yılında Townsend tarafından tanımlanan bu hastalık, özellikle 20. yüzyıl ortalarında K vitamini profilaksisinin rutin kullanıma girmesinden önce bebek ölümlerinin ve sekellerin önemli nedenlerinden biri olarak dikkat çekmiştir. K vitamini, pıhtılaşma sisteminde görevli faktör II (protrombin), VII, IX ve X'un karaciğerde sentezi için gereklidir. Eksikliği, bu faktörlerin yetersiz karboksilasyonuna, dolayısıyla koagülasyon mekanizmasında ciddi bozukluklara yol açar ve klinikte ölümcül sonuçlar doğurabilir.

YHH üç klinik formda sınıflandırılır:

1. **Erken başlangıçlı YHH:** Doğumdan sonraki ilk 24 saatte görülür. Genellikle annenin gebelik sırasında antiepileptik, antikoagülan veya tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçları kullanması ile ilişkilidir.
2. **Klasik başlangıçlı YHH:** Doğumdan sonraki 2–7 gün arasında görülür. Özellikle sadece anne sütü ile beslenen ve doğumda profilaksi almayan bebeklerde karşımıza çıkar.
3. **Geç başlangıçlı YHH (YGHH):** Doğumdan sonraki 2–12 hafta arasında görülür. Genellikle profilaksi almayan, sadece anne sütü ile beslenen veya kolestatik karaciğer hastalığı gibi altta yatan patolojileri olan bebeklerde izlenir. En sık ve en tehlikeli komplikasyonu intrakraniyal kanamadır ve kalıcı nörolojik sekel riski yüksektir.

YHH'nin görülme sıklığı toplumlara göre farklılık gösterir. Profilaksi uygulanmayan toplumlarda insidans %0,25–1 arasında değişmektedir. Türkiye'de 1980'li yıllarda profilaksinin rutin hale gelmesiyle birlikte insidans dramatik şekilde azalmış, ancak son yıllarda bazı ailelerin K vitamini uygulamasını reddetmesi nedeniyle olgu bildirimlerinde yeniden artış gözlenmeye başlamıştır. Bu artış, sağlık sisteminin sürekliliği açısından da kaygı verici bir durumdur.

Risk faktörleri arasında sadece anne sütü ile beslenme, profilaksinin yapılmamış olması, kolestatik karaciğer hastalıkları, malabsorpsiyon sendromları ve kronik antibiyotik kullanımı yer alır. Anneye ait risk faktörleri arasında ise gebelik sırasında kullanılan bazı ilaçlar, yetersiz beslenme ve bazı kültürel alışkanlıklar dikkat çekmektedir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), tüm yenidoğanlara doğumdan hemen sonra intramüsküler (IM) 1 mg K vitamini uygulanmasını önermektedir. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı tarafından bu uygulama zorunlu tutulmaktadır. Bu basit, ucuz ve erişilebilir uygulama, YHH'ye bağlı mortalite ve morbiditeyi önlemede oldukça etkilidir.

Ancak son yıllarda dünya genelinde aşı karşıtlığı ile birlikte K vitamini uygulamasına karşı çıkan ailelerin sayısında da artış olmuştur. Ebeveynler arasında "doğal doğum felsefesi", "gereksiz tıbbi müdahale" algısı veya sosyal medyada yayılan yanlış bilgiler nedeniyle K vitamini reddi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu durum, uzun yıllardır görmediğimiz YHH vakalarının yeniden gündeme gelmesine neden olmaktadır.

Bununla birlikte, günümüzde anne adaylarının sıklıkla başvurduğu "bitkisel" veya "doğal" adı altında pazarlanan gıda takviyeleri de yenidoğan sağlığı için ek riskler barındırmaktadır. Spirulina gibi mavi-yeşil alg ekstraktlarının içerdiği mikrosistinler hepatotoksisiteye yol açabilmekte, ayrıca potansiyel koagülasyon bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Gebelik ve emzirme döneminde bu tür ürünlerin güvenilirliği kanıtlanmamış olup, ciddi neonatal sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilmektedir.

Bu yazıda, doğumda K vitamini profilaksisi ve Hepatit B aşısı uygulanmayan, topuk kanı alınmasına da izin verilmeyen; annesinin gebelik ve postpartum dönemde Spirulina kullanımı ile ilişkili toksik hepatit gelişen ve geç başlangıçlı YHH tanısı alan 19 günlük bir erkek bebek sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşındaki sağlıklı primipar annenin ilk gebeliği komplikasyonsuz seyretti ve rutin antenatal takiplerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Bebek, 39. gebelik haftasında, 3335 gram ağırlığında, 51 cm boyunda ve 35 cm baş çevresi ile vajinal yolla doğdu. Doğumdan hemen sonra yapılması gereken Hepatit B aşısı, K vitamini profilaksisi ve topuk kanı testi aile tarafından reddedildi. Bu nedenle bebeğin doğum sonrası dönemi açısından temel koruyucu sağlık uygulamalarından yoksun kaldığı anlaşıldı.

Postnatal 19. günde hematemez nedeniyle başvuran bebeğin fizik muayenesinde genel durum orta, vital bulgular stabildi. Karında hafif distansiyon, belirgin karaciğer kenarı palpe edildi ve hepatomegali saptandı. Kanama odaklarının değerlendirilmesinde deri ve mukozalarda peteşi ya da ekimoz izlenmedi, ancak gastrointestinal sistemden aktif kanama öyküsü dikkat çekiciydi.

Laboratuvar bulguları:

- PT: 42 sn (kontrol: 12 sn)
- aPTT: 68 sn (kontrol: 32 sn)
- INR: 3,8
- AST: 350 U/L (N: <40 U/L)
- ALT: 275 U/L (N: <40 U/L)
- Direkt bilirubin: 6,2 mg/dL
- Total bilirubin: 9,8 mg/dL

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ
Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

Sonuçlar ciddi koagülopati, belirgin direkt hiperbilirubinemi ve hepatoselüler hasarı düşündürdü.

Anne öyküsünde, gebeliği boyunca ve lohusalık döneminde Spirulina adlı gıda takviyesini düzenli olarak kullandığı öğrenildi. Spirulina'nın hepatotoksisite ile ilişkisi literatürde bildirilmiş olup, özellikle mikrosistin içeren ürünlerde toksik etkiler belirginleşmektedir. Ayrıca, ailenin topuk kanı testini reddetmiş olması nedeniyle olası metabolik veya hepatik hastalıkların erken tanısı da mümkün olamamıştı; bu da klinik süreci daha karmaşık hale getirdi.

Ayırıcı tanıda neonatal kolestaza neden olabilecek patolojiler araştırıldı. Ultrasonografide ekstrahepatik biliyer atrezi bulgusu yoktu. Viral serolojiler (HBV, HCV, CMV, EBV) negatif bulundu. Wilson hastalığı ve alfa-1 antitripsin eksikliği de laboratuvar testleri ile dışlandı.

K vitamini eksikliği ve muhtemel Spirulina ilişkili hepatotoksisite düşünülen olguya intravenöz K vitamini (1 mg) ve taze donmuş plazma (10 mL/kg) tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası koagülasyon parametrelerinde kademeli düzelme izlendi. Genel durumu stabil hale gelen bebek destek tedavileri tamamlandıktan sonra taburcu edildi ve yakın poliklinik takibine alındı.

TARTIŞMA

YHH, gelişmiş ülkelerde rutin profilaksi sayesinde oldukça nadir görülse de, profilaksi yapılmayan toplumlarda hâlâ ciddi bir halk sağlığı problemidir. Örneğin Asya ülkelerinde yapılan bazı çalışmalarda geç başlangıçlı YHH insidansının 25/100.000 canlı doğuma kadar yükselebildiği bildirilmektedir. Bu oran, K vitamini profilaksisinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ebeveynlerin K vitamini ve aşı reddi eğilimleri yalnızca bireysel tercihler değil, aynı zamanda toplum sağlığını etkileyen bir durumdur. Bu tür retler, "tıbbi müdahalelerin gereksiz olduğu" yönünde artan bir algı ile ilişkilidir. Literatürde, özellikle doğal doğum hareketleri ve sosyal medya kaynaklı yanlış bilgilendirmelerin bu reddi tetiklediği vurgulanmaktadır. Sağlık çalışanlarının ailelerle empatik iletişim kurarak kaygılarını dinlemesi ve bilimsel kanıtlarla güvence vermesi, ret oranlarının azalmasına yardımcı olabilir.

Olgumuzda dikkat çeken bir diğer husus, annenin Spirulina kullanımıdır. Spirulina ve benzeri takviyeler "doğal" algısıyla güvenli kabul edilse de, içeriklerinde toksin ve ağır metal bulaşları olabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, bu ürünlerin karaciğer toksisitesine, immünolojik reaksiyonlara ve metabolik bozukluklara yol açabileceği gösterilmiştir. Gebelik ve emzirme döneminde güvenilirliği kanıtlanmamış ürünlerin kullanımı, hem anne hem de bebek için ciddi riskler taşır. Bu nedenle, sağlık otoritelerinin bitkisel ürünlerin regülasyonunu sıkılaştırması ve hekimlerin bu konuda aileleri bilgilendirmesi büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 1993'ten bu yana K vitamini profilaksisini ulusal program kapsamında sürdürmektedir. Ancak son yıllarda artan aşı reddi ile birlikte K vitamini ve tarama testlerine yönelik ret vakaları da bildirilmektedir. Bu durum yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal bir sağlık sorunudur. Sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalığı artırılmalı, ailelere doğru ve kanıta dayalı bilgi verilmelidir.

Ayrıca olgumuz, gıda takviyesi kullanımının potansiyel risklerini de ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve FDA gibi kurumlar bitkisel takviyelerin içerik ve güvenilirlik açısından daha sıkı denetlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.



SONUÇ

Bu olgu, iki kritik mesaj vermektedir: Birincisi, doğumda yapılan tek doz K vitamini uygulaması, yenidoğan yaşamını kurtaran ve ömür boyu engellilik riskini ortadan kaldıran basit ama hayati bir girişimdir. İkincisi, kontrolsüz gıda takviyesi kullanımı yenidoğan sağlığını dolaylı olarak tehdit edebilmektedir.

Ebeveynlerin K vitamini ve tarama testlerini reddetmeleri giderek artan bir sorun olup, bunun önüne geçilmesi için ulusal sağlık politikalarının güçlendirilmesi, ailelere yönelik bilgilendirme kampanyalarının yaygınlaştırılması ve doğum öncesi eğitim programlarında bu konulara mutlaka yer verilmesi gereklidir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının ebeveynlere yaklaşımında güven ilişkisini güçlendirmesi, medyadaki yanlış bilgileri düzeltecek aktif bir rol üstlenmesi önemlidir.

Sonuç olarak, YHH tamamen önlenebilir bir hastalıktır. Bu nedenle, her yenidoğanın doğumda K vitamini profilaksisi alması, tarama testlerinin yapılması ve ailelerin bilimsel veriler ışığında bilinçlendirilmesi, ülke genelinde bebek sağlığını korumanın en etkin yoludur.

ANAHTAR KELİMELER: K vitamini, yenidoğanın hemorajik hastalığı, profilaksi, aşı reddi, Spirulina, gıda takviyesi, hepatotoksisite

KAYNAKLAR

1. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(4):CD002776.
2. Shearer MJ. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Rev.* 2009;23(2):49-59.
3. American Academy of Pediatrics. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics.* 2003;112(1):191-192.
4. Tranel H, et al. Intracranial hemorrhage due to late vitamin K deficiency bleeding. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2018;40(1):e1-e4.
5. World Health Organization. *Guideline: Vitamin K prophylaxis in newborns.* Geneva: WHO; 2017.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Yenidoğan Bakımı Rehberi.* Ankara: 2020.
7. Loyal J, Taylor JA. Refusal of vitamin K by parents of newborns: a review. *Hosp Pediatr.* 2015;5(1):15-21.
8. Heussner AH, Mazija L, Fastner J, Dietrich DR. Toxin content and cytotoxicity of algal dietary supplements. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2012;265(2):263-271.
9. Roy-Lachapelle A, Solliec M, Bouchard MF, Sauvé S. Detection of cyanotoxins in algae dietary supplements. *Toxins.* 2017;9(3):76.
10. Cohen PA, Avula B, Khan IA. Dietary supplements containing algae: potential dangers of hepatotoxicity. *J Hepatol.* 2016;65(4):860-862.
11. Navarro VJ, Khan I, Björnsson E, Seeff LB, Serrano J, Hoofnagle JH. Liver injury from herbal and dietary supplements. *Hepatology.* 2017;65(1):363-373.

12. McNinch AW, Tripp JH. Haemorrhagic disease of the newborn in the British Isles: two year prospective study. *BMJ.* 1991;303(6810):1105-1109.
13. von Kries R. Vitamin K prophylaxis—a useful public health measure? *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1992;6(1):7-13.
14. Cornelissen M, et al. Increasing incidence of late vitamin K deficiency bleeding in infants in the Netherlands. *Acta Paediatr.* 2020;109(1):146-153.
15. Danziger J. Vitamin K-dependent proteins, warfarin, and vascular calcification. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008;3(5):1504-1510.
16. Schulte R, Jordan LC, Morad A, Naftel RP, Wellons JC, Sidonio R. Rise in late onset vitamin K deficiency bleeding in young infants because of parental refusal of prophylaxis. *Pediatr Neurol.* 2014;50(6):564-568.
17. Misra S, Upadhyay A, Aggarwal R. Vitamin K deficiency bleeding in infancy: current concepts. *Indian Pediatr.* 2021;58(1):59-66.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI İZMİR PEDİATRİ KONGRESİ

Çevre & İklim Değişikliği ve Çocuk Sağlığı

11-13 Eylül 2025
Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi
İZMİR

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

NL M.I.C.E.
Adres: Mimar Sinan Mahallesi 1487 Sokak. No:5 D:1 Konak-İZMİR

Tel: +90 232 259 65 00
Fax: +90 232 259 65 33
nlonline@nlmice.com

Proje Koordinatörü
Başak İlkutlav
E-posta: basakilkutlav@nlmice.com

