



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

Umudun Adı: Çocuk

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE KİTABI



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



İÇİNDEKİLER

KURULLAR	3
KURS PROGRAMI	4
BİLİMSEL PROGRAM	8
KONUŞMA ÖZETLERİ	15
ZOR OLGU ÖZETLERİ	97
SÖZLÜ BİLDİRİLER	105
POSTER BİLDİRİLER	277



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KURULLAR

TÜRK PEDIATRİ KURUMU YÖNETİM KURULU

Türk Pediatri Kurumu Başkanı

Prof. Dr. Özgür Kasapçopur

Yönetim Kurulu Üyeleri

Prof.Dr. Metin Aydoğın

Prof. Dr. Kenan Barut

Prof. Dr. Ömer Faruk Beşer

Prof. Dr. Nur Canpolat

Prof. Dr. Haluk Çokuğraş

Prof. Dr. Fügen Çullu Çokuğraş

Prof. Dr. Bülent Taner Karadağ

Prof. Dr. Ertuğrul Kıyıkım

Doç. Dr. Esra Özek Yücel

Prof. Dr. Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Türk Pediatri Kurumu Başkanı

Prof. Dr. Özgür Kasapçopur

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Bülent Taner Karadağ

Kongre Sekreterleri

Prof. Dr. Metin Aydoğın

Prof. Dr. Kenan Barut

Doç. Dr. Esra Özek Yücel

*Yönetim Kurulu Üyeleri soyisim alfabetik sıraya göre dizilmiştir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE KURS PROGRAMLARI

15 Nisan 2026 Çarşamba

KURS	UYGULAMALI MEKANİK VENTİLASYON KURSU Kurs Başkanları: Demet Demirkol, Gazi Arslan
13:00 - 18:00	İstasyon 1-2-3-4 Modlar ve Monitörizasyon, Obstrüktif Patolojiler, Restriktif Patolojiler, ARDS ve Yönetimi, Kaynayan Sorular Kurs Eğitimcileri: Demet Demirkol, Gazi Arslan, Gökhan Ceylan, Neslihan Zengin
17:30 - 18:00	Sertifika Töreni ve Kapanış

15 Nisan 2026 Çarşamba

13:00 - 19:00	ETKİLEŞİMLİ VE SİMÜLASYONLAR EŞLİĞİNDE ÇOCUK ACİL BAKIM KURSU (ÇABUK) Kurs Başkanları: Özlem Tekşam, Alkan Bal
13:00 - 16:30	Açılış, Tanışma ve Kursun Tanıtımı
13:15 - 13:40	Etkileşimli Vaka Senaryolarıyla Sık Görülen Solunum Yolu Acilleri Alkan Bal
13:40 - 14:05	Etkileşimli Vaka Senaryolarıyla Dolaşımın Stabilizasyonu Okşan Derinöz Gülerüz
14:05 - 14:20	KAHVE ARASI
14:20 - 14:45	Etkileşimli Vaka Senaryolarıyla Nörolojik Acillerin Yönetimi Sinem Oral Cebeci
14:45 - 15:15	Tartışma Zamanı - Sık Görülen Vakaların Acilde Yönetimi Esra Türe, İlknur Fidancı
15:15 - 15:30	KAHVE ARASI
15:30 - 16:00	Tartışma Zamanı - Sık Görülen Vakaların Acilde Yönetimi Anıl Er, Yüksel Bıçlıoğlu
16:00 - 16:30	Acil Serviste Yatak Başı Ultrasonografinin Kullanımı Murat Anıl
16:30 - 19:00	UYGULAYALIM - TARTIŞALIM! Kurs Başkanları: Özlem Tekşam, Alkan Bal
16:30 - 17:00	Grup 1: Etkileşimli Simülasyon - 1 Okşan Derinöz Gülerüz, Esra Türe, Orkun Aydın
17:00 - 17:30	Grup 2: İntraosseöz Girişim ve US Rehberliğinde Santral Kateter Yerleştirilmesi Alkan Bal, Sinem Oral Cebeci
17:30 - 18:00	Grup 3: Yatak Başı Akciğer ve FAST Ultrasonografi Anıl Er, Yüksel Bıçlıoğlu
18:00 - 18:30	Grup 4: Etkileşimli Simülasyon - 2 Özlem Tekşam, Murat Anıl, İlknur Fidancı
18:30 - 19:00	Sertifika Töreni ve Kapanış



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE KURS PROGRAMLARI

15 Nisan 2026 Çarşamba	
13:00 - 17:00	YENİDOĞANDA DOĞUMHANE VE BEBEK ODASI UYGULAMALARI KURSU
13:00 - 14:40	YENİDOĞANDA DOĞUMHANE VE BEBEK ODASI UYGULAMALARI - I Kurs Başkanları: Turan Tunç, Özmert Özdemir
13:00 - 13:20	Antenatal ve Natal Yaklaşımlar (aile görüşmesi, klempleme, transport) Gönül Tezel
13:20 - 13:25	Soru - Cevap
13:25 - 13:45	Altın Dakikalarda Solunum Desteği (NIV, O2 uygulamaları) Onur Bağcı
13:45 - 13:50	Soru - Cevap
13:50 - 14:10	Surfaktan Uygulama Stratejileri (ET, ENSURE, LİSA, aerosol) Ersin Ulu
14:10 - 14:15	Soru - Cevap
14:15 - 14:35	Yenidoğanda Hemodinami Akan Yaman
14:35 - 14:40	Soru - Cevap
14:40 - 15:00	KAHVE ARASI
15:00 - 16:40	YENİDOĞANDA DOĞUMHANE VE BEBEK ODASI UYGULAMALARI - II Kurs Başkanları: Nazmi Ataoğlu, Atalay Demirel
15:00 - 15:20	Doğumhanede Siyanotik Bebeğe Yaklaşım Zeynep Alp Ünkar
15:20 - 15:25	Soru - Cevap
15:25 - 15:45	Doğumhanede Hipoksik Bebeğe Yaklaşım Meltem Bor
15:45 - 15:50	Soru - Cevap
15:50 - 16:10	Anne Yanında Kötüleşen Bebek Özlem Şahin
16:10 - 16:15	Soru - Cevap
16:15 - 16:35	Antenatal Cerrahi Tanılı Bebeğe Yaklaşım Ali Ekber Hakalmaz
16:35 - 16:40	Soru - Cevap
16:40 - 17:00	Sertifika Töreni ve Kapanış



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE KURS PROGRAMLARI

15 Nisan 2026 Çarşamba

13:00 - 17:45	BESLENME KURSU Kurs Başkanları: Raşit Vural Yağcı, Fatih Ünal
13:00 - 13:30	Bebek Beslenmesi: Anne Sütü, Formüller, Tamamlayıcı Beslenme Güzide Doğan
13:30 - 14:00	Besin Alerjisi Olan Çocuklarda Beslenme Tedavileri Hasret Ayyıldız Civan
14:00 - 14:30	Çocuklarda Malnütrisyon Tanımı ve Tedavisi Şükrü Güngör
14:30 - 15:00	Çocuklarda Vitamin-Mineral Destekleri; Ne Zaman? Ne Kadar? Nelgin Gerenli
15:00 - 15:30	KAHVE ARASI
15:30 - 16:00	Fonksiyonel GIS Yakınmaları Olan Çocukta Beslenme Yaklaşımları Cansu Altuntaş
16:00 - 16:30	Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Beslenme (Nörolojik, Hematolojik ve Nefrolojik) Didem Gülcü
16:30 - 17:00	Çocuk Beslenmesinde Mikrobiyotayı Ne Kadar Ciddiye Almalıyız? Şirin Güven
17:00 - 17:30	Obeziteye Giden Yolda Beslenme Hataları Dilek Güler
17:30 - 17:45	Sertifika Töreni ve Kapanış

15 Nisan 2026 Çarşamba

13:30 - 17:00	ALERJİ KURSU 'Besin Alerjisinin Doğru Yönetimi' Kurs Başkanları: Koray Harmancı, Metin Aydoğan
13:30 - 14:00	Besin Alerjisi Gelişimi Önlenebilir mi? Pediatristler Ailelere Ne Önermeli? Pınar Uysal
14:00 - 14:30	Besin Alerjisinde Mikrobiyotanın Rolü Zeynep Ülker Altınal
14:30 - 15:00	KAHVE ARASI
15:00 - 15:30	Besin Alerjisinde Klinik Bulgular ve Olgu Temelli Tanısal Yaklaşım Hikmet Tekin Nacaroglu
15:30 - 16:00	İSPA'lı Çocuğun Güncel Tedavi Yönetimi Deniz Özçeker
16:00 - 16:30	İSPA ve Besin Alerjili Çocuğun İzleminde Pediatristin Rolü Şükrü Çekiç
17:00 - 17:30	Sertifika Töreni ve Kapanış



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE KURS PROGRAMLARI

15 Nisan 2026 Çarşamba

13:00 - 18:00	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ VE BAĞIŞIKLAMA KURSU Kurs Başkanı: Emel Gür Oturma Başkanları: Emel Gür, Filiz Orhon
13:00 - 13:30	Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Pratik Çözümler Meda Kondolot
13:30 - 14:00	Tamamlayıcı Beslenmede Güncel Öneriler Meltem Dinleyici
14:00 - 14:30	Çocuk Sağlığı İzleminde Ailelerin Sık Sorduğu Sorular Övgü Büke
14:30 - 15:00	Tartışma
15:00 - 15:30	KAHVE ARASI
15:30 - 16:00	Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi ve Rutin Dışı Aşılama Güncellemeler Gonca Keskindemirci
16:00 - 16:30	Etkin ve Güvenli Aşı Uygulama Prensipleri - Gözden Kaçırmamız Gerekenler Feyza Koç
16:30 - 17:00	Aşı Kararsızlığı ile Mücadelede Hekimin Rolü - Örneklerle Aşı Kararsızlığına Yaklaşım Ahmet Ergin
17:00 - 17:30	Tartışma
17:30 - 18:00	Sertifika Töreni ve Kapanış

15 Nisan 2026 Çarşamba

13:00 - 17:30	OLGULARLA ÇOCUK YOĞUN BAKIM KURSU Kurs Başkanları: Sare Güntülü Şık, Ali Ertuğ Arslanköylü
13:00 - 13:30	Kritik Hastaya Yaklaşım Faruk Ekinci
13:30 - 14:00	Şoktaki Hastaya Yaklaşım Ali Ertuğ Arslanköylü
14:00 - 14:30	Akut Solunum Yetmezliği ve Solunum Destek Tedavileri Gürkan Atay
14:30 - 15:00	Akut Kalp Yetmezliği ve Hayatı Tehdit Eden Ritim Bozuklukları Selman Kesici
15:00 - 15:30	KAHVE ARASI
15:30 - 16:00	Akut Bilinç Değişikliğine Yaklaşım Nihal Akçay
16:00 - 16:30	Status Epileptikus Yönetimi Pınar Yazıcı Özkaya
16:30 - 17:00	Kritik Hastada Sıvı ve Elektrolit Tedavisine Yaklaşım Hakan Tekgüç
17:00 - 17:30	Sertifika Töreni ve Kapanış



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

16 Nisan 2026 Perşembe					
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu
09:00 - 11:15	AÇILIŞ OTURUMU				
11:15 - 11:45	KAHVE ARASI				
11:45 - 12:30	UYDU SEMPOZYUMU  Oturum Başkanı: Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek Beynin Yolculuğu: Dikkat, Odak ve Ötesi Ertuğrul Kıyıkım				
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ				
13:30 - 14:30	ACİL SERVİSTE SIK GÖRÜLEN ALERJİK HASTALIKLAR Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Nermin Güler Çocuklarda Ne Zaman İlaç Alerjisi Düşünelim, Kırmızı Bayrak Bulguları Atlamalıyız? Emine Dibeç Mısıroğlu Anafilaksi Tedavisinde Güçlükler; Refrakter Anafilaksi Mustafa Arga Ürtiker Tanı ve Tedavisinde Doğru Sanılan Yanlışlar Koray Harmancı	MENİNGOKOK ENFEKSİYONLARI Oturum Başkanları: Ayper Somer, Ateş Kara Meningokok Tipleri ve Epidemiyolojisi, Meningokoksemede Tanısal İpuçları Adem Karbuz Meningokok Enfeksiyonlarında Tedavi Yaklaşımları Soner Sertan Kara Primer ve Sekonder Korunma (Aşılama ve kemoprofilaksi) Manolya Kara	DİJİTAL ÇAĞDA ÇOCUK SAĞLIĞI: POSTÜR, OBEZİTE VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN KLİNİK YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Nur Canpolat, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek Dijital Yaşamın Çocuklarda Postür, Kas-İskelet Sağlığı ve Fonksiyon Üzerine Etkileri Bülent Bayraktar Çocukluk Çağında Obezite ve Sedanter Yaşam için Egzersiz, Spor ve Önleyici Stratejiler Ela Tarakçı	ERGEN SAĞLIĞINDA ALTIN NOKTALAR Oturum Başkanları: Firdevs Baş, Hüseyin Dağ Ergen ile İletişim ve Psiko-sosyal Değerlendirme Aylin Yetim Şahin Ergenlerde Tarama ve Aşılar Meltem Erol Adölesan Jinekoloji Bakış Açısından Anormal Uterin Kanamaya Yaklaşım Özlem Dural	NEW PERSPECTIVES IN PEDIATRIC PROFESSION Chairs: Fügen Çullu Çokuğraş, Artur Mazur Erasmus+ and Others International Grant Application Opportunities Artur Mazur How to Train the Future Generation of Pediatricians? Luigi Titomanlio Stethoscope and Algorithm: Redefining the Art of Medicine in the Medical School of the Future Süleyman Yıldız
14:30 - 15:30	PEDİATRİDE HASTA HAKLARI VE HEKİM SORUMLULUĞU - 1 Oturum Başkanları: Murat Tutanoğlu, Can Balkan Yenidoğan Tarama Karşılığı ve Ülkemizdeki Durum Yüksel Hakan Aydoğmuş Tedaviyi Reddeden Hastalarda Pediatristin Sorumluluğu ve Malpraktis Nicel Yıldız Silahlı	"GEREKTİĞİNDE Mİ, RUTİNDE Mİ?" ÇOCUKLARDA VİTAMİN, MINERAL VE PROTEİN TAKVİYELERİ Oturum Başkanları: Tayfun Uçar, Serap Demircioğlu Turan D Vitamini: Rutin Tarama Testi Olarak Bakalım mı? Kime, Ne Zaman, Nasıl Replasman Yapalım? Şükri Hatun Spor Yapan Çocuğun Beslenmesinde Doğru Bilinen Yanlışlar: Protein Takviyesi ve Diğer Takviyelerin Yeri Tanyel Zübairioğlu B12 ve Çinko: Tarama mı, Hedefli Yaklaşım mı? Kime, Ne Zaman? Özlem Ünal	FONKSİYONEL GİS VE BESLENME: YENİ PARADİGMALAR Oturum Başkanları: Tanju Münevver Başanır Özkan, Günel Kutluk "Seçici Yeme mi, Beslenme Bozukluğu mu? Çocuk Doktorunun Kırılma Noktaları" Ne Zaman Psikojenik, Ne Zaman Organik Düşünelmiyiz? Ayşen Uncuoğlu Süt Çocuklarında Fonksiyonel GİS Hastalıklarında Tanıdan Tedaviye Paradigma Değişimi Ödül Eğrişay Gürkan Çocuklarda ve Adölesanlarda Vegetaryen/Vegan Beslenme Meltem Uğraş	POLİKLİNİKTE SIK KARŞILAŞILAN KLİNİK SENARYOLAR: OLGU TEMELLİ YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Adem Aydın, Hasan Yüksel Çocukluk Çağında İdrar Yolu Enfeksiyonu: İlk Değerlendirme, İleri Tetkik ve İzlem Stratejileri Sevgi Yavuz Kronik Öksürük: Olgular Eşliğinde Tanısal Algoritmalar Zeynep Seda Uyan Sinüzit, Otit ve Tonsillit: Güncel Kılavuzlar Işığında Tedavi Yaklaşımları Ergin Çiftçi	UPDATE IN PEDIATRICS Chairs: Özgür Kasapçopur, Luigi Titomanlio Childhood Obesity Strategies of Pharmacological Treatment Artur Mazur Status Epilepticus: Focusing on Recent Therapy Updates Luigi Titomanlio
15:30 - 16:15	UYDU SEMPOZYUMU  Oturum Başkanı: Metin Aydoğan İnek Sütü Protein Alerjisi Tedavisinde Mikrobiyotanın Önemi ve Sinbiyotik Yaklaşımlar Mustafa Arga, Ömer Faruk Beşer				
16:15 - 16:30	KAHVE ARASI				
16:30 - 17:00	UYDU SEMPOZYUMU  Oturum Başkanı: Esra Özek Yücel Çocuk Odaklı Çalışan Sağlık Profesyonelleri İçin Çocuk Diş Hekimi Gözünden Travmasız Hasta Bakma Rehberi Ahmet Coşkun				
17:00 - 18:00	PEDİATRİDE HASTA HAKLARI VE HEKİM SORUMLULUĞU - 2 Oturum Başkanları: Bumin Dündar, Özlem Bağ, Özlem Mehtap Bostan Pediatride Hasta Hakları Kapsamında Onam Alınması ve Hekim Sorumluluğu Sermet Koç Çocukta İhmal ve İstismarın Tanısı, Bildirimi ve ÇİM'e Yönlendirme Sorumluluğu Mehmet Akif İnanıcı	KÜÇÜK HASTALAR, BÜYÜK SORUN: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ANEMİYE ÇOK YÖNLÜ BAKIŞ Oturum Başkanları: Tülin Tiraje Celkan, Alp Özkan Yenidoğandan Süt Çocukluğuna Anemi: Ne Zaman Fizyolojik? Ne Zaman Patolojik? Ayşenur Bahadır Demir Eksikliği Anemisi Tedavisinde Yol Ayrımı: Oral ve IV Demir Arasında Doğru Seçim Emine Türkkkan Pediatrik Hastada Transfüzyon Kararı: Teoriden Pratiğe Hasta Kan Yönetimi Özlem Tüfekçi	EKRAN, DİKKAT VE İLETİŞİM: PEDİATRİSTİN KARŞILAŞTIĞI ZOR DURUMLAR Oturum Başkanları: Sadık Sami Hatipoğlu, Muhammet Asena Pediatristler için Dikkat Eksikliği Nasıl Tanıyalım: Tedavi Edilmediğinde Yarattığı Sorunlar Burak Doğangün Yeni Dünyanın Zorlukları: Çocukları Ekran Bağımlılığından Korumak Mesut Yavuz Kötü Haberi Nasıl Vereyim: Kritik Hasta Çocuk ve Ailesi ile Görüşmede Doğrular ve Yapılmaması Gerekenler Gizem Durcan	NÖROLOJİK BULGULARIN ARDINDAKİ METABOLİK HASTALIKLAR Oturum Başkanları: Neslihan Önenli Mungan, Mehmet Gündüz Yenidoğan Nöbetlerine Metabolik Yaklaşım Sema Kalkan Uçar Metabolik Stroke Yılmaz Yıldız	TÜRKİYE GAZETECİLER CEMİYETİ - TÜRK PEDIATRİ KURUMU ORTAK OTURUMU Oturum Başkanları: Sibel Güneş, Özgür Kasapçopur Medyada İletişim ve Etik



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

17 Nisan 2026 Cuma						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İtler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
08:30 - 09:30	'PROF. DR. TULAY ERKAN' ANISINA ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON: EPİDEMİYOLOJİDEN TEDAVİYE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Fügen Çullu Çokuğraş, Hüseyin Tufan Kutlu, Yaşar Doğan Türkiye'de Çocuklarda Malnütrisyon: Güncel Durum ve Epidemiyoloji Ömer Faruk Beşer Çocuklarda Malnütrisyon Tanısı: Kaçırıklarımız ve Güncel Yaklaşım Merve Kesim Usta Çocuklarda Malnütrisyon Tedavisi: Kanıta Dayalı Pratik Yaklaşım Zerrin Önal	BESİN ALERJİSİNDE GÜNDEMDEKİ ANA BAŞLIKLAR Oturum Başkanları: Esen Demir, Derya Ufuk Altıntaş İmmünnutrisyon ve Çocuk Sağlığına Etkileri Çansın Şaekesen Besin Alerjisinde Farklı Fenotiplerde Doğru Tanının Püf Noktaları Gülbin Bingöl Atopik Dermatit Tanısında Pediatristler için Temel İlkeler, Ne Zaman Besin Alerjisi Düşünelim? Ayşen Bingöl	DOĞRU ZAMANDA DOĞRU KONSÜLTASYON: MULTİDİSİPLİNER PEDIATRİ YAKLAŞIMI Oturum Başkanları: Abdülkadir Bozaykut, Nigar Bayramova Çocuk Ortopedisi Konsültasyonu Gerektiren Durumlar: Skolyoz ve Yürüme Bozukluklarını Ne Zaman Danışalım? Ali Şeker Çocuklarda Sık Görülen Enfektif Cilt Hastalıklarının Tedavisi Çiğdem Oba Çocuk Göz Sağlığında Koruyucu Yaklaşımlar ve Erken Yönlendirme Didar Uçar	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE ALGORİTMİK YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Meltem Erol, İsmail Yıldız, Atilla Çayır Adölesanlarda Oyun Bağımlılığı İzzettin Kaya, İlayda Kara Febril Nöbet Öyküsü ile Gelen Çocukta İlk Basamak Değerlendirme Çisem Duman Kayar, Abdülkadir Altıntaş Erken Ergenlikte Alarm Bulgular: Ne Zaman Çocuk Endokrine Sevk Edelim? Cansu Koç Çalışkan, Emre Nuraydın		SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1 Oturum Başkanları: Savaş Dedeoğlu, Ayhan Pektaş (Oturum detaylarına mobil uygulamamız ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
09:30 - 10:15	UYDU SEMPOZYUMU Opella. Oturum Başkanı: Ömer Faruk Beşer Bozulmuş Dengenin 2 Yüzü: Disbiyozis & Kabızlık Murat Anıl, Ödül Eğrişaz Gürkan					
10:15 - 10:45	KAHVE ARASI					
10:45 - 11:45	PEDIATRİ İÇİN GÖĞÜS HASTALIKLARI - 1 Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Fazilet Karakoç Early Life Determinates of Allergy and Asthma Erika von Mutius Astım Atağı Yönetimi Figen Gülen Çocuklarda Akciğer Grafisi Değerlendirme; Normal ve Patolojik Görüntüler Ebru Yalçın	ÇOCUK ROMATOLOJİ ÇOCUK ROMATOLOJİ DERNEĞİ ORTAK OTURUMU Oturum Başkanları: Yelda Bilginer, Oya Köker Turan Çocukluk Çağında Akut Artrite Yaklaşım Vildan Güngör Çocukluk Çağında Kronik Artrite Yaklaşım Nihal Şahin Çocukluk Çağında Bağ Dokusu Hastalıklarına Tanılandırıcı Yaklaşım Pınar Özge Avar	YOĞUN BAKIM YAKLAŞIMINDA GÜNCELLEMELER Oturum Başkanları: Dinçer Yıldızdaş, Oğuz Dursun Temel ve İleri Yaşam Desteğinde Yenilikler Sare Güntülü Şık E-CPR Tanıl Kendirli PARDS Çağlar Ödek	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE ALGORİTMİK YAKLAŞIMLAR ÇOCUKLARDA AKUT AĞRIDA KIRMIZI BAYRAKLAR Oturum Başkanları: Gönül Sezer Yamanel, Kamil Şahin, Gamze Özgürhan Göğüs Ağrısı ile Gelen Çocuk Tuğçe Yavuz Dursun, Kübra Subaşı Elçin Karın Ağrısı ile Gelen Çocuk Mehmet Şefik Avcı, İlkana Hasankhanlı Baş Ağrısı ile Gelen Çocuk Deniz Ocak, İslam Hanefioğlu		SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2 Oturum Başkanları: İpek Dokurel Çetin, Burçin Nalbantoğlu (Oturum detaylarına mobil uygulamamız ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
11:45 - 12:30	UYDU SEMPOZYUMU Nestlé Oturum Başkanı: Bülent Taner Karadağ Bağırsıklıkta ve Solunum Yolu Hastalıklarında Gıda Takviyelerinin Yeri ve Önemi Emin Ünüvar, Bülent Taner Karadağ					
12:30 - 13:15	ÖĞLE YEMEĞİ					



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

17 Nisan 2026 Cuma						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İtler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
13:15 - 14:15	BELİRSİZLİKTEN TEDAVİYE: ZEHİRLİLEMLERİN İZİNİ SÜRMEK Oturum Başkanları: Özlem Tekşam, Metin Uysal Toksikolojide İpuçlarını Okumak: Zehirlenme Alarmı Özlem Tekşam Klasiklerden Öte: Yeni Nesil Antidotlarla Hayat Kurtarmak Fatma Akgül Sentetik Tehlike: Psikoaktif Madde Zehirlenmelerinde Pediatrik Yaklaşım Eylem Ulaş Saz	ÇOCUK SAĞKALIMINDA BAĞIŞIKLAMININ GÜCÜ VE EKŞİK AŞILAMA İLE MÜCADELE Oturum Başkanları: Emel Gür, Gonca Keskindemirci Çocuk Sağkalımında Bağışıklamanın Gücü Emel Gür Kaçırılmış Aşı Fırsatı Feyza Koç Aşı Kararsızlığı ile Baş Etme: Etkili İletişim ve Bilimsel Yaklaşım Ahmet Ergin	SIK HASTALANAN ÇOCUKTA NE ZAMAN İMMÜN YETMEZLİK DÜŞÜNÜLMELİ? Oturum Başkanları: İlhan Tezcan, Ümit Murat Şahiner Sık Hastalanan Çocukta İmmün Yetmezlik için Alarm Bulgular; Ne Zaman İmmünolojiye Danışalım? Hasibe Artaç Sık Hastalan Çocukta İlk Basamak Testleri Nasıl Yorumlayalım? Dilara Kocacık Uygun Yenidoğanda İmmün Yetersizlik Düşündürecek İp Uçlarını Yakalamak Esra Özek Yücel	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE HEMEN TANI - HIZLICA TEDAVİ ET! Oturum Başkanları: Himmet Haluk Akar, Caner Turan, Zeynep Eviç Başar Tümör Lizis Sendromu Aise Chouse Memet, Özge Yaren Uysal Anafilaksi İdan Fırat Unay, Büşra Ateş Hipoksik Spell Ahmed Mahmud Çırakoğlu, Muhsin Özdemir	UPDATE IN PEDIATRIC PULMONOLOGY Chairs: Elif Dağlı, Haluk Çokuğraş Gene-environment Interactions in Asthma Erika von Mutius Is it difficult to Treat Asthma or Severe Asthma? Bülent Taner Karadağ Difficult Diagnostic Cases in CF Yasemin Gökdemir	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 3 Oturum Başkanları: Mehmet Tekin, Bahri Elmas (Oturum detaylarına mobil uygulamasyon ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
14:15-14:45	UYDU SEMPOZYUMU HALEON Oturum Başkanı: Emin Ünüvar Alerjik Rinit Yönetiminde Nefes Aldıran Çözümler Nesil Keleş, Zeynep Ülker Altınel					
14:45 -15:15	KAHVE ARASI					
15:15 -15:45	UYDU SEMPOZYUMU Opella. Oturum Başkanı: Özgür Kasapoğlu Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Ateş ve Öksürük Yönetimi: Bütüncül ve Güvenli Yaklaşım Hasan Tezer					
15:45 -16:45	ÇOCUKLUK ÇAĞINDA HEMOFAGOSİTOZ NEDİR, NASIL TANIYALIM? Oturum Başkanları: Ayhan Dağdemir, Özgür Kasapoğlu Olgu Sunumu: Nergis Akay Genetik Geçişli (Primer HLH) Olan Hemofagositoz Süheyla Ocak What is Macrophage Activation Syndrome (MAS)? Angelo Ravelli	ÖZEL DURUMLARDA AŞILAMA NASIL OLMALI? Oturum Başkanları: Emel Gür, Feyza Koç Solid Organ Nakli ve Biyolojik Ajan Kullanımında Aşılamaya Gonca Keskindemirci Kök Hücre Nakli ve Kemoterapi Uygulanan Çocuklarda Aşılamaya Meda Kondolot Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Aşılamaya Meltem Dinleyici	REHBERLER, GÜNCELLEMELER VE UZMAN GÖRÜŞLERİ Oturum Başkanları: Funda Öztunç, Mehmet Vural Yenidoğanda Yapay Zeka Ersin Ulu Yenilenen NEK Rehberi Atalay Demirel Yenidoğanda PDA Ne Zaman Kapatılmalı? Baran Cengiz Arcagök	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE HEMEN TANI - HIZLICA TEDAVİ ET! Oturum Başkanları: Mustafa Özgür Pirgon, Alper Köker, Nilüfer Gökner Septik Şok Murat Erdal, Dilek Kızıltaş Ustabaş Diabetik Ketoasidoz Boğaçhan Murat Özkartal, Batuhan Talha Yılmaz Acil Hipertansiyon Aybüke Nazlı Gültekin, Ecem Koyuncu	'TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS' NÖROLOJİ - GENETİK OTURUMU EPIGENETİK BOZUKLUKLAR Oturum Başkanları: Kürşat Bora Çarman, Olcay Ünver DNA Metilasyon Bozuklukları Beyhan Tüysüz Histon İlişkili Genetik Bozukluklar (Histonopatiler) Bülent Kara Kromatin Yeniden Şekillendirme Kompleksleri İlişkili Bozukluklar Hüseyin Kılıç Turkish Archives of Pediatrics	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 4 Oturum Başkanları: Saliha Şenel, Ahmet İrdem (Oturum detaylarına mobil uygulamasyon ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
16:45 - 17:00	KAHVE ARASI					



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

17 Nisan 2026 Cuma						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İtler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
17:00 - 18:00	ENFEKSİYON HASTALIKLARINDA GÜNCEL KONULAR Oturum Başkanları: Mustafa Kemal Hacimustafaoğlu, Eyüp Sarı COVID19'un Dünyü, Bugünü ve Geleceği Hasan Tezer Sırada Hangi Virüs Var; Bizi Bekleyen Yeni Olası Salgınlar Deniz Aygün Çocuklar için Gizli Tehlike: HIV Selda Hançerli Törün	KÜÇÜK BEDENLERDE BÜYÜK TEHDİTLER: ÇEVRESEL ACİLLER Oturum Başkanları: Okşan Derinöz Gülyüz, Hayri Levent Yılmaz Sudan Gelen Sessizlik: Pediatriye Boğulma Vakalarına Yaklaşım Okşan Derinöz Gülyüz Akımın İzinde: Çocuklarda Elektrik Yaralanmalarında Hayat Kurtaran Dakikalar Sinem Oral Cebeci Donma Noktasında Hayat: Hipotermik Çocuğa Acil Müdahale Alkan Bal	VEDEOLAR EŞLİĞİNDE PAROKSİSMAL ATAKLAR Oturum Başkanları: Şenay Haspolat, Dilşad Türkoğan Paroksizmal Ataklarda Epilepsi Dışı Nedenler Serhat Güler Paroksizmal Ataklarda Epilepsi Ülkühan Öztoprak	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE OLGU - BİLGİ OTURUMU Oturum Başkanları: Sadık Sami Hatipoğlu, Nazan Dalgıç, Betül Sözeri Mitler ve Güncel Kılavuzlar Eşliğinde 3 Ay Altı Ateşe Yaklaşım Duha Aybükçe İşler, Yusuf Evren İnfluenza ve Suçiçeğinde Antiviral Tedavi: Hangi Hastada, Ne Zaman? Fikriye Ayaz, Hakan Derli Atipik ve İnfantil Olgular Eşliğinde Kawasaki Hastalığı Eray Tuncce, Ferhat Durup 		SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 5 Oturum Başkanları: Nafiye Urgancı, Müşerref Banu Yazıcı (Oturum detaylarına mobil uygulama ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
18:00 - 19:00						SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 6 Oturum Başkanları: Yasin Yıldız, Fatih Battal (Oturum detaylarına mobil uygulama ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

18 Nisan 2026 Cumartesi						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İlater Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
08:30 - 09:30	PEDIATRİ İÇİN GÖĞÜS HASTALIKLARI - 2 Oturum Başkanları: Erkan Çakır, Velat Şen Tekrarlayan Pnömonilere Yaklaşım Ayşe Tana Aslan Kistik Fibroziste Neredeyiz? Ayşe Kılınç Sakallı Uyku ve Solunum Problemleri Ela Eralp	'TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS' ROMATOLOJİ OTURUMU Oturum Başkanları: Kenan Barut, Amra Adroviç Yıldız Çocukluk Çağında Kronik Artritlerde Mucize: Anti-TNF Ajanlar Mehmet Yıldız Çocukluk Çağı Otoenflamatuvar Hastalıklarında Mucize: Anti-interlökin 1 Ajanlar Fatih Haşlak Jüvenil Dermatomiyozyitte Yeni Ufuklar Erdal Sağ 	PEDIATRİSTİN GÖZÜNDEN KRİTİK KARDİYAK DURUMLAR: ERKEN TANI, DOĞRU YÖNETİM Oturum Başkanları: Ayşe Güler Eroğlu, Figen Akalın Konjenital Kalp Hastalığı Tanısı Alan Yenidoğan: Pediatrist için İzlem ve Yönetim Rehberi Özge Pamukçu Yenidoğanda Persistan Pulmoner Hipertansiyon: Güncel Tedavi Yaklaşımları ve Pediatristin Rolü Ebru Aypar Miyokarditten Kardiyomiyoopatiye: Bu Süreç Önlenebilir mi? Kadir Babaoğlu	GENEL PEDIATRİSTLER İÇİN KONSÜLTASYON HEMATOLOJİSİ - ONKOLOJİSİ Oturum Başkanları: Handan Uğur Dinçaslan, Süheyla Ocak Lökopeni/Nötropeni ile Başvuran Çocuk: İzlem mi, Hematoloji Konsültasyonu mu? Şule Ünal B12 Yüksekliği Saptanan Çocuk: Ne Zaman Onkoloji? Ne Zaman İzlem? Eda Atasseven Ailesel Kanseri mi? Çocuklarda Kanseri Yatırılına Klinik İpuçları Bahar Genç	ÖZEL HEKİMLİK OTURUMU Oturum Başkanları: Fügen Çullu Çokuğraş, Haluk Çokuğraş Sosyal Medyada Özel Hekimlik: Sosyal Medyada Etik Paylaşım ve Yasal Düzenlemeler Melis Bayram Şirinoğlu Pediatride Özel Hekimlik: Sorunlar ve Çözümleri Cihan Avaroğlu Uluslararası Arenada Özel Hekimliğin TPK Adına Temsiliyeti Ayşe Sokullu, Semra Akman	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 7 Oturum Başkanları: Fatma Betül Çakır, Turgay Çokyaman <i>(Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)</i>
09:30 - 10:15	UYDU SEMPOZYUMU Opella. Oturum Başkanı: Kenan Barut Büyümenin Temel Taşları: Lizin ve Mikrobesin Desteği Ahmet Anık					
10:15 - 10:45	KAHVE ARASI					
10:45 - 11:45	HIŞILTILI ÇOCUK VE ASTIMDA GÜNCEL GELİŞMELER Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Reha Cengizlier Erken Kreşe Gitmek (erken viral enfeksiyonlar) Astıma Gidiş Neden Olur mu? Metin Aydoğan Her Hişiltılı Astım mı? Astımlı Çocukta Doğru Ayırıcı Tanı Özge Yılmaz Çocuklarda Astım Tanısında ve Tedavisinde Son Güncellemelerde Neler Var? Arzu Bakırtaş	ÇOCUK GASTROENTEROLOJİSİNDE ZOR VAKALAR VE GÜNCEL TARTIŞMALAR Oturum Başkanları: Vildan Ertekin, Ahmet Baştürk Çocukluk Çağında Persistan GİS Semptomları: Ne Zaman 'Masum' Değil? Aylin Yücel Karaciğer Enzim Yüksekliği Olan Çocuk: Takip mi, İleri Tetkik mi? Çiğdem Arıkan Kolestazdan Genetiğe: Pediatrik Hepatolojide Yeni Ufuklar Aykut Bayrak	OLGU SUNUMLARI İLE GENETİKTE SÜRPRİZ TANILAR Oturum Başkanları: Banu Nur, Nilay Güneş Minör Bulgulardan Genetik Tanıya: İpuçlarını Yakalamak Dilek Uludağ Alkaya Genetik Testlerden Tanıya Giden Yol: Klinik Yansımalar Ayşegül Yılmaz	UMUDUN ADI: ERGEN SAĞLIĞINDA KORUYUCU VE GÜÇLENDİRİCİ YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Zehra Aycan, Ayfer Gözü Pirinçioğlu Ergenlerde Dijital Güvenlik Riskleri: Dijital Ortamda Siber Zorbalık, Taciz ve Mahremiyet Dilek Orbatu Ergenlerde Dayanıklılığı Nasıl Arttırılır? Melike Tuğrul Aksakal Ergenlerde Yeme Bozukluklarını Atlamayalım Ayşegül Güven	PEDIATRİDE SIK GÖRÜLEN VE ZORLAYICI TABLOLAR Oturum Başkanları: Funda Öztunç, Zülal Ülger Kalp Yetersizliği Olan Çocukta Farklı Klinik Senaryolarda Tedaviye Pratik Yaklaşım Reyhan Dedeoğlu Akut Romatizmal Ateşte Ne Değişti? Güncel Tanı ve Tedavi Stratejileri Özgür Kızılca Adenozine Dirençli Aritmiler: Pediatrist için Tanı ve Yönetim Yaklaşımı Gülhan Tunca	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 8 Oturum Başkanları: Seha Saygılı, Helen Bornaun <i>(Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)</i>
11:45 - 12:15	UYDU SEMPOZYUMU sanofi Oturum Başkanı: Hüseyin Dağ Beyfortus ile RSV'ye Karşı Etkin Koruma Vefik Arıca					
12:15 - 13:15	ÖĞLE YEMEĞİ					



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

18 Nisan 2026 Cumartesi						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İhter Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
13:15 - 14:15	SIK GÖRÜLEN NEFROLOJİK SORUNLAR: "NASIL YÖNETMELİ? NE ZAMAN SEVK ETMELİ?" Oturum Başkanları: Salim Çalışkan, Kibriya Fidan Antenatal Hidronefroz: İzlemede Kırmızı Bayraklar ve Pratik Yol Haritası Zeynep Yürük Yıldırım Üriner Sistem Taş Hastalığı: Tanı ve İzlemede Kritik İpuçları Sibel Yel Enürezis mi? Mesane Hastalığı mı? Ayrıncı Tanıda Püf Noktaları Gülşah Kaya Aksoy	MERKEZİ SINIR SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI Oturum Başkanları: Ahmet Soysal, Nazan Dalgıç Viral Menenjit Tanısal Yaklaşım ve Yönetimi Özge Metin Akcan Ensefalit Tanı ve Tedavisi Ahmet Soysal Tüberküloz Menenjitte Tanı ve Tedavi, Bizi Bekleyen Komplikasyonlar Dilek Yılmaz	'TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS' İMMÜNOLOJİ OTURUMU EPİTEL BARIYERİN HASTALIKLAR ÜZERİNDEKİ ROLÜ Oturum Başkanları: Figen Doğu, Arzu Bakırtaş Besin Katkı Maddeleri ve Deterjanların Epitel Hasarı ve Kronik Hastalıklar Üzerine Etkileri İsmail Ögütür 'One Health' Yaklaşımı; Hayvan-İnsan Ortak Mikrobiyomunun Alerjik Hastalıklar Açısından Rolü Sena Ardıçlı 	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE SIK KARŞILAŞILAN SORUNLARA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Emel Gür, Nalan Karabayır Erken Çocukluk Döneminde Beslenme Sorunları Övgü Büke Uyku Bozuklukları: Ne Zaman Normal, Ne Zaman Patolojik? Yönetim ve Danışma Kriterleri Perran Boran Erken Ekran Maruziyeti; Sonuçları ve Çözüm Önerileri Burak Doğangün	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI TIPTA UZMANLIK YETERLİK BİLGİ SINAVI (13:15 - 15:15)	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 9 Oturum Başkanları: Murat Doğan, Osman Yeşilbaş (Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
14:15 - 14:45	UYDU SEMPOZYUMU  Oturum Başkanı: Özgür Kasapoğlu Beyin Sağlığımız İçin Gerekli Nöro-Besinler Kürşat Bora Çarman					
14:45 - 15:15	KAHVE ARASI					
15:15 - 15:45	UYDU SEMPOZYUMU  Oturum Başkanı: Haluk Çokuğraş Alerjik Rinit Tedavisinde Olopatadin Nazal Sprey Vefik Arıca					
15:45 - 16:15	KONFERANS Oturum Başkanları: Şükrü Nail Güner, Sezgin Şahin Examples of The Heterogeneity of Clinical Presentation of Lupus in Childhood Angelo Ravelli	PEDİATRİDE METABOLİK HASTALIK ŞÜPHESİ: KİMDEN NE ZAMAN ŞÜPHELENELİM? Oturum Başkanları: Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek, Şahin Erdöl Yenidoğan Yoğun Bakımda Metabolik Hastalık Şüphesi Abdurrahman Akgün Çocuk Polikliniğinde Metabolik Hastalık Şüphesi Nafiye Emel Çakar	PEDİATRİSTLER İÇİN AKUT BÖBREK HASARI (ABH): OLGU TEMELLİ YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Lale Sever, Aysun Karabay Bayazit ABH'da Tanısal Yaklaşım: Nereden Başlamalı? Ayşe Ağbaş ABH Yönetiminde Doğru Sıvı Tedavisi Aslı Kavaz Tufan Sahadan Diyaleze Ezilme Sendromu: Akut Yönetim ve Uzun Dönem Sonuçları Bora Gülhan	ÇOCUKTA MİNERAL METABOLİZMASI VE ENDOKRİN ETKİLERİ: KEMİK VE TİROİD SAĞLIĞI Oturum Başkanları: Olca Evliyaoglu, Behzat Özkan Çocukta Kalsiyum ve Fosfor Dengesini Anlamak Diğdem Bezen Çocuklarda Raşitizm: Erken Tanı, Etkili Tedavi ve Koruyucu Yaklaşım İhsan Turan İyot Eksikliğinden Tiroid Hastalıklarına: Çocukta Tiroid Sağlığı Hande Turan	YENİDOĞANDA ENFEKSİYON Oturum Başkanları: Yıldız Perk, Atalay Demirel Erken Membran Ruptürlü Anne Bebeğine Yaklaşım Evrim Kıray Baş Yenidoğan Sepsisinde Tanı ve Tedavide Yeni Ne Var? Ferhat Çekmez Preterm Yenidoğanlarda Aşılama Protokolleri ve RSV Profilaksisi Zeynep Alp Ünkar	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 10 Oturum Başkanları: Emine Sönmez, Miray Kışla Ekinci (Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
16:15 - 16:45	UYDU SEMPOZYUMU  Prevenar 20 ile Temel Sağlam, Genişleyen Kapsam Emel Gür, Dilek Yılmaz					
16:45 - 17:00	KAHVE ARASI					



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

18 Nisan 2026 Cumartesi						
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Güngör Tümay Salonu	Sözlü Bildiri Salonu
17:00 - 18:00	ÇOCUKTA BÜYÜME VE GELİŞME SORUNLARINA GÜNCEL YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Semra Çetinkaya, Hüseyin Demirbilek Çocukluk Çağı Obezitesi: Güncel Yaklaşımlar ve Koruyucu Önlemler Elvan Bayramoğlu Kısa Boylu Çocuğun Değerlendirilmesi: Hızlı ve Etkili Yaklaşım Aydilek Çakır Erken ve Gecikmiş Puberte: Tanı ve Yönetim Ahmet Anık	PEDIATRİ PRATIĞİNDE NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLARA GÜNCEL YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Sema Saltık, Edibe Pembegül Yıldız Beyin Gelişimi ve Nöroplastisite Nilüfer Eldeş Bebeklik Döneminde Nörogelişimsel Risk Belirtileri Edibe Pembegül Yıldız Riskli Bebekten Okul Çağına Nörogelişimsel İzlem ve Yol Haritası Leman Tekin Örgün	YOĞUN BAKIMDA UZMANINA DANIŞALIM! Oturum Başkanları: Agop Çıtak, Tanıl Kendirli Hayatı Tehdit Eden Akut Enfeksiyonlar (Boğmaca, İnfluenza, Meningokoksemi) Mutlu Uysal Yazıcı Şokta Sıvı ve Vazoaktif Seçiminde Yenilikler Muhterem Duyu Yoğun Bakımda Yapay Zeka Merve Havan	ÇOCUK CERRAHİSİ KONSÜLTASYONLARINDA DOĞRU ZAMANLAMA VE DOĞRU GÖRÜNTÜLEME SEÇİMİ Oturum Başkanları: Gonca Tekant, Sebuhan Kuruoğlu Pediyatrik Cerrahide Karın Ağrısı (Apendisit, Over Torsiyonu, Testis Torsiyonu) Rahşan Özcan İnmemiş Testis: Doğru Tanı, Uygun İzlem ve Cerrahiye Yönlendirme Mehmet Eliçevik Pediyatrik Cerrahi Acilde Görüntülemenin Katkısı Ayşe Kalyoncu Uçar	GENÇ PEDIATRİSTLER İLE ZOR OLGULAR Oturum Başkanları: Mehmet Yıldız, Fatih Haşlak Zor Olgu 1 Ecem Torun Zor Olgu 2 Hacer Örsdemir Hortu Zor Olgu 3 Damla Yıldırım Zor Olgu 4 Meltem Aydoğan Zor Olgu 5 Şule Bektaş	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 11 Oturum Başkanları: Esma Şengenc, Pinar Önal (Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)
18:00 - 19:00				'TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS' DERGİ OTURUMU Oturum Başkanları: Ethem Ergünoğlu, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek, Nur Canpolat Geçen Yıl Nasıl Geçti? Özgür Kasapçopur Turkish Archives of Pediatrics'e Makale Gönderiminde Klasik Hatalar, Yeni Sorunlar: Metodoloji, Analiz ve Yayın Etiği Hazal Cansu Çulpan 		SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 12 Oturum Başkanları: Özlem Bostan Gayret, Binnaz Tekatli Çelik (Oturum detaylarına mobil uygulamayı ve web sitemizden ulaşabilirsiniz.)

19 Nisan 2026 Pazar	
SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu
09:00 - 09:50	PEDIATRİDE UMUT VE GELECEK Özgür Kasapçopur
09:50 - 10:00	KAHVE ARASI
10:00 - 11:00	AKILCI İLAÇ KULLANIMI Emin Ünüvar



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

KONUŞMA
ÖZETLERİ



HİPOKSİK SPELL YÖNETİMİ: TANIMA, MEKANİZMA VE GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Ahmet Mahmud Çırakoğlu¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Hipoksik (siyanotik) spell Fallot tetralojisi gibi infundibular darlıklı siyanotik kalp hastalıkları acilidir. Ağlama, beslenme veya dışkılama gibi aktivitelerle tetiklenir. İritabilite, hiperpne, siyanozun derinleşmesi ve mevcut üfürümün kaybolmasıyla karakterizedir. Pulmoner vasküler direnç (PVR) artışı, sistemik vasküler direncin (SVR) düşmesi, taşikardi ve hipovolemi desatüre kanın sol kalbe şantını arttırır. Sistemik oksijenin (PaO₂) azalması ve karbondioksitin (PaCO₂) artması hiperpneyi tetikler; bu da SVR'yi artırarak sağdan sola şantı şiddetlendirir. Ağır vakalarda letarji ve konvulziyon ve arrest gelişebilir.

Akut tedavi ve yönetim

PVR'nin azaltılması ve SVR'nin arttırılması pulmoner kan akımını artırarak sistemik oksijenizasyonu iyileştirir ve hipoksik atağın sonlanmasını sağlar.

PVR ve SVR'de dengeyi sağlamak için ;

1. Sakinleştirici ortam sağlanmalı, ebeveyn uzaklaştırılmamalı, hastaya diz-göğüs pozisyonu verilmeli, %100 oksijen sağlanmalıdır. Diz-göğüs pozisyonu SVR'yi arttırır. Yeterli sağ ventrikül dolumunu sağlamak için 5-10 ml/kg intravenöz sıvı yüklenir. Oyun sırasında spell gelişmesi halinde çocukta çömelme pozisyonu sistemik venöz dönüşü azaltır, alt ekstremitedeki deoksijenize kanın dönüşünü engeller ve SVR'yi arttırarak bu döngünün kırılmasına katkı sağlar.
2. Sedasyon ve analjezi; Morfin sülfat (0,1 mg/kg, i.v./i.m.) hem hastayı sakinleştirir hem de solunumu baskılayarak hiperpneyi kırar. Ketamin (1-2 mg/kg i.v.) güçlü sedasyon ve analjezi etkisiyle önem kazanmıştır. Sempatomimetik etkisiyle SVR'yi arttırır.
3. SVR artışı için ilk seçenek vazokonstriktör etkisi sebebiyle Felinefrindir (0,02mg/kg). Türkiye'de mevcut değildir. Bunun yerine SVR artışı ve sedasyon sağlayan Ketamin tercih edilebilir.
4. Metabolik asidozun solunum merkezi üzerindeki etkisini sonlandırmak için sodyum bikarbonat (1 mEq/kg) verilir.
5. Propranolol veya esmolol hem kalp hızını düşürmesi hem de periferik damarlarda beta adrenerejik etkiyi azaltıp direnci arttırması sebebiyle atakta kullanılmaktadır. Propranolol ayrıca spellin önlenmesinde kullanılmaktadır.
6. Medikal tedaviye dirençli hastalar genel anesteziyle entübe edilir ve temel yaşam desteği sağlanır.

Farmakolojik Tedavide Yenilikler Morfin enjeksiyonunun ağrılı olması atakları şiddetlendirebilir. Bazı çalışmalar **intranazal fentanil** (2 mcg/kg) uygulamasının, iğnesiz ve hızlı alternatif olarak semptomları 10 dakikada düzeltbildiğini vurgulamaktadır. Fentanil burun-beyin" yoluyla hızla emilerek hemodinamik stabilite sağlar.

Refrakter Spell'lerde Kurtarma Müdahaleleri Medikal tedaviye yanıt vermeyen (refrakter) vakalarda **Sağ Ventrikül Çıkış Yolu Stentlemesi (RVOTS)** etkili bir kurtarma yöntemidir. RVOTS, cerrahi şantlara göre daha fizyolojik bir akciğer kan akımı sağlar ve işlem sonrası oksijen saturasyonunun medyan %45'ten %90'lara çıktığı görülmüştür.



YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA METABOLİK HASTALIK ŞÜPHESİ

Abdurrahman Akgün¹

1 – Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Metabolizma BD

ÖZET

Kalıtsal metabolizma hastalıkları (KMH), genetik ve metabolik yolak bozuklukları sonucu ortaya çıkan ve özellikle yenidoğan döneminde ciddi klinik tablolarla seyreden hastalıklardır. Enzim eksikliği nedeniyle metabolik ürünlerin yetersizliği veya toksik metabolitlerin birikimi gelişir. Yenidoğan döneminde görülme sıklığı yaklaşık 10.000 canlı doğumda 1,5–4'tür. Ailede açıklanamayan yenidoğan ölümleri, akraba evliliği ve kilo alamama gibi durumlar metabolik hastalık açısından önemli ipuçlarıdır. KMH'ler yenidoğanlarda genellikle metabolik ensefalopati, beslenme güçlüğü, letarji, nöbet, hipotoni ve solunum düzensizlikleri ile ortaya çıkar. Bazı hastalarda hipoglisemi, metabolik asidoz, hiperamonyemi veya karaciğer yetmezliği gelişebilir. Ayrıca akçaağaç şurubu veya terli ayak gibi karakteristik vücut kokuları tanıda yardımcı olabilir. Klinik bulgular çoğu zaman özgül değildir ve sepsis gibi hastalıkları taklit edebilir. Tanı süreci basit idrar ve kan testleri ile başlar; gerektiğinde tandem kütle spektrometrisi ve genetik analizler yapılır. Erken tanı ve uygun tedavi hastalığın prognozunu belirgin şekilde iyileştirebilir.

GİRİŞ

Kalıtsal metabolizma hastalıkları (KMH), genetik kökenli enzim veya metabolik yolak bozuklukları sonucu ortaya çıkan ve özellikle yenidoğan döneminde ciddi klinik tablolarla seyredebilen hastalık grubudur. Bu hastalıklarda genetik bir defekt sonucunda belirli bir enzimin eksikliği veya fonksiyon kaybı meydana gelir. Bunun sonucunda ya metabolik yolda ürün eksikliği gelişir ya da ara metabolitlerin birikimi nedeniyle toksisite oluşur. Toksik maddelerin birikmesi hücreler ve organ sistemleri üzerinde zararlı etkiler oluşturur. Yenidoğan döneminde doğumsal metabolik hastalıkların kümülatif insidansı yaklaşık olarak 10.000 canlı doğumda 1,5–4 olarak bildirilmektedir.

Kalıtsal metabolizma hastalıklarının görülme olasılığını artıran bazı klinik ipuçları bulunmaktadır. Ailede daha önce açıklanamayan yenidoğan ölümlerinin bulunması, ani bebek ölümü öyküsü, açıklanamayan kilo alamama veya genel durum bozukluğu ve akraba evliliği önemli risk faktörleri arasında yer alır. Özellikle akraba evliliklerinin yaygın olduğu toplumlarda bu hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle klinisyenlerin yenidoğan döneminde ortaya çıkan açıklanamayan klinik tablolar karşısında metabolik hastalık olasılığını her zaman akılda tutmaları gerekir.

PREZENTASYON

Yenidoğanlarda kalıtsal metabolizma hastalıkları çoğu zaman metabolik ensefalopati ile prezente olur. Bu durum özellikle intoksikasyon tipi metabolik hastalıklarda ve enerji metabolizması bozukluklarında görülür. İntoksikasyon tipi metabolik hastalıklarda, hastalar genellikle doğumdan sonra kısa bir asemptomatik dönem geçirir. Ardından zayıf emme, beslenme güçlüğü ve letarji gibi belirtiler ortaya çıkar. Hastalık ilerledikçe solunum düzensizlikleri, apne, bradikardi, hipotermi ve koma gelişebilir. Ayrıca kas tonusunda değişiklikler ve istemsiz hareketler de görülebilir. Örneğin akçaağaç şurubu idrar hastalığında hipertoni, opistotonus ve pedal çevirme hareketleri gözlelenebilirken organik asidemilerde aksiyal hipotoni, ekstremitelerde hipertoni ve miyoklonik hareketler görülebilir.

Enerji metabolizması bozukluklarında ise klinik tablo biraz farklıdır. Bu hastalıklarda genellikle ağır jeneralize hipotoni, hızlı nörolojik kötüleşme ve multisistem tutulum söz konusudur. Dismorfik bulgular ve konjenital malformasyonlar eşlik edebilir. Bu hastalıklarda hiperlaktatemi oldukça sık görülür ve kardiyak ile hepatik tutulum da yaygındır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Nöbetler de yenidoğan metabolik hastalıklarının önemli prezentasyonlarından biridir. Özellikle tedaviye dirençli nöbetler metabolik bir hastalığı düşündürmelidir. Piridoksin bağımlı nöbetler, folinik asit bağımlı nöbetler, serin sentez defektleri, nonketotik hiperglisemi ve molibden kofaktör eksikliği gibi hastalıklar yenidoğan döneminde nöbetle ortaya çıkabilir. Piridoksin bağımlı nöbetlerde piridoksin tedavisine dramatik yanıt alınması tanı açısından önemli bir ipucudur.

Hipotoni de metabolik hastalıkların sık görülen bir belirtisidir. Örneğin infantil Pompe hastalığında belirgin hipotoniye kardiyomiyopati ve kas enzimlerinde yükselme eşlik eder. Yağ asidi oksidasyon bozukluklarında hipoglisemi, metabolik asidoz ve hiperamonyemi görülebilir. Riboflavin transport bozukluklarında solunum yetmezliği ve diyafram paralizi gelişebilir. Mitokondriyal hastalıklarda ise laktat düzeylerinde belirgin artış dikkat çekicidir.

Bazı metabolik hastalıklar yenidoğanda karaciğer yetmezliği ile prezente olabilir. Mitokondriyal hepatopatiler, neonatal hemokromatozis, galaktozemi ve tirozinemi tip 1 bu gruba girer. Neonatal hemokromatoziste serum ferritin ve alfa-fetoprotein düzeyleri belirgin şekilde artmıştır ve tedavide intravenöz immünglobulin ile antioksidan tedaviler kullanılabilir. Galaktozemide katarakt gelişimi ve idrarda redüktan madde pozitifliği önemli ipuçlarıdır. Bu hastalıkta laktoz içermeyen diyet tedavinin temelini oluşturur.

Metabolik hastalıklar gastrointestinal semptomlarla da ortaya çıkabilir. Glukoz-galaktoz malabsorbsiyonu ve konjenital laktaz eksikliği yenidoğan döneminde şiddetli diyare ve hipernatremik dehidratasyona yol açabilir. Bu hastalıkların tedavisinde ilgili karbonhidratların diyetten çıkarılması gerekir.

Prenatal dönemde de bazı ipuçları metabolik hastalıkları düşündürülebilir. Annede HELLP sendromu, gebeliğin akut yağlı karaciğer hastalığı veya persistan hiperemesis gibi durumlar fetüste yağ asidi oksidasyon bozukluklarının varlığı ile ilişkili olabilir. Bu nedenle obstetrik öykü de tanı sürecinde önemlidir.

Yenidoğanlarda metabolik hastalık şüphesini artıran klinik bulgular arasında doğumdan sonra saatler veya günler içinde gelişen akut hastalık tablosu, dirençli nöbetler, hipotoni, açıklanamayan kusmalar, kilo alamama, solunum sıkıntısı, sarılık, hepatomegali ve koma sayılabilir. Ayrıca karakteristik vücut kokuları da önemli tanısal ipuçları sağlayabilir. Örneğin akçaağaç şurubu idrar hastalığında çemen kokusu, izovalerik asidemide terli ayak kokusu, fenilketonüride fare idrarı kokusu ve trimetilaminüride balık kokusu tanımlanmıştır.

Metabolik hastalıkların klinik bulguları çoğu zaman özgül değildir ve sepsis, gastrointestinal hastalıklar veya nörolojik hastalıkları taklit edebilir. Bu nedenle özellikle açıklanamayan klinik durumlarda metabolik hastalık olasılığı mutlaka düşünülmelidir.

TANI

Tanı süreci genellikle basit laboratuvar testleri ile başlar. İdrar rengi ve kokusu önemli ipuçları sağlayabilir. Örneğin alkaptonüride idrar siyah renkte olabilir. İdrarda redüktan madde varlığı galaktozemi veya herediter fruktoz intoleransı gibi hastalıkları düşündürür. DNPH testi ile ketoasitlerin varlığı araştırılabilir. Ayrıca siyanid-nitroprussid testi ile sülfid metabolizması bozuklukları saptanabilir.

Kan testleri de tanıda önemli rol oynar. Kan gazı analizi ile metabolik asidoz ve anyon açığı değerlendirilebilir. Laktat, amonyak, elektrolitler ve ürik asit düzeyleri de metabolik hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcıdır. Örneğin belirgin hiperamonyemi üre döngüsü bozukluklarını düşündürürken, metabolik asidoz ve ketonemi organik asidemileri düşündürür.

İleri tanı yöntemleri arasında aminoasit ve organik asit analizleri, tandem kütle spektrometrisi (Tandem-MS), enzim analizleri ve genetik testler yer alır. Tandem-MS özellikle yenidoğan tarama programlarında yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir ve aynı anda çok sayıda metabolik hastalığın taranmasını sağlar. Bu yöntemle amino asit metabolizması bozuklukları, organik asidemiler ve yağ asidi oksidasyon defektleri saptanabilir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Karnitin ve açilkarnitin analizleri de yağ asidi oksidasyon bozukluklarının tanısında önemli bilgiler sağlar. Örneğin belirli açilkarnitinlerin artışı metilmalonik asidemi, propiyonik asidemi veya glutarik asidemi gibi hastalıkları düşündürülebilir.

Tanı için alınan biyolojik örneklerin uygun koşullarda saklanması da büyük önem taşır. İdrar, plazma, tam kan ve beyin omurilik sıvısı örnekleri ve doku örnekleri uygun şartlarda saklanmalıdır. Ayrıca Guthrie kartına alınan kan örnekleri yenidoğan tarama programlarında kullanılmaktadır.

Prenatal tanı da bazı metabolik hastalıklar için mümkündür. Eğer ailede bilinen bir metabolik hastalık varsa amniyosentez veya koryon villüs biyopsisi ile fetüste enzim analizi veya genetik inceleme yapılabilir. Bu sayede hastalık gebelik döneminde saptanabilir.

TEDAVİ

Kalıtsal metabolizma hastalıklarının önemli bir kısmı uygun tedavi ile kontrol altına alınabilir. Tedavinin temel hedefleri merkezi sinir sisteminin korunması, normal büyüme ve gelişmenin sağlanması ve biyokimyasal parametrelerin düzeltilmesidir. Tedavi yaklaşımları hastalığın tipine göre değişmekle birlikte diyet düzenlemeleri, vitamin veya kofaktör tedavileri, enzim replasman tedavisi ve bazı durumlarda ilaç tedavileri kullanılabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde metabolik hastalıkların erken tanınması büyük önem taşır. Ailede açıklanamayan yenidoğan ölümleri, akraba evliliği, dirençli kusma, letarji, nöbetler ve karakteristik vücut kokuları metabolik hastalık açısından uyarıcı olmalıdır. Tanı süreci basit idrar ve kan testleri ile başlayıp ileri biyokimyasal ve genetik incelemelerle devam etmelidir. Erken tanı konulması ve uygun tedavinin başlanması hastaların prognozunu belirgin şekilde iyileştirebilir.

KAYNAKLAR

1. Saudubray J.M., García-Cazorla A. Clinical Approach to Inborn Errors of Metabolism in Paediatrics. In: Saudubray J.M., Baumgartner R.M., García-Cazorla A., Walter J.H., Eds. Inborn Metabolic Diseases Diagnosis and Treatment (7.edition). Heidelberg, Berlin: Springer, 2022: 3-121.
2. Coşkun T. Tanısal yaklaşım ilkeleri. In: Coşkun T, Yurdakök M, eds. Yenidoğanda kalıtsal metabolik hastalıklar. Ankara: Güneş tıp kitapçıları, 2014: 29-57
3. Akgün A. Yenidoğanda metabolik hastalıklara yaklaşım. In: Yusuf Kenan Haspolat Y.K., Ertuğrul S., Akçay T., Eds. Yenidoğan dönemi endokrin hastalıklar cilt 3. Ankara: Orient yayınları, 2020: 187



ÇOCUK POLİKLİNİĞİNDE METABOLİK HASTALIK ŞÜPHESİ

Nafiye Emel Çakar¹

1 — İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Metabolik hastalıklar, çoğunlukla kalıtsal enzim eksiklikleri veya metabolik yolak bozuklukları sonucu ortaya çıkan ve özellikle çocukluk çağında önemli morbidite ve mortaliteye yol açabilen heterojen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bu hastalıklar nadir görülmekle birlikte klinik pratikte sıklıkla özgül olmayan ve farklı sistemleri etkileyebilen belirtilerle ortaya çıkmaları nedeniyle tanı süreçleri zor olabilmektedir. Erken dönemde tanınmadıkları takdirde geri dönüşümsüz nörolojik hasar, büyüme ve gelişme geriliği, organ yetmezliği ve hatta yaşamı tehdit eden akut metabolik krizlere yol açabilmektedir. Bu nedenle çocuk polikliniğinde başvuran hastalarda metabolik hastalıkların ayırıcı tanıda akılda tutulması, erken tanı ve uygun tedavi açısından büyük önem taşımaktadır. Çocuk polikliniğinde metabolik hastalık şüphesi oluşturabilecek klinik bulgular oldukça geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Özellikle büyüme geriliği, gelişimsel gecikme, tekrarlayan kusma atakları, beslenme güçlüğü, hipotoni veya kas güçsüzlüğü, nörolojik bulgular, konvülsiyonlar, hipoglisemi atakları, hepatomegali, kardiyomiyopati ve açıklanamayan metabolik asidoz gibi durumlar metabolik hastalıkların önemli ipuçlarını oluşturabilmektedir. Bunun yanı sıra tekrarlayan enfeksiyonlar, letarji, açıklanamayan bilinç değişiklikleri veya metabolik stres durumlarında klinik tablonun kötüleşmesi de dikkat edilmesi gereken bulgular arasındadır.

Tanı sürecinde ayrıntılı bir hasta öyküsü büyük önem taşımaktadır. Prenatal ve perinatal öykü, ailede benzer hastalık öyküsünün varlığı, erken yaşta kaybedilen kardeş öyküsü ve özellikle akraba evliliği varlığı metabolik hastalıkların değerlendirilmesinde kritik ipuçları sağlayabilmektedir. Ayrıntılı fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi de tanıya giden süreçte önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte günümüzde uygulanan yenidoğan tarama programları bazı metabolik hastalıkların erken dönemde saptanmasına olanak sağlamaktadır. Ancak bazı metabolik hastalıkların tarama programları dışında kalabilmesi nedeniyle klinik şüphenin devam ettiği durumlarda ileri değerlendirme gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Laboratuvar değerlendirmesinde ilk basamak olarak, kan şekeri, kan gazı, amonyak, laktat, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri ve keton düzeyleri gibi temel biyokimyasal parametreler önemli bilgiler sağlayabilmektedir. Klinik bulgular ve ilk basamak test sonuçları doğrultusunda asilkarnitin profili, plazma aminoasit analizi, idrar organik asit incelemeleri ve gerekli durumlarda moleküler genetik analizler gibi ileri metabolik testler tanının doğrulanmasına katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak, çocuk polikliniğinde sık karşılaşılan ancak özgül olmayan klinik bulguların bir kısmı altta yatan metabolik hastalıkların erken göstergesi olabilmektedir. Bu nedenle pediatri pratiğinde metabolik hastalıkların ayırıcı tanıda sistematik bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımları sayesinde metabolik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaltılması, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve uzun dönem prognozunu iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda çocuk polikliniğinde çalışan hekimlerin metabolik hastalıkların klinik ipuçları konusunda farkındalıklarının artırılması büyük önem taşımaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ÇOCUK ODAKLI ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİ İÇİN ÇOCUK DIŞ HEKİMİ GÖZÜNDEN TRAVMASIZ HASTA BAKMA REHBERİ

Ahmet Coşkun¹

1 – Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Dental kaygı, çocukluk çağında en sık karşılaşılan medikal fobiler arasında yer almakta; yılan ve yükseklik korkusundan hemen sonra gelerek küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Bu konuşma, söz konusu kaygının yalnızca bir davranış yönetimi meselesi olmadığını, aynı zamanda nörobiyolojik temelli bir düzenleme bozukluğu olduğunu savunmaktadır.

Piaget'nin nesne devamlılığı kavramından Bowlby ve Ainsworth'ün bağlanma teorisine, ortak dikkat araştırmalarından prefrontal korteks işlevlerine uzanan geniş bir literatür taraması eşliğinde, oyunun çocuk klinik pratiğindeki dönüştürücü rolü ele alınmaktadır. Dental kaygının ediniminde üç yol teorisi, doğrudan koşullanma, dolaylı koşullanma ve modelleme ile amigdala aktivasyonunun davranışa yansımaları klinik vakalar üzerinden tartışılmaktadır.

Tell-Show-Do / Tell-Play-Do yöntemleri, AAPD 2024 kanıt temelli kılavuzu çerçevesinde değerlendirilmekte; su ile oyun, kum tepsisi terapisi ve diyaframik solunum tekniklerinin fizyolojik etkileri, kortizol düşüşü, parasempatik aktivasyon aktarılmaktadır. Ainsworth'ün Yabancı Durum Deneyi'nden elde edilen bağlanma örüntülerinin klinik uyumu üzerindeki belirleyici rolü de bu çerçevede ele alınmaktadır.

Temel argüman şudur: Direnen çocuk inatçı değil, sinir sistemini koruyan bir organizmadır. Bu perspektif dönüşümü, pediatri ve çocuk diş hekimliği pratiğinde hem tanısal hem de terapötik bir kırılma noktası oluşturmaktadır.

Aynı zamanda bu sunumun hemen ardından pediatristler için çocuk ağız ve diş sağlığı tüyolarına yer verilmiştir. Bebeklik döneminde dişlenme zamanları, ay ve yaş gruplarına göre oral hijyen önerilerinden bahsedilmektedir. Etkin diş fırçalama teknikleri ve doğru macun kullanımı aktarılmaktadır. Diş çürüğün etyolojisi ve klinik görünümleri hakkında bilgiler sunulmuştur.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



VİRAL MENENJİT TANISAL YAKLAŞIM VE YÖNETİMİ

Özge Metin Akcan¹

1 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Menenjit, merkezi sinir sistemini çevreleyen meninks adı verilen zarların inflamasyonudur. Bu durum genellikle enfeksiyöz etkenlere bağlı gelişir. En yaygın nedenleri bakteriyel, viral, fungal ya da nadiren parazitik ajanlardır. Viral menenjitler daha hafif seyirli olma eğiliminde olan menenjitlerdir. Viral menenjit, genellikle ateş, baş ağrısı ve ense sertliği ile seyreden, çoğunlukla destekleyici tedaviyle (sıvı, ağrı kesici) 7-10 günde kendiliğinden iyileşen viral bir enfeksiyondur. En sık etkenler enterovirüsler (örn. ECHO, Coxsackie virüsleri), arbovirüsler, herpes virüsleri (özellikle HSV-2 ve VZV) ve kabakulak virüsüdür. Aşılanmanın yaygın olarak yapılmadığı bölgelerde kabakulak en sık etken olarak karşımıza çıkar. Klinik tablo genellikle kendi kendini sınırlar; birkaç günde spontan düzelme görülebilir. Kesin tanı için BOS analizi ve PCR testleri kullanılır. Bakteriyel menenjitten ayırt edilmesi kritiktir. BOS genellikle berraktır. Hücre sayısı düşük-orta derecede artmıştır (10-500/ μ L arası), baskın hücre türü lenfositlerdir.

İlk 24-48 saatte polimorfomononükleer hücreler de görülebilir ancak kısa sürede lenfositik pleositoza dönüş olur. Protein hafif artmıştır (50- 100 mg/dL arası), glukoz genellikle normaldir (BOS/kan glukoz oranı >0.6 genellikle). Viral menenjit tanısında en önemli test, özgül viral PCR testleridir. Özellikle HSV-1 ensefaliti şüphesinde BOS'ta HSV DNA PCR yapılması tanı açısından altın standart kabul edilir ve duyarlılığı %95'in üzerindedir. Enterovirüs menenjitleri için de enterovirus PCR hızlı ve faydalıdır. Varicella zoster ensefaliti için BOS'ta VZV DNA PCR. Arbovirüs ensefalitlerinde (örn. Batı Nil virüsü) BOS'ta virüse özgü IgM antikor bakılması tanıda yardımcıdır. Viral menenjitlerde kültürün yeri sınırlıdır Görüntüleme rutin gerekli değildir, ancak ensefalit, artmış kafa içi basıncı veya fokal nörolojik defisit şüphesinde kullanılır. Viral menenjitler genellikle destek tedavi ile iyileşir, ancak herpes gibi bazı virüslerin erken tanınip tedavi edilmesi önemlidir. HSV ve VZV menenjitinde intravenöz asiklovir tedavisi uygulanır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ENSEFALİT TANİ VE TEDAVİ

Ahmet Soysal¹

1 – Ataşehir Memorial Hastanesi Pediatri Kliniği Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

Ensefalit nörolojik disfonksiyon ile kendini gösteren beyin parankiminin inflamasyonu olarak tanımlanır. En sık görülen klinik bulgular: ateş (%75–80), nöbet (%50–75), irritabilite veya olağandışı davranış (%55), fokal nörolojik bulgular (örneğin; kraniyal sinir felçleri, anormal hareketler, güçsüzlük; %50–60) ve bilinç düzeyinde azalma (%45–55) dır. Klinik bulgular; hastanın yaşı ve immün durumu, etkene ve beyin etkilenen bölgesi veya bölgelerine bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Lomber ponksiyon (LP), kontrendikasyon bulunmadığı sürece (örneğin koagülopati, şüpheli veya bilinen kitle lezyonu) ensefalit şüphesi olan tüm hastalarda yapılmalıdır. Eğer yaklaşan herniasyon bulguları varsa (asimetrik pupiller, ileri derecede bilinç bozukluğu, dekortike veya deserebre postür, Cheyne-Stokes solunumu), LP yapılmadan kitle lezyonu ve orta hat kaymasını dışlamak için nörogörüntüleme yapılması gerekir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örnekleri; hücre sayımı ve diferansiyeli, glukoz, protein, Gram boyama, bakteriyel kültür, HSV polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), parechovirus PCR ve enterovirus PCR için gönderilmelidir. Ensefalitin enfeksiyöz nedenleri arasında en sık saptanan etiyoloji virüslerdir.

En sık izole edilenler arasında enterovirüsler (örn. ekovirüsler, koksaki virüs A ve B ve enterovirüsler), parechovirüsler, HSV tip 1 ve 2, diğer Herpesviridae üyeleri) yer alır. Şüpheli ensefalit ile başvuran çocuklarda ampirik antimikrobiyal tedavi başlanması gereklidir. Ampirik antimikrobiyal tedavi, intravenöz (IV) asiklovir ve olası bakteriyel santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonu için ampirik vankomisin ve üçüncü kuşak bir sefalosporin olmalıdır.

Diğer olası enfeksiyöz etkenlere yönelik ampirik tedavi de bireyselleştirilir. Viral ensefalitin prognozu; hastanın yaşı, başvuru sırasındaki nörolojik bulgular ve etken patojene bağlı olarak değişir. Kötü prognoz bulguları içinde; akut dönemde koma, konvülsiyon veya fokal nörolojik bulguların varlığı, küçük yaş (<5 yaş), yoğun bakım gereksinimi, HSV ensefaliti, MRG difüzyon kısıtlılığı sayılabilir. Çocukluk çağı ensefalitinde mortalite riski %0–7 arasında değişmektedir. Olguların yarısından fazlasında nörolojik sekel kalabilir. Hastaneden taburcu olduktan sonra destekleyici bakım, rehabilitasyon ve izlem en az bir yıl boyunca sürdürülmelidir.

Viral ensefalitin uzun dönem sekelleri akut hastalık sırasında ortaya çıkmayabilir. Bu sekeller arasında motor koordinasyon bozukluğu, nöbetler, şaşılık (strabismus), ambliopi, işitme kaybı ve davranış bozuklukları yer alabilir. İşitme değerlendirmesi, taburculuk sırasında veya taburculuktan kısa süre sonra yapılmalıdır. Sonuç olarak endefalit tüm yaş gruplarında hayatı tehdit eden bir klinik durumdur. Erken tanı ve tedavisi mortalite ve sekel ihtimalini azaltır.



ÇOCUKLUK ÇAĞI SEPTİK ŞOK YÖNETİMİ

Murat Erdal¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Pediyatrik sepsis yönetimi; erken tanı, akılcı sıvı resüsitasyonu ve dirençli olgularda ileri organ destek tedavilerinin zamanında entegrasyonunu gerektirir. 2024 Phoenix kriterleri, enfeksiyon varlığında organ disfonksiyonunu tanımlamak ve kardiyovasküler tutulum gösteren olguları septik şok olarak sınıflandırmak için güncel bir çerçeve sunmaktadır. Bu sunumda, ürosepsis zemininde gelişen ve konvansiyonel tedavilere yanıtı olmayan ağır septik şok olgusuna yönetim stratejileri tartışılacaktır.

Olgu:

Veziköüretal reflü tanılı 2 yaşında erkek hasta; letarji, takipne ve bozulmuş periferik perfüzyon bulguları ile başvurdu. Başvuru anında nabız 174/dk, solunum sayısı 52/dk, arteriyel kan basıncı 66/34mmHg ve laktat 4,5mmol/L olarak saptandı. Phoenix Sepsis Skoru 4 olarak hesaplanan hasta, septik şok olarak değerlendirildi.

Yönetim ve Tartışma:

Başvuru anındaki belirgin hipotansiyon ve perfüzyon bozukluğu, dekompanse septik şok ile uyumlu bulundu. Organ perfüzyonunu hızla düzeltmek ve doku hipoksisini sınırlamak amacıyla, "altın saat" prensipleri doğrultusunda acil müdahale planlandı. İlk aşamada dengeli kristalloid olarak Ringer laktat, klinik yeniden değerlendirmeler eşliğinde her biri 20 mL/kg olan bolus şeklinde iki kez uygulandı. Ampirik antibiyotik tedavisi ilk saat içinde sefotaksim ve amikasin ile başlandı. Sıvı resüsitasyonuna rağmen perfüzyonu düzelmeyen hastada periferik yoldan adrenalin infüzyonu başlandı. Yüksek doz katekolamin gereksinimi ile santral venöz yol açıldı ve persistan hemodinamik instabilite nedeniyle şok tablosu, katekolamine dirençli olarak değerlendirildi. Tedaviye ACTH ve kortizol tetkikleri gönderilerek hidrokortizon eklendi. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonunun %25 olduğu saptandı ve sepsise bağlı miyokard disfonksiyonu düşünüldü. Persistan hemodinamik instabilite ve tedaviye yanıtı olmayan şok nedeniyle kurtarma tedavisi olarak VA-ECMO başlandı. İzlemede gelişen anüri ve sıvı yükü nedeniyle sürekli renal replasman tedavisi uygulandı. İzlemin 5.gününde idrar kültürü sonucuna göre antibiyotik tedavisi meropenem olarak revize edildi. Uygun antimikrobiyal tedavi, kontrollü sıvı yönetimi ve ileri organ destek tedavileri ile hastada 7. günde hemodinamik stabilite sağlandı; ECMO ve renal replasman tedavilerinden başarıyla ayrıldı.

Sonuç:

Septik şokta dengeli kristalloidlerle dikkatli sıvı resüsitasyonu, ilk saat içinde uygun ampirik antibiyotik tedavisi ve yakın hemodinamik izlem temel yönetim basamaklarıdır. Vazoaktif tedaviye yanıtı olmayan ve miyokard disfonksiyonunun eşlik ettiği seçilmiş olgularda VA-ECMO, sıvı yüklenmesi veya renal disfonksiyon varlığında ise renal replasman tedavisi kritik destek seçenekleri olabilir. Başarılı yönetimde erken tanı, uygun tedavinin gecikmeksizin başlanması, ileri organ destek tedavilerinin zamanında uygulanması ve mikrobiyolojik sonuçlara göre antimikrobiyal tedavi kritik öneme sahiptir.



ÇOCUKLARDA ACİL HİPERTANSİYON: TANISAL YAKLAŞIM VE YÖNETİM

Aybüke Nazlı Gültekin¹, Ecem Koyuncu¹

1 — İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocukluk çağında hipertansiyon, geçmişte nadir görülen bir klinik durum olarak kabul edilmektesyken son yıllarda obezite prevalansındaki artış ve kan basıncı ölçümüne yönelik farkındalığın yükselmesi ile birlikte daha sık tanınır hale gelmiştir. Bununla birlikte pediatrik hipertansiyon erişkinlerden önemli ölçüde farklılık göstermekte olup, çocuklarda sekonder nedenler daha yüksek oranda saptanmaktadır. Bu nedenle çocukluk çağında ortaya çıkan şiddetli hipertansiyon durumlarında altta yatan etiyolojinin hızlı şekilde belirlenmesi ve hedef organ hasarının değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

Hipertansif krizler genel olarak hipertansif acil ve hipertansif ivedi durum olarak iki gruba ayrılır. Hipertansif acil durum, ciddi kan basıncı yüksekliğinin hedef organ hasarı ile birlikte görülmesi olarak tanımlanır. Pediatrik hastalarda en sık etkilenen organlar beyin, kalp, böbrek ve retinadır. Klinik bulgular baş ağrısı, kusma, görme bozuklukları, nöbet, bilinç değişikliği, akut kalp yetmezliği ve böbrek fonksiyon bozukluğu gibi hayatı tehdit edebilen tabloları içerebilir. Bu nedenle hipertansif krizlerin erken tanınması ve organ hasarının hızlı şekilde saptanması pediatrik hastalarda prognozu belirleyen temel faktörlerden biridir.

Çocuklarda şiddetli hipertansiyonun en sık nedenleri arasında renal parankimal hastalıklar, renovasküler patolojiler ve endokrin bozukluklar yer almaktadır. Bunun yanı sıra ilaç kullanımı, sistemik hastalıklar ve nadir olarak genetik sendromlar da hipertansif kriz gelişimine yol açabilir. Tanısal yaklaşımda ayrıntılı anamnez ve fizik muayene temel basamakları oluştururken; laboratuvar testleri, idrar analizi, renal görüntüleme yöntemleri ve gerekli durumlarda hormonal incelemeler etiyolojinin belirlenmesinde kullanılmaktadır.

Hipertansif acil durumun yönetiminde temel hedef kan basıncının kontrollü ve kademeli şekilde düşürülmesidir. Ani ve hızlı kan basıncı düşüşleri serebral ve renal hipoperfüzyona yol açabileceğinden önerilmez. Genel olarak ilk 8 saat içinde kan basıncının başlangıç değerine göre %25'ten fazla düşürülmemesi ve hedef değerlere ulaşmanın 24-48 saat içinde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Tedavi çoğunlukla yoğun bakım koşullarında intravenöz antihipertansif ajanlar kullanılarak uygulanır. Labetalol, nikardipin ve sodyum nitroprusid pediatrik hipertansif kriz tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadır.

Sonuç olarak, çocukluk çağında hipertansif krizler nadir görülmekle birlikte yüksek morbidite ve mortalite potansiyeline sahip acil klinik durumlardır. Bu nedenle erken tanı, altta yatan nedenin belirlenmesi ve uygun tedavi stratejilerinin hızlı şekilde uygulanması hedef organ hasarının önlenmesi ve uzun dönem prognozun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.



KISA BOYLU ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRLMESİ: HIZLI VE ETKİLİ YAKLAŞIM

Aydilek Dağdeviren Çakır¹

1 – SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji

Boy kısalığı çocukluk çağında pediatri ve çocuk endokrinolojisi pratiğinde sık karşılaşılan bir başvuru nedenidir ve hem normal büyüme varyasyonlarının hem de genetik, endokrin, nutrisyonel veya kronik sistemik hastalıkların ilk bulgusu olabilir. Klinik değerlendirmede temel amaç, fizyolojik varyasyonları patolojik nedenlerden ayırmak ve altta yatan hastalıkları erken dönemde tanımlamaktır. Bu sunumda kısa boylu çocuğun değerlendirilmesinde klinik pratikte uygulanabilecek sistematik ve rasyonel bir yaklaşım ele alınacaktır.

Büyüme, konsepsiyonla başlayan ve pubertenin sonunda epifizlerin kapanmasına kadar devam eden kompleks ve dinamik bir süreçtir. Büyüme plağında kondrosit proliferasyonu ve hipertrofisi ile gerçekleşen bu süreç; genetik faktörler, endokrin sinyaller, beslenme durumu, parakrin faktörler ve çevresel etkilerin etkileşimi ile düzenlenir. Bu nedenle büyüme bozukluklarının değerlendirilmesi multidisipliner bir bakış açısı gerektirir.

Kısa boyun değerlendirilmesinde ilk adım doğru antropometrik ölçümlerin yapılması ve uygun büyüme eğrileri ile karşılaştırılmasıdır. Boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi ve baş çevresi ölçümleri ile birlikte vücut oranlarının değerlendirilmesi ayrıntılı tanıda önemli ipuçları sağlar. Oturma yüksekliği/boy oranı, üst segment/alt segment oranı ve kulaç mesafesi gibi parametreler özellikle orantılı ve orantısız boy kısalığının ayırımında yol göstericidir. Ayrıca çocuğun boyunun genetik potansiyelini yansıtan hedef boy hesaplaması ve boy SDS ile hedef boy SDS arasındaki farkın değerlendirilmesi klinik yorum açısından önemlidir.

Büyüme hızının değerlendirilmesi büyüme bozukluklarının ayırımında en kritik parametrelerden biridir. Yaşa göre normal büyüme hızının korunması çoğu zaman ciddi patolojik nedenleri dışlarken, büyüme hızındaki azalma patolojik boy kısalığını düşündürür. Klinik değerlendirmede boy kısalığı olan bir çocukta üç temel soruya yanıt aranmalıdır: boy kısalığının derecesi ve tipi, büyüme hızının normal olup olmadığı ve çocuğun boyunun genetik potansiyeli ile uyumu.

Tanısal yaklaşım ayrıntılı öykü, dikkatli fizik muayene ve seçilmiş laboratuvar incelemelerini içermelidir. Boya göre ağırlık ve vücut kitle indeksinin değerlendirilmesi; endokrin bozukluklar, kronik sistemik hastalıklar, malnutrisyon ve psikososyal nedenler gibi farklı etiyolojik grupların ayırımında önemli bilgiler sağlar. Kemik yaşı değerlendirmesi büyüme potansiyeli hakkında fikir verebilmekle birlikte tanısal değeri sınırlıdır ve klinik bulgularla birlikte yorumlanmalıdır.

Sonuç olarak kısa boylu çocuğun değerlendirilmesinde sistematik ve basamaklı bir yaklaşım; normal büyüme varyasyonlarının patolojik nedenlerden ayrılmasını kolaylaştırmakta, gereksiz tetkikleri azaltmakta ve altta yatan hastalıkların erken tanınmasına katkı sağlamaktadır.



ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PERSİSTAN GİS SEMPTOMLARI: NE ZAMAN 'MASUM' DEĞİL?

Aylin Yücel¹

1 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Çocuklarda persistan gastrointestinal semptomlar; karın ağrısı, kusma, kabızlık ve ishal, poliklinik başvurularının ve çocuk gastroenterolojiye yönlendirmelerin en sık nedenleri arasındadır. Olguların çoğu fonksiyonel ve iyi huylu olsa da, daha küçük fakat klinik açıdan kritik bir grupta organik hastalıklar söz konusudur. Esas sorun, sık görülen fonksiyonel tablolar ile erken tanınmadığında büyüme geriliği, malnütrisyon, bağırsak hasarı, cerrahi aciller veya sistemik komplikasyonlara yol açabilecek patolojik durumları ayırt edebilmektir.

Persistan karın ağrısında alarm bulguları; istemsiz kilo kaybı, lineer büyümede yavaşlama, pubertede gecikme, ailede IBD veya çölyak öyküsü, persistan sağ alt/sağ üst kadran ağrısı, persistan kusma, disfaji/odinofaji, gece dışkılama, gastrointestinal kan kaybı ve açıklanamayan ateş-artrit-perianal hastalıktır. Bu bulgular özellikle inflamatuvar bağırsak hastalığı, çölyak hastalığı, apandisit, safra yolu hastalıkları, eozinofilik özofajit ve otoinflamatuvar sendromları düşündürmelidir.

Persistan kusmada safralı veya kanlı kusma, fışkırır tarzda kusma, şiddetli karın ağrısı veya distansiyon, nörolojik bulgular, kilo kaybı, dehidratasyon/şok, atipik başlangıç yaşı ve sistemik hastalık bulguları alarm işaretidir. Ana ayırıcı tanılar arasında malrotasyon-volvulus, pilor stenozu, gastrointestinal obstrüksiyonlar, intrakraniyal basınç artışı, metabolik hastalıklar, sepsis ve eozinofilik özofajit yer alır.

Persistan kabızlıkta ilk ayda başlangıç, mekonyum gecikmesi, ailede Hirschsprung öyküsü, şerit dışkı, fissür olmadan kanama, büyüme geriliği, safralı kusma, ciddi distansiyon, anormal anal yerleşim, nörolojik bulgular ve sakral stigmalar organik nedenleri düşündürür. Hirschsprung hastalığı, anorektal malformasyonlar, spinal patolojiler, hipotiroidi, çölyak ve inek sütü proteini alerjisi başlıca ayırıcı tanılardır.

Persistan ishalde büyüme geriliği, kanlı dışkı, gece semptomları, şiddetli karın ağrısı, ekstraintestinal bulgular ve aile öyküsü önemlidir. IBD, çölyak hastalığı, enfeksiyonlar, immün yetmezlikler, konjenital enteropatiler ve malabsorpsiyon sendromları mutlaka dışlanmalıdır.

Bu nedenle persistan GİS semptomlarında yaklaşım, semptomun kendisinden çok alarm bulgularının varlığına dayanmalıdır.



YENİDOĞANDAN SÜT ÇOCUKLUĞUNA ANEMİ: NE ZAMAN FİZYOLOJİK? NE ZAMAN PATOLOJİK?

Ayşenur Bahadır¹

1 – Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji, Trabzon

Anemi infant ve çocuklarda en yaygın görülen hematolojik anormalliktir. Dünya sağlık örgütüne göre tahmini olarak dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin anemisi vardır. En çok etkilenen grup okul öncesi çocuklardır. Dünyada en sık anemi nedeni demir eksikliği anemisidir. Anemi çocuklarda nörolojik komplikasyonlar, düşük doğum ağırlığı, enfeksiyon, kalp yetmezliği riskinin artması ve ölüm oranının yükselmesine bağlı artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Aneminin nedeni kalıtsal ya da edinilmiş olabilir.

Anemi dolaşımdaki eritrosit sayısının azalması veya oksijen taşıyıcısı olan eritrosit sayısının metabolik ihtiyaçları karşılamaya yetmemesi olarak tanımlanır. Anemi durumunda hemoglobin (Hb), hemotokrit veya kırmızı kan hücre sayısı normal yaş ve cinsiyete göre düşüktür. Anemi tanısı koyulurken her hasta için ayrı değerlendirme yapılır ve normal değerlerin 2 standart deviasyon altı anemi olarak kabul edilir

Yaşamın ilk yılında eritrositler fetal ve yenidoğan karakteristiklerini kaybederek globin bileşimini, netabolizmasını, boyutunu, hacmini, membran yapısını ve işlevini değiştirir. Bu değişiklikler sonucunda Hb ve ortalama korpusküler volüm (MCV) seviyelerinde düşme görülür. Daha sonra Hb seviyeleri çocukluk döneminde kademeli olarak artar ve yetişkinlikte sabit seviyelerine ulaşır.

Doğumdan sonra eritropoez belirgin şekilde azalır. Bunun nedeni solunumun başlaması ve duktus arteriozisin kapanması ile doku oksijenlenmesinin artması ve eritropoetin üretiminin azalmasıdır. Sağlıklı miadında doğan bebeklerde Hb seviyeleri doğumdan sonraki 8-12 hafta içinde düşerek hafif bir anemi gelişir ve bu duruma fizyolojik anemi denir. Prematür infantlarda 4-8 haftalarda, Hb düzeyi 8 gr/dl'ye kadar düşebilir. Anemi sınıflandırılmasında, periferik kan yayma bulgularına göre, eritrosit boyutuna göre doğuştan veya kazanılmış olan, akut veya kronik, hemolitik veya hemolitik olmayan şeklinde sınıflandırmalar kullanılır. En yaygın kullanılan sınıflandırma MCV ve retikülosit sayısına bağlı yapılan sınıflandırmadır.

Yenidoğan döneminde anemi 13.5 g/dl altı olarak kabul edilir ve değerlendirilirken retikülosit sayısı ve direkt coombs testi önemlidir. Direkt coombs testi pozitifse ABO, Rh, minör kan grubu uyumsuzlukları düşünülmelidir. Direkt coombs testi negatifse, retikülosit sayısına bakılır. Retikülosit sayısı düşükse; Diamond blackfan anemisi için hasta değerlendirilmelidir. Retikülosit sayısı yüksek, MCV sayısı düşükse; talasemi sendromları, MCV sayısı normal/yüksekse; enfeksiyonlar, kan kaybı, hemolitik anemiler açısından değerlendirilmesi gerekir.

İnfant ve çocuklarda MCV düşükse; retikülosit azalmış/normal ise demir eksikliği anemisi, talasemi taşıyıcılığı, retikülosit sayısı yüksek ise talasemi sendromları düşünülmelidir. MCV normalse; retikülosit normal/düşük ise kronik hastalık, akut hemoraji, retikülosit yüksek ise immün hemoliz, membran defektleri, mikroanjyopatik hemoliz için öncelikle ayırıcı tanı yapılmalıdır. MCV yüksekse; retikülosit normal/düşük ise vitamin B12 eksikliği, folat eksikliği, kemik iliği yetmezlikleri, retikülosit yüksek ise aktif hemoliz en sık düşünülmesi gereken nedenlerdir.

Kaynaklar:

1. Gallagher PG. Anemia in the pediatric patient. Blood, 2022; 140 (6): 571-593.
2. Aksu T, Ünal Ş. Iron Deficiency Anemia in Infancy, Childhood, and Adolescence. Turk Arch Pediatr. 2023;58(4):358-362.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



PEDİATRİK HASTADA TRANSFÜZYON KARARI: TEORİDEN PRATİĞE HASTA KAN YÖNETİMİ

Özlem Tüfekçi Gürocak¹

1 – Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

Kan transfüzyonu klinik uygulamada hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasına rağmen özellikle pediatrik hastalarda hemolitik reaksiyonlar, enfeksiyonlar, transfüzyon ilişkili akut akciğer hasarı ve immün reaksiyonlar gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca kanın yalnızca insan kaynaklı sınırlı bir biyolojik ürün olması, akılcı ve dikkatli kullanımını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda hasta kan yönetimi (HKY), transfüzyon gereksinimini azaltmayı ve hasta sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan kanıta dayalı multidisipliner bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Pediatrik hasta kan yönetimi üç temel ilke üzerine kuruludur: eritrosit kitlesinin optimize edilmesi, kan kaybının en aza indirilmesi ve hastanın anemiye fizyolojik toleransının artırılması. Bu kapsamda preoperatif aneminin erken tanınması ve tedavisi, özellikle demir, B12 ve folat eksikliğinin giderilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Gerekli durumlarda eritropoez uyarıcı ajanların kullanımı da transfüzyon gereksinimini azaltabilir.

Kan kaybını azaltmaya yönelik stratejiler arasında gereksiz kan örneklemesinin önlenmesi, minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanımı, hücre kurtarma sistemleri, akut normovolemik hemodilüsyon ve antifibrinolitik ajanlar (özellikle traneksamik asit) yer almaktadır. Ayrıca viskoelastik testler gibi modern hemostaz değerlendirme yöntemleri, transfüzyon kararlarının daha hedefe yönelik verilmesine katkı sağlamaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, kritik hasta çocuklar ve yenidoğanlarda kısıtlayıcı transfüzyon stratejilerinin liberal yaklaşımlara kıyasla benzer klinik sonuçlar sağladığını, ve transfüzyona bağlı riskleri azalttığını göstermektedir. Bu nedenle pediatrik hastalarda transfüzyon kararları yalnızca hemoglobin düzeyine göre değil, hastanın klinik durumu ve oksijenlenme parametreleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir.

Gelecekte pediatrik hasta kan yönetiminin gelişimi; yapay zekâ destekli klinik karar sistemleri, noninvaziv hemoglobin ve oksijenasyon monitörizasyonu ve kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımları ile daha da güçlenecektir. Bununla birlikte pediatrik hastalara özgü yüksek kaliteli klinik çalışmaların artırılması, standart protokollerin oluşturulması ve HKY uygulamalarının yaygınlaştırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak hasta kan yönetimi, pediatrik hastalarda transfüzyon gereksinimini azaltan, hasta güvenliğini artıran ve sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlayan önemli bir klinik yaklaşımdır. Pediatri pratiğinde daha geniş ölçekte uygulanması için multidisipliner iş birliği ve kanıta dayalı protokollerin geliştirilmesi gerekmektedir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Kaynaklar

1. Stainsby D, Jones H, Wells AW, Gibson B, Cohen H; SHOT Steering Group. Adverse outcomes of blood transfusion in children: analysis of UK reports to the serious hazards of transfusion scheme 1996-2005. *Br J Haematol.* 2008;141:73-79.
2. Gammon RR, Blumberg N, Gilstad C, Mandal S, Nair AR, Bocquet C. Patient blood management: myths and facts about red blood cell transfusions. *Vox Sang.* 2023;118:509-516.
3. Isbister J. Why should health professionals be concerned about blood management and blood conservation? Updates in Blood Conservation and Transfusion Alternatives. 2005;2:3-7.
4. Franchini M, Marano G, Veropalumbo E, Masiello F, Pati I, Candura F, Profili S, Catalano L, Piccinini V, Pupella S, Vaglio S, Liunbruno GM. Patient blood management: a revolutionary approach to transfusion medicine. *Blood Transfus.* 2019;17:191-195.
5. Okur Acar S, Tüfekçi Gürocak Ö. Patient Blood Management in Pediatric Patients: Current Strategies and Future Perspectives. *Turk J Haematol.* 2025 Aug 29;42(3):170-180. doi: 10.4274/tjh.galenos.2025.2025.0301.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Kan Yönetimi. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, n.d. Available online at <https://shgmkanhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-63885/hasta-kan-yonetimi-rehberleri-yayimlanmistir.html>
7. Goel R, Cushing MM, Tobian AA. Pediatric patient blood management programs: not just transfusing little adults. *Transfus Med Rev.* 2016;30:235-241.
8. Gammon RR, Al-Mozain N, Auron M, Bocquet C, Clem S, Gupta GK, Hensch L, Klein N, Lea NC, Mandal S, Pelletier P, Resheidat A, Yossi Schwartz J. Transfusion therapy of neonatal and paediatric patients: they are not just little adults. *Transfus Med.* 2022;32:448-459.
9. Goobie SM, Faraoni D. Perioperative paediatric patient blood management: a narrative review. *Br J Anaesth.* 2025;134:168-179.
10. Valentine SL, Bateman ST. Identifying factors to minimize phlebotomy-induced blood loss in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2012 Jan;13(1):22-7.
11. Lacroix J, Hébert PC, Hutchison JS, Hume HA, Tucci M, Ducruet T, Gauvin F, Collet JP, Toledano BJ, Robillard P, Joffe A, Biarent D, Meert K, Peters MJ; TRIPICU Investigators; Canadian Critical Care Trials Group; Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators Network. Transfusion strategies for patients in pediatric intensive care units. *N Engl J Med.* 2007 Apr 19;356(16):1609-19.
12. Nishijima DK, VanBuren JM, Linakis SW, Hewes HA, Myers SR, Tran NK, Ghetti S, Bobinski M, Adelson PD, Roberts I, Holmes JF, Schalick WO 3rd, Dean JM, Casper TC, Kuppermann N; TIC-TOC Collaborators of the Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Traumatic injury clinical trial evaluating tranexamic acid in children (TIC-TOC): A pilot randomized trial. *Acad Emerg Med.* 2022 Jul;29(7):862-873.



ERKEN ERGENLİKTE ALARM BULGULAR: NE ZAMAN ÇOCUK ENDOKRİNE SEVK EDELİM?

Emre Nuraydın¹, Cansu Koç Çalışgan²

1 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Endokrinoloji

Erken ergenlik (EE) şüphesi, çocuk endokrinolojiye en sık sevk nedenlerinden biridir. Bununla birlikte, başvuruların önemli bir kısmı EE değil; prematür telarş ve prematür adrenarş gibi normal varyantlardır. Bu nedenle klinik yaklaşımın temel amacı, gerçek EE'yi benign varyantlardan ayırmak, santral ya da periferik organik nedenleri gözden kaçırmamak ve tedavi gerektiren olgularda zaman kaybını önlemektir (1).

Kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce ikincil cinsiyet özelliklerinin başlaması EE olarak tanımlanmakla birlikte, klinik karar yalnızca bu yaş sınırlarına göre verilmemelidir. Özellikle 7–8 yaş aralığındaki kızlarda fizyolojik sınıra yakın ergenlik başlangıcıyla santral EE ayırımında; büyüme hızındaki artış, Tanner evresinde ilerleme ve kemik yaşında hızlanma birlikte değerlendirilmelidir. Şüpheli olgularda 3–6 aylık izlem, ergenlik temposunun belirlenmesinde yararlı olup hızlı progresyon saptanan hastalarda uzman değerlendirmesi geciktirilmemelidir. Kemik yaşı tanıda yardımcıdır ancak tek başına belirleyici değildir. Pelvik ultrasonografiye kız çocuklarında destekleyici bir yöntemdir, uygulayıcıya bağımlılığı nedeniyle tek başına tanısal kabul edilmemelidir (2).

Alarm bulgular üç başlıkta değerlendirilebilir: çok erken başlangıç, hızlı progresyon ve organik/periferik etiyoloji düşündüren bulgular. Kızlarda özellikle 6 yaş öncesi pubertal başlangıç, erkeklerde 9 yaş öncesi gonadarş yüksek risklidir. 4-6 ay içinde belirgin Tanner progresyonu, lineer büyümede hızlanma ve kemik yaşının kronolojik yaşın önüne geçmesi ilerleyici puberte lehine güçlü bulgulardır. Nörolojik semptomlar, hızlı virilizasyon, beklenmeyen vajinal kanama, gonadal asimetri, kitle düşündüren bulgular veya testis hacmiyle uyumsuz androjenizasyon organik ya da periferik nedenleri düşündürmelidir (3,4).

Öyküde başlangıç yaşı, ilerleme hızı, büyümedeki değişim, nörolojik yakınmalar, dışarıdan hormon maruziyeti ve aile öyküsü ayrıntılı sorgulanmalı; muayenede cafe-au-lait lekesi, Tanner evrelemesi, antropometrik ölçümler mutlaka değerlendirilmelidir. Erkeklerde 9 yaş öncesi testis büyümesi, kızlarda 8 yaş öncesi progresif meme gelişimi, her iki cinsiyette hızlı büyüme ve kemik yaşı ilerlemesi çocuk endokrinolojisine hızlı sevk gerektirir. Nöbet, şiddetli baş ağrısı, kusma, görme bozukluğu, fokal nörolojik bulgu, hızla ilerleyen virilizasyon, kitle şüphesiyle acil alarm bulgularıdır (4). Alarm bulguları klinik olgu örnekleri üzerinden tartışılacaktır.

Organik patolojiler açısından beyin MRG, 6 yaş altı santral EE tanılı kızlarda, nörolojik bulgusu olan olgularda ve erkek hastalarda daha güçlü biçimde gündeme gelmektedir; 6–8 yaş arası asemptomatik kızlardaysa karar bireyselleştirilmelidir (5–7). Sonuç olarak, sevk kararında başlangıç yaşı, pubertenin temposu ve alarm bulgularının birlikte değerlendirilmesi etkilidir.

1. Kim SJ, Kim JH, Hong YH, Chung IH, Lee EB, Kang E, Kim J, Yang A, Rhie YJ, Yoo EG, Shin YL, Choi JH, Kim SY, Lee J. 2022 Clinical practice guidelines for central precocious puberty of Korean children and adolescents. Ann Pediatr Endocrinol Metab. 2023 Sep;28(3):168-177. doi: 10.6065/apem.2346168.084. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37798893; PMCID: PMC10556443.
2. Kilberg MJ, Vogiatzi MG. Approach to the Patient: Central Precocious Puberty. J Clin Endocrinol Metab. 2023 Jul 14;108(8):2115-2123. doi: 10.1210/clinem/dgad081. PMID: 36916130.
3. Haddad NG, Eugster EA. Peripheral precocious puberty including congenital adrenal hyperplasia: causes, consequences, management and outcomes. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2019 Jun;33(3):101273. doi: 10.1016/j.beem.2019.04.007. Epub 2019 Apr 13. PMID: 31027974.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



4. Cheuiche AV, da Silveira LG, de Paula LCP, Lucena IRS, Silveiro SP. Diagnosis and management of precocious sexual maturation: an updated review. *Eur J Pediatr.* 2021 Oct;180(10):3073-3087. doi: 10.1007/s00431-021-04022-1. Epub 2021 Mar 21. PMID: 33745030.
5. Canton APM, Latronico AC. Brain MRI in Girls With Central Precocious Puberty: A Time for New Approaches. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Jun 16;106(7):e2806-e2808. doi: 10.1210/clinem/dgab293. PMID: 33942067.
6. Huttunen H, Kärkinen J, Varimo T, Miettinen PJ, Raivio T, Hero M. Central precocious puberty in boys: secular trend and clinical features. *Eur J Endocrinol.* 2024 Mar 2;190(3):211-219. doi: 10.1093/ajendo/lvae021. PMID: 38523472.
7. Helvacioğlu D, Demircioğlu Turan S, Güran T, Atay Z, Dağçınar A, Bezen D, Özturan EK, Darendeliler F, Yüksel A, Dursun F, Kılınç S, Semiz S, Abalı S, Yıldız M, Önder A, Bereket A. Cranial MRI Abnormalities and Long-term Follow-up of the Lesions in 770 Girls With Central Precocious Puberty. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Jun 16;106(7):e2557-e2566. doi: 10.1210/clinem/dgab190. PMID: 33765130



FEBRİL NÖBET ÖYKÜSÜ İLE GELEN ÇOCUKTA İLK BASAMAK DEĞERLENDİRME

Çisem Duman Kayar¹, Dr. Abdülkadir Altuntaş²

1 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Febril nöbet, 6 ay–5 yaş arasındaki çocuklarda ateş eşliğinde görülen en sık nöbet tipidir ve genellikle iyi huylu seyretmekle birlikte klinik tablo basit febril nöbetten febril status epileptikusa kadar değişkenlik gösterebilir. Febril nöbetle başvuran çocuklarda temel yaklaşım, santral sinir sistemi enfeksiyonlarını ve altta yatan diğer patolojileri zamanında dışlamak, aynı zamanda gereksiz tetkik ve tedavilerden kaçınmaktır. Bu bildiride febril nöbet öyküsü ile başvuran bir olgu üzerinden ilk basamak değerlendirme ve klinik yönetim yaklaşımının tartışılması amaçlandı.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 20 aylık erkek çocuk ateş yüksekliği ve yaklaşık 20–25 dakika süren jeneralize tonik-klonik nöbet nedeniyle çocuk acil servise getirildi. Başvurudan iki ay önce ateşsiz dönemde fokal klonik nöbet ve geçici Todd parezisi öyküsü, bir ay önce ise ateş eşliğinde uzamış jeneralize nöbet öyküsü bulunmaktaydı. Güncel başvuruda aile tarafından uygulanan rektal diazepamı rağmen nöbetin devam ettiği öğrenildi. Hasta febril status epileptikus olarak değerlendirildi. İlk yaklaşımda hava yolu güvenliği sağlanarak intramüsküler ve intravenöz midazolam uygulandı; nöbetin devam etmesi üzerine levetirasetam yükleme tedavisi verilerek nöbet kontrol altına alındı. Olası santral sinir sistemi enfeksiyonu açısından lomber ponksiyon yapıldı ve ampirik antibiyotik ile antiviral tedavi başlandı. Viral solunum panelinde koronavirus NL63 pozitifliği saptanırken BOS incelemeleri ve kültürler negatif bulundu. İzlemede yeni nöbet gözlenmeyen hasta levetirasetam tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Febril nöbetle başvuran çocukların değerlendirilmesinde klinik öykü, nöbet özellikleri ve nörolojik muayene en kritik belirleyicilerdir. Basit febril nöbetlerde prognoz genellikle iyidir ve rutin ileri incelemeler çoğu zaman gerekli değildir. Buna karşın komplike febril nöbet veya febril status epileptikus varlığında hedefe yönelik laboratuvar incelemeleri, nörogörüntüleme ve uygun olgularda lomber ponksiyon planlanmalıdır. Bu olgu, febril nöbet yönetiminde hızlı acil müdahale, doğru risk sınıflaması ve gereksiz tetkiklerden kaçınan rasyonel bir klinik yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.



GÖĞÜS AĞRISI İLE GELEN ÇOCUK

Tuğçe Yavuz Dursun¹, Kübra Subaşı Elçin¹

1 – Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Çocuklarda göğüs ağrısı acil servis başvurularının yaklaşık binde 6'sını oluşturur ve en sık 11-14 yaş arasında görülür. Kız ve erkeklerde görülme oranı benzerdir. Göğüs ağrısı çoğu zaman kalple ilişkili olduğu düşünülerek değerlendirilse de çocuklarda vakaların büyük çoğunluğu kardiyak olmayan nedenlere bağlıdır. Kardiyak nedenler tüm vakaların yalnızca %1-5'ini oluşturur. Çocuklarda göğüs ağrısının etiyolojisinin değerlendirilmesinde, iyi huylu ve ciddi durumlar arasında ayırım yapmada kapsamlı bir klinik öykü ve fizik muayene önemlidir. Yaşamı tehdit eden durumları işaret eden kırmızı bayraklar bilinmeli ve gereksiz testlerden kaçınılmalıdır.

Göğüs ağrısının nedenleri kardiyak ve non-kardiyak olarak iki gruba ayrılır. Kardiyak nedenler arasında koroner arter anomalileri, Kawasaki hastalığı, diyabet, hiperlipidemi, aritmiler (SVT, VT), yapısal kalp hastalıkları (hipertrofik kardiyomiyopati, aort stenozu, mitral kapak prolapsusu) ve enfeksiyonlar (perikardit, miyokardit) yer alır.

Non-kardiyak nedenler ise daha geniş bir grubu kapsar. Bunların başında idiyopatik göğüs ağrısı gelir ve %12-61 oranında görülür. Genellikle adolesanlarda kısa süreli, keskin karakterli ağrılar şeklindedir ve fizik muayene genellikle normaldir. Tedavi gerektirmez. Kas-iskelet sistemi kaynaklı nedenler (%7-69) çocuklarda oldukça yaygındır. Kostokondrit, kayan kosta sendromu, travma veya aşırı kas kullanımı bu gruba girer. Tietze sendromu ise kostokondral eklemden inflamasyonla ortaya çıkar ve özellikle solunum yolu enfeksiyonları sonrası görülebilir.

Solunum sistemi hastalıkları da önemli nedenler arasındadır. Astım en sık görülenidir ve egzersiz sonrası göğüs ağrısı, hışıltı ve nefes darlığı ile ortaya çıkabilir. Ateşle birlikte görülen göğüs ağrısı pnömoni düşündürürken, ani gelişen ağrı pnömotoraks veya pulmoner emboliyi düşündürülebilir. Küçük çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu da ani göğüs ağrısına yol açabilir.

Gastrointestinal nedenler arasında en sık gastroözofageal reflü bulunur. Bu durumda yanıcı tarzda, epigastrik veya substernal bölgede hissedilen ağrı vardır ve genellikle yemeklerle ilişkilidir.

Psikojenik nedenler özellikle adolesan kızlarda görülür. Uzun süren ve değişken karakterli ağrılarla birlikte baş ağrısı ve karın ağrısı eşlik edebilir. Panik bozukluk, hiperventilasyon ve depresyon sık görülür.

Göğüs ağrısı değerlendirilirken özellikle kardiyak nedenleri düşündüren bulgulara dikkat edilmelidir. Hikayede egzersizle ortaya çıkan ağrı, senkop, çarpıntı, solunum sıkıntısı, ailede ani ölüm öyküsü ve anormal fizik muayene bulguları bu açıdan önemlidir.



ÇOCUKLARDA KARIN AĞRISINA ALGORİTMİK YAKLAŞIM

Mehmet Şefik Avcı¹, İlkan Hasankhanlı¹, Kamil Şahin¹

1 – SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Çocuklarda karın ağrısı, hekimlerin sık karşılaştığı ve zaman zaman ciddi tanısal ikilemler yaşadığı önemli bir belirtidir. Karın ağrılarının çoğu selim seyirli nedenlere bağlı olsa da, bazı durumlarda hızlı tanı ve tedavi hayati önem taşır. Karın ağrısı; çocuk acil servis başvurularının yaklaşık %5–10'unu, gastroenteroloji poliklinik başvurularının ise %30–50'sini oluşturmaktadır.

Karın ağrısının algılanmasında başlıca visseral ve mukozal reseptörler rol oynar. Visseral reseptörler seröz membranlarda, mezenterde ve içi boş organların duvarlarında bulunur; hem mekanik hem de kimyasal uyarılara duyarlıdır. Mukozal reseptörler ise ağırlıklı olarak kimyasal uyarılara yanıt verir. İç organ kaynaklı ağrılar genellikle diffüz olup orta hatta hissedilir. Bununla birlikte, apandisit gibi durumlarda parietal peritonun inflamasyonu somatik innervasyon yoluyla ağrının lokalizasyonunu belirginleştirir ve şiddetini artırır.

İlk Değerlendirme

Başlangıç değerlendirmesinde ayrıntılı anamnez alınmalı ve sistematik bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastanın genel durumu, vital bulguları ve olası dehidratasyon bulguları dikkatle değerlendirilmelidir. Fizik muayenede özellikle belirgin abdominal hassasiyet, rebound, defans, abdominal distansiyon ve safra içerikli kusma gibi acil cerrahi patolojiyi düşündürebilecek bulgular açısından dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu tür alarm bulgularının varlığında hasta gecikmeksizin cerrahi açıdan değerlendirilmeli, gerekirse konsültasyon istenmelidir.

Akut Karın Ağrısı

Akut karın ağrısı; ani başlangıçlı, kısa süreli (<3 gün) ve hızlı tanı ile tedavi gerektiren ağrılar olarak tanımlanır. Akut karın ağrısının en sık nedenleri arasında akut gastroenterit (%24–42), kabızlık (%9–19), üst solunum yolu veya diğer respiratuvar enfeksiyonlar (%18–20), idrar yolu enfeksiyonu (%8–13) ve mezenterik lenfadenit (%3–4) yer alır. Cerrahi nedenler (%4–8), özellikle akut apandisit (%4–5), daha küçük bir oranı oluşturmakla birlikte erken tanı açısından kritik öneme sahiptir.

Kronik Karın Ağrısı

Kronik karın ağrısı; sürekli veya aralıklı şekilde uzun süre devam eden (en az 2 ay) ağrı olarak tanımlanır. Bu ağrı organik (yapısal, metabolik veya biyokimyasal nedenlere bağlı) ya da fonksiyonel (organik bir neden saptanamayan) olabilir. Kronik karın ağrısı çocukların yaklaşık %10–19'unda görülmektedir ve en sık 4–6 yaş ile erken ergenlik döneminde ortaya çıkar. Tüm kronik karın ağrısı vakalarının yaklaşık %90–95'i fonksiyonel nedenlere bağlıdır. Organik nedenler daha az görülmekle birlikte, alarm bulgularının varlığında (kilo kaybı, büyüme geriliği, gece ağrısı, kanlı dışkılama, persistan kusma ve ailede inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü) mutlaka akıldan tutulmalıdır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ÇOCUKLARDA BAŞ AĞRISINA SİSTEMATİK KLİNİK YAKLAŞIM: TANISAL ALGORİTMA VE KIRMIZI BAYRAKLAR

Deniz Ocak¹

1 — İstanbul Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü

Çocukluk çağında baş ağrısı, pediatri pratiğinde sık karşılaşılan ve çoğunlukla benign nedenlere bağlı olan bir semptomdur. Bununla birlikte, nadir fakat ciddi sekonder nedenlerin erken tanınması klinik açıdan kritik öneme sahiptir. Bu nedenle değerlendirme süreci, sistematik bir algoritma çerçevesinde ve özellikle alarm bulgularına odaklanarak yürütülmelidir.

Klinik yaklaşımın temelini ayrıntılı anamnez ve fizik muayene oluşturur. Baş ağrısının başlangıç zamanı, süresi, sıklığı, karakteri ve tetikleyicileri dikkatle sorgulanmalıdır. Bulantı, kusma, fotofobi ve aura gibi eşlik eden semptomlar migren açısından yol göstericidir. Fizik muayenede nörolojik değerlendirme ve fundoskopi mutlaka yapılmalı; kan basıncı ölçümü ve büyüme parametreleri göz ardı edilmemelidir.

Algoritmik yaklaşımda ilk adım, primer ve sekonder baş ağrılarının ayrımıdır. Nörolojik muayenesi normal, tipik öyküye sahip hastalarda primer baş ağrıları (özellikle migren ve gerilim tipi baş ağrısı) ön planda düşünülür ve genellikle ileri tetkik gerekmez. Buna karşılık, sekonder nedenleri düşündüren bulgular varlığında ileri değerlendirme zorunludur.

Bu noktada kırmızı bayraklar kritik rol oynar. Ani ve şiddetli başlangıçlı baş ağrısı, uykudan uyandıran veya sabah belirginleşen ağrı, kusmanın eşlik etmesi, progresif kötüleşme, nörolojik defisit, papilödem ve sistemik bulgular sekonder patolojiler açısından uyarıcıdır. Bu bulguların varlığında intrakraniyal kitle, enfeksiyon veya artmış kafa içi basıncı gibi durumlar dışlanmalıdır.

Tanısıl algoritmaya göre, kırmızı bayrak veya anormal nörolojik muayene saptanan hastalarda nörogörüntüleme gereklidir ve genellikle manyetik rezonans görüntüleme tercih edilir. Acil durumlarda bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Buna karşın, tipik primer baş ağrısı özellikleri olan ve muayenesi normal hastalarda rutin görüntüleme önerilmez.

Tedavi yaklaşımı da basamaklıdır. İlk adım yaşam tarzı düzenlemeleri (uyku, hidrasyon, tetikleyicilerden kaçınma) olup, akut ataklarda parasetamol veya ibuprofen tercih edilir. Sık ve yaşam kalitesini etkileyen ataklarda profilaktik tedavi seçenekleri değerlendirilir.

Sonuç olarak, çocuklarda baş ağrısına yaklaşımda en kritik unsur; yapılandırılmış klinik değerlendirme, algoritmik düşünme ve özellikle kırmızı bayrakların erken tanınmasıdır. Bu yaklaşım gereksiz tetkikleri azaltırken, ciddi patolojilerin atlanmasını önler.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ÇOCUKTA KALSİYUM VE FOSFOR DENGESİNİ ANLAMAK

Diğdem Bezen¹

1 – Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği

Kalsiyum, kemik matriksinin mineralizasyonu, hücre içi sinyal yolları, sinir iletimi, kas kasılması, kanın pıhtılaşması, enzimatik kofaktör görevleri ve kardiyak ritm düzenlenmesinde kritik rol oynar. Çocuklarda Ca'un %99'u kemikte hidroksiapatit formunda, %1'i ise serumda bulunur; bunun da yarısı iyonize formda, geri kalanı protein ve diğer iyonlarla bağlıdır.

Çocuklarda Ca kaynakları arasında süt ve süt ürünleri en yüksek biyoyararlanıma sahiptir. Bitkisel kaynakların Ca Emilimi oksalat ve fitat içeriklerine bağlı olarak değişir. Ayrıca deniz ürünleri, balık, takviye ve güçlendirilmiş gıdalar Ca alımını destekler. Günlük önerilen Ca miktarı yaşa göre değişmektedir. Serum Ca normalleri de yaşa bağlı olarak değişir; iyonize Ca alkalozda azalır, asidozda artar.

Ca homeostazı dört ana hormon (D vitamini, PTH, FGF23, kalsitonin) ve dört organ (kemik, böbrek, bağırsak, paratiroid bezi) tarafından düzenlenir. Bağırsakta Ca Emilimi aktif (D vitamini bağımlı) ve pasif (D vitamini bağımsız) yollarla gerçekleşir; aktif emilim duodenumda, pasif emilim jejunum-ileumda baskındır. Başka bazı hormonlar da Ca Emilimini modüle eder: PTH ve büyüme hormonu kalsitriol yapımını artırırken, östrojen taşıyıcı proteinleri yükselterek Ca Emilimini artırır. Glukokortikoid ve tiroid hormonları ise Ca Emilimini azaltır.

Böbrekte Ca geri Emilimi segmentlere göre değişir: proksimal tübül %60–65, Henle kalın çıkan kol %20–25 ve distal kıvrımlı tübül %8–10 oranında Ca'u geri kazanır. PTH ve kalsitriol geri Emilimi artırırken, kalsitonin ve FGF23 genellikle azaltır.

Kemikte Ca ve fosfor, mineral faz ve organik faz bileşimiyle çocukluk ve ergenlikte birikim gösterir; osteokalsin ve hidroksiapatit dengesi büyüme sırasında kritik rol oynar. PTH Ca'un kemik depolarından mobilize olarak kana salınımını sağlar. Kalsitriol ise Ca'un kemikte depolanmasında görev alır.

Hormonlar dışında iyonize Ca kendisi de, paratiroid, böbrek ve kemikteki CaSR'lere bağlanarak kan Ca düzeyi regülasyonunda görev alır.

Fosfor da kemik mineralizasyonu, enerji metabolizması (ATP) ve asit-baz dengesi açısından önemlidir. Fosfor kaynakları süt, süt ürünleri, kırmızı ve beyaz et, balık, yumurta, baklagiller, kuruyemişler ve tam tahıllardır. P homeostazında PTH ve FGF23 böbrekten P Emilimini azaltırken, kalsitriol artırır. Bağırsakta ise kalsitriol ve dolaylı yolla PTH P Emilimini artırırken, FGF23 azaltır.

Tüm bu düzenlemeler, serum Ca ve P seviyelerinin sağlıklı sınırlar içinde kalmasını sağlar ve çocukta büyüme ve kemik mineralizasyonu için kritik öneme sahiptir.



DİJİTAL GÜVENLİK RİSKLERİ; DİJİTAL ORTAMDA SİBER ZORBALIK, TACİZ, MAHREMİYET

Dilek Orbatu¹

1 – SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Ergen Sağlığı Doktora programı

Özet:

Ergenlik, kimlik gelişimi ve akran onayı ihtiyacının arttığı, dürtü kontrolünün tam olgunlaşmadığı bir dönemdir; bu nedenle dijital medya yoğunluğu siber zorbalık, çevrim içi taciz, mahremiyet ihlali ve dijital bağımlılık risklerini artırır. Türkiye verileri pandemiyle ekran süresinin yükseldiğini ve dijital oyun kullanımının belirgin arttığını göstermektedir. Siber zorbalık; anonimlik, 7/24 erişilebilirlik ve içerik kalıcılığı nedeniyle depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, okul işlev kaybı ve öz-kıyım düşüncesiyle ilişkilidir; dijital bağımlılık ve sirkadiyen bozulma bu etkileri güçlendirebilir. Klinik pratikte HEEADSSS'e "dijital yaşam" modülü eklenmeli; ekran kullanımının işlevselliği, zorbalık/taciz öyküsü, sosyal medya deneyimi ve mahremiyet farkındalığı yapılandırılmış biçimde taranmalıdır. Koruyucu yaklaşım; psikoeğitim, aile ve okul programları, sağlık sistemine entegre tarama ve yapay zekâ destekli erken uyarı araçlarını içermelidir. Gençlere güçlü parola, iki faktörlü doğrulama, konum paylaşımını sınırlama, kanıt saklama ve güvenilir yetişkinlere hızla başvurma öğretilmeli; gerektiğinde hukuki bildirim süreçleri uygun işletilmelidir.

Anahtar kelimeler: Siber zorbalık, dijital güvenlik, adolesan sağlığı

Abstract:

Adolescence is a developmental stage in which identity formation and the need for peer approval intensify, while impulse control has not yet fully matured; therefore, high exposure to digital media increases the risks of cyberbullying, online harassment, privacy violations, and digital addiction. Data from Türkiye indicate that screen time rose during the pandemic and that digital gaming increased markedly. Cyberbullying—due to anonymity, 24/7 accessibility, and the permanence of online content—is associated with depression, anxiety, sleep disturbances, impaired school functioning, and suicidal ideation; digital addiction and circadian disruption may further exacerbate these effects. In clinical practice, a "digital life" module should be integrated into the HEEADSSS assessment, with structured screening of functional aspects of screen use, histories of bullying/harassment, social media experiences, and privacy awareness. Preventive strategies should be multi-level, including individual psychoeducation, family- and school-based programs, and screening tools integrated into the healthcare system, including AI-supported early warning systems. Adolescents should be taught strong password practices, two-factor authentication, limiting location sharing, preserving evidence, and promptly seeking help from trusted adults; when necessary, appropriate legal reporting procedures should be followed.

Key words: Cyberbullying, Digital Safety, Adolescent Health

Ergenlik dönemi, nörobiyolojik olgunlaşma, kimlik gelişimi ve sosyal aidiyet arayışının yoğunlaştığı; duygu düzenleme kapasitesi ile dürtüsellik arasındaki dengenin henüz tam oturmadığı kritik bir yaşam evresidir. Bu dönemde akran ilişkileri, sosyal onay ihtiyacı ve "görünür olma" motivasyonu belirginleşirken; dijital medya ve sosyal ağlar, ergenlerin iletişim kurma, öğrenme, eğlenme ve sosyalleşme biçimlerinin merkezine yerleşmiştir. Bununla birlikte ekran süresinin uzaması çoğu zaman yalnızca "zaman" artışı olarak kalmamakta; uyku hijyeninin bozulması, akademik işlevsellikte düşüş, fiziksel aktivite azalması ve aile içi etkileşimde zayıflama gibi dolaylı etkiler üzerinden psikososyal kırılganlığı artırabilmektedir. Türkiye'de pandemi döneminde çocuklarda ekran süresinin belirgin arttığı ve ortalama günlük ekran süresinin yaklaşık **6,4 saat/gün** düzeyine çıktığı bildirilmiştir (1). Dijital ortamların sunduğu fırsatlara rağmen, çevrim içi yaşam; **siber zorbalık**



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ve taciz, istenmeyen içerik maruziyeti, mahremiyet ihlalleri ve problemlili/kompulsif kullanım gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Nitekim güncel meta-analitik kanıtlar, sosyal medya kullanımı (özellikle süre ve etkileşim düzeyi) ile ergenlerde **anksiyete/depresyon gibi içselleştirme belirtileri** arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu ortaya koymakta; bu nedenle dijital maruziyetin klinik değerlendirmede “yaşam tarzı” bileşeninin ötesinde, ruh sağlığı risk taramasının bir parçası olarak ele alınmasını desteklemektedir .

Dijital güvenlik riskleri, gençler için yalnızca teknik bir siber güvenlik sorunu değil; **hukuki, psikososyal ve kişisel haklar** boyutları olan çok katmanlı bir tehdit alanı oluşturmaktadır. Gençler; siber zorbalık ve çevrim içi tacizin yanı sıra **kişisel verilerin izinsiz paylaşımı, hesap ele geçirilmesi (account takeover), kimlik hırsızlığı, ortalama (phishing) ve deepfake içeriklerle hedef alınma** gibi ciddi risklerle karşı karşıyadır. Özellikle sosyal medya ve oyun platformlarında paylaşılan görsel ve konum verileri, izinsiz çoğaltılabilmekte ve kalıcı dijital izler oluşturarak gençlerin ilerleyen yaşamlarında **eğitim, istihdam ve itibar** açısından hukuki sonuçlara yol açabilmektedir. Hukuki açıdan bakıldığında, farkında olmadan yapılan paylaşımlar; kişisel verilerin korunması, çocukların cinsel istismarıyla mücadele, hakaret ve tehdit suçları kapsamında adli süreçlere konu olabilmekte; mağduriyet kadar fail olma riski de taşımaktadır. Siber güvenlik perspektifinden ise zayıf parola kullanımı, iki faktörlü doğrulamanın ihmal edilmesi ve üçüncü taraf uygulamalara verilen geniş yetkiler, gençleri **veri sızıntısı ve mali dolandırıcılık** risklerine açık hale getirmektedir. Bu nedenle gençlerin dijital ortamda karşılaştıkları tehlikelerin yalnızca “güvenli internet kullanımı” başlığı altında değil; **hukuki farkındalık, kişisel veri güvenliği ve siber hijyen** kavramları çerçevesinde ele alınması, koruyucu ve önleyici stratejilerin temelini oluşturmaktadır. (2)

Ergenlik döneminde dijital zorbalık, çoğu zaman **bireysel bir saldırıdan çok, grup dinamikleri içinde organize olan bir süreç** şeklinde gelişmektedir. Ergenler tarafından bu tür davranışlar genellikle sosyal medya platformları, mesajlaşma grupları ve çevrim içi oyun toplulukları üzerinden yapılandırılır. Bir ergen sağlığı uzmanı gözüyle bakıldığında ; zorbalık süreci çoğunlukla “başlatan”, “destekleyen/pekiştiren” ve “sessiz izleyici” rollerinin olduğu bir sosyal ağ içinde ilerler. Başlatan kişi, alaycı bir paylaşım, ifşa edici bir görsel ya da dışlayıcı bir mesajla süreci tetiklerken; diğer ergenler beğeni, yorum, paylaşım veya grup sohbetlerinde katılım yoluyla bu davranışı güçlendirir.

Organizasyonun temelinde **akran statüsü kazanma, grup aidiyetini pekiştirme ve güç dengesini kontrol etme** motivasyonları yer alır. Kapalı mesajlaşma grupları, geçici hikâye paylaşımları ve anonim hesaplar, zorbalığın planlanmasını ve iz sürülmeden yayılmasını kolaylaştırır. Ayrıca ergenler arasında “şaka”, “trend” ya da “meydan okuma” olarak sunulan eylemler, bireysel sorumluluk algısını azaltarak kolektif bir davranışa dönüşür. Algoritmaların etkileşimi ödüllendirmesi, içeriğin daha geniş kitlelere ulaşmasına ve zorbalığın görünürlüğünün artmasına yol açar. Bu süreçte sessiz kalan veya müdahale etmeyen akranlar da dolaylı biçimde zorbalığın sürdürülmesine katkıda bulunur. Sonuç olarak dijital zorbalık, ergenler arasında **planlı, rollerin paylaşıldığı ve sosyal pekiştirme ile sürdürülen bir grup davranışı** olarak organize olmakta; bu da müdahalelerin yalnızca bireye değil, akran grubu ve dijital ortamın yapısına yönelik olmasını gerekli kılmaktadır.

Türkiye’de çocuk ve ergenlerde dijital medya maruziyetinin özellikle COVID-19 sonrası dönemde belirgin biçimde arttığı; ekran süresi ile dijital oyun süresinin sosyodemografik özelliklerden bağımsız olarak yükseldiği gösterilmiştir. Türkiye’den bir üniversite hastanesi örneğinde yürütülen çalışmada, pandemi döneminde **günlük ekran süresi ≥1 saat** olan çocuk oranının anlamlı olarak arttığı (pandemi öncesi %57,7’den pandemi döneminde %88,9’a) ve **günlük dijital oyun süresi ≥1 saat** olanların oranının da yaklaşık iki katına çıktığı (%24,6’dan %53,3’e) bildirilmektedir (3). Bu bulgular; dijital araçların yalnızca eğitim ve sosyalleşme için değil, aynı zamanda eğlence ve baş etme mekanizması olarak yoğun kullanımının yaygınlaştığını; dolayısıyla klinik değerlendirmede “ekran süresi”nin tek başına değil, **kullanımın içeriği, zamanı (özellikle gece kullanımı), işlevsellik üzerindeki etkisi ve eşlik eden ruhsal belirtiler** ile birlikte ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Dijital kullanım örüntülerindeki artış, siber zorbalık ve çevrim içi taciz/mahremiyet ihlali gibi risk alanlarını da görünür biçimde büyütülmektedir. Türkiye’den geniş bir okul temelli örnekleme (7–12. sınıflar, 15 okul) yürütülen çalışmada, **siber**



zorbalık mağduriyeti prevalansı %17,2 olarak bildirilmiş; ayrıca geleneksel zorbalık ile siber zorbalık arasında belirgin bir örtüşme olduğu ve **bilgisayar/telefonu daha uzun kullanma, kısa uyku süresi ve zayıf akademik performans** gibi değişkenlerin siber zorbalıkla ilişkili olabildiği vurgulanmıştır (4). Daha küçük yaş grubunu içeren Türkiye örneklemleri başka bir çalışmada ise siber zorbalık ekosisteminin yalnızca “fail-mağdur” ekseninde değil, **seyirci/bystander** rolüyle de çok yaygın olduğu; internet kullanım süresi ve aktif sosyal medya kullanımının siber zorbalığa katılımı öngörebildiği bildirilmektedir (5). Bu veriler, ergen izlemlerinde HEEADSSS çerçevesine “**dijital yaşam**” sorgulamasının eklenmesini; özellikle **siber zorbalık, çevrim içi taciz/şantaj, mahremiyet farkındalığı ve yardım arama davranışı** başlıklarının yapılandırılmış biçimde değerlendirilmesini klinik olarak gerektirmektedir. Dijital ortamda mahremiyet ve taciz risklerini azaltmak için ergenlere verilecek temel mesaj, “**süreden çok içerik, bağlam ve sınır yönetimi**”ne odaklanmaktır: Sosyal medya ve mesajlaşma uygulamalarında karşılaşılan tehditler yalnızca siber zorbalıkla sınırlı olmayıp **cinsel taciz, hassas içeriklerin izinsiz paylaşımı, iltalama (phishing) ve zararlı meydan okumalar** gibi çoklu riskleri içerir; bu maruziyetlerin daha sık yaşanması, ergenlerde **anksiyete ve depresif belirtiler** ile daha güçlü ilişkiler gösterebilir. Bu nedenle ergen, hesaplarında **iki aşamalı doğrulama**, güçlü parola, konum paylaşımını kapatma, takipçi/arkadaş listesini sınırlama ve “etiketleme-yeniden paylaşım-mesaj isteği” ayarlarını sıkılaştırma gibi mahremiyet önlemlerini rutin hale getirmelidir. Romantik ilişkiler bağlamında dijital ortam; **izleme, kontrol etme, tehdit, istenmeyen cinsel içerik isteme ya da görüntü üzerinden baskı kurma** gibi “siber flört şiddeti” biçimlerine zemin hazırlayabildiğinden, “şifremi ver”, “konumunu aç”, “kimle yazıştığını göster” taleplerinin **sevgi değil kontrol** göstergesi olabileceği vurgulanmalıdır. Ayrıca çevrim içi cinsel sömürü ve “sextortion” risklerinde en kritik adım, **kanıtları saklayıp (ekran görüntüsü, kullanıcı adı, tarih)** güvenilir bir yetişkin ve gerekli kurumlarla hızla iletişime geçmek; çıplak/mahrem içerik gönderimi konusunda baskı varsa asla yalnız kalmamak ve platform içi bildirim/engelleme mekanizmalarını kullanmaktır—gençlere hizmet veren kurumlarda bu tür teknoloji-aracılı istismarı önlemeye yönelik politika ve eğitimlerin önemini vurgulayan çalışmalar da bunu desteklemektedir.

Ergenlerde Dijital Güvenlik Kavramı

Dijital güvenlik; bireyin çevrim içi ortamlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü koruyabilme kapasitesini ifade eden, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Ergenlik döneminde bu kavram, nörogeleimsel olgunlaşmanın devam etmesi, dürtü kontrolünün sınırlı olması, akran onayına duyarlılığın artması ve risk alma davranışlarının belirginleşmesi nedeniyle erişkinlere kıyasla daha kırılgan bir yapı göstermektedir (6). Ergenler dijital ortamlarda sıklıkla kimlik denemeleri yapmakta, sosyal geri bildirimlere yüksek duyarlılık göstermekte ve kısa vadeli sosyal kazanımlar uğruna uzun vadeli güvenlik ve mahremiyet sonuçlarını yeterince öngöremeyebilmektedir.

Ergenlerde Dijital Güvenlik Kavramı

Ergenlerde dijital güvenlik riskleri başlıca dört ana başlık altında ele alınmaktadır: **siber zorbalık, çevrim içi taciz ve istismar, dijital bağımlılık ile mahremiyet ve veri güvenliği ihlalleri**. Güncel kanıtlar, bu risk alanlarının bağımsız değil, çoğunlukla birbirini tetikleyen ve güçlendiren bir yapı gösterdiğini ortaya koymaktadır (7). Özellikle dijital bağımlılığı olan ergenlerde çevrim içi ortamda geçirilen sürenin artması; siber zorbalık, istenmeyen cinsel içerik maruziyeti ve mahremiyet ihlali olasılığını artırmakta, bu durum psikolojik etkilenmeyi derinleştirmektedir.

Mahremiyet ve veri güvenliği ihlalleri, ergenlerin kişisel bilgilerinin izinsiz paylaşılması, dijital ayak izinin kalıcı hale gelmesi ve çevrim içi kimlik üzerindeki kontrolün kaybedilmesiyle sonuçlanabilmektedir. Sosyal medya platformlarının algoritmik yapısı ve içerik yayılım hızının yüksekliği, bu ihlallerin etkisini yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de görünür kılmaktadır. Nitekim son yıllarda yayımlanan sistematik derlemeler, dijital güvenlik risklerinin ergenlerde depresyon, anksiyete, kendine zarar verme ve intihar düşüncesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermekte; bu nedenle dijital güvenliğin ergen ruh sağlığı değerlendirmesinde **temel bir klinik alan** olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (8).

Siber Zorbalık: Tanım ve Epidemiyoloji

Siber zorbalık; akıllı telefon, sosyal medya platformları, mesajlaşma uygulamaları, oyun içi sohbetler ve diğer dijital



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



kanallar aracılığıyla **kasıtlı**, çoğu zaman **tekrarlayıcı** ve mağdur üzerinde **psikolojik/duygusal zarar** oluşturmayı hedefleyen saldırgan davranışlar bütünü olarak tanımlanır. Geleneksel (yüz yüze) zorbalıktan farklı olarak siber zorbalık; **24 saat erişilebilirlik, hızlı yayılım, anonimlik** ve içeriklerin kalıcılığı gibi özellikleri nedeniyle mağduriyetin süregelenleşmesine ve kontrol kaybı algısına yol açabilmektedir. Kavramsal ve ölçüm araçlarındaki farklılıklar nedeniyle prevalans oranları çalışmalara göre değişkenlik gösterse de, güncel derleme ve meta-analizler ergenlerin yaklaşık **%15-35'inin** yaşamlarının herhangi bir döneminde siber zorbalık mağduriyeti bildirdiğini; bazı örneklerde bu oranların daha da yükselebildiğini göstermektedir (9,10).

Pandemi sonrası dönemde dijital eğitim, sosyal izolasyon ve sosyal medya kullanımındaki belirgin artış siber zorbalık dinamiklerini yeniden şekillendirmiş; ülkeler ve kültürel bağlamlar arasında farklı yönlerde eğilimler rapor edilmiştir. COVID-19 dönemini ele alan sistematik derlemeler, bazı bölgelerde siber zorbalık/siber mağduriyetin arttığını, bazı bölgelerde ise azaldığını; bu farklılığın okul kapanmaları, ebeveyn gözetimi, çevrim içi geçirilen sürenin niteliği ve psikososyal stresörler gibi etmenlerle ilişkili olabileceğini vurgulamaktadır (11). Bu heterojen tabloya rağmen meta-analitik bir sentez, pandemi döneminde küresel ölçekte siber zorbalık davranışlarının kayda değer bir yaygınlığa sahip olduğunu ve özellikle **siber mağduriyet** oranlarının klinik açıdan dikkate değer düzeylerde seyrettiğini ortaya koymuştur (12). Bu nedenle epidemiyolojik değerlendirmelerde yalnızca “var/yok” yaklaşımı yerine; **maruziyetin sıklığı, platform türü (sosyal medya/oyun/mesajlaşma), içerik tipi (metin-görüntü temelli), anonimlik ve eşlik eden psikososyal sonuçlar** ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Siber Zorbalık ve Ruh Sağlığı

Siber zorbalığa maruz kalma, ergenlerde yalnızca “rahatsız edici bir çevrim içi deneyim” değil; **duygudurum, kaygı, benlik algısı ve işlevsellik** üzerinde ölçülebilir olumsuz etkileri olan bir psikososyal stresör olarak değerlendirilmelidir. Güncel kanıtlar, siber mağduriyetin ergenlerde **depresif belirtilerle anlamlı biçimde ilişkili** olduğunu ve bu ilişkinin farklı örneklem ve kültürlerde tutarlı şekilde gözlemlendiğini göstermektedir (13). Klinik pratikte bu nedenle siber zorbalık öyküsü, depresyon ve anksiyete taramasının yanı sıra **uyku bozukluğu, somatik yakınmalar, iritabilite, içe çekilme ve akademik performans düşüşü** gibi daha “örtük” belirti kümeleriyle birlikte ele alınmalıdır.(14)

Siber zorbalığın ruh sağlığı üzerindeki etkisini ağırlaştıran temel özelliklerden biri, olayın **anonim** biçimde gerçekleşebilmesi ve **zaman-mekân sınırı olmaksızın süregelenleşebilmesidir**. İçeriklerin hızla yayılması ve kalıcı dijital iz bırakması, mağdurun kontrol algısını azaltarak **utanç, çaresizlik ve sosyal tehdit** algısını derinleştirebilir. Bu süreçte ergenin **benlik saygısı** zedelenebilir; özellikle sosyal destek kaynaklarının zayıfladığı durumlarda duygusal yük daha da artar. Türkiye örneklemleri bir çalışmada siber mağduriyetin **benlik saygısını düşürerek** sosyal destek algısını olumsuz etkilediği ve bunun da **öznel iyi oluş ile okul ilişkili iyi oluşu** azaltabildiği gösterilmiştir (15). Bu bulgular, siber zorbalığın “okul reddi/okuldan kaçınma” gibi işlevsel sonuçlara giden yolu; benlik saygısı ve sosyal destek üzerinden açıklayan klinik bir çerçeve sunmaktadır.

Siber zorbalık maruziyetinin en kritik klinik yansımalarından biri ise **kendine zarar verme ve intihar düşüncesi** ile ilişkisidir. Boylamsal kanıtlara odaklanan bir sistematik derleme, siber zorbalık ile **intihar düşüncesi** arasında çoğu çalışmada anlamlı pozitif ilişki bildirildiğini; kendine zarar verme bulgularının ise çalışma tasarımları ve ölçüm farklılıkları nedeniyle daha heterojen olmakla birlikte klinik açıdan dikkat gerektirdiğini vurgulamaktadır (16). Bu nedenle siber zorbalık öyküsü olan her ergende; **depresyon-anksiyete belirtileri, öz-kıyım düşüncesi, kendine zarar verme ve güvenlik planı gereksinimi** yapılandırılmış biçimde değerlendirilmelidir.

Neden “Dijital Etik” HEEADSSS’e Eklenmeli?

Günümüzde ergenlerin yaşam alanlarının büyük bir kısmı çevrim içi ortamlara kaymıştır ve klasik HEADSSS/HEEADSSS başlıkları (ev, okul, aktiviteler, madde kullanımı, cinsellik, duygu durumu/öz-kıyım, güvenlik) artık dijital yaşamın oluşturduğu riskleri ve fırsatları kapsamlı şekilde değerlendirmekte yetersiz kalmaktadır. Sosyal medya, mesajlaşma, oyun ve diğer



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



çevrim içi platformlar, ergenlerin kimlik gelişimini, sosyal bağlantılarını ve psikolojik iyilik hâllerini etkilerken, aynı zamanda siber zorbalık, çevrim içi taciz, mahremiyet ihlali, problemlili kullanım ve çevrim içi risk içerikleri gibi yeni tehditler ortaya çıkarmaktadır .(17) Bu nedenle, dijital risklerin sistematik ve **etik bir çerçevede sorgulanması** hem klinik değerlendirme kalitesini artırır hem de çocuk hakları ve güvenliği açısından gereklidir.

Ergen görüşmesinde **etik ilkeler**—gizlilik, mahremiyet, zarar vermeme ve özerklik—temel yapı taşlarıdır. Dijital içerik ve sosyal medya verisi söz konusu olduğunda bu hassasiyet daha da artar; gereksiz veri talebi, hesap şifresi istemek veya özel mesajlara erişmek gibi yaklaşımlar ergenin mahremiyetine müdahale edebilir ve güven zedeleyebilir. Etik uygulama, gereksiz bilgiden kaçınmayı, görüşmenin başında gizlilik sınırlarının ve dijital risk sorgulamasının amaçlarının net biçimde açıklanmasını ve yargılayıcı olmayan bir klinik dil kullanılmasını gerektirir. Klinik uygulamada, dijital yaşamla ilgili sorular doğru tasarlandığında ergenin dijital deneyimleri hakkında **hem riskleri hem de ruh sağlığı göstergelerini** ortaya çıkarmaya yardımcı olur; örneğin “çevrim içi ortamda seni rahatsız eden/tehdit eden bir şey oldu mu?” gibi nötr ifadeler, etkililik odaklı veri toplar ve gereksiz ayrıntı/ihlâl edici sorgulardan kaçınır.

Sosyal medya ve dijital platformlarla ilgili sistematik araştırmalar, problemlili kullanım, siber zorbalık, paylaşılmış hassas içeriklere maruziyet gibi dijital risklerin depresyon, anksiyete ve kötü öz-değerlendirme gibi **ruh sağlığıyla ilişkili sonuçlarla** bağlantılı olduğunu göstermektedir. Örneğin, geniş kapsamlı bir derleme, sosyal medya kullanımı ile artan depresyon ve anksiyete semptomları arasında ilişki bulmuş ve bu ilişkiyi kötüye kullanım örüntülerine bağlamıştır (18). Ayrıca, sosyal medya tehditlerinin (siber zorbalık, cinsel taciz, yanlış bilgi gibi) ergenlerde olumsuz sağlık sonuçları ile sistematik ilişkileri olduğu, hatta nadiren bile bu risklere maruz kalmanın bile negatif etkilerle ilişkili olduğu saptanmıştır (19). Bu bulgular, dijital yaşam değerlendirmesinin yalnızca güvenlik değil, aynı zamanda **uygunsuz dijital maruziyetin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini erkenden yakalamak** için de klinik bir araç olduğunu göstermektedir.

Bu gerekçelerle, HEEADSSS/HEADSSS görüşmelerine “**Dijital Yaşam/Dijital Etik**” mikro-modülünün eklenmesi önerilebilir. Bu modül; günlük çevrim içi etkileşimlerin işlevselliğini değerlendiren, siber zorbalık ve taciz deneyimlerini sorgulayan, mahremiyet ve güvenlik algısını ele alan ve yardım arama davranışını tanımlayan soruları içerir. Böyle bir yapı, klinik pratikte etik veri minimizasyonu ile anlamlı riskleri ortaya çıkarır ve ergenin dijital deneyimini standart sağlık değerlendirmesi içinde yerleştirir.(20)

Dijital Bağımlılık ve Nörogelişimsel Etkiler

Dijital bağımlılık; ergenlerde kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri ile karakterize edilen **davranışsal bir bağımlılık** biçimidir. Ergen beyni, nörogelişimsel olarak prefrontal korteks ve ödül sisteminin hâlâ olgunlaşmakta olduğu bir dönemdedir; bu durum, dijital etkileşimlere karşı duyarlılığı artırarak yoğun ödül arayışı ve zayıf dürtü kontrolü ile sonuçlanabilir. Nörogörüntüleme ve klinik nörobilimsel çalışmalar, dijital bağımlılığı olan ergenlerde **prefrontal-striatal devrelerde disfonksiyon, ödül sisteminde aşırı duyarlılık** ve yürütücü işlevlerde bozulma olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, dijital bağımlılığın yalnızca davranışsal bir sorun değil, aynı zamanda ergenin sinirsel gelişimini doğrudan etkileyen bir **nörobiyolojik süreç** olduğunu ortaya koymaktadır.

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) verileri, ergenlerde internet oyun bozukluğu ve benzeri dijital bağımlılık tiplerinde **prefrontal-striatal sistemlerde** bozulmuş işlevsellik ve **ödül alanlarında hiperaktivasyon** tespit etmektedir; bu durum, davranışsal disinhibisyon ve karar verme süreçlerinde aksamalarla ilişkilidir.(21) Bu anormallikler özellikle dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) ve anterior singulat korteks (ACC) gibi yürütücü kontrol ağları ile ventral striatum gibi ödül odaklı bölgelerde belirgindir, bu da kontrolsüz kullanım ve dopamin ile desteklenen ödül arayışının bir nörobiyolojik temele sahip olduğunu düşündürür (22). Ayrıca sistematik fMRI incelemeleri, internet ve akıllı telefon bağımlılığı olan genç ve ergen bireylerde **ödül işlemenin ve yürütücü kontrolün bozulmuş olduğunu**, bu durumda impulsivite ve karar alma bozukluklarının arttığını belgelemektedir.(23)



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bu nörogelişimsel bozulma sadece davranışsal düzeyde değil, beyin yapısal ve işlevsel bağlantısallığında da saptanmıştır.(24) Bu değişiklikler, ergenlerde günlük yaşam işlevselliğinin bozulmasına, sosyal ilişki problemlerine ve akademik performansta düşüşe yol açabilir. Nörobiyolojik perspektiften bakıldığında, dijital bağımlılık, **dopaminerjik ödül döngülerini yeniden şekillendirerek** öğrenilmiş ödül arayışını güçlendiren ve prefrontal denetimi zayıflatan bir süreç olarak ele alınmalıdır; bu da ergenlerin risk alma davranışlarını artırabilir ve olgunlaşmayı olumsuz etkileyebilir.

Bu nedenle dijital bağımlılık, ergenlik dönemindeki nörogelişimsel hassasiyeti dikkate alan tıbbi bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir. Ergenlerde dijital bağımlılık belirtileri görüldüğünde sadece davranışsal tedavi yaklaşımı değil, **nörobilimsel mekanizmaların anlaşılması ve bu mekanizmalara yönelik değerlendirme stratejileri** de klinik protokollere entegre edilmelidir. Böylece dijital bağımlılığın hem beyin gelişimi üzerindeki etkisi hem de klinik sonuçları daha etkin bir şekilde ele alınabilir.

Siber Zorbalık, Dijital Bağımlılık Ve İntihar Davranışı

Son yıllarda ergenlerin çevrim içi ortamda maruz kaldıkları olumsuz etkileşimlerin, yalnızca anlık psikolojik sıkıntılara yol açmadığı; depresyon, umutsuzluk, uyku bozuklukları, sosyal izolasyon ve öz-kıyım düşüncesi gibi ciddi ruh sağlığı belirtileriyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. Prospektif kohort çalışmaları, siber zorbalığa maruz kalan ergenlerde **intihar düşüncesi ve girişim riskinin 2-3 kat arttığını** ortaya koymaktadır; bu ilişki birçok örneklemede tutarlı biçimde gözlenmektedir. Bu ilişkide dijital bağımlılık, yani çevrim içi içerik, oyun ve sosyal medya kullanımında kontrol kaybı, dürtü kontrol bozukluğu ve yoksunluk belirtileri gibi davranışsal bağımlılık öğeleri, **aracı bir faktör** olarak tanımlanmıştır: dijital bağımlılık yaşayan ergenlerde uyku bozuklukları, sosyal izolasyon ve artmış depresif belirtiler, siber zorbalıkla karşılaşma sonrasında klinik sonuçların daha da ağırlaşmasına katkıda bulunur.(25)

Sosyal izolasyon, dijital bağlamda reddedilme ve dışlanma deneyimleriyle pekişirken, bu durum ergenin güvenlik ve aidiyet duygularını zedeler; bunun sonucunda benlik saygısı azalır, stres yanıtı artar ve kontrol dışı duygulanımlar güçlenir. Uyku süre ve kalitesindeki bozulmalar, problemli ekran kullanımı ile ilişkili bulunmuş ve hem duygudurum bozukluklarını hem de intihar riskini artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca dijital bağımlılık ve siber zorbalık deneyimi, ergenlerde **depresif belirtiler, anksiyete ve kronik strese bağlı maladaptif başa çıkma yolları** ile birlikte intihar düşüncelerinin gelişimine zemin hazırlamaktadır.(26) Siber zorbalık, ergenlerde yalnızca psikososyal bir stresör değil, aynı zamanda **sirkadiyen ritim düzeni üzerinde bozucu etkileri olan biyolojik bir tetikleyici** olarak da değerlendirilmelidir. Özellikle akşam ve gece saatlerinde maruz kalınan çevrim içi zorbalık, tehdit veya dışlanma deneyimleri, hipotalamo-hipofizer-adrenal (HHA) aks aktivasyonunu artırarak kortizol salınımında gecikmeye ve **melatonin baskılanmasına** yol açabilmektedir. Bu durum, uykuya dalma süresinin uzaması, uyku bölünmeleri ve geç yatma eğilimi ile sonuçlanan **sirkadiyen faz gecikmesine** neden olur. Ergenlik döneminde fizyolojik olarak zaten gecikmeye eğilimli olan sirkadiyen ritim, siber zorbalığa bağlı emosyonel uyarılmışlık ve ekran ışığı maruziyeti ile daha da bozulmakta; kronikleştiğinde gündüz uykululuk, dikkat sorunları, iritabilite ve akademik işlev kaybı gelişebilmektedir. Klinik açıdan önemli olan, bu sirkadiyen düzensizliğin yalnızca bir sonuç değil, aynı zamanda **depresyon, anksiyete ve öz-kıyım düşüncesi için aracı bir risk faktörü** oluşturmaktadır. Bu nedenle çocuk ve ergen hekimleri, siber zorbalık öyküsü olan her olguda uyku düzeni ve sirkadiyen ritim bozukluğunu sistematik olarak sorgulamalı; psikososyal müdahalelerin yanı sıra **uyku hijyeni, akşam ekran maruziyetinin sınırlandırılması ve gerekirse kronobiyolojik yaklaşımlar** ile bütüncül bir değerlendirme yapmalıdır. Bu nedenle klinik değerlendirmelerde siber zorbalık ve dijital bağımlılık öyküsü, yalnızca depresyon ve anksiyete taramasıyla sınırlı kalmayıp **uyku bozuklukları, sosyal işlevsellik kaybı ve intihar davranışı semptomları** ile birlikte sistematik biçimde ele alınmalıdır. Sonuç olarak, dijital riskler ve dijital kullanım profili, ergen ruh sağlığı değerlendirmesinde entegre bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

Ergen İntiharlarında Dijital Ortamın Rolü

Dijital ortamlar, ergenlerin psikososyal gelişimi üzerinde belirgin etkiler oluşturmaktadır; bunların arasında **internette yaygınlaşan intihar içeriği, zararlı meydan okumalar (challenges) ve intiharı romantize eden paylaşımların**, risk altındaki



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



gençlerde intihar düşüncesi ve davranışını tetikleyebildiği klinik ve epidemiyolojik kanıtlarla desteklenmektedir. Çevrim içi içerikler normalleştirici bir etki gösterdiğinde, ergenlerde intihar davranışını bir seçenek olarak algılama ve benzer davranışları modelleme olasılığı artar; bu “davranışsal bulaşma” (contagion) olgusu medya psikiyatrisi literatüründe tanımlanmış olup, **tanık olunan intihar davranışlarının başkalarında da benzer riskleri tetiklediği** gösterilmiştir.(27) WHO ve CDC raporları da çevrim içi ortamda görülen intihar ve kendine zarar verme ile ilişkili içeriklerin **bağımsız risk faktörleri** olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir.(28)

Özellikle sosyal medya platformlarında yer alan öz-kıyım ve intiharı romantize eden içerikler, ergenlerin zihinsel durumlarını ve stres başa çıkma kapasitelerini olumsuz yönde etkiler. Self-harm içerikli paylaşımlar, hem görsel hem de metinsel olarak sunulduğunda, ergen izleyiciler için **modelleme ve normalleşme riskini artırabilir**, bu da özellikle psikososyal açıdan hassas bireylerde düşünceleri ve davranışları tetikleyebilir.(29) Prospektif ve uzunlamasına yaklaşımlar eksik olmakla birlikte, yoğun veya olumsuz içeriklere maruz kalmanın öz-kıyım düşünceleri ve davranışlarına katkıda bulunabileceğine ilişkin bulgular mevcuttur; bu nedenle klinik değerlendirmede yalnızca ekranda geçirilen süre değil, **maruz kalınan içerik türü ve bağlamı** da soruşturulmalıdır.(30)

Çevrim içi ortamlarda intihar ve kendine zarar verme ile ilgili içeriklere sıkça rastlanması, bu içeriklerin algoritmalar aracılığıyla daha fazla görüntülenmesine ve dolayısıyla risk çevresinin genişlemesine yol açabilir. Bu bağlamda, ergen gelişim psikolojisi ve nörobiyolojik hassasiyetler dikkate alındığında, dijital ortamın **risk faktörlerini artırıcı** etkisi vurgulanmalıdır; güvenli çevrim içi kullanım alışkanlıkları ve uygun profesyonel müdahaleler, risk azaltma stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Klinik Değerlendirme Ve Tarama

Günümüz ergen sağlığı pratiğinde **dijital ortamda karşılaşılan risklerin** sistematik şekilde değerlendirilmesi zorunlu bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Dijital yaşam, ergenin psikososyal gelişimini, duygu durumunu ve davranışsal tepkilerini doğrudan etkileyebilecek çok sayıda uyarıcı ve risk faktörü içermektedir. Bu nedenle **HEEADSSS/HEADSSS görüşme çerçevesine dijital güvenlik risklerini sorgulayan bir modülün eklenmesi**, klinik değerlendirme bütünlüğünü güçlendirecektir. Bu çerçevede önerilen klinik sorgulama alanları şunlardır:

- **Günlük ekran süresi ve çevrim içi etkileşim profili:** Yalnızca niceliksel süre değil, içeriğin niteliği, kullanım bağlamı ve ergenin duygusal tepkileri de değerlendirilmelidir. Uzun süreli ve işlevsellikten uzak ekran kullanımı depresyon ve uyku bozuklukları ile ilişkilidir.(31)
- **Siber zorbalık öyküsü:** Hem mağduriyet hem de zorbalık davranışı sorgulanmalıdır; çünkü mağduriyet hem depresif belirtileri hem de intihar düşüncesi riskini bağımsız olarak artırabilir.(32)
- **Sosyal medya deneyimi:** Paylaşılan içerikler, çevrim içi etkileşim kalitesi, romantize edilmiş öz-kıyım içeriklerine maruziyet ve algoritmik öneri döngülerinin etkileri sistematik olarak değerlendirilmelidir. (33)
- **Dijital mahremiyet farkındalığı:** Hesap güvenliği, özel bilgilerin paylaşımı, çevrim içi sınırların belirlenmesi ve ergenin bu konudaki algısı tartışılmalıdır; mahremiyet farkındalığı, siber zorbalık ve dijital taciz riskini azaltmada önemli bir koruyucu faktördür.

Bu tarama alanlarının klinik mülakatla birlikte yapılandırılmış ölçekler veya dijital tarama araçlarıyla desteklenmesi, risk altındaki ergenlerin **erken tanı ve müdahale şansını artıracaktır**.

Koruyucu Ve Önleyici Yaklaşımlar

Dijital risklere yönelik etkili müdahale **çok düzeyli bir strateji yaklaşımı** ile mümkün olabilir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bu stratejiler, bireysel, ailevi, eğitimsel ve sağlık sistemine entegre düzeylerde ele alınmalıdır:

- **Bireysel psikoeğitim:** Ergenlerde dijital ortamdaki karşılaşılacak riskler ve bu risklerle başa çıkma stratejileri konusunda yaş-uyumlu eğitim verilmelidir. Dijital okuryazarlık ve duygudurum düzenleme becerileri üzerine kurulu eğitimler, riskli davranışların azalmasına katkı sağlar.
- **Aile temelli dijital farkındalık:** Ailelerin dijital ortam riskleri, gizlilik ve güvenlik stratejileri konusunda bilinçlendirilmesi; ergenle etkili iletişim kurma ve çevrimiçi sınırlar belirleme becerilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Aile destekli yaklaşımlar, siber zorbalık ve problemli kullanım risklerini azaltmada etkilidir.
- **Okul temelli programlar:** Okullarda dijital güvenlik, siber zorbalık önleme ve çevrim içi davranışsal sağlık programlarının entegrasyonu, hem akademik hem de sosyal öğrenme ortamını güçlendirir. Okul tabanlı tarama ve müdahale programları, intihar davranışları ve siber zorbalık risklerini azaltmaya yardımcı olabilir.
- **Sağlık sistemine entegre tarama araçları:** Ergen sağlığı kliniklerinde dijital risklerin sistematik şekilde taranması; elektronik sağlık kayıtları, biyopsikososyal değerlendirme formları ve klinik karar destek sistemleriyle entegre edilmelidir. Yapay zekâ ve makine öğrenimi destekli erken uyarı sistemleri, riskli dijital davranış profillerini tanımlama ve izleme konusunda umut vaat etmektedir.
- Dijital zorbalığa maruz kalan bir gencin atması gereken adımlar, hem **ruh sağlığını korumaya** hem de **haklarını güvence altına almaya** yönelik bütüncül bir çerçevede ele alınmalıdır. Genç öncelikle yaşadığı durumu küçümsememeli ve bunun kendisinden kaynaklanmadığını bilmelidir; duygusal yükü tek başına taşımak yerine güvendiği bir yetişkinle (ebeveyn, öğretmen, okul rehberlik servisi veya sağlık profesyoneli) paylaşması, kaygı, uyku bozukluğu ve içe çekilme gibi belirtilerin derinleşmesini önler. Aynı zamanda zorbalığa yanıt olarak karşı saldırıya geçmekten kaçınmalı, çünkü bu durum duygusal regülasyonu zorlaştırarak ruhsal etkileri ağırlaştırabilir. Bir hukukçu perspektifinden ise gencin **kanıtları koruması** (mesajlar, ekran görüntüleri, tarih ve kullanıcı bilgileri), zorbalık yapan kişi veya hesapları platform üzerinden **engellemesi ve şikâyet etmesi**, ve gerekirse okul yönetimi veya hukuki mercilere başvurması önemlidir; zira siber zorbalık, tehdit, hakaret, kişisel verilerin ihlali veya cinsel istismar gibi suç unsurları içerebilir. Psikiyatrik destek ile hukuki süreçlerin eş zamanlı yürütülmesi, gencin hem psikolojik iyilik hâlini güçlendirir hem de mağduriyetin tekrarlanmasını önleyerek güvenlik duygusunun yeniden inşa edilmesine katkı sağlar.

Sonuç

Ergenlerde dijital güvenlik riskleri; siber zorbalık, dijital bağımlılık, romantize edilen öz-kıyım içerikleri ve çevrim içi davranışsal baskıların tetikleyici etkileri ile çağımızın önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu riskler depresyon, uyku bozuklukları, anksiyete belirtileri ve **intihar davranışı ile güçlü ilişkiler göstermektedir**. Ergenlere hizmet veren çocuk ve ergen sağlığı uzmanları, dijital riskleri klinik değerlendirmeye entegre etmeli, risk tarama protokollerini uygulamalı ve koruyucu ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine aktif katkı sunmalıdır. Ayrıca araştırma, eğitim, klinik, hukuk ve politika düzeylerinde disiplinlerarası iş birliği ile dijital ortamın zararlarını azaltıp ergenlerin güvenli ve sağlıklı çevrim içi deneyimlere erişimini destekleyecek programlar geliştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Eyimaya AO, Irmak AY. Relationship Between Parenting Practices and Children's Screen Time During the COVID-19 Pandemic in Turkey. **J Pediatr Nurs**. 2021;56:24-29. doi:10.1016/j.pedn.2020.10.002.
2. Fassi L, Orben A, et al. Social Media Use and Internalizing Symptoms in Clinical and Community Adolescent Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JAMA Pediatr**. 2024;178(8):814-822.
3. Ofu A, Bükülmez A. Comparison of screen time and digital gaming habits of Turkish children before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. **Turk Arch Pediatr**. 2021;56(1):22-26. PMID: 34013225.
4. Eyuboglu D, Eyuboglu M. Risk Factors and Correlates of School Bullying and Cyberbullying among Turkish Adolescents: Evidence from a School-Based Cross-Sectional Study. **(PMC full text)** 2025.



5. Dağcı-Günel B, Ayaz-Alkaya S. Cyberbullying and Empathy Levels in Adolescents and Predictive Factors: A Cross-Sectional Study. **Public Health Nurs.** 2025;42(6):1794-1801. PMID: 40958647.
6. Odgers CL, Jensen MR. Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. **Nat Rev Psychol.** 2023;2:595-610.
7. Patchin JW, Hinduja S. Cyberbullying and adolescent mental health: Evidence-based prevention and intervention strategies. **Aggress Violent Behav.** 2023;68:101783.
8. Agyapong-Opoku N, et al. Social media effects on adolescent mental health: a scoping review of associations with depression, anxiety and internalizing symptoms. **PMC.** 2025;13:1450-1467
9. Ma J, Su L, Li M, Sheng J, Liu F, Zhang X, et al. Analysis of Prevalence and Related Factors of Cyberbullying-Victimization among Adolescents. **Children (Basel).** 2024 Sep 29;11(10):1193. doi:10.3390/children11101193.
10. Lee J, Choo H, Zhang Y, Cheung HS, Zhang Q, Ang RP. Cyberbullying Victimization and Mental Health Symptoms Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Trauma Violence Abuse.** 2025 Jan 19:15248380241313051. doi:10.1177/15248380241313051.
11. Sorrentino A, et al. Has the COVID-19 Pandemic Affected Cyberbullying and Cybervictimization Prevalence among Children and Adolescents? A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health.** 2023 May 15;20(10):5825. doi:10.3390/ijerph20105825.
12. Huang N, Zhang S, Mu Y, Yu Y, Riem MMER, Guo J. Does the COVID-19 Pandemic Increase or Decrease the Global Cyberbullying Behaviors? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Trauma Violence Abuse.** 2024 Apr;25(2):1018-1035. doi:10.1177/15248380231171185.
13. Schonfeld A, et al. Cyberbullying and Adolescent Suicide. **PubMed.** 2023. Cyberbullying has been associated with suicide of a victim (cyberbullicide) and highlights risks for youth exposure. PMID:36822834.
14. Nagata JM, et al. Prospective associations between cyberbullying victimization and depressive, somatic, attention problems and suicidal behaviors in early adolescents (ABCD Study). **PMC.** 2025. Cyberbullying victimization was prospectively associated with higher depressive and suicidal outcomes one year later.
15. Noor STA, et al. The association of cyberbullying with major depressive disorder and suicidal ideation among adolescents. **PMC.** 2025. Cohort evidence links cyberbullying victimisation with greater risk of MDD and suicidal thoughts.
16. Boyar Ü, Arslantaş H. Ergenlerde siber zorbalık, siber mağduriyet ve depresyon: Kesitsel bir çalışma. **Adıyaman Sağlık Bilimleri Dergisi.** 2024;10(1):69-83.
17. Masri-Zada T, et al. The impact of social media & technology on child and adolescent mental health: neurobiological and behavioural risks. [derleme]. **PubMed.** 2025. PMID:40520349.
18. Agyapong-Opoku N, Agyapong-Opoku F, Greenshaw AJ. Effects of social media use on youth and adolescent mental health: a scoping review of reviews. **Behav Sci.** 2025;15(5):574. doi:10.3390/bs15050574.
19. Lahti H, et al. Social media threats and health among adolescents: prevalence and association with depressive feelings and anxiety. **PMC.** 2024.
20. Kucuk S, Uludasdemir D, Unal SA. Examining the relationship between adolescents' social media addiction levels and cyberbullying experiences. **Rev Esc Enferm USP.** 2025:e20240233.
21. Liu Y, Duan L, Shen Q, et al. The mediating effect of internet addiction on alexithymia and depression: associations with brain reward and control processes. **Sci Rep.** 2024;14:9781.
22. León Méndez M, Padrón I, Fumero A, Marrero RJ. Effects of internet and smartphone addiction on cognitive control in adolescents and young adults: a systematic review of fMRI studies. **Neurosci Biobehav Rev.** 2024;159:105572. **PubMed PMID:**38320657.
23. Smith AB, et al. Smartphone addiction in youth: dopaminergic reward pathways and prefrontal cortex structural and functional alterations. **Int J Behav Addict.** 2024;6(4):118. Structural and functional neuroimaging evidence of altered reward system (striatum) and prefrontal cortex involvement in smartphone overuse.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



24. **Pyeon A, Choi J, Cho H, Kim JY, Choi IY, Ahn KJ, Choi JS, Chun JW, Kim DJ.** Altered connectivity in the right inferior frontal gyrus associated with self-control in adolescents exhibiting problematic smartphone use: A fMRI study. *J Behav Addict.* 2021;10(4):1048-1060. doi:10.1556/2006.2021.00085. PMID:34939936.
25. **Li S, Jin X, Song L, Fan T, Shen Y, Zhou J.** The association between internet addiction and the risk of suicide attempts in Chinese adolescents aged 11–17 years: prospective cohort study. *J Med Internet Res.* 2025;27(1):e52083.
26. **Grimland M, et al.** Cyberbullying victimization and suicide attempt among adolescents: a multinational cohort analysis. 2025; *BMC Pediatr Adolesc Health.*
27. **Hamilton JL, et al.** Self-Harm Content on Social Media and Proximal Risk for Self-Injurious Thoughts and Behaviors Among Adolescents. *JAACAP Open.* 2025;3(3):431–438.
28. **U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Frequent Social Media Use and Experiences with Bullying Victimization, Persistent Feelings of Sadness or Hopelessness, and Suicide Risk Among High School Students. *MMWR.* 2024;73(SS).
29. **Jack SP, et al.** Social Media and Suicide Risk in Youth: A Complex Relationship. *JAMA Netw Open.* 2024;7(10)
30. **Li S, et al.** A Nationwide Study on Time Spent on Social Media and Self-Harm Among Adolescents. *Sci Rep.* 2023;13:2378.
31. **Nesi J, Burke TA, Bettis AH, Kudinova AY, Thompson EC, MacPherson HA, et al.** Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2021 Jul;87:102038. doi:10.1016/j.cpr.2021.102038. PMID:34034038.
32. **U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Frequent Social Media Use and Experiences with Bullying Victimization, Persistent Feelings of Sadness or Hopelessness, and Suicide Risk Among High School Students. *MMWR.* 2024;73(SS).
33. **Vidal C, Lhaksampa T, Miller L, Platt R.** Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *Int Rev Psychiatry.* 2020 May;32(3):235-253. doi:10.1080/09540261.2020.1720623. PMID:32065542 .



ERGENLERDE DAYANIKLILIĞI NASIL ARTTIRILIM?

Melike Zeynep Tuğrul Aksakal¹

1 – İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Ergen Sağlığı BD

Ergenlik dönemi, hızlı nörobiyolojik değişimlerin yanı sıra sosyal ve duygusal hassasiyetlerin arttığı kritik bir gelişim evresidir. Günümüzün karmaşık sosyokültürel dinamikleri içerisinde ergenler, çeşitli stres faktörleriyle başa çıkmak durumundadır. Pediatristlerin rolü, sadece fiziksel hastalıkların tanı ve tedavisiyle sınırlı olmayıp; gencin zorluklar karşısında toparlanma becerisini, yani "dayanıklılığı" (resilience) desteklemeyi de içermektedir.

Dayanıklılık, bireyin olumsuz koşullar karşısında uyum sağlama ve bu süreçten güçlenerek çıkma kapasitesidir. Günümüzde dayanıklılığı geliştirmeye yönelik stratejilerde ergenin risk faktörlerine odaklanan geleneksel patoloji/eksiklik temelli bakış açısı yerine, gencin içsel kaynaklarını ve koruyucu faktörlerini ön plana çıkaran güç temelli (strength-based) yaklaşım ele alınmaktadır. Bu yaklaşım, pediatristin muayene odasında ergenle kurduğu iletişimi, bir şikayet sorgulamasından bir gelişimsel destek sürecine dönüştürmeyi hedefler.

Pediatric pratiğinde; ergenin sosyal destek ağlarının (aile, okul, akran) niteliğinin değerlendirilmesi, sağlıklı başa çıkma mekanizmalarının teşvik edilmesi ve öz-yeterlilik algısının güçlendirilmesi önemlidir. Aile rehberliğinde ise ebeveynlere, ergenin karşılaştığı her engeli kaldırmak yerine, bu engelleri aşması için gerekli duygusal donanımı kazandırmanın önemi vurgulanmalıdır. Ergenlerde dayanıklılığı artırmak için hem bireysel becerilerin geliştirilmesi hem de çevresel destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önemlidir. Bireysel becerilerin geliştirilmesi için öz-yeterlilik duygusunun desteklenmesi, duygu düzenleme ve yeniden değerlendirme becerilerinin kazandırılması, olumlu mizah tarzlarının kullanımının ve yaratıcılığın teşvik edilmesi sağlanabilir. Sosyal beceri eğitimleri, ebeveynlerle açık iletişim, okul-aile-toplum işbirliği, dayanıklılık odaklı müdahalelerin yaygınlaştırılması dayanıklılığı arttırma odaklı yaklaşımlardır. Yapılan çalışmalar düzenli fiziksel aktivitenin de stres hormonlarını azalttığını, duygu-durumu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Ayrıca okul sonrası yapılandırılmış programların, gönüllü çalışma veya yeni bir hobi edinme faaliyetlerine katılımların ergenlerde otonomi ve yetkinlik kazandırarak dayanıklılığı arttırıcı etkisi olduğu da gösterilmiştir. Dijitalleşen dünyada bilinçli sosyal medya kullanımının sağlanması, geliştirilen dayanıklılık müdahalelerinin kültürel yapıya uygun olması, dayanıklılığı arttırmaya yönelik uygulamalardandır.

Dayanıklılığı yüksek bireyler yetiştirmek, sadece ruh sağlığı uzmanlarının değil, her çocuk hekiminin temel hedefleri arasında yer almalıdır. Pediatristin muayene sırasında kuracağı empatik bağ ve ergenin kendi yetkinliklerini fark etmesini sağlayacak küçük müdahaleler, gencin hayat boyu sürececek psikolojik sağlamlığının temel taşı olacaktır.

Kaynaklar:

1. Agha S, McLarnon C, Rimal RN, Cislighi B, Evans WD, Costenbader E, Larson E, Smith S, Davis CH, Lundgren R. Norms shifting and behavior change in uncertain times: Assessing the state of the evidence. Glob Public Health. 2026 Dec 31;21(1):2632391.
2. Ben Gal Dahan A, Gonen H, Segal I, Grotto IH. Community resilience in crisis: The sderot resilience center as a scalable model for recovery and growth. Psychiatry Res. 2026 May;359:117029.
3. Burke L, Christiansen J, Lasgaard M, Demkowicz O, Verity L, Lau JYF, Qualter P. Interventions to reduce loneliness in children and adolescents (4-18 years): A systematic review and meta-analysis with narrative synthesis of study-level characteristics. J Affect Disord. 2026 Jun 15;403:121445
4. Cakir G, Isik U, Ustun UD, Su N, Gumusgul O. Resilience among Turkish adolescents: A multi-level approach. PLoS One. 2024 Jul 1;19(7):e0300165.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



5. Davidson TM, Skojec T, Li P, Ridings LE, Espeleta H, German S, et.al Evaluation of a trauma center-based, technology enhanced stepped care intervention to promote the mental health recovery of adolescent traumatic injury survivors. Contemp Clin Trials Commun. 2026 Feb 24;50:101622.
6. Doyle R, Sharma T, Ayala SJ, Fraumeni B, Thompson V, Anthony BJ. Utilizing Dialectical Behavioral Therapy in Schools: Staff Trainings to Help Students Manage Emotions and Build Resiliency. J Sch Health. 2026 Apr;96(4):e70133.
7. Park G, Jung H, Kim I. Where healing begins: The role of positive childhood experiences (PCEs) in recovery from anxiety and depression among adolescents. J Affect Disord. 2026 May 1;400:121209.
8. Suriano R, Valentino T. From childhood adversity to resilience: A serial mediation model involving positive humor styles and tolerance of ambiguity. J Affect Disord. 2026 Jun 15;403:121453.
9. Yang R, Huang Y. Mental health burdens, typhoon and structural health inequities: evidence from a global perspective. Glob Health Action. 2026 Dec;19(1):2599623.



MİTLER VE GÜNCEL KILAVUZLAR EŞLİĞİNDE ÜÇ AYLIKTAN KÜÇÜK BEBEKLERDE ATEŞE YAKLAŞIM

Duha Aybüke İşler¹

1 – SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş

Üç aylıktan küçük bebeklerde ateş, pediatri pratiğinin en sık karşılaşılan ve en zorlu klinik sorunlarından biridir. Bu yaş grubunun ayırt edici özellikleri – immün sistem matürasyonunun tamamlanmamış olması, klinik bulguların sınırlı ve nonspesifik kalması ve hızlı klinik kötüleşme potansiyelinin yüksekliği – yaklaşımı diğer yaş gruplarından belirgin biçimde ayırmaktadır. İyi görünümlü neonatlarda dahi ciddi bakteriyel enfeksiyon (CBE) oranı yaklaşık %7 olarak bildirilmekte; 29–60 günlük bebeklerde bakteriyemi oranı yaklaşık %1,6 düzeyinde seyrederken, ateşli olguların yarıdan fazlasında viral etyoloji belgelenmektedir. Tek başına klinik görünümle CBE'yi güvenle dışlamayı sağlayan, negatif olabilirlik oranı 0,2'nin altında bir bulgu mevcut değildir (AAFP, 2020).

Bu klinik gerçeklerin ışığında son yıllarda yayımlanan **AAP 2021 Klinik Uygulama Kılavuzu**, **NICE NG143**, **PECARN tahmin kuralı** ve **Step-by-Step yaklaşımı**; risk sınıflamasını standartlaştırmayı ve “güvenli biçimde daha az tetkik ve tedavi” (safe de-implementation) ilkesini öne çıkarmıştır. Ancak kanıta dayalı bu yaklaşımların klinik pratiğe aktarılmasının önündeki en önemli engellerden biri, hem ebeveynler hem de sağlık profesyonelleri arasında 1980'lerden bu yana belgelenen ve giderek artan ateş fobisi ile birlikte süregelen yaygın mitlerdir (Crocetti ve ark., 2001). Bu çalışmada söz konusu mitler güncel literatür ışığında değerlendirilmiş ve dört temel kılavuzun klinik karar süreçlerine katkıları sistematik biçimde tartışılmıştır.

Ateşin Tanımı ve Doğru Ölçüm

Ateş; AAP 2021, NICE NG143 ve Nelson Pediatri 22. baskı (Kliegman ve ark., 2024) tarafından ortak biçimde **rektal yoldan ölçülen vücut ısısının $\geq 38,0$ °C (100,4 °F) olması** şeklinde tanımlanmaktadır. Üç yaşından küçük, özellikle üç aylıktan küçük bebeklerde rektal ölçüm altın standarttır ve tüm güncel kılavuzlar tarafından önerilmektedir. Craig ve arkadaşlarının 20 çalışmayı kapsayan sistematik incelemesinde aksiller ile rektal sıcaklık arasındaki ortalama fark 0,85 °C; aksiller ölçümün ateşi saptamadaki duyarlılığı ise yalnızca %27,8–33 olarak bildirilmiştir (Craig ve ark., 2000). Oral ve timpanik ölçümler bu yaş grubunda hareket ve anatomik kısıtlılıklar nedeniyle güvenilir kabul edilmemektedir. Dolayısıyla rektal $\geq 38,0$ °C ölçümü saptanan her bebek; giysi durumu, çevresel ısı koşulları veya genel görünümünden bağımsız olarak ciddi enfeksiyon açısından sistematik biçimde değerlendirilmelidir.

Yaş Gruplarına Göre Risk Sınıflaması

AAP 2021 kılavuzu, ateşli bebek yönetimini üç farklı yaş penceresinde ele almaktadır. **0–28 günlük yenidoğanlar** en yüksek riskli gruptur; bu yaş aralığında CBE oranı %7, bakteriyemi %2,9 ve bakteriyel menenjit %1,2 olarak bildirilmektedir. Bu olgularda klinik görünümünden bağımsız olarak tam sepsis taraması (tam kan sayımı, CRP, prokalsitonin, idrar analizi ve kültürü, kan kültürü ve lomber ponksiyon), ampirik parenteral antibiyotik tedavisi ve yatış zorunludur. **29–60 günlük bebeklerde** risk azalmakla birlikte bakteriyemi oranı %1,6, menenjit oranı %0,4 düzeyinde sürer ve idrar yolu enfeksiyonu en sık CBE etiyolojisini oluşturur; bu grupta AAP 2021 ve PECARN tahmin kuralı çerçevesinde biyobelirteç temelli risk sınıflaması yapılması önerilmektedir. **61–90 günlük bebeklerde** ise bakteriyel menenjit son derece nadirdir (~%0,1) ve yaklaşım büyük ölçüde klinik değerlendirme ile sınırlı laboratuvar tetkiklerine dayanmaktadır.



Yaygın Mitler ve Kanıta Dayalı Gerçekler

Mit 1: “Üç aylıktan küçük her ateşli bebeğe antibiyotik başlanmalıdır.” PECARN verilerinde 60 günden küçük ateşli bebeklerin yalnızca %8,4–12,9’unda bakteriyel enfeksiyon doğrulanırken, %50’sinden fazlasında viral enfeksiyon belgelenmiştir (Kuppermann ve ark., 2019). AAP 2021, 8–21 günlük bebeklerde parenteral antibiyotiği güçlü kanıtla önerirken; 22–28 günlük grupta belirteçler normale antibiyotiğin gerekli olmadığını, 29–60 günlük grupta ise düşük riskli belirteçler, negatif idrar analizi ve normal BOS bulguları varlığında antibiyotik tedavisinin endike olmadığını belirtmektedir. Kılavuz sonrası gerçek yaşam verilerinde antibiyotik kullanım oranı %41,9’dan %33,1’e, yatış oranı %42,6’dan %34,7’ye gerilemiş; bu süreçte kaçırılan İBE oranında artış izlenmemiştir (Pediatrics, 2025).

Mit 2: “Diş çıkarma ateşe neden olur.” Massignan ve arkadaşlarının 16 çalışmayı (n=3.506) kapsayan meta-analizinde diş çıkarma döneminde yalnızca hafif sıcaklık artışı gözlenmiş, ancak hiçbir olguda $\geq 38,0$ °C eşiğine ulaşılmamıştır. Üç aylıktan küçük bir bebekte ateş hiçbir koşulda diş çıkarmaya bağlanmamalı; gerçek ateş varlığında menenjit, bakteriyemi ve neonatal HSV gibi tablolar dışlanmadan benign bir etiket konulması ciddi tanı gecikmelerine yol açmaktadır.

Mit 3: “Ateşin yüksekliği hastalığın ciddiyetini gösterir.” De S. ve arkadaşları, sıcaklığın CBE’yi öngörmedeki AUC değerini yalnızca 0,60 olarak bildirmiş; Michelson ve arkadaşları ise invaziv bakteriyel enfeksiyonu olan bebeklerin %30,4’ünde maksimum sıcaklığın 38,5 °C’nin altında kaldığını göstermiştir. PECARN, sıcaklığı istatistiksel olarak anlamlı bulmadığı için kural değişkenine dahil etmemiştir (Kuppermann ve ark., 2019). Klinik karar verme sürecinde yaş, biyobelirteçler ve idrar analizi sıcaklığın mutlak değerinden çok daha belirleyicidir.

Mit 4: “Ilık su ile silme her zaman uygundur.” NICE NG143 ılık silmenin önerilmediğini açıkça vurgulamaktadır; bu uygulama hipotalamik set noktasını değiştirmede gibi titreme refleksini tetikleyerek paradoks ısı artışına ve hasta konforunun bozulmasına neden olabilmektedir.

Mit 5: “Bebek iyi görünüyorsa ciddi enfeksiyon ekarte edilir.” Klinik açıdan en tehlikeli yanılgılardan biridir. Dissemine HSV olan bebeklerin %65,8’i ateşsiz, %73,7’sinde cilt lezyonu yoktur (Cruz ve ark., 2018). Hiçbir tek klinik bulgu, CBE’yi güvenle dışlayacak negatif olabilirlik oranına sahip değildir (AAFP, 2020). Bu nedenle iyi görünüm; sistematik risk sınıflamasının ve biyobelirteç temelli değerlendirmenin yerine geçemez.

Mit 6: “Aksiller veya oral ölçüm küçük bebeklerde yeterlidir.” Craig ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde aksiller–rektal sıcaklık farkı ortalama 0,85 °C, aksiller ölçümün ateş saptamadaki duyarlılığı yalnızca %27,8–33 olarak saptanmıştır (Craig ve ark., 2000). Rektal $\geq 38,0$ °C ölçümü kaydedilen bebek, ölçüm yöntemi tartışmaya açılmadan değerlendirilmelidir.

Mit 7: “Aşırı giydirmeye yanlış yüksek ateş ölçümüne neden olur.” Grover ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında sarmalanmış bebeklerde cilt sıcaklığı saatte 2,67 °C artmasına karşın rektal sıcaklık artışı yalnızca saatte 0,06 °C bulunmuştur (Grover ve ark., 1994). Rektal $\geq 38,0$ °C ölçümü, giysi durumundan bağımsız olarak değerlendirilmelidir; aşırı giydirmeye klinik kararı erteleme gerekçesi yapılamaz.

Güncel Kılavuzlar ve Biyobelirteçler

AAP 2021 Klinik Uygulama Kılavuzu, 8–60 günlük iyi görünümlü ateşli bebekleri 8–21, 22–28 ve 29–60 gün olmak üzere üç dilime ayırarak her dilim için kanıt düzeyi belirtilmiş öneriler sunar. Kılavuz, tam kan sayımı, CRP, prokalsitonin (PCT) ve idrar analizini temel tetkikler olarak konumlandırır; lomber ponksiyon ise 22 günden büyük bebeklerde risk bazlı kararlaştırılır. NICE NG143 yaklaşımı 0–5 yaş aralığını kapsamakta, CRP odaklı bir biyobelirteç değerlendirmesi önerirken ateş fobisini azaltmaya yönelik aile eğitimi önerilerini ve ılık silmenin önerilmemesi gerektiği vurgusunu içermektedir. Avrupa kökenli Step-by-Step yaklaşımı (Gomez ve ark., 2016) ise PCT, CRP ve idrar analizini sıralı biçimde kullanarak düşük riskli bebeklerde rutin lomber ponksiyon zorunluluğunu ortadan kaldırmaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



PECARN tahmin kuralı, 29–60 günlük ateşli bebeklerde negatif idrar analizi, mutlak nötrofil sayısı $\leq 4.090/\text{mm}^3$ ve PCT $\leq 1,71$ ng/mL kriterlerinin birlikte sağlandığı olgularda invaziv bakteriyel enfeksiyon için %97–100 duyarlılık ve %100 negatif prediktif değer sunarak güvenli evde izleme olarak tanımlanmaktadır (Kuppermann ve ark., 2019). Biyobelirteçler arasında PCT, bakteriyel enfeksiyon yanıtında 4–6 saatte yükselip 24. saatte zirve yapması, 0,5 ng/mL eşiğinde İBE için %78–85 duyarlılık ve %85 özgüllük sunması nedeniyle birincil seçenek olarak öne çıkmaktadır; Milcent ve arkadaşlarının 2.047 olguluk kohortunda PCT’nin AUC değeri 0,91 olarak bildirilmiştir. CRP ise IL-6 ile uyarılan hepatik sentez yoluyla daha geç yükselmekte ve PCT’ye tamamlayıcı bir biyobelirteç olarak konumlanmaktadır; Norman-Bruce meta-analizinde PCT’nin kısmi AUC değeri 0,72 iken CRP için 0,28 ($p=0,016$) olarak bulunmuştur. AAP 2021 sonrası kurumlarda PCT kullanım oranının %40,1’den %64,5’e yükseldiği gösterilmekle birlikte, PCT’nin 7/24 erişilebilirliği hâlâ önemli bir uygulama bariyerini oluşturmakta; PCT bulunmadığında risk sınıflamasının özgüllüğü yaklaşık %34 düzeyine inmektedir.

Tartışma

Kılavuzların klinik etkisi giderek somutlaşmaktadır. AAP REVISE II kalite girişiminde (McDaniel ve ark., 2024) 103 hastane verisinde uygun olgularda lomber ponksiyondan kaçınma oranı %92,4’e, antibiyotik vermekten kaçınma oranı %90,0’a ulaşmış; bu süreçte kaçırılan İBE oranında artış izlenmemiştir. Bu veriler, “*güvenli biçimde daha az yapma*” felsefesinin yalnızca uygun risk sınıflamasıyla birlikte geçerli olduğunu, ancak doğru uygulandığında hem hasta güvenliğinin korunabildiğini hem de gereksiz girişimlerden kaynaklanan iyatrogenik yüklerin azaltılabildiğini ortaya koymaktadır.

Mitlerin klinik pratiğe yansımaları iki temel düzeyde sorun yaratmaktadır. “Her ateşli bebeğe antibiyotik” miti antimikrobiyal direnç açısından önemli bir halk sağlığı problemini beslerken; “iyi görünüm yeterlidir” miti, neonatal immün sistemin matürasyonsuzluğu nedeniyle ciddi enfeksiyonların gözden kaçmasına yol açabildiği için klinik açıdan en tehlikeli olanıdır. Türkiye gibi yüksek doğum hızı ve geniş geçiş hastanesi ağına sahip ülkelerde, PCT gibi temel biyobelirteçlere 7/24 erişimin kurumsal düzeyde önceliklendirilmesi; risk sınıflamasının doğruluğunu ve güvenliğini doğrudan etkileyen yapısal bir adım olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç

Üç aylıktan küçük bebeklerde ateşe yaklaşımda üç temel ilke öne çıkmaktadır. Birincisi, **yaş** en kritik risk belirleyicisidir; 8–21 günlük bebekler tam tetkik, ampirik antibiyotik ve yatış gerektirirken, 29–60 günlük düşük riskli olgular güvenli evde izlem olanağına sahiptir ve aynı tetkik bataryasının her bebeğe uygulanması artık standart kabul edilmemektedir. İkincisi, **prokalsitonin** risk sınıflamasında birincil biyobelirteç olarak konumlanmakta ve CRP’ye istatistiksel üstünlük göstermektedir; erişilebilirliğinin artırılması kurumsal ve yönetsel önceliklerden biri olmalıdır. Üçüncüsü, **ateş mitleri** hâlâ aktif bir klinik tehlike oluşturmaktadır; iyi görünüm hiçbir zaman tek başına güvence olamaz ve kanıta dayalı eğitim hem hasta güvenliğinin hem kaynak verimliliğinin birlikte korunmasının temelini oluşturmaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Kaynaklar

1. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, ve ark. Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052228.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management. NICE Guideline NG143; 2019 (güncellenmiş versiyon).
3. Kuppermann N, Dayan PS, Levine DA, ve ark. A clinical prediction rule to identify febrile infants 60 days and younger at low risk for serious bacterial infections (PECARN). JAMA Pediatr. 2019;173(4):342–351.
4. Gomez B, Mintegi S, Bressan S, ve ark. Validation of the “Step-by-Step” approach in the management of young febrile infants. Pediatrics. 2016;138(2):e20154381.
5. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, ve ark. Nelson Textbook of Pediatrics. 22. baskı. Philadelphia: Elsevier; 2024.
6. Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth RL. Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. BMJ. 2000;320(7243):1174–1178.
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. 2001;107(6):1241–1246.
8. Cruz AT, Freedman SB, Kulik DM, ve ark. Herpes simplex virus infection in infants undergoing meningitis evaluation. Pediatrics. 2018;141(2):e20171688.
9. Grover G, Berkowitz CD, Lewis RJ, ve ark. The effects of bundling on infant temperature. Pediatrics. 1994;94(5):669–673.
10. Milcent K, Faesch S, Gras-Le Guen C, ve ark. Use of procalcitonin assays to predict serious bacterial infection in young febrile infants. JAMA Pediatr. 2016;170(1):62–69.
11. McDaniel CE, Jennings B, Bonafide CP, ve ark. Implementation of the AAP febrile infant clinical practice guideline: REVISE II quality improvement collaborative. Pediatrics. 2024.
12. American Academy of Family Physicians. Evaluation of fever in infants and young children. Am Fam Physician. 2020.



KLASİKLERDEN ÖTE YENİ NESİL ANTİDOTLARLA HAYAT KURTARMAK

Fatma Akgül¹

1 – Bakırçay Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Klasik antidotlar genellikle toksini doğrudan nötralize eder veya reseptör düzeyinde antagonize eder. Yeni nesil antidotlar ise klasik destekleyici ve reseptör antagonizmasına dayalı yaklaşımların ötesine geçerek, moleküler düzeyde etki göstermektedir. Monoklonal antikor fragmanları, rekombinant protein yapılar ve moleküler kapsülleme sistemleri ile hedefe yönelik bağlanma ve hızlı nötralizasyon sağlamaktadır. Özellikle ciddi zehirlenmeler ve kitlesel maruziyetlerde hızlı uygulanabilirlik ve yüksek özgüllük temel hedeflerdir.

Örneğin; siyanür zehirlenmesinde methemoglobin oluşturucular ve sülfür donörleri gibi geleneksel antidotların yanısıra doğrudan siyanür bağlayıcı ajanlar olan hidroskobalamin ve dikobalt edetat gibi moleküller klinik pratiğe girmiştir. Nitrik oksit (NO) siyanür ile enzimatik bağlanma bölgelerinde rekabet ettiği mekanizmanın anlaşılması, nitritler gibi NO oluşturan antidotların geliştirilmesini desteklemiş ve hızlı detoksifikasyonu artırmıştır. Güncel araştırmalar özellikle kitlesel maruziyet durumlarında hızlı uygulanabilirliği sağlayacak yeni formülasyonlar üzerine odaklanmakta; böylece biyoyararlanım ve klinik etkinliğin artırılması hedeflenmektedir.

Organofosfat zehirlenmelerinde yeni oksimler (K027, K033) ve antinikotinik ajanlar (MB327 gibi bispiridinyum türevleri) gibi daha etkili antidot adayları geliştirilirken, ağır metal zehirlenmelerinde yeni şelatörler ve bunların etkinliğini artırmaya yönelik nanoenkapsülasyon gibi ilaç taşıma teknolojileri araştırılmaktadır.

Kalsiyum kanal blokleri, lokal anestetik (bupivakain) ve beta bloker zehirlenmelerinde kullanılan intravenöz lipid emülsiyon tedavisi “fonksiyonel antidot” veya “kurtarıcı antidot” olarak kabul edilir. Lipit tuzağı teorisi ile lipofilik toksinler lipid fazına çekilir, kan dolaşımında serbest toksin azalır ve hedef organ toksisitesi azalır. Öte yandan metabolik destekle miyokardiyuma enerji substratı sağlayarak kardiyak kontraktileti artırılabilir. Toksin redistribüsyonu ile lipofilik ilaçların hedef dokudan plazmaya çekilmesini sağlar ve eliminasyonunu kolaylaştırır.

Toksikolojideki ilerlemeler, bilinen antidotların terapötik rollerini de genişletmiştir. Fomepizol, başlangıçta metil alkol ve etilen glikol zehirlenmelerinde kullanılırken, CYP2E1 ve JNK yollarını inhibe etmesi sayesinde parasetamol zehirlenmesinde de potansiyel fayda göstermektedir. L-karnitin, valproik asit toksisitesindeki klasik kullanımının ötesinde, antioksidan etkiler göstermekte ve ilaç zehirlenmelerinde yağ asidi β -oksidasyonunu desteklemektedir. Nalokson ise opioid doz aşımındaki temel rolünün yanında, klonidin ve ACE inhibitörlerine bağlı toksisitelerde antagonistik etki gösterebilmektedir.

Biyoteknolojik gelişmeler ve fito-antidot araştırmaları da antidot yelpazesini genişletmektedir. Özellikle sınırlı kaynaklara sahip bölgelerde bitki kökenli bazı antidotlar bilimsel doğrulama süreçlerinden geçmekte, klinik kullanıma geçişleri desteklenmektedir.

Genel olarak bakıldığında yeni nesil antidotlar; biyokimyasal mekanizmaların derinlemesine anlaşılması, moleküler toksikoloji, biyoteknolojide gelişim sürecinin ürünü olarak farklı zehirlenme tablolarının daha özgül, daha hızlı ve erişilebilir şekilde tedavi edilmesini amaçlamaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



SIRADA HANGİ VİRÜS VAR? BİZİ BEKLEYEN ENİ OLASI SALGINLAR

Deniz Aygün¹

1 — İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Son yirmi yılda ortaya çıkan viral salgınlar, zoonotik patojenlerin küresel sağlık üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymuştur. Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS), influenza pandemileri ve son olarak COVID-19 pandemisi; yeni veya yeniden ortaya çıkan virüslerin kısa sürede küresel yayılım gösterebildiğini ve sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu göstermiştir. Pediatrik popülasyon, bağışıklık sisteminin gelişimsel özellikleri, yüksek temas oranları ve okul gibi toplu yaşam alanları nedeniyle viral enfeksiyonların epidemiyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle pediatri pratiğinde olası yeni viral tehditlerin erken fark edilmesi ve izlenmesi kritik öneme sahiptir.

Küresel ölçekte potansiyel salgın etkeni olarak değerlendirilen viral patojenler güncel epidemiyolojik veriler ve uluslararası sağlık kuruluşlarının raporları doğrultusunda ele alınacaktır. Özellikle zoonotik geçiş potansiyeli yüksek olan Nipah virüsü, yeni influenza alt tipleri (özellikle kuş ve domuz kökenli varyantlar), hantavirüsler ve filovirüs ailesi üyeleri (Ebola ve Marburg virüsleri) öne çıkan ajanlar arasında yer almaktadır. Ayrıca arbovirüslerin iklim değişikliği ve vektör dağılımındaki genişleme ile yeni coğrafi bölgelere yayılması; dengue, chikungunya ve Zika enfeksiyonlarının pediatrik popülasyon açısından önemini artırmaktadır. Son yıllarda bildirilen mpox vakaları ve yeni koronavirüs varyantları da potansiyel epidemiyolojik tehditler arasında değerlendirilmektedir. Ayrıca yeni viral salgınların ortaya çıkışını kolaylaştıran başlıca belirleyiciler; artan küresel mobilite, hızlı kentleşme, ekosistem değişiklikleri, insan-hayvan etkileşiminin artması ve iklim değişikliği bağlamında tartışılacaktır. Pediatrik bakış açısıyla erken tanı, etkin süreyans sistemleri, aşılama stratejileri ve toplum temelli koruyucu yaklaşımların önemi vurgulanacaktır. Sonuç olarak, gelecekteki viral salgınların kesin olarak öngörülmesi mümkün olmasa da yüksek riskli patojenlerin yakından izlenmesi, güçlü süreyans sistemleri ve disiplinler arası iş birliği sayesinde küresel hazırlık düzeyi artırılabilir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



İNFLUENZA VE SUÇİÇEĞİNDE ANTİVİRAL TEDAVİ; HANGİ HASTADA, NE ZAMAN?

Fikriye Ayaz¹, Hakan Derli¹

1 – Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İlk vakamız, 30 saat önce başlayan yüksek ateş, kas ağrısı ve öksürükle getirilen, astım tanılı 4 yaşında bir kız çocuk. Buradaki temel sorumuz şu: «Hızlı influenza testinin sonucunu beklemeli miyiz, yoksa klinik şüpheyile hemen tedaviye mi geçmeliyiz?» Özellikle astım gibi bir risk faktörü varken, o 48 saatlik pencerenin kapanışını izlemek ne kadar doğru olur? İkinci vakamız ise döküntüleri 20 saat önce başlayan 13 yaşında sağlıklı bir çocuk ve 3 yaşındaki kardeşi. 13 yaşındaki bir çocukta suçîçeğinin seyri, küçük kardeşe göre neden bizi daha çok endişelendirmeli ve yaklaşımımız nasıl olmalı?

Konunun pratik kısmına geçerseniz; influenzada en büyük düşmanımız zamandır. Tedavideki en yüksek klinik yararı, semptomların başlamasından sonraki ilk **48 saat** içinde başlanan antivirallerle alıyoruz. Ancak bir çocuk hastaneye yatırılıyorsa veya kliniği ağır seyrediyorsa, 48 saat geçmiş olsa dahi tedaviye başlanmalıdır. Özellikle 2 yaş altı çocuklar, astım gibi kronik hastalığı olanlar veya obez hastalar yüksek risk grubundadır. Bu grupta test sonucunu beklemek vakit kaybıdır; klinik şüphe tedaviyi başlatmak için yeterlidir. Tedavide oral Oseltamivir'i kiloya göre dozlayarak 5 gün boyunca kullanıyoruz. 12 yaş üstünde ise tek dozluk Baloksavir seçeneği de mevcuttur.

Suçîçeğinde ise "kritik pencere" çok daha dar olup en iyi sonuç ilk **24 saat** içinde alınmaktadır. Sağlıklı küçük çocuklarda rutin antiviral önerilmezken; 12 yaş üzerindeki adolesanlar, kronik deri veya akciğer hastalığı olanlar ve steroid kullananlar mutlaka tedavi edilmelidir. Ayrıca aile içi ikincil vakalarda viral yük daha yüksek olduğu için bu çocuklarda da tedavi düşünülmelidir. Oral Asiklovir'i günde 4 kez, 5 gün boyunca uyguluyoruz; ancak komplikasyon gelişmişse intravenöz yola geçmemiz hayati önem taşır.

Özetle influenzada ilk 48 saat, suçîçeğinde ise ilk 24 saat kritiktir. Vakalarımız özelinde; astımlı çocuğumuzda test beklemeden Oseltamivir, 13 yaşındaki hastamızda ise adolesan olması sebebiyle hemen Asiklovir başlamak güncel rehberlerin önerdiği en doğru yaklaşımdır.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim. Sorularınız varsa yanıtlamaktan mutluluk duyarım.



SOLİD ORGAN NAKLİ VE BİYOLOJİK AJAN KULLANIMINDA AŞILAMA

Gonca Keskindemirci¹

1 – İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Temiz suya erişim sağlanmasından sonra halk sağlığının en önemli ve uygun maliyetli stratejilerden biri de aşı uygulamalarıdır. Kronik hastalık; “bireyin yaşamında sürekli izlem, bakım, tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırabilen bir sağlık sorunudur”. Kronik hastalığı olan çocukların sağlık sorunları nedeniyle sık sağlık kuruluşlarına ziyaretleri olmakta, hastalıkları nedeniyle bağışıklığı baskılayan ilaç kullanmaları gerekmektedir. Bu nedenlerle enfeksiyon hastalıklarının görülme riski artmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklarda çoğu zaman öncelik, klinik sorunu çözmek olmakta ayrıca tedavilerde olan yenilikler ile aşı uygulamalarının devam edilmesi konusunda endişe oluşabilmektedir. Bu durumlar kronik hastalığı olan çocukların aşılanmasında aksamalara neden olabilmektedir (1-3).

Aşı uygulama planı yapılırken kronik hastalığı nedeniyle bir aşı kontrendike midir, bir enfeksiyon hastalığına yatkınlık oluşur mu, ulusal aşı takvimi dışında uygulanması gereken bir aşı var mıdır sorularına yanıt bulmak gerekir.

Solid organ nakli planlanan çocukların aşılanması planlanırken aşılarda bırakılması gereken minimum süre, nakil zamanı ile aşı uygulama tarihi arasındaki zamana dikkat edilerek aşılanmasının tamamlanması önerilir. Nakil sonrası inaktif aşılarda aşı uygulamalarına kalınan yerden devam edilmelidir. Aşılamaya nakilden itibaren en erken 3-6 ay sonra başlanır. Ayrıca mevsimsel influenza aşısı ve konjuge pnömokok-20 veya polisakkarit pnömokok-23 aşılarının uygulanması önerilir. Nakil sonrası zayıflatılmış canlı aşı uygulamaları için öneriler literatürde yerini almaya başlamış olup vaka özelinde değerlendirilmelidir (4-6).

Biyolojik ajan kullanımı giderek artmaktadır. Annesi gebeliğinde biyolojik ajan kullanan bebeğin, emzirirken biyolojik ajan alan annenin bebeğinin aşılanması ile ilgili güncel yaklaşımlar literatürde yerini almaktadır. Kendisi biyolojik ajan kullanacak çocuklar için inaktif aşılarda tedaviye başlamadan 2 hafta önce, zayıflatılmış canlı aşılarda ise 4 hafta önce tamamlaması önerilir. Biyolojik ajan tedavisi sırasında inaktif aşılarda, aşı takvimine göre uygulanmalı ertelenmemelidir. Zayıflatılmış canlı aşı uygulaması olgu özelinde, çocuğun aldığı ilaç, dozlar arası süre, hastalık aktivitesi gibi birçok faktör ve güncel kanıta dayalı öneriler ile birlikte değerlendirilmesi gerekir (5,7).

Sosyal pediatri derneğinin solid organ nakli, hastalık modifiye edici ajan kullanımı gibi özel durumlarda güncel verileri takip ederek oluşturdukları aşı uygulama önerilerini içeren tablolar uygulamada hekimlere kolaylık sağlamaktadır (5-7).

Kaynaklar:

1. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Frontiers in public health*.2016; 4: 159.
2. Beni A, Mazzilli S, Bellino E, Costagliola G, Ferretti E, Lopalco PL, Tavoşchi L, Peroni DG. Uptake of Vaccinations among Children with Chronic Diseases Is Affected by Knowledge Gaps and Implementation Challenges in Italy. *Vaccines (Basel)*. 2021; 9: 1217
3. Diallo D, Santal C, Lagrée M, Martinot A, Dubos F. Vaccination coverage of children with chronic diseases is inadequate especially for specifically recommended vaccines. *Acta Paediatr*. 2020; 109: 2677-2684.
4. Keskindemirci G, Gökçay G. Solid organ nakli öncesi ve sonrası bağışıklama. Duyan Çamurdan A, editör. Özel Klinik Durumlarda Bağışıklama. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.104-8.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



5. Gür, E., Keskindemirci, G., Dinleyici, M., Velipaşaoğlu, S., Orhon, F., Koç, F., ... Ergin, A. (2025). Online Recommendation Schemes for Health Professionals for Immunization Practices in Children with Special Conditions: Social Pediatric Association—Immunization Practices. Turkish Archives of Pediatrics, 61(1)
6. Sosyal Pediatri Derneği Solid Organ Nakli Olan Çocuklar İçin Aşılama Önerileri (19 Mayıs 2025). Erişim: <https://www.sosyalpediatri.org.tr/asi-uygulama-onerileri.aspx>
7. Sosyal Pediatri Derneği Hastalık Modifiye Edici Biyolojik Ajan Tedavisi Alan Hastalarda Aşılama İçin Genel Öneriler (22 Şubat 2025). Erişim: : <https://www.sosyalpediatri.org.tr/asi-uygulama-onerileri.aspx>



KÖK HÜCRE NAKLİ VE KEMOTERAPİ UYGULANAN ÇOCUKLARDA AŞILANMA

Meda Kondolot¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sosyal Pediatri Bölümü

Kök hücre nakli sonrası yeniden immün yapılanma için belli bir süre geçmesi gerekmektedir. Bu süre çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterir; genel olarak nakil sonrası T lenfositlerin ilk 100 gün içinde, B lenfositlerin ise 1-2 yılda yeniden işlev kazanması beklenmektedir. Otolog nakillerde bu süre 6 ay, allojenik nakillerde ise 9 ay-5 yıl arasında değişebilmektedir. Otolog ve allojenik nakillerden sonra 1-5 yıl arasında antijen spesifik antikör titrelerinin progresif olarak azaldığı ve kaybolduğu gösterilmiştir. Alıcılar bu dönemde enfeksiyon hastalıkları ve komplikasyonları ile karşılaşabilirler. Bu nedenle, kök hücre nakli sonrası hastaları aşı ile önlenabilir hastalıklardan korumak için aşılama başlamak ve aşılar karşı da yeterli yanıtın alınacağı doğru zamanı belirlemek önemlidir. Nakil öncesi bağışıklığı baskılanmamış kök hücre alıcılarının aşılarının tamamlanmış olması, nakil sonrası aşılama başlatılana kadar ki sürede enfeksiyonlara karşı korunmalarında önemlidir. Vericilerin aşılarının tamamlanmış olması da bu açıdan önemlidir.

Kök hücre nakli olan çocuklarda, nakil öncesi aşılama durumuna bakılmaksızın, nakil sonrası yeniden aşılama başlatılır. Nakil sonrası aşılama en erken başlama zamanı ve doz aralıkları göz önüne alınarak aşı şeması oluşturulur. İnaktif aşılarla aşılama genel olarak nakil sonrası 6.ayda başlanabilir. Canlı virüs aşıları gerekli koşullar sağlandı ise nakil sonrası en erken 24.ayda uygulanabilir. Nakil sonrası graft versus host hastalığı (GvHD) gelişmesi durumunda kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) ve suçiçeği aşıları uygulanamaz. Güvenlik endişeleri nedeniyle kök hücre alıcılarına Bacillus Calmette-Guérin (BCG) aşısı ve oral çocuk felci aşısı (OPV) uygulanmaz.

Kök hücre nakli sonrası aşılama için oluşturulmuş şemalar bulunmaktadır. Sosyal Pediatri Derneği Hematopoetik Kök Hücre Nakli Olan Çocuklar İçin Aşılama Önerileri'ne aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

<https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamaları/au2.pdf?t=?001>

Kemoterapi uygulanan çocuklarda aşılama ise kök hücre nakli uygulanan çocuklardan farklıdır.

Amerika Bağışıklama Danışma Komitesi (ACIP) kemoterapi öncesinde aşıları tam olan çocuklar için tedavi bitiminde tekrar aşılamanın gerekli olmadığını bildirmiştir. Buna karşılık tedavi öncesi aşıları tam olsa da tedavi sürecinde yaşadıkları antikör ve lenfosit kaybı nedeniyle, bu çocuklara bütün aşılar için pekiştirme dozu öneren görüşler de vardır. Bu konuda görüş birliği yoktur ve ülkelerin kendi aşılama politikaları ve endemik risklerine göre planlama yapması önerilir.

Kemoterapi tamamlandıktan bir ay sonra lenfosit sayıları yükselmeye başlarken CD4+, CD8+ T lenfositlerin ve B lenfositlerin sayı ve fonksiyonlarının normal düzeye erişmesi ortalama 6 ay sürer, bazen bir yıla kadar uzayabilir. Hematolojik malignitesi olan hastalarda immünsupresyon solid tümörü olanlara oranla daha ağır seyretmektedir. Kemoterapi sürecinde tüm canlı aşıların uygulanması kontrendikedir. Kemoterapi sonrası inaktif aşılar ve zayıflatılmış canlı aşılar kemoterapi bittikten 3-6 ay sonra başlanabilir. Kemoterapi nedeni ile aşılama programı kesintiye uğrayan çocukların aşı uygulamalarına kaldığı yerden devam edilmesi önerilir. ALL vakalarında kemoterapi sonrası pekiştirme dozu uygulanabilir, ALL tanılı hastaların dışındaki vakalarda kemoterapinin immün hafızada sorun oluşturmaması nedeniyle pekiştirme dozu önerilmez. Aşılama öncesinde ve sonrasında rutin olarak seroloji bakılması önerilmez. Ancak serolojik yanıt bakılabilen aşılar için yeterli antikör yanıtının oluştuğunu tespit etmek, seronegatif olanlarda ise öncesinde aşıları tam olsa bile pekiştirme dozu uygulamak açısından yol gösterici olabilir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sosyal Pediatri Derneği Kemoterapi Uygulanan Çocuklar İçin Aşılama Önerileri'ne aşağıdaki linkten ulaşılabilir.
<https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamalari/au3.pdf>

İmmünsüprese bireylerin temaslı olduğu kişilerin ve ev halkının aşılınması da önemlidir.

Kaynaklar:

1. Reynolds G, Hall VG, Teh BW. Vaccine schedule recommendations and updates for patients with hematologic malignancy post-hematopoietic cell transplant or CAR T-cell therapy. *Transpl Infect Dis.* 2023 Nov;25 Suppl 1(Suppl 1):e14109.
2. American Academy of Pediatrics. Immunisation in special circumstances. In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases.* Itasca, IL: American Academy of Pediatrics: 2021.p.67-83.
3. Kardaş Z, Kondolot M. Kemoterapi, Radyoterapi ve Steroid Kullanımında Bağışıklama. Duyan Çamurdan A, editör. *Özel Klinik Durumlarda Bağışıklama.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.91-6.
4. Moulik NR, Arora RS. Immunisation in children with cancer treated with standard dose chemotherapy- review of evidence. *Pediatric Hematology Oncology Journal.* 2020; 5(3): 89-95.
5. Rubin IG, levin mJ, Ijungman P, Davies eG, Avery R, Tomblyn m, et al; Infectious Diseases Society of America. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis.* 2014;58(3):309-18. doi: 10.1093/cid/cit816. Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2014;59(1):144.
6. Sosyal Pediatri Derneği Hematopoetik Kök Hücre Nakli Olan Çocuklar İçin Aşılama Önerileri.
<https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamalari/au2.pdf?t=?001> (erişim tarihi: 19.03.2026).
7. Sosyal Pediatri Derneği Kemoterapi Uygulanan Çocuklar İçin Aşılama Önerileri.
<https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamalari/au3.pdf> (erişim tarihi: 19.03.2026).



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA AŞILAMA

Meltem Dinleyici¹

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Aşı uygulamaları hayat kurtaran ve sayısız çocuğu hastalık ve sakatlıktan koruyan, dünya üzerindeki en uygun maliyetli halk sağlığı müdahalelerinden biridir. Çocuklarda kronik hastalık; şu anda tedavi edilemeyen ve en az üç aydır mevcut olan, muhtemelen üç aydan daha uzun sürecektir olan veya son bir yıl içinde en az üç kez meydana gelen ve tekrarlayacak olan tıbbi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın kendisine ait nedenler ve/veya kullanılan ilaçların etkisi sonucu hastaneye sık yatış ve sağlık kuruluşuna sık başvurular olmakta, bu çocuklarda enfeksiyon riski artmakta ve enfeksiyonlar ciddi komplikasyonlar ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenlerle kronik hastalığı olan çocuklarda aşılanma önem taşımaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların aşı ile önlenbilir hastalıklardan korunması için bağışıklama planı yapılırken, hastalığın kendisinin ya da uygulanan tedavinin bir aşı için kontrendikasyon oluşturup oluşturmadığı, hastalığın bir enfeksiyon açısından risk yaratıp yaratmadığı, hastalığı ve/veya kullandığı ilaçlar nedeniyle bağışıklama programı dışında gereken ek bir aşı olup olmadığı açısından değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle her hasta ve hastalığı özelinde bireysel değerlendirme yapılarak bağışıklama kararı verilmelidir. Genel olarak bütün kronik hastalıklar için geçerli kural; özellikle kontrendikasyona neden olacak bir durum yok ise sağlıklı çocuklar için önerilen aşılarda tümünün kronik hastalığı olan çocuklara da uygulanmasıdır. Kronik hastalığı olan çocuklarda aşıları, yaşlarına ve klinik durumlarına uygun olarak mümkün olan en kısa sürede tamamlamak önemlidir. Bu hastalara ve evdeki temaslılara yıllık mevsimsel influenza aşı uygulanmasının önemi vurgulanmalıdır.



NEW CHALLENGES IN THE NEW ERA: PROTECTING CHILDREN FROM SCREEN ADDICTION

Mesut Yavuz¹

1 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

The rapid growth of digital technologies has significantly changed the developmental environment of children and adolescents around the world. Smartphones, tablets, and online platforms have become an integral part of everyday life, providing both educational opportunities and new risks. One of the most important concerns is the emergence of digital addiction, which includes problematic internet use, social media use, and video gaming (Ding & Li, 2023).

Screen addiction appears to affect younger populations more strongly. A meta-analysis reported that younger adolescents tend to show higher vulnerability to internet addiction (Lozano-Blasco et al., 2022). Gender differences have also been reported. Male adolescents are generally more vulnerable to excessive video gaming, whereas female adolescents tend to show higher risk for social media and smartphone addiction (Khan et al., 2024). Socioeconomic conditions also influence risk. Children from lower-income families may face a higher risk of problematic screen use, partly due to reduced parental supervision and fewer alternative leisure activities.

Several factors contribute to the development of screen addiction. At the psychological level, anxiety, depression, impulsivity, and higher levels of neuroticism may increase vulnerability, as some adolescents may use digital media to cope with stress or avoid negative emotions. Social factors are also important. Peer influence, family communication, and parenting style can shape adolescents' patterns of digital media use. Studies have shown that family environments characterized by weak communication and low social support may increase the likelihood of technology addiction among adolescents.

Screen addiction can affect physical, psychological, and social well-being. Physically, excessive screen exposure has been associated with sleep problems and eye-related conditions. High levels of sedentary screen-based behavior have also been linked to potential long-term cardiometabolic health risks (Khan et al., 2024). Longitudinal findings suggest that screen time and sleep duration influence each other over time. Higher screen use may predict shorter sleep duration, while insufficient sleep may also increase screen use in late childhood (Zhao et al., 2024).

Recent neuroimaging studies provide additional insights into the possible effects of excessive digital media use on brain development. Evidence suggests that heavy screen use may be associated with changes in brain regions involved in impulse control, decision making, and reward processing. The orbitofrontal cortex and dorsolateral prefrontal cortex were the regions most consistently associated with different forms of digital addiction in children and adolescents (Ding et al., 2024). Because the brain is still developing during childhood and adolescence, early identification and intervention may be important to prevent possible long-term effects.

Several intervention approaches have been studied to reduce problematic screen use in children and adolescents. Cognitive-behavioral therapy is one of the most widely studied and supported treatment approaches. Family-based interventions may also be helpful because they address the social and environmental factors related to technology use. In addition, physical activity programs and combined exercise-based interventions have shown promising results in improving both addictive behaviors and mental health outcomes (Ding & Li, 2023). Parental role modeling, balanced screen use, healthy sleep habits, and regular physical activity can also support healthier development in children.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



References

1. Ding, K., Shen, Y., Liu, Q., & Li, H. (2024). The effects of digital addiction on brain function and structure of children and adolescents: A scoping review. *Healthcare*, 12(1), 15.
2. Khan, F. A., Alnaher, S., Ismail, M., Zalmay, A. K., & Zeshan, M. (2024). Addicted to pixels: understanding screen addiction and strategies for prevention. *Journal of Sociology, Psychology & Religious Studies*, 6(1), 58-74.
3. Lozano-Blasco, R., Latorre-Martínez, M. P., & Cortés-Pascual, A. (2022). Screen addicts: A meta-analysis of internet addiction in adolescence. *Children and Youth Services Review*, 135, 106373.
4. Zhao, Y., Paulus, M. P., Tapert, S. F., Bagot, K. S., Constable, R. T., Yaggi, H. K., Redeker, N. S., & Potenza, M. N. (2024). Screen time, sleep, brain structural neurobiology, and sequential associations with child and adolescent psychopathology: Insights from the ABCD study. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 542-553.
5. Ding, K., & Li, H. (2023). Digital addiction intervention for children and adolescents: A scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4777.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KÖTÜ HABERİ NASIL VERİYİM: KRİTİK HASTA ÇOCUK VE AİLESİ İLE GÖRÜŞMEDE DOĞRULAR VE YAPILMAMASI GEREKENLER

Gizem Durcan¹

1 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Kritik hastalığı olan bir hasta ve/veya hasta yakınına kötü haberi vermek tüm sağlık çalışanları için en zorlu iletişim görevlerinden biridir. Söz konusu hasta çocuk olduğunda bu duygusal yük artmakta, ebeveyn suçluluğu ve çaresizliği, belirsizlik, sağlık çalışanlarının kaygısı ve kaçınması sonucunda güven ilişkisini zedeleyen iletişim hataları oluşabilmektedir. Kötü haber sadece ölüm veya terminal dönem anlamına gelmemekte olup, hasta çocuk ve/veya ailenin beklentilerini değiştiren her durum kötü haber olabilir.

Bilgilendirme süreci, yalnızca tıbbi bilgi aktarımını değil, aynı zamanda yoğun duygusal tepkilerin yönetimini, güven ilişkisinin korunmasını ve aileye psikolojik destek sağlanmasını da içerir. Klinik pratikte sık yapılan hatalardan biri çocuklardan mevcut durumun gizlenmesidir. Çocuklar bilgilendirilmediklerinde, hastalıklarının ciddiyetini sezebilirler ancak anlamlandıramazlar, bilgi saklanması kaygı ve güvensizliği artırırken açık iletişim baş etme becerilerini destekler. Etik açıdan çocuğun özerklik ve kararlara katılım hakkı da düşünüldüğünde çocukların gelişim düzeylerine uygun olarak bilgilendirilmeleri gerekir. Uygun yapılan bilgilendirmenin çocukların tedavi sürecine uyumunu da arttırdığı bilinmektedir.

Ebeveynlerle iletişimde, öncelikle sessiz ve mahremiyete uygun bir ortam sağlanması önemlidir. Ailenin mevcut bilgi ve beklentilerinin değerlendirilmesi sonrasında tıbbi jargon kullanılmadan basit anlaşılır bir dil ile kademeli olarak bilgi verilmelidir. Sessizliğe izin verebilmek, umut ile gerçekçilik arasındaki dengeyi koruyabilmek ve empatik bir yaklaşımla duygusal tepkilere alan tanıyabilmek önemlidir. Çocuğun hastalığı, prognozu veya yaşamı tehdit eden durumlara ilişkin bilgilerin paylaşılması; ebeveynlerde şok, inkâr, suçluluk, öfke ve umutsuzluk gibi güçlü duygusal tepkilere yol açabilir. Bu tepkilerin hekime değil duruma yönelik olduğu akılda tutulmalıdır.

Çocuğu bilgilendirme ebeveynle birlikte planlanmalıdır. Aile bazen çocuğun bilmesini istemeyebilir; bu durumda aileyle görüşüp çocukların çoğu zaman zaten durumu sezdiği ve uygun açıklamanın yararlı olduğu anlatılabilir. Çocukla gelişimine uygun düzeyde bir dil kullanarak anlatmak ve çocuğun soru sorabilmesine imkan tanımak önemlidir.

Etkili ve doğru bir iletişim, yalnızca ailenin ve çocuğun hastalık sürecini anlamasını kolaylaştırmaz; aynı zamanda tedaviye uyumu artırır, sağlık ekibi ile aile arasındaki güven ilişkisini güçlendirir ve travmatik deneyimin psikolojik etkilerini azaltabilir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



YENİDOĞAN TARAMA KARŞITLIĞI VE ÜLKEMİZDEKİ DURUM

Hakan Aydoğmuş¹

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Yenidoğan tarama programları, modern pediatrienin en etkili koruyucu sağlık müdahaleleri arasında yer almakta ve erken tanı sayesinde ciddi hastalıkların yol açabileceği ölüm ve engelliliğin önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Türkiye’de fenilketonüri (PKU), konjenital hipotiroidi ve biyotinidaz eksikliği gibi hastalıkları kapsayan ulusal yenidoğan tarama programı uzun yıllardır başarıyla uygulanmakta ve yüksek kapsama oranlarına ulaşmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yenidoğan taramasına yönelik tereddütler ve “topuk kanı reddi” olarak ifade edilen karşıtlık hareketleri dikkat çekmektedir.

Yenidoğan tarama karşıtlığı yalnızca tıbbi bir konu olmayıp sosyolojik, hukuki ve iletişimsel boyutları bulunan çok yönlü bir olgudur. Sosyal medya platformlarında yayılan yanlış bilgiler, sağlık sistemine duyulan güvenin zayıflaması, genetik verilerin kötüye kullanılacağına dair kaygılar ve bireysel özgürlük söylemleri bu karşıtlığın temel dinamikleri arasında yer almaktadır. Özellikle “topuk kanının DNA bankası için toplandığı”, “bebeğe zarar verdiği” veya “gereksiz bir test olduğu” gibi bilimsel temeli olmayan iddialar ailelerin karar süreçlerini etkileyebilmektedir. Oysa yenidoğan taraması sırasında yalnızca birkaç damla kan alınmakta ve testler bebekler için güvenli biçimde uygulanmaktadır.

Yenidoğan tarama programlarının sağlık sistemi açısından ekonomik etkisi de oldukça çarpıcıdır. Örneğin PKU için yapılan bir tarama testinin maliyeti yaklaşık 1–2 ABD dolarıdır. Buna karşın tanı konulmamış PKU vakalarında gelişebilecek ağır zihinsel engellilik nedeniyle yaşam boyu bakım maliyeti 500.000–1.000.000 ABD dolarına kadar ulaşabilmektedir. Yaklaşık 100.000 bebeğin taranmasının maliyeti 100.000–200.000 ABD doları civarında iken, yalnızca 10 tanı konulmamış PKU vakasının yaşam boyu maliyeti 5–10 milyon ABD dolarına ulaşabilmektedir. Bu durum yenidoğan tarama programlarının yalnızca tıbbi açıdan değil, aynı zamanda sağlık ekonomisi açısından da son derece maliyet etkin bir yatırım olduğunu göstermektedir.

Yenidoğan taramasına yönelik karşıtlığın artması, erken tanı fırsatının kaçırılması ve önlenebilir engelliliklerin ortaya çıkması gibi önemli riskler doğurabilir. Bu nedenle pediatristlerin bilimsel bilginin savunucusu olarak ailelerle güven temelli iletişim kurmaları, yanlış bilgilerle mücadele etmeleri ve her bebeğin tarama programlarından yararlanmasını sağlamaları büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan taraması yalnızca bireysel bir test değil, toplumun geleceğini koruyan temel bir halk sağlığı sorumluluğudur ve sürdürülebilirliği güçlü sağlık iletişimiyle desteklenmelidir.



TEDAVİYİ REDDEDEN HASTALARDA PEDIATRİSTİN YASAL SORUMLULUĞU VE MALPRAKTİS

Nicel Yıldız Silahlı¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş

Tıbbi uygulamaların hukuki geçerliliği, bireyin kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkına dayanır. Tedaviyi reddetme hakkı, Anayasa ile güvence altına alınan “vücut dokunulmazlığı” ve “kendi geleceğini belirleme hakkı” ilkelerinin bir yansımasıdır. Bu çerçevede, tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan temel unsur aydınlatılmış onamdır. Yeterli bilgilendirme olmaksızın alınan rıza geçerli kabul edilmez ve yapılan müdahale tıbben doğru olsa dahi hukuka aykırı sayılabilir.

Ancak pediatri pratiğinde bu hak mutlak değildir. Çocuk hastalarda karar verici çoğu zaman ebeveynlerdir ve bu durum, özellikle tedavinin reddedildiği durumlarda önemli etik ve hukuki sorunlara yol açmaktadır.

Çocuk Hastalarda Onam ve Ret Süreci

Pediyatrik hastalarda onam süreci, yasal temsilciler aracılığıyla yürütülür. Bununla birlikte güncel yaklaşım, yalnızca ebeveyn iznini değil, çocuğun gelişim düzeyine uygun katılımını da içermektedir.

Aydınlatılmış izin (parental permission): Yasal temsilcinin rızası

Onay (assent): Çocuğun gelişim sürecine uygun sürece katılımı

Ayırt etme gücüne sahip çocukların görüşlerinin dikkate alınması etik açıdan önemlidir. Özellikle ergenlerde, tedavi sürecine aktif katılım önerilmektedir. Ancak çocuk ve ebeveyn kararlarının çatıştığı durumlarda belirleyici ilke çocuğun üstün yararadır.

Tedavi Reddi ve Klinik Yaklaşım

Tedavi reddi; önerilen tıbbi müdahalenin hasta veya yasal temsilcisi tarafından kabul edilmemesi olarak tanımlanır ve tanı, tedavi ve koruyucu uygulamaları kapsar. Pediyatrik tedavi reddi ile karşılaşıldığında temel belirleyici soru, bu reddin çocuk için zarar oluşturup oluşturmayacağıdır. Zarar riskinin düşük olduğu durumlarda aile ile iletişim sürdürülerek izlem yapılabilir. Ancak tedavinin reddedilmesinin yaşamı tehdit eden veya kalıcı hasar riski taşıdığı durumlarda, hekim müdahale etmekle yükümlüdür.

Acil Durumlar ve Hukuki Sorumluluk

Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda, yasal temsilcinin rızası aranmaz ve “varsayılan rıza” ilkesi geçerlidir. Bu tür durumlarda müdahale edilmemesi, tıbbi ihmâl olarak değerlendirilebilir ve hekimin cezai sorumluluğuna yol açabilir. Ebeveynin hayat kurtarıcı tedaviyi reddetmesi halinde hekim, çocuğun yaşam hakkını korumak amacıyla gerekli müdahaleyi gerçekleştirebilir veya gecikmeksizin yargı makamlarına başvurabilir.

Malpraktis ve Risk Alanları

Tıbbi uygulama hatası (malpraktis), hekimin bilgi, beceri veya dikkat eksikliği nedeniyle tıbbi standartlardan sapması ve bunun sonucunda hastada önlenemez zarar oluşmasıdır. Pediyatrik malpraktis riski en sık tanı hataları, yetersiz izlem, konsültasyon eksikliği ve koruyucu uygulamalardaki ihmaller ile ilişkilidir. Tedavi reddi durumlarında ise malpraktis riski çoğu zaman hatalı müdahaleden ziyade, sürecin doğru yönetilmemesi ile ortaya çıkar. Yetersiz bilgilendirme, eksik kayıt, multidisipliner yaklaşımın sağlanamaması ve gerekli durumlarda müdahale edilmemesi önemli risk faktörleridir.



Sonuç

Pediatristin sorumluluğu yalnızca tıbbi tedavi uygulamakla sınırlı değildir; aynı zamanda çocuğun yaşam ve sağlık hakkını korumayı da içerir. Tedavi reddi ile karşılaşılacak durumlarda hekimin temel görevi, süreci doğru yönetmek ve gerektiğinde çocuğun üstün yararını koruyacak şekilde müdahale etmektir. Bu bağlamda, açık ve anlaşılır aydınlatma, eksiksiz dokümantasyon, etkin iletişim ve gerektiğinde hukuki mekanizmaların devreye sokulması, hem hasta güvenliği hem de hekimin mesleki korunması açısından kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, pediatrik pratikte tıbbi ve hukuki kararların kesişim noktasında en güvenilir rehber çocuğun üstün yararındır.

Kaynakça

1. Arıkan A, Çınarlı S, Aykar FŞ, Sayan A. Attitudes of medical malpractice in pediatric surgery. J Pediatr Res. 2017;4(3):117-122.
2. Doğanay AP, Sert G. Türkiye'de palyatif bakımda karar verme yeterliliği olmayan çocuk adına karar vermede yasal çerçeve ve etik sorunlar. Lokman Hekim Derg. 2024;14(3):470-477.
3. Durak Y, Kara Kılıçarslan S. Tedaviyi durdurma ve reddetmenin "kendi geleceğini belirleme hakkı" çerçevesinde değerlendirilmesi. Sakarya Univ Hukuk Fak Derg. 2025;13(2):801-829.
4. Gemici HB, Göksoy ÖE, Doğan A, Doğan M, Arıca V. Çocuklarda aydınlatılmış onamda güncel yaklaşımlar. J Clin Exp Investig. 2014;5(3):496-503.
5. Höşükler E, Üzün İ, Esen Melez İ, Höşükler B, Elevli M. Medical malpractice in Turkey: Pediatric cases resulting in death. Turk Arch Pediatr. 2021;56(6):631-637.
6. Keser N, Arguz P. Ebeveynlerin çocuklarının tedavisini reddetme nedenleri. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2010;4(1):5-11.
7. Korcum M, Bağ Ö, Alşen Güney S. Informed refusal in pediatric practice: A single-center experience of a tertiary care children's hospital. Çocuk Derg. 2021;21(3):254-259.
8. Özcan Z, Yıldız İncesöz KA. Çocuğa uygulanan tıbbi müdahaleye rızanın hukuki niteliği. Türkiye Barolar Birliği Derg. 2025;(181):479-530.
9. Özdemir MH, Ergöner TA, Can İÖ. Medical malpractice claims involving children. Forensic Sci Int. 2009;191(1-3):80-85.
10. Ozkaya N, Ozkaya H, Ozkara E. Pediatric malpractice: An overview of Turkey. Pediatrics International. 2013;55(5):637-640.
11. Ay A, Çınar S, Boztepe H. Çocuklarda aydınlatılmış onam. Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg. 2019;6(2):120-125.
12. Kurt MG. Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. Türkiye Barolar Birliği Derg. 2020;(146):191-233.
13. Özdemir H. Hekimin hukuki sorumluluğu. Erzincan Univ Hukuk Fak Derg. 2016;11(1):33-81.
14. Özkaya N, Yılmaz R, Özkaya H, et al. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu'na gönderilen 0-18 yaş grubu olguların değerlendirilmesi. Turk Pediatri Ars. 2011;46(2):51-58.
15. Sert S. Türk hukukunda kadın doğum hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler ve yükümlülükleri. İnönü Univ Hukuk Fak Derg. 2015.
16. Silahlı NY, Özsütçü M, Aslıyüksek H, Celkan TT. Retinopathy of prematurity malpractice cases: A medicolegal evaluation. Zeynep Kamil Med J. 2023;54(4):209-215.
17. Yıldız Silahlı N, Aslıyüksek H, Celkan TT. Adli tıpta hipoksik iskemik ensefalopati. Adli Tıp Bülteni. 2021;26(3):205-209.
18. Yıldız Silahlı N, Gürpınar K, Aslıyüksek H, Celkan TT. Yenidoğan hemorajik hastalık olguları. Güncel Pediatri. 2022;20:197-201.
19. Bilir Balıkcı M. Tıbbi uygulama hatası iddialarında ölümlü sonuçlanan ve sonuçlanmayan olguların karşılaştırılması [tez]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; 2019.
20. Güven Gül T. Çocuklarda tıbbi uygulama hatası olgularının değerlendirilmesi [uzmanlık tezi]. İstanbul: Adli Tıp Kurumu; 2021.
21. Şimşeker S. 18 yaş altı malpraktis vakalarının değerlendirilmesi [uzmanlık tezi]. İstanbul: Adli Tıp Kurumu; 2024.
22. World Medical Association. Statement on medical malpractice. 1992.



TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS'E MAKALE GÖNDERİMİNDE KLASİK HATALAR, YENİ SORUNLAR: METODOLOJİ, ANALİZ VE YAYIN ETİĞİ

Hazal Cansu Çulpan¹

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bilimsel bir çalışmanın temeli, araştırmanın başka araştırmacılar tarafından tekrarlanmasına olanak tanıyacak şeffaflıkta bir metodoloji ve bu verileri doğru yorumlayan istatistiksel analizlerdir. Turkish Archives of Pediatrics dergisine gönderilen çalışmaların değerlendirme sürecinde, yayın kalitesini belirleyen en kritik aşamalardan biri bu yöntemsel tutarlılığın denetlenmesidir. Ancak günümüzde süreç, yalnızca "klasik" yöntemsel hatalarla değil, teknolojik dönüşümün getirdiği "yeni nesil" etik sorunlarla da karşı karşıyadır.

Makale reddine giden süreç, genellikle başlık, amaç ve metodoloji arasındaki uyumsuzlukla başlamaktadır. Bu uyumsuzluk, genellikle metodoloji bölümünde derinleşerek devam etmekte; çalışma tipinin netleştirilmemesi veya örneklem büyüklüğünün bir güç analiziyle temellendirilmemesi, araştırmanın bilimsel zeminini zayıflatmaktadır. Katılımcıların seçilme ve dışlanma süreçlerinin şeffaf bir şekilde paylaşılmaması, kullanılan yöntemlerin yeterince açıklanmaması çalışmanın tekrarlanabilirliğini engellemektedir. İstatistiksel analiz aşamasına gelindiğinde, veri dağılımını anlamamızı sağlayan normal dağılım testlerinin raporlanmaması, hatalı analitik test seçimlerine yol açmaktadır. Kimi zaman da doğru testler kullanılmasına rağmen bulgular hatalı sunulmakta veya hatalı yorumlanmaktadır. Bulgulara gelindiğinde, kendi başına açıklayıcı olmayan yetersiz tablo ve figürler bilimsel derinliği yüzeyselleştirmektedir. Tartışma ve sonuç bölümlerinde, bulguların sınırlarını aşan ve kullanılan metodolojiyle desteklenemeyen aşırı genellemeler, çalışmanın akademik güvenilirliğini sarsan son halkayı oluşturmaktadır.

Günümüzde bu klasik hatalara, üretken yapay zeka (ÜYZ) araçlarının kullanımının yaygınlaşmasıyla yeni etik krizler eklenmiştir. Bu krizlerin ilk halkasını, yazarların ÜYZ kullanımını beyan etmemesi ve bu araçların "halüsinasyon" sonucu ürettiği var olmayan referanslar oluşturmaktadır. Bilimsel literatürde karşılığı bulunmayan bu sahte kaynaklar, akademik bilgi birikimini kasten yanıltma riski taşımaktadır. Ayrıca ÜYZ'nin, metin içerisindeki tanımlanmamış kısaltmaları teknik bağlamından kopararak hatalı şekilde açıklaması, terminolojik bir dezenformasyona ve bilginin bütünüyle çarpıtılmasına yol açabilmektedir. Bir başka sorun, ÜYZ araçlarının istatistiksel analiz süreçlerinde denetimsiz bir biçimde otorite kabul edilmesidir. Araştırmacıların veri setlerini tamamen ÜYZ'ya emanet etmesi analizlerin varsayımlarının göz ardı edilmesine ve hatalı bulgular verilmesine yol açabilmektedir. Öte yandan ÜYZ'nin getirdiği etik problemler değerlendirme sürecinde de görülebilmektedir. Hakemlerin makaleleri ÜYZ sistemlerine yüklerken raporlarını bu araçlara hazırlatması, gizlilik ilkesini ve akademik hakemliğin özü olan "uzman görüşü" ilkesini sarsmaktadır. ÜYZ'nin teknik detayları ayırt edemeyen yüzeysel filtreleri, hem nitelikli çalışmaların haksız reddine hem de metodolojik hataların farkedilmeden yayına dönüşmesine zemin hazırlayabilir.

Bilimsel niteliği korumak adına yazarların STROBE veya PRISMA gibi raporlama kılavuzlarını rehber edinmeleri ve paydaşların YZ araçlarını kullanırken "şeffaflık, sorumluluk ve gizlilik" ilkesinden sapmamaları gerekmektedir.

Kaynaklar

1. How to Write a Paper. Third ed. Hall GM, editor: BMJ Books; 2003.
2. Altman DG, Simera I, Hoey J, Moher D, Schulz K. EQUATOR: reporting guidelines for health research. The Lancet. 2008;371(9619):1149-1150.
3. COPE Council. COPE position



ADOLESANLARDA OYUN BAĞIMLILIĞI

İzettin Kaya¹

1 – İstanbul Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Dijital teknolojilerin hızla gelişmesiyle birlikte video oyunları çocuk ve ergenlerin günlük yaşamında önemli bir yer edinmiştir. Bununla birlikte kontrolsüz ve aşırı oyun kullanımı, son yıllarda klinik literatürde giderek daha fazla dikkat çeken bir davranışsal bağımlılık formu olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019 yılında Gaming Disorder tanısını Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. revizyonuna (ICD-11) dahil ederek bu durumu klinik bir hastalık olarak tanımlamıştır (1). Bu tanı; oyun oynama davranışı üzerinde kontrol kaybı, oyun aktivitesinin diğer yaşam alanlarına göre öncelik kazanması ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesi ile karakterizedir. Tanı konulabilmesi için bu davranış örüntüsünün genellikle en az 12 ay devam etmesi ve bireyin akademik, sosyal veya ailevi işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açması gerekmektedir (1).

Epidemiyolojik çalışmalar, ergenlerde oyun bağımlılığı prevalansının toplumdan topluma değişmekle birlikte yaklaşık %3-9 arasında olduğunu göstermektedir (2). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise özellikle lise öğrencileri arasında prevalansın %7-11 aralığında bildirildiği ve internet kullanım yaşının giderek düşmesinin bu riskin artmasında önemli rol oynadığı belirtilmektedir (3). Dijital oyunların sosyal etkileşim, rekabet ve başarı hissi sunması ergenler için güçlü bir motivasyon oluştururken, bu durum bazı bireylerde problemlili kullanım davranışlarının gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.

Oyun bağımlılığının etiyolojisinde biyopsikososyal mekanizmalar rol oynamaktadır. Nörobiyolojik açıdan ergenlik döneminde mezolimbik dopaminerjik ödül sisteminin hiperreaktif olması ve davranış kontrolünden sorumlu prefrontal korteksin henüz tam olgunlaşmamış olması bağımlılık davranışlarına yatkınlığı artırmaktadır (4). Özellikle oyunlarda yer alan değişken ödül mekanizmaları dopaminerjik aktivasyonu tetikleyerek kumar benzeri pekiştirme süreçleri oluşturabilmektedir (5).

Psikososyal açıdan bakıldığında oyun bağımlılığı çoğu zaman depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği ve sosyal izolasyon gibi psikiyatrik sorunlarla birlikte görülmektedir (6). Ayrıca aşırı ekran maruziyeti uyku bozuklukları, sedanter yaşam tarzı, obezite ve kas-iskelet sistemi problemleri gibi çeşitli fiziksel sağlık sorunları ile ilişkilendirilmektedir (7).

Tedavide temel yaklaşım multidisipliner olup bilişsel davranışçı terapi, aile temelli müdahaleler ve sağlıklı ekran kullanım alışkanlıklarının geliştirilmesi önerilmektedir (8). Pediatristlerin rutin değerlendirmelerde ekran süresi ve oyun kullanımını sorgulamaları erken tanı ve müdahale açısından büyük önem taşımaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Kaynakça

1. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
2. Stevens MWR, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2021;55(6):553–568.
3. Tunçtürk Y. Türkiye’de ergenlerde internet oyun bağımlılığı prevalansı ve ilişkili faktörler. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2023.
4. Freedman ND, et al. Reward processing and risk for video game addiction in adolescents: Findings from the ABCD study. JAMA Network Open. 2024.
5. Linder A, Zamani Z, Puyat JH, Wiens K. Risk and protective factors for gaming disorder: A meta-analysis. Addictive Behaviors. 2023;137:107513.
6. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review. Developmental Medicine & Child Neurology. 2018;60:645–659.
7. Falcione BA, Weber A. Video game use and adolescent mental and physical health outcomes. Current Psychiatry Reports. 2025.
8. King DL, Delfabbro PH, Wu AMS, et al. Treatment of internet gaming disorder: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2017.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



RİSKLİ BEBEKTEN OKUL ÇAĞINA: NÖROGELİŞİMSEL İZLEM VE KLİNİK YOL HARİTASI

Leman Tekin Orgun¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Riskli bebekler, perinatal ve neonatal dönemde maruz kaldıkları olumsuzluklar nedeniyle nörogelişimsel sorunlar açısından artmış risk taşımayan bebekler olup günümüzde yenidoğan yoğun bakım olanaklarının gelişmesiyle sağkalım oranları artmış olsa da, bu çocuklarda uzun dönem nörogelişimsel sorunların görülme sıklığı halen önemli bir klinik problem olmaya devam etmektedir. Maalesef bu sorunlar her zaman erken dönemde belirgin olmayabilir ve bazı çocuklar yaşamın ilk aylarında normal klinik bulgular sergileyebilir. Bu nedenle riskli bebeklerin değerlendirilmesi yalnızca erken dönemle sınırlı kalmamalı, okul çağına kadar uzanan yapılandırılmış ve süreklilik gösteren bir izlem yaklaşımı benimsenmelidir.

Gelişimsel sorunlar yaşla birlikte farklı şekillerde ortaya çıkabilir; erken dönemde tonus ve motor gelişim ön plandayken, ilerleyen yaşlarda dil gelişimi, dikkat, davranış ve akademik beceriler ön plana çıkmaktadır. Bu durum, nörogelişimsel değerlendirmenin dinamik ve çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Klinik pratikte en sık yapılan hatalar arasında erken dönemde yalnızca motor gelişime odaklanılması ve bu dönemde normal görünen bebeklerin izlem sürecinin yetersiz sürdürülmesidir. Oysa riskli bebeklerin izleminde motor, dil ve sosyal gelişimin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Düzenli aralıklarla yapılan gelişimsel değerlendirmeler ve erken uyarı bulgularının fark edilmesi, uygun zamanda yönlendirme ve müdahale açısından kritik öneme sahiptir.

Bu sunumda, riskli bebeklerin doğumdan okul çağına kadar olan nörogelişimsel izlem süreci yaşa göre ele alınacak, sık karşılaşılan klinik bulgular ve pratik izlem önerileri paylaşılacaktır. Sunumun amacı pediatri pratiğinde uygulanabilir bir yol haritası sunarak erken farkındalık ve zamanında müdahale ile uzun dönem nörogelişimsel sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



SOSYAL MEDYADA ÖZEL HEKİMLİK: SOSYAL MEDYADA PAYLAŞIM VE YASAL DÜZENLEMELER

Melis Bayram Şirinoğlu¹

1 – Kadıköy Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Dijital dünyanın hızla gelişmesiyle birlikte sosyal medya, sağlık alanında bilgi paylaşımı ve toplumla etkileşim için önemli bir platform haline gelmiştir. Özellikle özel hekimlik pratiğinde sosyal medya, hekimlerin görünürlüğünü artıran, sağlık okuryazarlığını destekleyen ve hastalarla iletişimi kolaylaştıran bir araç olarak giderek daha fazla kullanılmakta ve önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, sağlık alanındaki paylaşımlar etik, mesleki ve hukuki sorumlulukları da beraberinde getirmektedir.

Pediatric pratiğinde sosyal medyanın kullanımı ise ayrıca bir önem taşımaktadır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında ebeveynlerin doğru bilgiye erişimi, çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimi açısından önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzde ebeveynler, çocuklarının beslenmesi, gelişimi, hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık uygulamaları hakkında bilgi edinmek için sıklıkla sosyal medya platformlarına başvurmaktadır. Bu durum, pediatristler için güvenilir ve bilimsel bilgiyi geniş kitlelere ulaştırma açısından önemli bir fırsat sunmaktadır. Ancak aynı zamanda yanlış veya eksik bilginin hızla yayılabilmesi, çocuk sağlığı açısından risk oluşturabilecek bir ortam da yaratabilmektedir.

Türkiye’de sağlık alanındaki tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri çeşitli yasal düzenlemeler ve meslek etik kuralları çerçevesinde yürütülmektedir. Özellikle hasta mahremiyetinin korunması, yanıltıcı veya abartılı ifadelerden kaçınılması ve bilimsel doğruluğun korunması sosyal medya paylaşımlarında dikkat edilmesi gereken temel ilkeler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, sosyal medyada hekimlik pratiğinin sınırlarının doğru şekilde belirlenmesi hem mesleki saygınlığın korunması hem de toplum sağlığının desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu sunumda, özel hekimlik pratiğinde sosyal medya kullanımının giderek artan rolü pediatri perspektifinden ele alınmakta; sosyal medya paylaşımlarının sağlayabileceği faydalar, potansiyel riskler ve mevcut yasal düzenlemeler ışığında değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca hekimlerin sosyal medya platformlarını etik, sorumlu ve toplum yararını gözetten bir şekilde kullanabilmeleri için dikkat edilmesi gereken temel ilkeler tartışılacaktır.



ERGENLERDE SAĞLIK TARAMALARI VE AŞILAR

Meltem Erol¹

1 – Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Ergenlerde sağlık taramaları Amerikan pediatri akademisi önerilerine göre ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı bebek, çocuk ve izlem protokollerine göre yapılmaktadır. Klinik uygulamada ergenlerde taramalar; öykü, fizik muayene ve laboratuvar, özgün yöntemleri içermektedir. Öykü ile taramada Psikososyal Değerlendirme (HEEADSSS) ergenlerin riskli davranışlarını ve potansiyel olarak sorunlu alanları belirlemek için "altın standart" olarak önerilmiştir. HEEADSSS akronimi Ev (Home), Eğitim (Education), Beslenme bozuklukları (Eating) Etkinlikler (Activities), Madde kullanımı (Drug), Cinsel davranışlar, cinsel kimlik (Sexuality), Özkıym / depresyon (Suicidality / depression), Güvenlik, şiddet ve istismar (Safety) sorgulamalarını içermektedir.

Ergen taramaları:

- Yılda 1 defa öykü (psikososyal değerlendirme) ve fizik muayene
- Yılda 1 defa ağırlık, boy ölçümleri ve vücut kitle indeksi
- Yılda 1 defa kan basıncı ölçülmeli
- 10,12 ve 15 yaşlarında görme taramaları
- Her 3 adolesan döneminde en az bir kez işitme taraması
- Riskli adolesanlarda sigara alkol ve madde kullanımı taraması
- Depresyon ve intihar riski açısından 12 yaşından itibaren her yıl 1 kez yapılmalı, 8-18 yaş arasında anksiyete taraması
- Aşılama her yıl sorgulanmalıdır.
- Anemi ve tüberküloz taraması gerekli durumlarda
- Dislipidemi taraması 10 ve 20 yaşlarda yapılmalı, diğer yaşlarda riskli ergenler değerlendirilmelidir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar riskli ergenlerde taranmalı
- 15 ile 21 yaşları arasındaki ergenler en az bir kez HIV açısından taranmalı
- Servikal displazi taraması 21 yaşta yapılmalı
- Her yıl danışmanlık hizmeti verilmeli
- Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu risk değerlendirmesi yenidoğan döneminden 21 yaşına kadar yapılmalıdır.
- Tüm bireyler HCV açısından 18 ile 79 yaşları arasında en az bir kez taramadan geçmeli, riski yüksek olanlar, her yıl yeniden değerlendirilmelidir.
- Ani kalp durması ve ani kardiyak ölüm riski değerlendirmesi 11 yaşından 21 yaşına kadar yapılmalıdır.

Ergen Aşıları

Tetanos ve difteri toksoitleri ve asellüler boğmaca (Tdap) aşısı: 11-12 yaş arası 1 doz yapılmış olmalıdır. Human papilloma virüsü (HPV) aşısı: 9 ila 14 yaş arası 2 doz, 15 yaş ve üzeri ise 3 doz uygulanır. Meningokok sero grup A, C, W, Y aşısı: 11-12 yaş ve 16 yaş aralığında 2 dozluk seriler uygulanır. Meningokok serogrup B aşısı (Bexero): 16-23 yaş aralığında (tercihen 16-18 yaş arası) artmış risk altında olmayan sağlıklı ergenler, özellikle üniversiteye başlayacak olanlar için 1 ay arayla 2 dozluk seri uygulanır. Hepatit A, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık, suçiçeği aşıları aşılanmamış ergenlerde 2 doz, yine Hepatit B aşısı da 3 doz olarak tamamlanmalıdır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Kaynaklar

1. CDC. Healthcare Professionals: Child and Adolescent Immunization Schedule by Age.
Erişim <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html>
2. Bright Futures/American Academy of Pediatrics Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (Periodicity Schedule).
Erişim
<https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures/bright-futures-materials-and-tools/bright-futures-guidelines-and-pocket-guide/>
3. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: communicating with young people-how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2018;103(1):15e19.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ŞOKTA SIVI VE VAZOAKTİF SEÇİMİNDE YENİLİKLER

Muhterem Duyu¹

1 – SB İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

“Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-associated Organ Dysfunction” 2020 yılı rehberinin kritik hasta çocuklar ile ilgili önerilerinde bazı kritik yenilikler getirmiştir. Bu rehberde göre pediatrik septik şokun ‘sıcak’ ya da ‘soğuk’ olarak sınıflandırılması terkedilmiştir. Bunun yerine, yatak başı klinik bazı değişkenlere ilave olarak, ileri hemodinamik değişkenlerin kullanılması önerilmiştir. Bu hemodinamik parametreler arasında kardiyak indeks, stroke indeks ve sistemik vasküler direnç indeksi yer almaktadır. Klinik ve ileri hemodinamik değişkenleri kullanarak başlangıç inotrop tercihi yapılabilir. Eski pediatrik sepsis ve septik şok rehberlerinde başlangıç inotrop ajanı olarak dopamin önerilmekte iken, yeni rehberde göre dopamin kullanımı terk edilmiş ve başlangıç vazodilatör ajan önerisi olarak epinefrin veya norepinefrin sunulmuştur. Bu iki başlangıç ajanından herhangi birisi ön planda tutulmayıp, seçim klinisyenin tecrübesine bırakılmıştır. Başlangıç ajanları olarak epinefrin ve norepinefrin intraoseöz yoldan verilebildiği gibi, santral venöz kateter açılıncaya kadar, periferik damar yolundan da rahatlıkla verilebilir. Santral venöz kateterin olmaması vazodilatör ajanların uygulanmasında gecikme yaratmamalıdır. Septik şokta yüksek doz katekolamin gerekliliğinde vazopressin eklenmesi/kullanımı ile ilgili de bir eşik değeri bildirilmemiştir. Diğer vazodilatör ajanlara rağmen hipoperfüzyon bulgularının persiste etmesi veya kardiyak disfonksiyonun bulunması durumunda ise inodilatör (milrinon, dobutamin, levosimendan gibi) eklenmesi önerisi sunulmuştur.

Pediatrik sepsis-septik şokta sıvı yüklemesi ve yüklenecek sıvı miktarı konusunda ise, hastanın bulunduğu sağlık tesisinde yoğun bakım koşullarının bulunup bulunmamasına göre öneriler sunulmaktadır. Buna göre, eğer yoğun bakım imkanları var ve hasta septik şok veya sepsis ilişkili çoklu organ yetmezliği kliniğinde ise her bir bolus sıvı yüklemesi 10-20 mL/kg olacak şekilde ilk 1 saatte 40-60 mL/kg ‘a kadar sıvı yüklemesi önerilmektedir. Her bir sıvı bolusundan sonra hastalarında sıvı yükü bulguları açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Eğer yoğun bakım imkanları yok ve hastada hipotansiyon gözlenmiyor ise yalnızca idame sıvı takviyesi önerilmekte, sıvı bolusu önerilmemektedir. Eğer yoğun bakım imkanları yok ve hastada hipotansiyon mevcut ise ise her bir bolus sıvı yüklemesi 10-20 mL/kg olacak şekilde ilk 1 saatte 40 mL/kg ‘a kadar sıvı yüklemesi önerilmektedir. Yoğun bakım imkanlarının olmadığı tesislerde olası volüm yüklenmesine karşı tedbir olarak sıvı yükleme miktarında kısıtlama getirilmiştir. Yüklenecek sıvı tipi ile ilgili olarak albumin yerine kristalloidler başlangıç yükleme için önerilen solüsyonlardır. Kristalloidler içinde ise % 0.9 NaCl (izotonik) solüsyonundan ziyade dengeli kristalloid solüsyonlar (ringer laktat) önerilmektedir.



DÜŞMEYEN ATEŞTEN SİTOKİN FIRTINASINA: DİRENÇLİ SİSTEMİK JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTTE GÜNCEL TEDAVİ DENEYİMİ (OLGU SUNUMU)

Nergis Akay¹

1 – İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Romatoloji Kliniği

Giriş

Sistemik juvenil idiyopatik artrit (sJIA), yüksek ateş, döküntü ve belirgin sistemik inflamasyon ile seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların bir kısmında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) gelişerek hayatı tehdit eden sitokin fırtınası tablolarına yol açabilir. İnterlökin-1 ve interlökin-6 hedefli biyolojik tedavilere rağmen bazı olgularda dirençli hastalık görülebilmektedir. Son yıllarda interferon-gamma (IFN γ) yolunun bu süreçte önemli rol oynadığı gösterilmiş ve IFN γ blokajı sağlayan tedaviler umut verici seçenekler olarak gündeme gelmiştir.

Olgu Sunumu

İki yaşında Down sendromlu ve atriyoventriküler septal defekt nedeniyle opere edilmiş kız hasta yaklaşık bir aydır günde en az bir kez 39°C'yi aşan ateş ve ateşle birlikte ortaya çıkan yaygın maküler somon renkli döküntü nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede ateş, pansistolik üfürüm, taşikardi ve yaygın döküntü saptandı. Laboratuvar incelemelerinde CRP 53 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 33 mm/saat ve ferritin 965 μ g/L olarak bulundu.

Enfeksiyöz ve malign nedenler ekarte edildi. Başlangıçta inkomplet Kawasaki hastalığı ön tanısıyla IVIG ve aspirin tedavisi başlandı. Ateşin devam etmesi üzerine steroid tedavisi eklendi. Şikayetlerin devam etmesi üzerine sJIA ön tanısıyla anakinra ve siklosporin tedavileri başlandı. Ancak hastada makrofaj aktivasyon sendromu gelişti ve plazmaferez ile etoposid tedavisi uygulandı. Dirençli seyir nedeniyle interferon-gamma blokajı sağlayan emapalumab tedavisi başlandı ve 10 hafta uygulandı.

Tedavi sonrası sistemik inflamasyon bulguları geriledi. İdame tedavisinde barisitinib başlandı, steroid dozu azaltıldı ve anakinra aralıkları uzatıldı. Takipte hastada interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu radyolojik bulgular ve çomak parmak gelişimi saptandı ancak solunumsal semptom bulunmadı.

Tartışma ve Sonuç

Dirençli sJIA ve MAS gelişen olgularda IFN γ aracılı inflamasyon önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle IFN γ blokajı sağlayan emapalumab tedavisi etkili bir seçenek olabilir. Ayrıca Trizomi 21 hastalarında interferon yollarının artmış aktivitesi nedeniyle hiper-inflamatuvar yanıt daha belirgin olabilir. Bu olgu, Down sendromlu hastalarda dirençli sJIA ve sitokin fırtınası gelişebileceğini ve IFN γ hedefli tedavinin hastalık kontrolünde etkili olabileceğini göstermektedir.



ARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Vildan Güngörer¹

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Artrit en az bir eklemden şişliğin olması veya şişliğin bulunmadığı durumlarda enflamasyonun diğer bulgularından (ısı artışı, kızarıklık, hareket kısıtlılığı ve hareketle ağrı veya hassasiyet) en az ikisinin bir arada bulunmasıdır. Eklemlerde yalnızca ağrının olduğu durumlar artralji olarak kabul edilir (1).

Artritler çeşitli şekilde sınıflandırılır. Altı haftadan kısa süren artritler akut, altı haftadan uzun süren artritler ise kronik artrit olarak değerlendirilir. Eğer beş ya da daha fazla eklem tutulmuşsa poliartiküler, dört ya da daha az eklem tutulmuşsa oligoartiküler, tek eklem tutulmuşsa monoartiküler tutulumdan bahsedilir. Arada tamamen asemptomatik dönemlerin olduğu ataklar halinde oluşan artrite tekrarlayan artrit denir. Semptomların ilerleyişine göre gezici, progresif olabilir. Artritler hızlı şekilde eklem harabiyetine yol açan eroziv veya eklemden hasar bırakmayan noneroziv olabilir (2,3). Literatürde yüzden fazla hastalıkta artrit ortaya çıkabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle artritlerde ayırıcı tanı dikkatli yapılmalıdır (4).

Artrit Ayırıcı Tanısı

- Enfeksiyöz hastalıklar
 - Septik artrit
 - Osteomyelit
 - Sepsis
 - Viral enfeksiyonlar
 - Brucelloz
 - Tüberküloz
 - Post enfeksiyöz artropatiler
- Hematolojik ve onkolojik hastalıklar
 - Hemoglobinopatiler
 - Lösemi/ Lenfoma
 - Kemik tümörleri
 - Kanama diyatezleri
- Yangısal hastalıklar
 - Akut romatizmal ateş (ARA)
 - Juvenil idiyopatik artrit (JİA)
 - Vaskülitler
 - Sistemik lupus eritematozus (SLE)
 - Juvenil dermatomyozit
 - Skleroderma
 - Sarkoidoz
 - Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) ve
 - Diğer otoinflamatuvar hastalıklar



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



- Mekanik – ortopedik hastalıklar
 - Travma
 - Aseptik nekrozlar
 - İskelet displazileri
 - Kaymış femoral epifiz sendromu
- Diğerleri
 - Toksik sinovit
 - İdiyopatik ağrı sendromları
 - İmmün yetmezlikler
 - Refleks sempatik distrofi
 - Hipermobilitate sendrom

Artritli Hastada Hikaye

Artritli bir çocuğun değerlendirilmesinde öncelikle artrit akut ve kronik nedenleri arasında ayırım yapılmalı ve acil tıbbi veya cerrahi müdahale gerektirecek tanıların bir an önce konulması sağlanmalıdır. Artritle başvuran bir hastada detaylı bir öykü ve dikkatli bir fizik muayene tanısal değerlendirmede ilk ve en önemli adımlardır. Detaylı bir öyküde artrit tüm özellikleri (artrit yeri, tutulan eklem sayısı, varsa ağrının süresi-sıklığı-paterni, eklemde ısı artışı ve renk değişikliğinin eşlik edip etmediği) yer almalıdır. Özellikle sabah sertliği inflamatuvar bir artrit karakteristik özelliği iken gece uykudan uyandıran ağrı ile birlikte olan artrit klinisyeni malignite veya osteoid osteoma konusunda uyarmalıdır. Gezici artrit akut romatizmal ateşi, tekrarlayan artrit ailevi Akdeniz ateşini düşündürür. Hastalara eşlik edebilecek sistemik semptomlar açısından mutlaka sorgulama yapılmalıdır (ateş, kilo kaybı, iştahsızlık, gece terlemesi veya gece ağrısı gibi). Yine artrite yol açabilecek travma, böcek ısırığı, aşılama, enfeksiyonlar (streptokok, enterik, viral), ilaç kullanımı gibi kolaylaştırıcı nedenler sorgulanmalıdır. Ayrıca ishal, görme ile ilgili bulgular, döküntü gibi eklem dışı bulgular mutlaka detaylandırılmalıdır. Artritli olgularda son bir ay içinde geçirilmiş üst solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş özellikle kanama diyatezi veya HLA-B27 ile ilişkili hastalıklar açısından (inflamatuvar bağırsak hastalığı, akut ön üveit, sedef hastalığı, ankilozan spondilit) detaylandırılmalıdır (1,2,3).

Hikayede sorulması gereken sorular aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Hasta görünümlü mü? İyi görünümlü mü?
- Semptom başlangıcı nasıl?
- Lokalize ya da sistemik enfeksiyonu düşündürür özellik var mı?
- Yaş ve cinsiyet?
- Semptomların ilerlemesi nasıl? Tekrar ediyor mu?
- Travma var mı?
- Aile öyküsü var mı? Ailede kanama diyatezi var mı?
- Seyahat öyküsü var mı?
- Tüberküloz teması var mı?
- Eşlik eden semptom var mı? (ateş, döküntü, kanama, oküler bulgular, deformite, kilo kaybı, boğaz ağrısı, ishal, pitting...?)
- Ağrının karakteri?
- Sabah tutukluluğu var mı?
- İlaç alım öyküsü var mı?



Fizik Muayene

Artritli hastada ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Sadece eklem muayenesi değil artrite yol açabilecek hastalıklar açısından tüm sistemler muayene edilmelidir. Bu sayede altta yatan sistemik hastalığa ilişkin önemli ipuçları bulunabilir [örneğin döküntü (sedef hastalığı, viral ekzantem), hepatosplenomegali/lenfadenopati (malignite) gibi]. Muayeneye vital bulguların alınması ile başlanmalıdır. Hastanın vital bulgularında ateşin varlığı, klinisyeni acil tedavi gerektiren durumlar (örneğin septik artrit gibi) ihtimali konusunda uyarmalıdır (1).

Etkilenen eklem muayenesi; Eklem sıcaklık, kızarıklık, şişlik ve yumuşak doku tutulumu açısından inspeksiyonu ve palpasyonu ile birlikte karşılaştırma için simetrik eklem muayenesini de mutlaka içermelidir. İnspeksiyonda eklemde kızarıklık septik artrit, erizipel, akut romatizmal ateşte görülür. Eklem şişliğinin eklemle mi ilgili yoksa eklem dışı (örneğin bursit) mı olduğu ayırt edilmelidir. Eklem çevresindeki kemiğin palpasyonu da önemlidir çünkü noktasal kemik hassasiyetinin varlığı kırık, osteomyelit veya maligniteyi düşündürülebilir. Hastaya tutulan eklem aktif ve pasif hareketleri mutlaka yaptırılmalıdır. Çünkü hareket esnasında ciddi-keskin bir ağrı veya hareket açıklığı ciddi şekilde kısıtlanmış bir eklem inflamatuvar artrit dışında başka bir etiyolojiyi düşündürülebilir (örneğin septik artrit) (1,2).

Laboratuvar-Görüntüleme

Akut artritli başvuran her çocukta ayırıcı tanı için tam kan sayımı ile periferik yayma, inflamatuvar belirteçler, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri mutlaka yapılmalıdır. Eğer hasta 72 saatten kısa bir sürede başvuruyorsa ve klinisyen septik eklemde endişe ediyorsa mutlaka eklem sıvısı aspirasyonu yapılmalıdır. Bu sıvıdan hücre sayımı, gram boyama ve kültür gönderilmelidir. Eğer ön planda reaktif artrit düşünülüyorsa potansiyel organizmayı tanımlamak için boğaz, kan, dışkı ve/veya idrar kültürü alınabilir. Hematolojik (örneğin hemofili) ve malign hastalıklarda (örneğin lösemi) prezentasyon genellikle akut olur ve bu hastalıklarda kan sayımı ile koagülasyon testleri önemlidir. antistreptolisin-O (ASO) ve anti-deoksiribonükleaz B (anti-DNAz B) titreleri, yeni bir streptokok enfeksiyonunu tanımlamak için yararlıdır. Tek başına ASO yüksekliği anlamlı değildir. Akut artritte, antinükleer antikor (ANA) ve romatoid faktörün tanısal değeri yoktur.

Direk grafi akut artritli başvuran her hastada başlangıç değerlendirmesi için kullanılmalıdır. Tanısal görüntüleme yöntemi olmasa da kırık ve yabancı cismi ekarte ettirebilir. Eklem aralığı daralması, erozyon, periostit, epifizit, periartiküler osteopeni, ankiloz, ekstremitte uzunluk farklılıkları, tümörler görülebilir. Ultrasonografi uygun maliyetli, kolay erişilebilir, radyasyon içermeyen, erken dönem değişikliklerini gösterebilen bir görüntüleme tetkikidir. Ancak operatör bağımlıdır. Sinovyal kalınlaşma, eklem efüzyonu, tenosinovit, entezit ve kemik erozyonlarını gösterebilir. İntraartiküler enjeksiyona klavuzluk eder. MRG daha erken aşamada, küçük lezyonları gösterebilir. Sakroileit, spinal inflamatuvar hastalıklar, kas iskelet sistemi enfeksiyonlarında, eklemdeki erken aşama değişiklikler, sinovyal hipertrofi ve sinovyal kanlanmayı göstermede kusursuzdur. Radyasyon maruziyeti olmaması avantajlı iken uzun sürmesi, maliyeti dezavantajlarıdır (2,3).

Tedavi

Taniya göre tedavi (antibiyotik, fizik tedavi, non steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİ), kolşisin, faktör konsantresi, fizik tedavi) değişmektedir. Akut artritte kontrendikasyon yoksa hasta NSAİ ilaçlar ile izleme alınır (1).

Sık Görülen Akut Artritler

- Septik Artrit: Sinoviyum ve eklem boşluğunun bakteriyel invazyonu sonucu oluşan inflamasyondur. Genellikle <2 yaş, E/K=2/1 dir. Akut başlangıçlıdır. Yüksek ateş, belirgin akut faz reaktan yüksekliği en önemli özelliğidir. Eklem çok ağrılı, kızarıktır. Çoğunlukla monoartiküler tutulum yapar. Sistemik bulgular nedeniyle toksik görüntü mevcuttur. En sık rastlanan mikrobiyolojik etken stafilokoklardır. En sık hematogen yolla yayılım görülür. En sık diz olmak üzere genelde alt ekstremitte (kalça, diz, ayak bileği) eklemleri tutulur. Yenidoğan döneminde en sık kalça eklemi tutulur. Yenidoğan döneminde etiyolojide en sık grup B streptokoklar, S.aureus ve gram negatif basiller görülür. Tanıda gecikme deformite sebebidir. Tanı için artrosentez zorunludur. Sinoviyal sıvıdan kültür, gram boyama, lökosit sayımı ve biyokimyasal tetkikler gönderilir. Negatif kültür sonucu tanıyı ekarte



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



ettirmez. Laboratuvarında akut faz reaktanlarında (CRP,Sedimentasyon) artış beklenir. Tanı kan sayımında beyaz küre ve nötrofil artmıştır. Ortalama tedavi süresi en az 6 haftadır. Tedavi gecikmeden ampirik olarak başlanmalıdır (4,5).

- Toksik Sinovit: 2-8 yaş arası çocuklarda görülür. Erkeklerde siktir. Hastaların genel durumu iyidir. Öyküde çoğunlukla geçirilmiş ÜSYE, nadiren düşük dereceli ateş vardır. Akut başlangıçlı belirgin kalça ağrısı, kalça hareketlerinde kısıtlılık ve topallama vardır. Etkilenen bacak genellikle dış rotasyon ve fleksiyon pozisyonunda tutulur. Tam kan sayımı normal, sedim –CRP normal, pelvis grafisi normaldir. USG de minimal sıvı görülebilir tamamen normal de olabilir. Toksik sinovit iyi gidişli bir seyir izler ve kendini sınırlar. Nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAİ) cevabı iyidir ve 24-48 saatte rahatlar. Tekrarlayan toksik sinovitler sonrası femur başı avasküler nekrozu gelişebilir (3,5).
- Akut Romatizmal Ateş (ARA): Cinsiyet ayrımı yoktur. A grubu Beta hemolitik streptokok (M1-3-5-6-18-24 suşları) enfeksiyonundan 2-4 hafta sonra ortaya çıkar. Kış-ilkbahar aylarında sık AGBHS geçirilmesi nedeniyle sıklığı artar. 5-15 yaş arası çocuklarda siktir. ARA' da eklem tutulumu %70-80 oranında görülür. Migratuar-poliartiküler vasıftadır. Ağrı ön plandadır ve istirahat durumunda da ağrı belirgindir. Büyük eklemleri tutar. Salisilat dramatik yanıt verir ve eklemlerde sekel bırakmaz (6).
- Poststreptokoksik Reaktif Artrit: ARA tanı kriterlerine tam oturmaz. AGBHS tonsillofarenjit sonrası en geç 10 gün içinde gelişir. Büyük ve küçük eklemler tutulur. Nonmigratuardır. ARA'nın aksine aspirine dramatik yanıt yoktur. Kardit yoktur. Artrit süresi uzundur ve >6-8 hafta sürer. NSAİ ilaçlar ile tedaviye başlanır bazen hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçlara ihtiyaç duyulabilir (7,8,9).
- Maligniteye Eşlik Eden Artrit: Diffüz hematolojik malignensi ya da lokal kemik tümörü olabilir. Tipik özellikleri hasta görünüm, şiddetli kemik ağrısı, gece uykudan uyandıran ağrıdır. Halsizlik, solukluk, kilo kaybı, gece terlemesi, hepatosplenomegali, lenfadenopati varlığı tanıyı destekler. Genelde poliartrit şeklinde tutulum yapar. Trombositopeni ve lökopeni enflamatuar artritlerde çoğunlukla olmaz, sitopeni varlığında maligniteye eşlik eden artrit düşünülmelidir (10).
- Ailevi Akdeniz Ateşine Eşlik Eden Artrit: Ailevi Akdeniz ateşine eşlik eden artrit bu tanıyla izlenen hastalarda görülebileceği gibi hastalığın ilk prezentasyonu artrit şeklinde de olabilir. Sekel bırakmayan, gezici olmayan, akut bir monoartrittir. Dizler ve ayak bilekleri etkilenir. Tutulan eklemler oldukça şiştir. Tekrarlayıcı vasıftadır. Artrit geliştiğinde 2 haftada kendini sınırlar. Artrit varken akut faz reaktanları yüksektir ancak artrit düzeldiğinde akut faz reaktanları da normale döner. NSAİ tedavilere iyi yanıt verir (11).



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Kaynaklar

1. Özdel S, Bağlan E. Akut artritli hastaya tanısal yaklaşım. Selçuk Duru HN, editör. Pediatrik Romatoloji Pratiğinde Kritik Durumlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-7.
2. Yılmaz HS, Energin V, Ataş B, Metin O. Eklem Ağrısı ile Başvuran Çocuklara Tanısal Yaklaşım. Çocuk Dergisi, 2022; 22: 229-235.
3. Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn L, Fuhlbrigge RC, Mellins ED. (2020). Textbook of pediatric rheumatology e-book. Elsevier Health Sciences.
4. Wang CL, Wang Sm, Yang Yj, Tsai CH, Liu CC. Septic arthritis in children: relationship of causative pathogens, complications, and outcome. j microbiol Immunol Infect. 2003;36(1): 41-6.
5. Plesca DA, Luminos M, Spatariu L, Stefanescum, Cinteza E, Balgradean M. Postinfectious arthritis in pediatric practice. maedica (Buchar). 2013;8(2):164-9.
6. Carapetis jR, Currie Bj. Rheumatic fever in a high incidence population: the importance of monoarthritis and low grade fever. Arch Dis Child. 2001; 85: 223-7.
7. Bawazir Y, Towheed T, Anastassiades T. Poststreptococcal reaktive arthritis. Curr Rheumatol Rev. 2020;16(1):2-8.
8. Öztürk D, Çelikel Acar B. Artritli çocuğa yaklaşım. Aydın F, editör. Çocukluk Çağında Artrit. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p.1-6.
9. Uziel Y, Perl L, Barash j, Hashkes Pj. Poststreptococcal reactive arthritis in children: a distinct entity from acute rheumatic fever. Pediatr Rheumatol Online j. 2011;9(1):32.
10. Spasova ML, Stoyanova AA, Moumdjiev IN, Dimitrov HK. Childhood acute lymphoblastic leukemia presenting with osteoarticular syndrome- characteristics and prognosis. folia med (Plovdiv). 2009;51(1):50-5.
11. İnce E, Cakar N, Tekin M, Kendirli T, Ozkaya, N, Akar N, et al. Arthritis in children with familial mediterranean fever. Rheumatol Int. 2002;21(6): 213-7.



ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KRONİK ARTRİTE YAKLAŞIM

Nihal Şahin¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Kronik artrit, çocukluk çağında en sık görülen romatolojik hastalıklardan biri olan juvenil idiyopatik artrit (JIA) temel klinik bulgusudur. Kronik artrit, bir veya daha fazla eklemde en az altı hafta süren inflamatuvar artrit varlığı olarak tanımlanır. Klinik olarak artrit, eklemde şişlik bulunması ya da hareket kısıtlılığı, hareketle ağrı ve eklemde ısı artışı gibi bulgulardan en az ikisinin birlikte görülmesi ile tanımlanır. Çocuklarda artrit başlangıcı çoğu zaman sinsi olabilir ve sabah tutukluğu, aksama, aktivite sonrası hareket kısıtlılığı gibi bulgular ilk ipuçlarını oluşturabilir.

Çocukluk çağında kronik artrit en önemli nedeni juvenil idiyopatik artrit olmakla birlikte, ayırıcı tanı oldukça geniştir. Bu nedenle kronik artrit değerlendirilirken yalnızca romatolojik hastalıklar değil, birçok farklı sistemik hastalık da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayırıcı tanıda başlıca dört ana grup düşünülmelidir. Birinci grupta sistemik romatolojik hastalıklar yer alır; sistemik lupus eritematozus, juvenil dermatomiyozit, vaskülitler bunlar arasındadır. İkinci grup enfeksiyöz nedenlerdir. Viral artritler (parvovirüs B19, rubella, EBV), bakteriyel artritler, Lyme hastalığı veya tüberküloz artrit kronik artrit taklit edebilir. Üçüncü grup malignitelerdir. Özellikle lösemi ve nöroblastom gibi malign hastalıklar kemik veya eklem ağrısı ile başvurabilir ve romatolojik hastalıklarla karışabilir. Son grup ise ortopedik, metabolik veya genetik hastalıklardır; Legg-Calvé-Perthes hastalığı, hipermobilité sendromu, metabolik hastalıklar veya bazı iskelet displazileri bu grupta yer alır.

Kronik artrite yaklaşımda temel prensip sistematik bir klinik değerlendirme yapılmasıdır. İlk basamak ayrıntılı anamnez ve fizik muayenedir. Artritin başlangıç yaşı, eklem tutulum paterni, sabah tutukluğu varlığı, sistemik bulgular (ateş, döküntü, kilo kaybı), aile öyküsü ve enfeksiyon öyküsü dikkatle sorgulanmalıdır. Fizik muayenesinde eklem sayısı, simetri, entezit bulguları, döküntü, hepatosplenomegali ve lenfadenopati gibi sistemik bulgular değerlendirilmelidir.

Laboratuvar testleri tanı koydurucu olmaktan çok destekleyici ve prognostik niteliktedir. Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ayırıcı tanı için yardımcı testlerdir. Antinükleer antikor ve romatoid faktör ise JIA sınıflaması için kullanılmakla beraber, antinükleer antikor testi üveit riskini değerlendirmek için kullanılır. Görüntüleme yöntemleri ise özellikle erken dönemde inflamasyonun saptanmasında yardımcıdır; ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme erken sinovit ve eklem hasarını ortaya koyabilir.

Sonuç olarak, kronik artrit değerlendirmesi multidisipliner ve sistematik bir yaklaşım gerektirir. Amaç yalnızca doğru tanıya ulaşmak değil, aynı zamanda erken tedavi ile eklem hasarını önlemek ve çocuklarda normal büyüme ve gelişmeyi korumaktır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



KRİTİK KONJENİTAL KALP HASTALIĞI TANISI ALAN YENİDOĞAN: PEDIATRİST İÇİN İZLEM VE YÖNETİM REHBERİ

Özge Pamukçu Akay¹

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji

Kritik Konjenital kalp hastalıkları; hayatı tehdit eden, erken dönemde girişimsel veya cerrahi müdahale gerektiren hastalıklardır. Doğumsal Kalp Hastalıklarının(DKH) yaklaşık üçte birini oluşturur. Neonatal ölümlerin %20'sinden, bebek ölümlerinin %3'ünden sorumludur. Türkiye'de bebek ölüm nedenleri arasında 4. sıradadır. Ülkemizde her yıl ortalama 11.000-17.000 arası DKH tanılı bebek doğmakta, yaklaşık 5000 6000 vaka kritik DKH nedeniyle girişim/cerrahi gerektirmektedir. Amerikan Kalp Birliği cemiyeti tarafından başlıca kritik konjenital kalp hastalıkları şunlardır: Fallot Tetralojisi, Büyük Arter Transpozisyonu, Total Anormal Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi, Trkuspid Atrezisi, Trunkus Arteriozus, Double Outlet RV (DORV), Ebstein Anomalisi, Tek Ventrikül, Aort Koarktasyonu/ Kesintili Arkus Aorta, Hipoplastik Sol Kalp. Erken tanı ve tedavi ile bu hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranı düşmektedir bu yüzden tarama testleri büyük önem taşır. Tarama prenatal ve postnatal dönemde uygulanmaktadır. Prenatal dönemde USG ile düzenli gebelik takibi fetal ekokardiyografi oldukça önemlidir. Fetal ekokardiyografi intrauterin 16-24 gebelik haftasında yapılmaktadır. Hastanın prenatal dönemde tanı alması doğumdan önce anne karnında güvenli transfer imkânı sağlar, çocuk Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi olan bir merkezde doğum imkânı ve erken girişim şansı sağlayarak uygulanan işlemin başarı şansını arttırmaktadır.

Postnatal tarama olarak fizik muayene ve Nabız Oksimetre testi kullanılmaktadır. Fizik muayenede DKH telkin eden üç önemli bulgu vardır: Siyanoz, Sistemik Hipoperfüzyon, ciddi Solunum Stresi ve pulmoner ödemdir.

Nabız oksimetri testi, bebeğin saturasyonunu (SpO₂) non-invaziv bir test aracıdır Bu tarama yaşamın ilk günlerindeki bu "asemptomatik pencere dönemi"nde hemodinamik bozulma olmadan önce hastaların tanı almasını sağlar. Bebeklerin sağ el ve ayağına saturasyon probu takılarak yapılır. SpO₂ el ve ayakta ≥ 95 ve el-ayak arasındaki fark ≤ 3 ise tarama testi sonucu "negatif, geçti" olarak yorumlanır. SpO₂ el veya ayakta ≤ 89 ya da 1 saat arayla yapılan 2 testte el veya ayakta ≤ 94 ya da el-ayak arasındaki fark ≥ 4 ise tarama testi sonucu "pozitif, kaldı" olarak yorumlanır. Testi pozitif çıkan bebekler: nabız/ritim, SpO₂, tansiyon ölçümü ile monitörize edilmeli, İntravenöz hidrasyon veya kontrendikasyon yoksa enteral beslenme, desteği almalıdır. Duktus kapanmasını önlemek amaçlı ile PGE1 infüzyonu başlanmalı; Oksijen dikkatli uygulanmalıdır (duktus bağımlı kritik DKH'lerde oksijen duktusun kapanmasına neden olabilir).



YENİDOĞAN NÖBETLERİNE METABOLİK YAKLAŞIM

Sema Kalkan Uçar¹

1 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

"Bir insan başkalarına yardım ettiği, başkalarını sevdiği kadar yükselir"

Sabahattin Ali / Canım Aliye Ruhum Filiz

Özet

Yenidoğan nöbetleri yaşamın ilk 28 günü içinde ortaya çıkan ve acil değerlendirme gerektiren klinik durumlardır. En sık nedenler arasında hipoksik-iskemik ensefalopati, intrakraniyal kanama, hipoglisemi, elektrolit dengesizlikleri ve enfeksiyonlar yer almakla birlikte kalıtsal metabolik hastalıklar da önemli bir etiyolojik grubu oluşturur. Metabolik hastalıkların bir kısmında nöbetler erken dönemde ortaya çıkabilir ve çoğu zaman klasik antiepileptik tedavilere dirençli seyredebilir. Bu nedenle yenidoğan nöbetlerinin değerlendirilmesinde metabolik nedenlerin erken dönemde düşünülmesi büyük önem taşır.

Kalıtsal metabolik hastalıklar belirli metabolik yollarda yer alan enzim veya taşıyıcı proteinlerin genetik defektleri sonucunda gelişir ve özellikle merkezi sinir sistemini etkileyebilir. Bu hastalıklarda nöbetlerin ortaya çıkmasında farklı patofizyolojik mekanizmalar rol oynar. Toksik metabolitlerin birikimi, enerji metabolizması bozuklukları, nörotransmitter sentezindeki defektler ve vitamin veya kofaktör eksiklikleri epileptik aktivite gelişimine katkıda bulunabilir. Klinik olarak bu hastalarda hipotoni, letarji, solunum düzensizlikleri, beslenme güçlüğü, anormal hareketler, septik bulgular ve ensefalopati nöbetlere eşlik edebilir.

Metabolik nedenli nöbetlerin semiyolojisi çoğu zaman özgül değildir ve elektroensefalografik bulgular da geniş bir spektrum gösterebilir. Bununla birlikte bazı EEG paternleri metabolik etiyolojileri düşündürülebilir. Tanısal yaklaşımda klinik değerlendirme, elektroensefalografi ve metabolik laboratuvar testlerinin birlikte kullanılması gereklidir. Kan gazı, glukoz, amonyak, laktat, plazma açıl karnitin ve aminoasitleri; idrar keton, sülfid ve organik asit analizleri temel metabolik incelemeleri oluşturur. Tanının doğrulanmasında enzim analizleri ve moleküler genetik yöntemler önemli rol oynar.

Metabolik epilepsilerin erken tanınması klinik açıdan kritik öneme sahiptir çünkü bazı hastalıklar özgül tedavilerle kontrol altına alınabilir. Piridoksin bağımlı epilepsi, biotinidaz eksikliği, serin sentez bozuklukları, molibden kofaktör ve GLUT1 eksikliği gibi durumlarda erken tedavi nörolojik prognozu belirgin şekilde iyileştirebilir. Bu nedenle yenidoğan nöbetlerinin değerlendirilmesinde metabolik hastalıkların sistematik olarak araştırılması büyük önem taşımaktadır.

Yenidoğan Nöbetlerine Metabolik Yaklaşım

Giriş

Yenidoğan döneminde görülen nöbetler önemli bir nörolojik acil durumdur ve altta yatan nedenin hızlı bir şekilde belirlenmesi gerekir. Bu dönemde nöbetler çoğu zaman ciddi bir nörolojik disfonksiyonun ilk belirtisi olabilir. Yenidoğan nöbetlerinin insidansı yaklaşık 1–5/1000 canlı doğum olarak bildirilmektedir ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde daha yüksek oranlara ulaşabilmektedir [1].

Yenidoğan nöbetlerinin en sık nedenleri arasında hipoksik-iskemik ensefalopati, intrakraniyal kanama, enfeksiyonlar ve metabolik bozukluklar yer alır. Bununla birlikte kalıtsal metabolik hastalıklar daha nadir görülmekle birlikte erken tanı konulması gereken önemli etiyolojik nedenlerdir [2].



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Yenidoğan döneminde epileptik ensefalopatiler ve metabolik epilepsiler arasındaki ilişki özellikle son yıllarda daha iyi anlaşılmıştır. Bu hastalıkların bir kısmı erken tanı ve tedavi ile geri dönüşlü veya kontrol edilebilir olabildiğinden metabolik etiyolojilerin sistematik olarak araştırılması klinik açıdan büyük önem taşır [3].

Metabolik Hastalıklarda Nöbetlerin Patofizyolojisi

Kalıtsal metabolik hastalıklarda nöbet gelişimi farklı patofizyolojik mekanizmalarla açıklanmaktadır.

1. Toksik metabolit birikimi

Organik asidüriler, üre siklus defektleri ve bazı aminoasidopatilerde toksik metabolitlerin birikmesi nöronal fonksiyonları bozarak epileptik aktiviteye yol açabilir [4].

2. Enerji metabolizması bozuklukları

Mitokondriyal hastalıklar ve bazı karbonhidrat metabolizması bozukluklarında hücresel enerji üretimindeki yetersizlik özellikle beyin dokusunda nöbet gelişimine neden olabilir [4].

3. Nörotransmitter metabolizması bozuklukları

Bazı metabolik hastalıklarda nörotransmitter sentezi veya metabolizması bozulur. Nonketotik hiperglisinemi gibi hastalıklarda nörotransmitter dengesinin bozulması epileptik aktiviteyi tetikleyebilir [5].

4. Vitamin ve kofaktör bağımlı epilepsiler

Piridoksin bağımlı epilepsi, PNPO eksikliği, Molibden kofaktör ve biotinidaz eksikliği gibi hastalıklarda vitamin veya kofaktör eksiklikleri epileptik ensefalopatiye yol açabilir [2].

Klinik Bulgular

Metabolik hastalıklara bağlı nöbetler genellikle yaşamın ilk günlerinde veya haftalarında ortaya çıkar. Bazı hastalarda doğumdan sonra kısa bir asemptomatik dönem bulunabilir ve ardından hızlı klinik kötüleşme gelişebilir [2].

Metabolik nöbetlerde görülebilecek başlıca klinik bulgular: letarji, beslenme güçlüğü, solunum düzensizlikleri, septik bulgular, hipotoni veya hipertoni ve miyoklonik nöbetlerdir. Bazı hastalıklarda özgül klinik bulgular tanıya yardımcı olabilir. Örneğin nonketotik hiperglisinemi ciddi hipotoni ve hıçkırık ile karakterizedir [2].

EEG Bulguları

Metabolik epilepsilerde EEG bulguları geniş bir spektrum gösterebilir. Bununla birlikte bazı EEG paternleri metabolik hastalıkları düşündürür. Bunlar arasında: burst-suppression paterni, multifokal epileptiform deşarjlar ve hipsaritmi önplanda yer almaktadır. Burst-suppression paterni özellikle erken miyoklonik ensefalopati ve piridoksin bağımlı epilepsi gibi durumlarda görülebilir [5].

Tanısal Yaklaşım ("Kritik Örneklem")

Yenidoğan nöbetlerinde metabolik etiyolojilerin araştırılması sistematik bir yaklaşım gerektirir.

İlk değerlendirmede yapılması önerilen metabolik incelemeler "kiritk örneklem" olarak bilinir; kanda: kan gazı, serum elektrolitleri, glukoz, serum amonyak, laktat ve pirüvat, plazma serbest karnitin, açıl karnitin ve aminoasit analizi; idrarda: keton, sülfid ve organik asit analizinden oluşmaktadır.

Son yıllarda tüm ekzom dizileme (WES) gibi genetik yöntemlerin kullanılması neonatal nöbetlerin genetik ve metabolik nedenlerinin tanısında önemli ilerlemeler sağlamıştır [6].



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tedavi Edilebilir Metabolik Epilepsiler

Metabolik nöbetlerin erken tanınmasının en önemli nedeni bazı hastalıkların özgül tedavilerinin bulunmasıdır. Bunlar arasında:

- Piridoksin bağımlı epilepsi
- PNPO eksikliği
- Biotinidaz eksikliği
- Serin sentez bozuklukları
- Molibden kofaktör eksikliği
- Glut1 eksikliği

Bu hastalıklarda erken tedavi nörolojik prognozu belirgin şekilde iyileştirebilir [5, 7].

Sonuç

Yenidoğan nöbetleri geniş bir etiyolojik spektruma sahiptir ve kalıtsal metabolik hastalıklar bu spektrum içinde önemli bir yer tutar. Klinik değerlendirme, EEG bulguları ve metabolik incelemelerin birlikte kullanılması tanıya ulaşmada kritik rol oynar. Son yıllarda gelişen tanı yöntemleri neonatal nöbetlerin etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamış ve metabolik epilepsilerin hem tanısında hem tedavisinde (Tablo 1) önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Kaynaklar

1. Chen R, Wu H, Lu Y, et al. Genetic neonatal seizures in the neonatal intensive care unit: diagnostic and prognostic implications for three families. *Epileptic Disorders*. 2024.
2. Kapoor D, Sharma S, Kaminska A, et al. Seizures and electroencephalographic findings in inborn errors of metabolism. *Epileptic Disorders*. 2025.
3. Ünal Ö, Haliloğlu G, Coşkun T. Epileptik Ensefalopati. In: Coşkun T, Yurdakök M, eds. *Yenidoğanda Kalıtsal Metabolik Hastalıklar*. 2015:221-263.
4. Bahi-Buisson N, Mention K, Léger PL, et al. Neonatal epilepsy and inborn errors of metabolism. *Archives de Pédiatrie*. 2006.
5. Wolf NI, García-Cazorla A, Hoffmann GF. Epilepsy and inborn errors of metabolism in children. *Journal of Inherited Metabolic Disease*. 2009.
6. Celik H, Ozdemir FMA, Aksoy E, et al. Evaluation of clinical and electroencephalographic findings in patients with early childhood epilepsy and inborn errors of metabolism. *Acta Neurologica Belgica*. 2022.
7. Crenshaw ML, et al. Treatable neonatal molybdenum cofactor deficiency: rapid demise despite rapid biochemical diagnosis. *JIMD Reports*. 2026.



Tablo 1. Yenidoğan Döneminde Nöbetle Prezente Olabilen Başlıca Kalıtsal Metabolik Hastalıklar ve Tedavi Yaklaşımları

Hastalık	Metabolik mekanizma	Nöbet patogenezi	Özgül tedavi / yaklaşım
Piridoksin bağımlı epilepsi (ALDH7A1)	Lizinin katabolizmasında bozukluk → piridoksal fosfat inaktivasyonu	GABA sentezinde azalma	Piridoksin (B6)
PNPO eksikliği	Piridoksal-5-fosfat sentezinde bozukluk	Nörotransmitter sentezinde bozukluk	Piridoksal-5-fosfat (PLP)
Biotinidaz eksikliği	Biotin geri dönüşüm bozukluğu	Karboksilaz enzim aktivitesinde azalma	Biotin
Holokarboksilaz sentetaz eksikliği	Çoklu karboksilaz enzim aktivitesinde bozukluk	Metabolik asidoz ve enerji metabolizması bozukluğu	Biotin
Serin biyosentez bozuklukları	L-serin sentezinde bozukluk	NMDA reseptör fonksiyonunda bozulma	L-serin ± glisin
GLUT1 eksikliği	Beyne glukoz transportunda bozukluk	Serebral enerji yetersizliği	Ketojenik diyet
Nonketotik hiperglisinemi	Glisin yıkımında bozukluk	NMDA reseptör aşırı aktivasyonu	Sodyum benzoat, dektrometorfan
Üre siklus defektleri	Amonyak detoksifikasyonunda bozukluk	Hiperamonyemi → serebral ödem	Amonyak düşürücü tedavi, diyet
Organik asidüriler (propionik asidemi, metilmalonik asidemi vb.)	Organik asit birikimi	Mitokondriyal toksisite ve metabolik asidoz	Diyet tedavisi, karnitin, bazı olgularda kofaktör tedavileri
Mitokondriyal hastalıklar	Oksidatif fosforilasyon bozukluğu	Enerji üretiminde azalma	Destek tedavileri, bazı olgularda vitamin/kofaktör tedavileri
Molibden kofaktör eksikliği (MoCD)	Molibden kofaktör biyosentezinde bozukluk → sülfid metabolizması bozukluğu	Sülfid toksisitesi → ağır nörodejenerasyon ve erken nöbetler	Fosdenopterin (cPMP replasmanı)
Sülfid oksidaz eksikliği	Sülfür metabolizması bozukluğu	Nöronal toksisite	Destek tedavisi
Maple syrup urine disease (MSUD)	Dallı zincirli amino asit metabolizması bozukluğu	Lösin nörotoksisitesi	Diyet tedavisi ± Tiamin
Peroksizomal hastalıklar (Zellweger spektrumu)	Çok uzun zincirli yağ asidi metabolizması bozukluğu	Nöronal gelişim bozukluğu	Destek tedavisi
Piruvat dehidrogenaz eksikliği	Piruvat metabolizması bozukluğu	Enerji üretiminde azalma	Ketojenik diyet



METABOLİK STROKE

Yılmaz Yıldız¹

1 – Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Kalıtsal metabolik hastalıklardan bazıları arteriyel ya da venöz serebrovasküler olaylara yol açabilir. Ancak **“metabolik strok”** terimi, kalıtsal metabolik hastalıklara bağlı gelişen **inme benzeri** ataklar için kullanılır. İnme benzeri ataklar, klasik vasküler inmelerden farklı olarak serebral kan akımındaki primer bir bozukluktan ziyade hücrel enerji metabolizmasının yetersizliği sonucu ortaya çıkan nörolojik defisitler ile karakterizedir. Çocuklarda nadir görülmesine karşın, erken tanınmadığında geri dönüşümsüz hasara yol açabilmesi nedeniyle klinik açıdan önemlidir. Çocuklardaki inme benzeri atakların önemli bir kısmı kalıtsal metabolik hastalıklarla ilişkilidir.

Tanıda manyetik rezonans (MR) görüntüleme kritik öneme sahiptir. Metabolik stroklar sıklıkla belirli bir damarın sulama alanı ile örtüşmeyen lezyonlar ile karakterizedir. Mitokondriyel ensefalomiyopati, laktik asidoz ve strok benzeri ataklar (MELAS) sendromunda lezyonlar daha çok kortikal ya da subkortikal yerleşimli ve asimmetrik iken; diğer birçok mitokondriyel hastalıkta, organik asidemilerde ve üre döngüsü bozukluklarında sıklıkla derin gri cevher simetrik olarak etkilenir. Konjenital glikozilasyon bozukluklarında da metabolik strok ya da inme benzeri ataklar bildirilmektedir.

Metabolik strok; akut hemiparezi, afazi, kortikal körlük, epileptik nöbetler, bilinç değişikliği veya davranışsal bozukluklar ile ya da baş ağrısı ve kusma gibi daha silik bulgularla kendini gösterebilir. Semptomlar çoğu zaman metabolik stres dönemleri sırasında ya da hemen sonrasında ortaya çıkar; metabolik krize metabolik asidoz, hiperamonemi veya hiperlaktatemi gibi laboratuvar bulguları eşlik edebilir. Özgeçmişte gelişimsel gecikme, egzersiz intoleransı, çoklu sistem tutulumu veya atakların tekrarlama özelliği tanısal açıdan uyarıcıdır. MELAS’lı çocukların anne tarafından akrabalarında sensörinöral işitme kaybı, erken yaşta diyabet, disritmi, böbrek hastalığı ya da çeşitli nörolojik bulguların varlığı tipiktir.

Nörolojik defisitlerin semptomatik tedavisine ek olarak hasta yönetiminin temelini erken tanı, metabolik stresin hızla düzeltilmesi ve altta yatan hastalığa özgü yaklaşımlar oluşturur. MELAS’ta intravenöz yüksek doz L arjinin uygulamasının etkinliği klinik çalışmalarla gösterilmiştir; L sitrülün veya taurin tedaviye eklenebilir. Hiperamonemi eşlik eden olgularda agresif yönetim; üre döngüsü bozukluğu ve organik asidemi gibi intoksikasyon tipi metabolik hastalık krizlerinde ise toksik madde alımının kısıtlanması, anabolizmanın desteklenmesi ve gerektiğinde diyaliz gibi genel ilkelerin uygulanması önemlidir. Klasik antitrombotik tedaviler genellikle etkili değildir ve gereksiz risk oluşturabilir.

Sonuç olarak, akut nörolojik defisit ile başvuran çocuklarda atipik klinik ya da görüntüleme bulguları varlığında metabolik etiyoloji mutlaka akılda tutulmalı; multidisipliner yaklaşım ile erken tanı ve uygun tedavi sağlanarak nörolojik sekellerin önüne geçilmelidir.



'ONE HEALTH' YAKLAŞIMI; HAYVAN-İNSAN ORTAK MİKROBİYOMUNUN ALERJİK HASTALIKLAR AÇISINDAN ROLÜ

Sena Ardıçlı¹

1 – Bursa Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Genetik Anabilim Dalı

Mikrobiyota, organizmanın fizyolojik dengesini belirleyen en önemli biyolojik sistemlerden biri olup bağışıklık yanıtının şekillenmesinde ve epitel bariyer bütünlüğünün korunmasında merkezi bir rol oynar. Son yıllarda artan kanıtlar, modern yaşam tarzı ile birlikte mikrobiyal çeşitliliğin belirgin şekilde azaldığını ve bunun alerjik hastalıkların artışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, özellikle bağışıklık sisteminin gelişimsel olarak en hassas olduğu pediatrik dönemde daha kritik hale gelmektedir. Yaşamın erken dönemi, mikrobiyota ile immün sistem arasındaki etkileşimin programlandığı bir süreçtir. Bu süreçte yetersiz mikrobiyal maruziyet, immün toleransın gelişimini sınırlayarak daha reaktif ve alerjiye yatkın bir bağışıklık profiline yol açabilir.

Buna karşılık, çevresel mikrobiyal çeşitliliğin yüksek olduğu koşullar, bağışıklık sisteminin dengeli gelişimini desteklemektedir.

Özellikle hayvanlarla erken yaşta ve düzenli temasın, bağırsak mikrobiyotasının zenginleşmesine katkı sağladığı ve kısa zincirli yağ asidi üreten bakterilerin artışı ile ilişkili olarak daha tolerojenik bir immün yanıt oluşturduğu bildirilmektedir. İnsan, hayvan ve çevre sağlığını bütüncül bir sistem olarak ele alan One Health (Tek Sağlık) yaklaşımı, bu etkileşimlerin anlaşılmasında önemli bir çerçeve sunmaktadır. Kentsel yaşam, hijyen düzeyi ve sınırlı çevresel maruziyet gibi faktörler, hem insanlarda hem de hayvanlarda mikrobiyal çeşitliliğin azalmasına ve benzer hastalık paternlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca, modern dünyada antibiyotik ve kimyasal kullanımındaki artış, düşük lifli beslenme ve hayvanlarla temasın azalması, insan mikrobiyotasında tür zenginliği ve çeşitliliğin belirgin şekilde düşmesine yol açmaktadır. Bu durum, insanın evrimsel olarak yüksek mikrobiyal maruziyet ve çeşitlilik altında şekillenen biyolojik ve immünolojik adaptasyonları ile belirgin bir uyumsuzluk göstermektedir. Dolayısıyla, modern çevresel koşulların oluşturduğu mikrobiyal fakirleşme, konak-mikrobiyota ortak evriminin temel dinamikleriyle çelişerek, alerjik ve inflamatuvar hastalıklara yatkınlığı artıran bir biyolojik uyumsuzluk durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda, evcil hayvanlarla birlikte yaşam, yalnızca sosyal bir tercih değil, aynı zamanda mikrobiyal ekosistem üzerinde etkili bir çevresel faktör olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, mikrobiyota çeşitliliğinin korunması ve erken dönemde uygun mikrobiyal maruziyetin sağlanması, pediatrik alerjik hastalıkların önlenmesinde önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Hayvanlarla kontrollü temas, bağışıklık sisteminin tolerans gelişimini destekleyerek alerjik hastalık riskini azaltabilecek potansiyel bir koruyucu faktör sunmaktadır. Ayrıca, mikrobiyota temelli yaklaşımların klinik uygulamalara entegrasyonu, kişiselleştirilmiş tıp ve önleyici sağlık stratejileri açısından yeni fırsatlar sunmaktadır. Bu kapsamda, disiplinlerarası iş birlikleri ve klinik çalışmalar, mikrobiyota-immünite etkileşiminin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



PEDİATRİDE HASTA HAKLARI KAPSAMINDA ONAM ALINMASI VE HEKİM SORUMLULUĞU

Sermet Koç¹

1 – İÜC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Aydınlatılmış onam, bireylerin tıbbi tanı, tedavi ve diğer işlemlerin yarar ve riskleri hakkında bilgilendirildikten sonra, özgür iradeleriyle karar vermelerini ifade eden etik ve hukuki süreçtir. Dünyada ve Türkiye’de çocuklarda onam sürecine ilişkin yaklaşımlar değişmekte; yaş, olgu türü, aciliyet ve risk gibi etkenlere göre farklılıklar göstermektedir. Bu sunumda, çocuklarda onam alınmasında karşılaşılan güçlüklerin yaşanılan veya olası olgu örnekleri ile ortaya konulması, konunun etik ve hukuki yönlerinin hekimlerin sorumlulukları açısından tartışılması amaçlanmıştır.

Çocuk hastalarda ebeveyn veya yasal temsilcisinin onamı gerekirken, çocuğun yaş ve gelişim düzeyine uygun katılımı da önemlidir. Çocuk öncelikle hakları olan bağımsız bir birey olarak kabul edilmelidir. Çocukların tedavi sürecinde kendi bedeni üzerinde yapılacak müdahaleler hakkında anlayabilecekleri ölçüde ve nitelikte bilgilendirilmeleri, alınacak kararlara katılımlarının sağlanması gerekir. Bu husus, çocuklarda yapılacak bilimsel araştırmalar açısından da geçerlidir. Ancak uygulamada tedavilerde ailelerin kararsızlığı, duygusal etkenler, fikir ayrılıkları ve hukuki yükümlülükler nedeniyle çocuk hasta onamı sürecinde çeşitli zorluklarla karşılaşılmaktadır. Çocuklarda sağlık kurumlarına yapılan başvuruların türü, çocuğun yaşı, temsil durumu (ebeveyn veya yasal temsilci) gibi değişkenlerin süreci etkileyerek tanı ve tedavide gecikmelere yol açtığını göstermektedir.

Yetişkin hastalarda rutin muayenelerde ve her hangi bir riskin bulunmadığı tedavilerde yazılı onam alınması gerekmez ve hastanın hekime başvurusu ile zımnen (varsayılan, gizli) onam bulunduğu kabul edilirken; çocuklarda bu tür olgularda dahi çocuğun sözlü onamının alınması sürece dahil edilmesi önem taşır. Çocuklarda fiziksel şiddet, cinsel istismar, entoksikasyon vb adli olgu türlerinde, kamu sağlığını ilgilendiren bulaşıcı hastalıklarda hukuki/yasal prosedür ve onam alınması süreci özellik gösterir. Çocuğun onam alınması ve sürece katılımının sağlanmasında hekimin tutum ve yaklaşımları, hukuki etik sorumlulukları bakımından da önem taşır.

Sağlık kurumları ve uzmanlık dernekleri tarafından farklı olgu türlerine göre hazırlanmış onam formlarının çoğunun çocuk veya ebeveyni tarafından anlaşılması mümkün görülmemektedir. Bu formlarda olası tüm durumlar ve risklerin belirtilmiş olması, aydınlatmanın uygun yeterli olduğu anlamına gelmeyecektir. Önemli olan, bunun ayrıntılı olması değil; hastanın onamın alınmasını gerektirecek hususların hastaya anlayabileceği sade bir dilde anlatılması, tıbbi terimlerin ne anlama geldiğinin açıklanması ve böylece ebeveyn ve çocuğun onayının alınmasıdır.

Çocuklarda onam alınması konusunda, yasal ve mesleki etik düzenlemelerin daha açık ve uygulanabilir hale getirilmesi gerekmektedir.



ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İDRAR YOLU ENFEKSİYONU: İLK DEĞERLENDİRME, İLERİ TETKİK VE İZLEM STRATEJİLERİ

Sevgi Yavuz¹

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Kliniği

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) çeşitli klinik bulgular, pyüri ve idrarda belli sayıda üropatojenin üremesi şeklinde üroepitelyumun bakteriyel invazyona verdiği inflamatuvar yanıt olarak tanımlanır. Çocukluk çağının en sık görülen enfeksiyonlarından biridir. İlk 1 yaşta erkeklerde daha sık (%3.7 vs %2) iken sonrasında kızlarda daha yaygın görülür. Sünnetsiz erkek bebeklerde ilk 6 ayda risk 10-12 kat artar. 7 yaşına kadar İYE geçirme oranı kızlarda % 8, erkeklerde ise yaklaşık % 2'dir. Tekrarlama riski 6-12 ay içinde % 12-30 olarak bildirilmiştir. Ateşli İYE renal skarlanmaya (RS) yol açabilir ve her febril atak RS riskini % 2.8 artırır. İYE, altta yatan konjenital böbrek ve üriner kanal anomalilerinin (CAKUT) habercisi olabilir. Mesane ve barsak disfonksiyonu (MBD) özellikle 5 yaş ve üzeri çocuklarda İYE gelişimini kolaylaştıran en önemli faktörlerden biridir. En sık etken E.coli'dir. Ecoli dışı etkenlerde RS riski daha yüksektir.

Klinik yaş grubuna göre değişkenlik gösterir. Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde belirti ve bulgular özgün olmayıp ateş odağı belirsiz bebeklerde % 5 oranında İYE görüldüğü akılda tutulmalıdır. 2 yaş üzeri çocuklar dizüri, urgency, inkontinans, bögür ağrısı ile başvurabilir. İlk değerlendirmede anamnezde ateş, alt üriner sistem semptomları, kabızlık, antenatal ultrasonografik anomali, aile öyküsü sorgulanmalıdır. Fizik muayenede batında ele gelen böbrek, fekalom ve glob varlığına bakılır. Kostovertebral açığı ve suprapubik hassasiyete, sırtta pigmentasyon, tüylenme, lipom, sinüse, genitelyada fimozis, hipospadias veya kızlarda labial adhezyon mevcudiyetine dikkat edilir.

İYE şüphesi olan tüm çocuklardan idrar analizi ve kültürü istenir. İdrar tahlilinde lökosit esterase ve/veya nitrit pozitifliği İYE şüphesi doğurur. Kesin tanı kültür ile konur. Tuvalet eğitimi olmayan çocuklarda ve bebeklerde temiz yakalama, üretral kateterizasyon veya suprapubik aspirasyon tercih edilebilir. Tuvalet terbiyesi olanlarda orta akım idrar örneği alınır ve >50000 CFU/ml üreme anlamlı kabul edilir. İlk 48-72 saat içinde antibiyotik başlanır. Oral tedavi parenteral tedavi kadar etkindir. Tedavi süresi febril İYE'de 7-10 gün, sistitte 3-5 gündür. İleri incelemeler bireyselleştirilmelidir. Ateşli İYE geçiren bebeklere ve tekrarlayan İYE durumlarında ultrasonografik görüntüleme yapılır. Rutin tüm hastalara VCUG ya da DMSA çekilmemelidir. Devamlı antibiyotik profilaksisi rutin önerilmemektedir.

Kaynaklar:

1. Mattoo TK et al. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children Pediatrics 2021;147(2):e2020012138
2. Maringhini S et al. Urinary Tract Infection in Children: An Up-To-Date Study. Biomedicine 2024;12,2582
3. Alsaywid BS et al. Urinary tract infection in children: A narrative review of clinical practice guidelines. Urol Ann 2023;5(12): 113-32
4. Okarska-Napierala M et al. Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment, imaging. Comparison of current guidelines. J Pediatr Urol 2017;13:567-573



ÇOCUKLARDA ADENOZİNE DİRENÇLİ TAŞİARİTMİLER: KLİNİK YAKLAŞIM VE AYIRICI TANI

Gülhan Tunca¹

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi Çocuk Kardiyoloji

Çocukluk çağının en sık görülen kronik aritmi türü olan supraventriküler taşikardi (SVT), acil servis başvurularının önemli bir nedenidir. Hemodinamik olarak stabil hastalarda ilk basamak farmakolojik tedavi olan adenozin, atriyoventriküler düğüm (AVN) üzerindeki baskılayıcı etkisiyle AVN bağımlı reentran taşikardileri (AVRT ve AVNRT) hızla sonlandırır. Ancak klinik pratikte "adenozin başarısızlığı" olarak tanımlanan durumlar, hekimler için tanısız ve tedavi edici zorluklar oluşturmaktadır.

Adenozine yanıtızsızlık, "görünürde" ve "gerçek" direnç olarak iki temel kategoride ele alınmalıdır. Görünürde başarısızlık genellikle uygulama hatalarından kaynaklanır. Adenozinin yarı ömrünün 10 saniyeden kısa olması nedeniyle ilacın yavaş gönderilmesi, santral dolaşıma uzak bir venöz yolun seçilmesi veya uygulama hattında kan bulunması ilacı etkisiz kılar. Ayrıca, özellikle 12 aydan küçük süt çocuklarında standart dozlara yanıt düşüktür; bu grupta başlangıç dozunun 200 µg/kg olması ve gerektiğinde 500 µg/kg'a (neonatalarda 300 µg/kg) kadar çıkılması önerilir. Gerçek adenozin direnci AV nod bağımlı olmayan aritmileri içerir. Bunlar arasında atriyal taşikardi, atriyal flutter, multifokal atriyal taşikardi ve bazı ventriküler taşikardiler yer almaktadır. Özellikle atriyal taşikardi ve atriyal flutter gibi atriyum kaynaklı aritmilerde adenozin AV nod blokajı oluşturarak yalnızca ventriküler yanıt geçici olarak yavaşlatabilir, ancak aritminin kendisini sonlandıramaz. Bununla birlikte adenozin uygulanması sırasında ortaya çıkan geçici AV blok, altta yatan atriyal aktivitenin daha net görülmesini sağlayarak tanıya yardımcı olabilir.

Adenozine dirençli taşiaritmilerde tanısız yaklaşımda elektrokardiyografi bulgularının dikkatli değerlendirilmesi büyük önem taşır. QRS kompleks genişliği, P dalga morfolojisi, AV ilişkisinin değerlendirilmesi ve taşikardinin başlangıç ve sonlanma özellikleri ayırıcı tanıda yol göstericidir. Gerekli durumlarda elektrofizyolojik çalışma ile aritminin mekanizması ortaya konulabilir ve kateter ablasyonu ile kalıcı tedavi sağlanabilir. Adenozine yanıt vermeyen stabil hastalarda amiodaron, esmolol veya kalsiyum kanal blokerleri (> 1 yaş çocuklarda) gibi ajanlar uzman danışmanlığı ile kullanılabilir. Hemodinamik instabilite varlığında ise zaman kaybetmeden senkronize kardiyoversiyon uygulanmalıdır. Özellikle geniş QRS'li taşikardilerde, aksi ispatlanana kadar ventriküler taşikardi (VT) varsayımıyla hareket edilmelidir.

Sonuç olarak, adenozin akut SVT tedavisinde etkili ve güvenli bir ajan olmakla birlikte tüm taşiaritmiler üzerinde etkili değildir. Adenozine dirençli bir vaka ile karşılaşıldığında uygulama tekniği ve dozaj gözden geçirilmeli, yanıt alınamıyorsa AVN bağımsız mekanizmalar düşünülmektedir tedavi stratejisi güncellenmelidir.



AKIMIN İZİNDE: ÇOCUKLARDA ELEKTRİK YARALANMALARINDA HAYAT KURTARAN DAKİKALAR

Sinem Oral Cebeci¹

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Elektrik yaralanmaları çocukluk çağında nispeten nadir görülmekle birlikte, erken dönemde uygun şekilde yönetilmediğinde ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkili önemli bir pediatrik acil durumdur.

Elektrik yaralanmalarının klinik özellikleri; maruz kalınan akımın voltajı, akım tipi (alternatif veya doğru akım), temas süresi ve akımın vücut içerisindeki izlediği yol ile yakından ilişkilidir. Elektrik akımının dokular üzerindeki doğrudan etkisi, elektrik enerjisinin ısı enerjisine dönüşmesine bağlı gelişen yüzeysel ve derin yanıklar ile şiddetli kas kontraksiyonlarına bağlı sekonder künt travmalar klinik tabloyu belirler. Bu nedenle, ciltte minimal yanık bulgularının varlığı altta yatan ciddi kas nekrozu veya derin doku hasarını dışlamaz ve dikkatli bir değerlendirme gerektirir.

Elektrik yaralanmalarında kardiyovasküler sistem etkilenimi mortalitenin başlıca nedenidir ve en sık ritim bozuklukları şeklinde ortaya çıkar. Bu bağlamda elektrokardiyografi, ilk değerlendirmede temel tanısal araçtır. Düşük riskli hastalarda rutin kardiyak biyobelirteç takibinin (özellikle troponin) klinik katkısı sınırlı olup çoğu durumda önerilmemektedir. Ancak yüksek voltaj maruziyeti, bilinç kaybı, göğüs ağrısı veya anormal elektrokardiyografi bulguları varlığında ileri kardiyak değerlendirme ve monitörizasyon gereklidir.

Acil serviste yönetim, özellikle ilk 60 dakika içerisinde yapılan müdahaleler açısından kritik öneme sahiptir. Düşük voltaj maruziyeti olan, bilinç kaybı bulunmayan, elektrokardiyografisi normal ve eşlik eden ciddi yaralanması olmayan hastalar kısa süreli monitörizasyon sonrası güvenle taburcu edilebilir. Buna karşılık yüksek voltaj maruziyeti, nörolojik semptomlar, aritmi, rabdomyoliz veya derin doku hasarı şüphesi bulunan hastaların yatırılarak izlenmesi gerekmektedir.

Yıldırım çarpması, elektrik yaralanmalarının özgün bir alt grubunu oluşturmakta olup kendine has patofizyolojik özellikleri nedeniyle farklı bir yaklaşım gerektirir. Bu hastalarda “ters triyaj” prensibi benimsenmeli ve kardiyorespiratuvar arrest gelişen olgularda erken ve etkili resüsitasyon önceliklendirilmelidir.

Sonuç olarak, elektrik yaralanmalarında erken ve sistematik yaklaşım prognozu belirleyen en önemli faktördür. Pediatrik hastalarda uygun risk sınıflaması ve izlem stratejileri, hem gereksiz hastane yatışlarını azaltmakta hem de potansiyel olarak hayatı tehdit eden komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR:

Murotov Temur Malik Nizomovich, Ergashboev Bakhtiyor, & Azimov Saydullo Hamidovich. (2025). Injuries Related to Electric Current: Epidemiology, Clinical Presentation, and Modern Treatment Approaches. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 7(10), 58–70.

Zemaitis MR, Guirguis M, Cindass R. Electrical Injuries. [Updated 2025 Jul 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448087/>

Uysalol M. Çocuk acil servisinde elektrik çarpması olgusuna yaklaşım. Anıl M, editör. Pediatrik Travma. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.110-4.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



İSPA VE BESİN ALERJİLİ ÇOCUĞUN İZLEMİNDE PEDIATRİSTİN ROLÜ

Şükrü Çekiç¹

1 – Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji BD, Bursa

Besin alerjili çocukların izleminde pediatristler, ailelerin ilk başvuru noktası ve bazen tek erişebildiği hekimler olarak merkezi bir rol oynamaktadır. Pediatristlerin bu süreçteki sorumlulukları; erken tanı, tedavi yönetimi, beslenme takibi ve aile eğitimi kapsayan çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir.

Kaynaklar ışığında pediatristlerin bu süreçteki temel rolleri şunlardır:

1. Tanı ve Değerlendirme Süreci

Pediatristler, besin alerjisini besin intoleransından ayırt edebilmeli ve doğru tanısal süreci başlatmalıdır.

Öykü Alma: Tanı sürecinin en kritik adımı; tüketilen gıdaların, semptomların şiddetinin, zamanlamasının ve ilaçlara verilen yanıtın ayrıntılı dökümünün yapıldığı klinik reaksiyon öyküsüdür.

Tanısal Testler: Pediatristler, rastgele paneller yerine öyküye dayalı olarak seçici alerjene özgü serum IgE testlerini kullanmalıdır. Yanlış yorumlamaların gereksiz diyet kısıtlamalarına ve dolayısıyla beslenme yetersizliklerine yol açabileceği unutulmamalıdır.

Uzmanla Yönlendirme: Kesin tanı için deri prik testleri veya oral besin yükleme testleri gerektiğinde hasta bir alerji uzmanına yönlendirilmelidir.

2. Acil Durum Yönetimi

Pediatristler, besin alerjisi onaylanmış tüm hastalara gerekli ilaçları sağlamada rol almalıdır.

Adrenalin Reçeteleme: Anafilaksi yaşamış veya anafilaksi riski olan hastalar için adrenalin oto-enjektörü reçete edilmelidir.

Eylem Planı: Ailelere anafilaksi semptomların nasıl tanınacağı, adrenalinin ne zaman ve nasıl kullanılacağı öğretilmeli ve yazılı bir besin alerjisi eylem planı verilmelidir.

3. Büyüme ve Beslenme İzlemi

Besin alerjili çocuklarda, özellikle birden fazla besini diyetten çıkaranlarda büyüme geriliği ve beslenme eksikliği riski yüksektir.

Antropometrik Takip: Pediatristler her ziyarette çocuğun ağırlık, boy ve VKİ (Vücut Kitle İndeksi) değerlerini büyüme eğrilerine (WHO/CDC) işlemeli ve büyüme hızındaki ani değişiklikleri izlemelidir.

Kritik Dönemler: Tanı anında, özellikle 30 aydan küçük çocuklarda vücut ağırlığı düşüklüğü semptomlardan biri olabilir.

Nutrisyonel Riskler: İnek sütü alerjisi olan çocuklarda kalsiyum, D vitamini, iyot ve riboflavin eksikliği açısından dikkatli olunmalıdır. Diyetin besin değeri açısından yeterli ikamelerle (örneğin uygun formüller) dengelendiğinden emin olunmalıdır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



4. Önleme ve Eğitim

Pediatristler, alerji gelişimini önlemek için ailelere erken besin tanııştırma konusunda rehberlik etmelidir. Güncel kılavuzlar, yer fıstığı gibi alerjenlerin 4-6 aylıkken ek gıdalara başlanmasıyla birlikte tanııtma amacıyla diyetle dahil edilmesini önermektedir. Ayrıca ailelere etiket okuma, çapraz bulaşma riskleri ve okul ortamında alerji yönetimi konularında danışmanlık verilmelidir.

5. Multidisipliner Koordinasyon

Besin alerjisinin karmaşıklığı nedeniyle pediatrist; alerji uzmanları, diyetisyenler, psikologlar ve hemşirelerden oluşan multidisipliner bir ekibi koordine etmelidir. Özellikle diyetisyenler, eliminasyon diyetinin hastaya özgü planlanmasında ve beslenme risklerinin minimize edilmesinde pediatristin en önemli ortaklarından.

Kaynaklar

1. Lau CH, Gupta RS. The pediatrician's role in the diagnosis and management of food allergy. *Pediatr Ann.* 2013;42(7):116-121. Groetch M, Venter C. Nutritional management of food allergies. *J Food Allergy.* 2020;2:131-141.
2. Jasielska M, Buczyńska A, Adamczyk P, Grzybowska-Chlebowczyk U. Nutritional status of children with newly diagnosed food allergies. *Children.* 2023;10(10):1687.
3. Parlak Z, İlgin Gürel D, Soyer Ö, Şekerel BE, Şahiner ÜM. Nutritional risks in children with food allergy. *Turk J Med Sci.* 2023;53(4):845-858.
4. Gupta RS, Epstein E, Wood RA. The role of pediatricians in the diagnosis and management of IgE-mediated food allergy: a review. *Front Pediatr.* 2024;12:1373373.



GENETİK TESTLERDEN TANIYA GİDEN YOL: KLİNİK YANSIMALAR

Ayşegül Yılmaz¹

1 – Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Genetik Hastalıkları Bilim Dalı

Genetik hastalıklar, bireysel olarak nadir görülmekle birlikte toplumsal düzeyde önemli bir sorun oluşturmaktadır ve özellikle pediatrik popülasyonda erken dönemde klinik bulgular vermektedir. Tanı sürecinin sıklıkla yıllar alması, “diagnostik odise” olarak adlandırılan ve aileler üzerinde ciddi psikososyal ve ekonomik etkiler yaratan bir sürece yol açmaktadır. Bu nedenle, açıklanamayan gelişimsel gecikme, dismorfik bulgular, çoklu konjenital anomaliler, tedaviye dirençli epilepsi, büyüme geriliği, metabolik krizler veya akraba evliliği öyküsü gibi durumlarda genetik etioloji mutlaka düşünülmelidir.

Genetik tanı yöntemleri son yıllarda önemli ölçüde gelişmiştir. Karyotip analizi büyük kromozomal anomalileri saptarken, kromozomal mikrodizi analizi (CMA) submikroskobik değişiklikleri ortaya koymaktadır. Hedefli gen panelleri belirli hastalık gruplarında maliyet-etkin bir yaklaşım sunarken, tüm ekzom dizileme (WES) ve tüm genom dizileme (WGS) daha geniş kapsamlı analiz imkânı sağlamaktadır. Özellikle kompleks ve tanı konulamamış olgularda WES ve WGS’nin tanısal verimi belirgin şekilde yüksektir. Nörogelişimsel bozukluklarda WES tanı oranı %25–40’tır. Trio analiz bu oranı artırmaktadır. Kritik yenidoğanlarda hızlı WGS uygulamaları, kısa sürede tanıya ulaşmayı mümkün kılmaktadır ve klinik kararları %30–50 oranında değiştirebilmektedir. Bununla birlikte, kısa okuma dizileme yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda uzun okuma dizileme teknolojileri önemli bir alternatif sunmaktadır. Bu yöntemler, yapısal varyantlar, tekrar ekspansiyonları ve epigenetik değişikliklerin saptanmasında üstünlük sağlamaktadır. Ayrıca “reverse fenotipleme” yaklaşımı, genetik varyantın saptanmasının ardından fenotipin yeniden değerlendirilmesine olanak tanıyarak atipik veya subklinik bulguların ortaya çıkarılmasına katkıda bulunmaktadır.

Geleneksel yaklaşımda genetik test en son basamakta yer alıyordu. Bugün ise doğru hastada erken basamakta konumlanması gerektiğini biliyoruz. Ancak burada kritik olan testin kendisi değil, klinik hipotezdir. Derin fenotipleme hâlâ tanının temelidir. Disiplinler arası değerlendirme, ayrıntılı dismorfolojik inceleme ve sistematik HPO kodlaması, testten önce yapılmalıdır. Genetik test sonuçlarının doğru yorumlanması, fenotip-genotip korelasyonunun kurulmasına bağlıdır. Bu süreçte klinisyen ve genetik uzmanı iş birliği kritik öneme sahiptir. Özellikle önemi belirsiz varyantlar (VUS), dikkatli değerlendirme, aile analizleri ve literatür güncellemeleri ile yeniden sınıflandırılabilir.

Sonuç olarak, genetik tanı yalnızca etiolojinin belirlenmesini sağlamakla kalmaz; aynı zamanda hedefe yönelik tedavi seçeneklerinin uygulanmasına, prognozun öngörülmesine, genetik danışmanlık verilmesine ve gereksiz tetkiklerin önlenmesine katkı sağlar. Bu yönüyle genetik testler, modern klinik pratiğin vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmiştir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

ZOR OLGU
ÖZETLERİ



CİNSEL OLARAK AKTİF OLMAYAN 15 YAŞINDA ADÖLESANDA HPV-NEGATİF SERVİKS BERRAK HÜCRELİ ADENOKARSİNOMU: TANISAL GECİKME VE İLERİ EVRE PREZENTASYON

Damla Yıldırım¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

AMAÇ

Adölesan dönemde serviks kanseri son derece nadirdir ve rutin tarama programlarının dışında kalması nedeniyle tanı sıklıkla gecikebilir. Bu bildiride, cinsel olarak aktif olmayan 15 yaşındaki bir adölesanda saptanan Human Papilloma Virus (HPV) negatif serviks berrak hücreli adenokarsinom (CCAC) olgusu sunularak tanısal gecikmeye yol açabilen klinik ve tanısal güçlüklerin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

On beş yaşında, penetratif cinsel ilişki öyküsü olmayan kız hasta dört aydır süren giderek artan pıhtılı vajinal kanama ve iki aydır belirginleşen bilateral kasık ağrısı ile başvurdu; son üç haftada yaklaşık %8,5 kilo kaybı mevcuttu. Hymen bütünlüğü nedeniyle vajinal muayene yapılamadı. Başlangıçta anormal uterin kanamanın benign nedenleri açısından değerlendirilen hastada mikrositer anemi saptandı (Hb 7,5 g/dL, MCV 70 fL). Pelvik ultrasonografide hematometra ile uyumlu kavite içi koleksiyon ve servikojajinal kitle lehine bulgular görüldü.

Pelvik ultrasonografide servikojajinal kitle saptanması üzerine ayırıcı tanıyı yönlendirmek amacıyla tümör belirteçleri değerlendirildi; CA-125 ve CA 15-3 yüksek; AFP, CEA ve β -hCG negatifti.

Pelvik manyetik rezonans görüntülemeye vajen proksimalinden servikse uzanan yaklaşık 5,5 cm'lik heterojen kontrastlanan lobüle kitle izlendi; internal os düzeyinde obstrüksiyon, yaklaşık 2 cm miyometrial invazyon, parametrial tutulum şüphesi ve çok sayıda pelvik lenf nodu mevcuttu (Şekil 1). Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral multipl pulmoner nodüller metastaz lehine değerlendirildi (Şekil 2). PET-BT'de servikal kitle düzeyinde belirgin hipermetabolik aktivite ile mediastinal, paraaortik, iliak ve inguinal bölgelerde hipermetabolik lenf nodları ve akciğer nodülleri saptandı.

Serviksten alınan biyopsilerde CCAC ile uyumlu malign glandüler neoplazi izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede PANCK, CK7, PAX8 ve HNF1 β diffüz pozitif; Napsin A fokal pozitif, P16 yamalı, ER/PR negatif ve P53 wild-type paterninde raporlandı. Olgu FIGO 2018 sınıflamasına göre evre IVB olarak evrelendi; multidisipliner konseyde inoperabl kabul edilerek Paklitaksel-Sisplatin-Bevacizumab tedavisi planlandı.

SONUÇ

Cinsel olarak aktif olmayan adölesanlarda uzamış ve şiddetli vajinal kanama "fonksiyonel" kabul edilmemeli; kitle veya obstrüksiyon bulgusu varlığında malignite dışlanana kadar ileri görüntüleme ve doku tanısına gidilmelidir. HPV-negatif CCAC, tarama dışı yaş grubunda tanısal gecikme ve ileri evre prezentasyon riski nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER

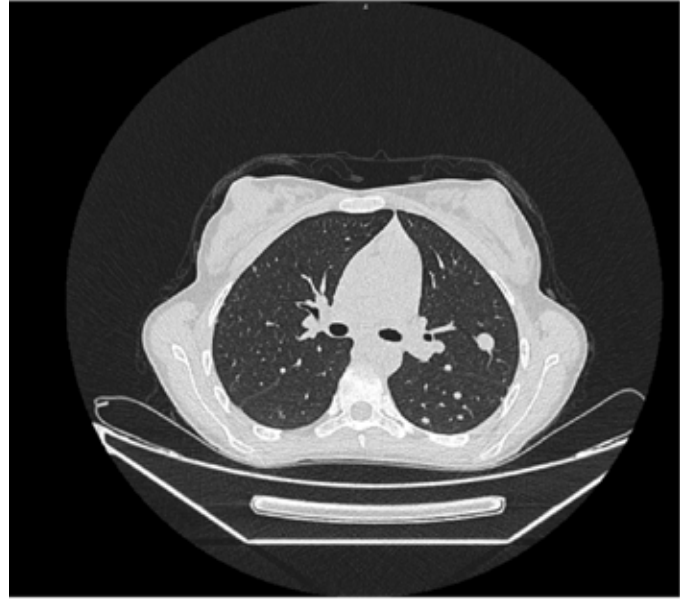
Serviks kanseri, berrak hücreli adenokarsinom, adölesan, HPV-negatif, anormal uterin kanama



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya





AĞIR GASTROİNTESTİNAL KANAMA VE PROTEİN KAYBETTİREN ENTEROPATİ İLE SEYREDEN, PURPURA OLMAKSIZIN GELİŞEN İGA VASKÜLİTİ

Hacer Örsdemir Hortu¹, Maşallah Baran², Belde Kasap Demir³, Ali Kanik¹

1 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği

3 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

Giriş

IgA vaskülitі çocukluk çağının en sık görülen küçük damar vaskülitidir ve tipik olarak palpabl purpura, gastrointestinal (GİS) tutulum, artrit ve renal bulgularla seyreder. Ancak bazı olgularda cilt bulguları gecikebilir ve başlangıç atipik olabilir. Masif GİS kanama ve protein kaybettiren enteropati nadir ancak ciddi komplikasyonlardır. Bu olguda, purpura olmaksızın ağır gastrointestinal kanama ve belirgin hipoalbuminemi ile başvuran bir hastada tanısıl güçlüğü vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Üç yaşında erkek hasta; bir haftadır karın ağrısı, dört gündür hematokezya ve kusma şikâyetleri ile başvurdu. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet ve pretibial gode bırakan ödem mevcuttu; purpura saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ($35.510/mm^3$), anemi (Hb: 9,7 g/dL), CRP yüksekliği (134 mg/L), hiponatremi (Na: 122 mmol/L) ve hipoalbuminemi (2,4 g/dL) saptandı. Enfeksiyöz etkenler dışlandı. Akut batın ön tanısıyla yapılan tanısıl laparoskopide cerrahi patoloji izlenmedi. Abdominal BT'de proksimal jejunan anlarda distansiyon, bağırsak duvar kalınlığının doğal olduğu ve minimal serbest sıvı bulunduğu görüldü. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde nonspesifik minimal fokal aktif duodenit saptandı. İnflamatuvar barsak hastalığını dışlamak amacıyla yapılan kolonoskopide patolojik bulgu saptanmadı. İzlemde devam eden hematokezya ve albumin düzeyinin 1,3 g/dL'ye düşmesi üzerine eritrosit süspansiyonu ve albumin replasmanı uygulandı. Yatışın beşinci gününde damar yolu yerinde ve skrotumda 1-2 adet peteşi izlendi ancak tipik purpura gelişmedi. Gaita alfa-1 antitripsin düzeyi (>1125 ng/g) belirgin yüksek saptanarak protein kaybettiren enteropati tanısı desteklendi. Olguda tipik döküntü saptanmamasına karşın ağır gastrointestinal tutulumla seyreden ve protein kaybettiren enteropatinin eşlik ettiği tablonun IgA vaskülitі olabileceği düşünüldü ve 2 mg/kg/g prednizolon başlandı. Klinik yanıt yetersizliği üzerine pulse metilprednizolon ve ardından IVIG (1gr/kg, 2 gün) uygulandı. IVIG sonrası kanama geriledi ve albumin düzeyleri düzeldi. İzlemde mikroskopik hematüri ve non-nefrotik proteinüri gelişti. Hastanın bu bulgusu IgA vaskülitine bağlı renal tutulum olarak düşünüldü ve enalapril tedavisi ile proteinüri geriledi.

Sonuç

Purpura olmaksızın ağır gastrointestinal kanama ve protein kaybettiren enteropati ile seyreden olgularda IgA vaskülitі ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Atipik başlangıç klinik süreci karmaşıklştırabilir ve erken tanı prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler

IgA Vaskülitі, Protein kaybettiren enteropati, Gastrointestinal kanama



MALİGNİTE VE SARKOIDOZ ÖN TANILARIYLA İZLENEN BİR ADOLESANDA VERTEBRAL ÇÖKME FRAKTÜRÜ İLE PREZENTE OLAN POTT HASTALIĞI

Meltem Aydoğan Aydın¹, Sümeyye Güçlü², Meryem Çağla Abacı Çapar², Didem Büyüktaş Aytaç², Sevgi Aslan Tuncay², Seyhan Yılmaz², Alp Eryiğit³, Yener Şahin³, Gülşen Akkoç², Sevlia Öcal Demir²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç: Çocukluk çağında nadir görülen spinal tüberküloz (Pott hastalığı), vertebral çökme kırıklarına sebep olabilen ciddi bir enfeksiyon formudur. Nonspesifik klinik bulgular nedeniyle malignite ve romatolojik hastalıklarla karışabilmektedir. Bu yazıda başlangıçta sarkoidoz ön tanısı ile tedavi edilen, ancak sonraki değerlendirmelerde tüberküloz tanısı konulan bir olgu sunulmuştur. Olgu Sunumu: 17 yaş erkek hasta yaklaşık 4 aydır devam eden dizde şişlik ve eklem ağrısı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Hastaya intraartiküler steroid uygulanmış, tetkiklerinde T8, sağ iliak kanat ve tibiada kitle görüntüsü saptanmış, bu nedenle malignite ön tanısı ile dış merkez çocuk hematolojiye konsülte edilmiş. İliak kanattan alınan biyopsi örneğinde granülomatöz lezyon raporlanmış; toraks BT'de hiler LAP ve göz muayenesinde şüpheli üveit bulguları izlenmiş, Bunun üzerine sarkoidoz ön tanısı ile steroid ve metotreksat tedavisi başlanmış. Steroidin kesilmesini takiben ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve yaygın lenfadenopati gelişmiş, bu nedenle yeniden malignite ön tanısı ile hematolojiye konsülte edilmiş ve mevcut steroid ile metotreksat tedavileri sonlandırılmış. Görüntülemelerinde vertebrada çökme fraktürü ve kitle lezyonlarında artış olması üzerine malignite şüphesi ile biyopsi ve girişim planı ile hastanemize sevk edilmiş.

Beyin ve sinir cerrahisi servisi yatışı sırasında gönderilen balgamda aside dirençli basil (ARB) ve Mycobacterium tuberculosis (Mtb) PCR testleri negatif saptandı. Hastaya Beyin ve Sinir Cerrahisi tarafından T5-T6-T7-T9-T10-T11 bilateral transpediküler vidalama + sol T8 hemilaminotomi+ sol T8 foraminotomi+corpustan biyopsi alınması+ osteofüzyon operasyonu yapıldı. Operasyon sırasında alınan doku örneğinde ARB pozitifliği saptandı ve doku kültüründe Mycobacterium tuberculosis üredi. Hastaya tüberküloz osteomiyeliti tanısı konuldu. Çocuk enfeksiyon hastalıkları servisine devir alınan hastaya izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol tedavileri başlandı.

Ayırıcı Tanı: Diz ağrısı ile gelen bu hastada yapılan görüntülemelerde toraksta kitle saptanması üzerine ilk olarak maligniteler akla gelmiştir. Tanısal amaçlı yapılan dizden yapılan biyopside granülomatöz lezyon saptanması ek olarak gözde üveit şüphesi olması ile Sarkoidoz ön planda düşünülmüş olup hastanın ateş gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmalarının tedavisi altında devamı üzerine tekrar malignite düşünülmüştür. Bu esnada hastadan açlık mide sıvısı örnekleri gönderilmiş ve ARB negatif saptanmıştır. Kesin tanı için torakstaki kitleden biyopsi alınmıştır. Frozen patolojide ARB pozitif boyanma tüberküloz ön planda düşündürmüştü ve doku kültüründe üreme olması ile tanı kesinleşmiştir.

Sonuç: Granülomatöz lezyon saptanan çocuk hastalarda sarkoidoz veya malignite düşünülse dahi, özellikle sistemik semptomların eşlik ettiği durumlarda tüberküloz mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. İmmünsüpresif tedavi öncesi yeterli tüberküloz taraması yapılmaması hastalık progresyonuna yol açabilir. Balgam ARB negatifliği tüberkülozu dışlamaz; akciğer dışı tüberkülozda histopatoloji ve doku ARB tanısal açıdan kritik öneme sahiptir. Bu olgu, çocukluk çağında diseminan tüberkülozun ayırıcı tanıda akıldan tutulmasının önemini vurgulamaktadır



SOLUNUMUN GÖLGESİNDE SAKLANAN BİR MALİGNİTE: HEMOPTİZİ İLE BAŞVURAN ADÖLESAN VAJİNAL ANJİYOSARKOM OLGUSU

Ecem Torun¹, İremnaz Karahan², Furkan Yılmaz³, Simge Çınar Özel², Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı³, Süheyla Ocak²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Dalı

Başvuru ve Gizli Kırmızı Bayraklar

14 yaşında, daha önce bilinen bir hastalığı olmayan kız hasta, son 3 haftadır devam eden kırmızı ve parlak renkli hemoptizi şikayetiyle başvurdu. Ancak derinlemesine bir anamnez alındığında, hemoptizinin ötesinde sistemik bir sürecin izleri görüldü: Son 3 aydır süren alt batin ağrısı, kronik kabızlık, sekonder amenore ve toplam ağırlığının %10'unu (9 kg) kapsayan belirgin bir kilo kaybı mevcuttu.

Tanısal Karmaşa: Enfeksiyondan Vaskülit

İlk klinik değerlendirmeler ve dış merkez tetkikleri, tabloyu primer bir akciğer sorunu olarak ele aldı. Laboratuvarında derin anemi, nötrofilik lökositoz ve yüksek inflamatuvar belirteçler (CRP, Sedim) saptandı. Toraks BT'de izlenen bilateral buzlu cam dansiteleri ve nodüler konsolidasyonlar, ilk etapta Tüberküloz, pnömoni veya vaskülit sekonder Diffüz Alveoler Hemoraji (DAH) olarak yorumlandı. Bu aşamada hastaya pulse steroid ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri başlandı.

Kırılma Noktası: Pelvik Odağın Keşfi

Hastanın klinik progresyonu uygulanan tedavilere rağmen kötüye gitmekteydi. Hastanın jinekolojik ve abdominal semptomlarının (amenore, kabızlık, ağrı) üzerine gidilmesiyle tanısal süreç yön değiştirdi. Pelvik MR ve USG incelemelerinde, üst vajen-serviks bileşkesinde yaklaşık 4 cm çapında, heterojen, düzensiz sınırlı ve kalsifikasyonlar içeren bir kitle saptandı. Bu kitle sol üretere bası yaparak hidronefroza yol açmıştı. PET-BT sonuçları ise durumun ciddiyetini ortaya koydu; primer pelvik odağın yanı sıra akciğer parankimi, plevra, mediastinal lenf nodları ve sağ asetabulumda (kemik) yaygın metastatik tutulum mevcuttu.

Patoloji ve Kesin Tanı

Pelvik kitleden yapılan tru-cut biyopside, tümör hücrelerinde FLI1, ERG ve CD34 pozitifliği izlenirken; desmin ve myogenin negatif saptandı. Bu immünohistokimyasal profil, endotelial diferansiyasyon gösteren son derece agresif bir vasküler tümör olan Anjiyosarkom tanısını kesinleştirdi. Akciğer görüntülemesi geriye dönük yorumlandı, akciğer metastazı olarak yorumlandı.

Yoğun Bakım Süreci ve Terminal Dönem

Hasta, metastatik yayılımın yarattığı ağır tablo nedeniyle yoğun bakımda entübe edildi. Tedavisine onkoloji konseyi kararıyla siklofosamid kemoterapisi eklendi. Ancak izleminde endotrakeal tüp içinden aktif ve masif kanamalar gelmeye başladı; adrenal ve transamin uygulamalarına rağmen kanama kontrol altına alınamadı. Multiorgan yetmezliği ve progresif solunum yetmezliği tablosuna giren hasta, tüm destek tedavilerine rağmen kaybedildi.

Özetle bu olgu; hemoptizi ile başvuran çocuklarda, eşlik eden amenore ve kilo kaybı gibi non-spesifik bulguların, vajinal anjiyosarkom gibi çok nadir görülen ve sessizce metastaz yapan primer odakları gizleyebileceğini göstermektedir.



TEKRARLAYAN ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI İLE BAŞVURAN HASTADA ABERRAN SAĞ SUBKLAVİAN ARTER VE PERSİSTAN TİMUS DOKUSU ZOR OLGU SUNUMU

Ş. Bektaş¹, N.M. Çakar¹, C.A. Yıldız¹, M.M. Akkitap Yiğit¹, E.E. Baysal¹, F. Özdemircioğlu¹, B. Özgünay¹, E. Uğurlu¹, G. Alışbeyli¹, Ş. Karabulut¹, C. Y. Yeğit¹, A.P. Ergenekon¹, E.E. Eralp¹, Y. Gökdemir¹, F. Karakoç¹, B. Karadağ¹

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

Giriş

Aberran sağ subklavian arter (ARSA), arkus aortanın en sık görülen doğumsal anomalilerindendir. Klinik bulgular trakea ve özofagus basısına göre değişkenlik gösterir. Hastalar stridor, beslenme güçlüğü, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ile başvurabileceği gibi asemptomatik de seyredebilir. Timus dokusunun çocukluk çağında yaşla birlikte involüsyona uğraması beklenirken, ileri yaşlarda persistan olarak izlenmesi tanısız güçlükler ve ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmasına sebep olmaktadır. Bu sunumda, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ile başvuran hastada saptanan ARSA ve persistan timus dokusunun klinik ve radyolojik özelliklerinin vurgulanması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Dokuz yaşında kız hasta, tekrarlayan öksürük ve alt solunum yolu enfeksiyonları ile başvurdu. İlk alt solunum yolu enfeksiyonunu (ASYE) bir yaşında geçirmiş, toplam 5 kez ASYE/pnömoni nedeniyle hastane yatışı olmuş. Öksürük balgamlı ve gece gündüz farklı yoktu. Retrosternal yanma, kusma, kilo kaybı, gece terlemesi ve ateş gibi sistemik semptomlar eşlik etmemekteydi.

Özgeçmişinde; miadında doğmuş, prenatal ve postnatal öyküsünde özellik yok. Yenidoğan taramaları normal sonuçlanmış, pnömoni nedeniyle hastane yatışı olup yağlı dışkılama veya tekrarlayan otit öyküsü yoktu.

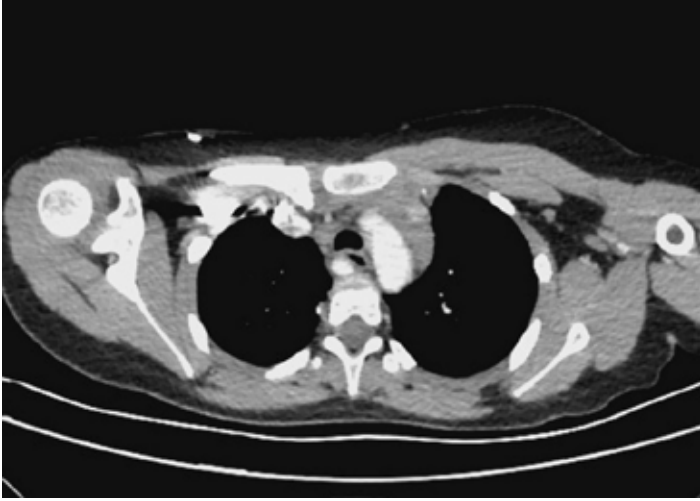
Fizik muayenesinde büyüme geriliği ve çomak parmak saptanmadı, solunum muayenesi normaldi. Akciğer grafisinde sol parakardiyak alanda yumuşak doku dansitesi izlenmesi üzerine yapılan tüberküloz tarama testi negatif, tam kan sayımı ve sedimantasyon normal sonuçlandı. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Ekokardiyografi normal değerlendirildi. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide (BT) soldaki yumuşak dokunun timus dokusu olduğu, lenfadenopati izlenmediği yorumu alındı, aberran sağ subklavian arter görüldü. Persiste eden solunum semptomları nedeniyle yapılan fleksible bronkoskopide trakeanın orta ve distal kesimlerinde lümeni %50'den fazla daraltan ekstrensek bası ve sol ana bronş basısı izlendi. Bronkoalveolar lavaj sıvısından alınan tüberküloz PCR ve arb negatif sonuçlandı. Basiya yönelik ileri değerlendirme için çekilen Toraks BT anjiyografide ek vasküler anomali izlenmedi. ARSA tanısı alan hastanın yapılan baryumlu grafide özofagusa posteriordan bası olduğu görüldü. Hasta bası bulguları nedeniyle cerrahi değerlendirme için Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi'ne yönlendirildi.

Sonuç

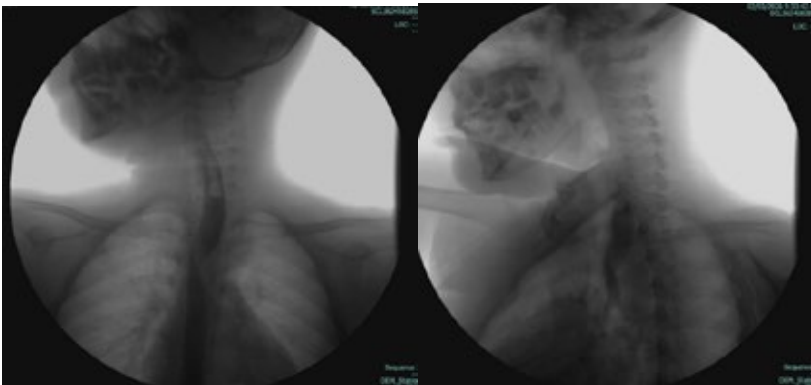
Yineleyen alt solunum yolu enfeksiyonları olan hastalarda, vasküler ring anomalileri akılda bulundurulmalı ve özofagusa bası nedeniyle eşlik edebilecek beslenme problemleri sorgulanmalıdır. Çocukluk çağında persistan timus dokusunun varlığı, mediastinal kitle veya lenfadenopati ayırıcı tanısında yer almaktadır. Ayrıntılı öykü ile ileri kesitsel görüntüleme yöntemlerini içeren multidisipliner yaklaşım doğru tanı ve gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.



Şekil 1 PA Akciğer Grafisinde sağ perihiler infiltrasyon ve sol üst parakardiyak alanda yumuşak doku imajı



Şekil 2 Toraks BT Anjiyografide özofagus posteriorda sağ subklavian arter



Şekil 3 Özofagografide özofagusa posteriordan bası

Anahtar Kelimeler

Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, Aberran sağ subklavian arter, persistan timus



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

SÖZLÜ
BİLDİRİLER



SS-001

ADÖLESAN YEME BOZUKLUKLARINDA AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ KILAVUZUNA İLİŞKİN CHAT GPT YANITLARININ KALİTE VE GÜVENİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Gül Güven¹, Simay Mirioğlu^{1,2}, Burak Kurt³, Rahime Duygu Temeltürk^{4,5,6}, Zehra Aycan¹

1 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

2 – Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Beslenme, Metabolizma ve Klinik Beslenme Doktora Programı, Ankara, Türkiye

3 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

4 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

5 – Ankara Üniversitesi Otizm Müdahale ve Araştırma Merkezi, Ankara, Türkiye

6 – Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sinir Bilimleri Programı, Ankara, Türkiye

Giriş:

Yeme bozuklukları, adölesan dönemde önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili ciddi psikiyatrik bozukluklardır (American Psychiatric Association, 2022). Son yıllarda Chat GPT gibi yapay zekâ temelli büyük dil modelleri, sağlıkla ilişkili bilgi edinme amacıyla giderek daha sık kullanılmaktadır. Bununla birlikte, özellikle klinik açıdan hassas alanlarda, yapay zekâ tarafından üretilen sağlık bilgilerinin doğruluğu, güvenilirliği ve kılavuzlarla uyumu konusunda sınırlılıklar ve tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, adölesan yeme bozukluklarına ilişkin ChatGPT yanıtlarının APA 2023 Yeme Bozuklukları Kılavuzu ile uyumunu değerlendirmek ve bu yanıtların kalite, güvenilirlik ve okunabilirlik düzeylerini incelemektir.

Yöntem:

Bu kesitsel içerik analizi çalışmasına, APA 2023 Yeme Bozuklukları Kılavuzu temel alınarak oluşturulan 34 klinik soru dahil edilmiştir. Sorular; tanı ve değerlendirme, beslenme yönetimi ve tıbbi izlem ile tedavi ve klinik girişimler olmak üzere üç başlık altında gruplandırılmıştır. Tüm sorular, ChatGPT'ye (OpenAI, ücretsiz erişimli sürüm 5.2) ayrı sohbet oturumlarında yöneltilmiştir. Yanıtlar; adölesan tıp uzmanları, çocuk ve ergen psikiyatristleri ile diyetisyenlerden oluşan dokuz uzman tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Yanıtların kalite ve güvenilirliği, Global Quality Score (GQS) ve modifiye DISCERN (mDISCERN) ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir. GQS'de 1–2 puan düşük kaliteyi, 3 puan orta kaliteyi, 4–5 puan ise yüksek kaliteyi göstermektedir. mDISCERN skorları ise düşük güvenilirlik (8–15), makul güvenilirlik (16–31) ve iyi güvenilirlik (32–40) olarak yorumlanmıştır. Değerlendiriciler arası uyum Fleiss kappa katsayısı ile analiz edilmiştir. Okunabilirlik düzeyi ise çoklu standart okunabilirlik indeksleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Değerlendiriciler arası uyumun, tüm değerlendirici gruplarında orta ile orta-iyi düzey arasında değiştiği saptanmıştır. Ortalama GQS puanları, tüm klinik alanlarda yüksek kaliteli yanıtlar elde edildiğini göstermiştir. mDISCERN skorları ise yanıtların makul ile iyi düzey arasında güvenilirliğe sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin, diğer değerlendirici gruplarına kıyasla genel olarak daha yüksek güvenilirlik puanları verdiği belirlenmiştir. Okunabilirlik analizleri, yanıtların lise ve üniversite düzeyinde okuma güçlüğüne karşılık geldiğini göstermiştir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma:

ChatGPT yanıtlarının; adölesan yeme bozukluklarında tanı, beslenme yönetimi, tıbbi izlem ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin kılavuz temelli önerilerle genel olarak uyumlu olduğu görülmüştür. Diğer tıbbi alanlarda yapay zekâ tarafından oluşturulan sağlık bilgilerinin değerlendirildiği benzer çalışmalarda da, kalite ve güvenilirlik düzeylerinin klinik konuya ve kullanılan değerlendirme çerçevesine bağlı olarak değişkenlik gösterebildiği bildirilmiştir (Ulug ve ark., 2025; Ye ve ark., 2025). Bu çalışmada saptanan görece yüksek okunabilirlik düzeylerinin, soru oluşturma sürecinde kullanılan yapılandırılmış metodoloji ve kılavuz odaklı istemlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca soruların, hasta veya bakım verenlerden ziyade sağlık profesyonellerinin bilgi arama davranışını yansıtacak şekilde tasarlanmış olması önemlidir. Bu nedenle bulgular, çalışma tasarımı çerçevesinde değerlendirilmelidir ve toplum kullanımı ya da klinik karar verme süreçlerine doğrudan genellenmemelidir.

Sonuç:

ChatGPT, adölesan yeme bozuklukları konusunda genel olarak kılavuzlarla uyumlu bilgiler sunabilmektedir. Ancak güvenilirlik ve okunabilirlik düzeylerindeki değişkenlik nedeniyle, yapay zekâ tarafından üretilen yanıtlar dikkatli yorumlanmalı; profesyonel klinik değerlendirme ve kanıta dayalı kılavuzların yerine kullanılmamalıdır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5-TR)*. 5. baskı, metin revizyonu. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Ulug E, Gunesli I, Acikgoz-Pinar A, Yildiz BO. Polikistik over sendromlu kadınlar için ChatGPT'nin beslenme önerilerinin güvenilirlik, kalite ve okunabilirliğinin değerlendirilmesi. *Nutr Res*. 2025;133:46-53.
3. Ye Y, Zheng E, Lan Q ve ark. Helicobacter pylori enfeksiyonu hakkında bilgi sunmada ChatGPT sürümlerinin doğruluk ve güvenilirliğinin karşılaştırmalı değerlendirilmesi. *Front Public Health*. 2025;13:1566982.



SS-002

ALARM ÇALDIĞINDA, HABERSİZ YAPILAN İN SİTU ÇOCUK ACİL SİMÜLASYONLARININ BİLGİ DÜZEYİ VE EKİP PERFORMANSI ÜZERİNE ETKİLERİ

Emre Yaşar Karbancıoğlu¹, İhsan Özdemir¹, Ömer Koç¹, Gökçe Altıparmak¹, Tuğba Akkaya Hocagil², Deniz Tekin¹

1 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Acil Bilim Dalı

2 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Simülasyon temelli eğitim, çocuk acil tıp pratiğinde nadir ancak kritik klinik durumlara hazırlık açısından önemli bir eğitim yöntemidir. Özellikle gerçek klinik ortam içerisinde gerçekleştirilen “in situ” simülasyonlar; ekip iletişimi, liderlik, kriz yönetimi ve resüsitasyon becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte gerçek zamanlı, habersiz ve hastane arest çağrı sistemi ile aktive edilen simülasyon uygulamalarına ilişkin veriler sınırlıdır.

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir çocuk acil serviste gerçek zamanlı, habersiz, arest butonu ile başlatılan in situ simülasyon eğitiminin pediatri asistanlarının bilgi düzeyi, öz yeterlilik algısı ve eğitim memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tek merkezli, yarı deneysel, pre-post karşılaştırmalı çalışma Ocak 2026 tarihinde üçüncü basamak bir çocuk acil serviste gerçekleştirildi. Simülasyon senaryoları gerçek klinik iş akışı içerisinde, önceden haber verilmeksizin hastane arest çağrı sistemi aktive edilerek uygulandı.

Çalışmaya çocuk acil serviste aktif çalışan toplam 101 pediatri asistanı davet edildi. Eksik doldurulan iki anket dışlandıktan sonra 99 asistan çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların 46’sı simülasyon eğitimine katılırken, 53’ü katılmadı.

Senaryolar;

- Sepsis ve septik şok,
- Pnömoniye bağlı septik şok,
- Kardiyopulmoner arrest,
- Anafilaksi ilişkili şok,
- Hızlı kötüleşen kritik çocuk hasta

gibi çocuk acil pratiğinde yüksek riskli klinik durumları içerecek şekilde oluşturuldu. Tüm senaryolar sonrası yapılandırılmış debriefing uygulandı.

Tüm katılımcılara 14 soruluk bilgi testi uygulandı. Simülasyona katılan grupta ayrıca eğitim öncesi ve sonrası öz değerlendirme ölçekleri ile eğitim memnuniyet anketi uygulandı. Açık uçlu geri bildirimler tematik analiz yöntemiyle değerlendirildi.

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics v29 kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma olarak sunuldu. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



BULGULAR

Toplam 99 pediatri asistanının yaş ortalaması $28,6 \pm 2,4$ yıl olup katılımcıların %76,8'i kadındı.

Simülasyona katılan asistanların bilgi testi puanları, katılmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($11,59 \pm 2,41$ 'e karşı $9,47 \pm 4,53$; $p=0,010$). Etki büyüklüğü orta düzeydeydi (Cohen's $d=0,53$).

Tablo 1. Bilgi testi sonuçları

Değişken	Simülasyona Katılanlar (n=46)	Katılmayanlar (n=53)	p
Doğru cevap sayısı	$11,59 \pm 2,41$	$9,47 \pm 4,53$	0,010
Yanlış cevap sayısı	$2,41 \pm 2,41$	$4,53 \pm 4,53$	0,010

Simülasyona katılan grupta eğitim sonrası öz değerlendirme puanlarında anlamlı artış saptandı.

Tablo 2. Simülasyon öncesi ve sonrası öz yeterlilik değerlendirmeleri

Değerlendirme Alanı	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p
Sepsisi tanıma konusunda rahatlık	3,2 / 5	4,6 / 5	<0,001
Kritik çocuk hastayı yönetme konusunda rahatlık	3,0 / 5	4,5 / 5	<0,001
Pediyatrik resüsitasyon sırasında rahatlık	3,1 / 5	4,4 / 5	<0,001

Katılımcıların tamamı simülasyon eğitiminden memnun olduklarını belirtti. Açık uçlu geri bildirimlerde özellikle habersiz arest çağrısı ile başlatılan senaryoların gerçek klinik ortamı yansıttığı, stres yönetimi ve ekip iletişimini güçlendirdiği vurgulandı. Katılımcılar ayrıca daha fazla ve çeşitli senaryo uygulanması gerektiğini ifade etti.

TARTIŞMA

Çalışmamız, gerçek zamanlı ve habersiz in situ simülasyon uygulamalarının pediatri asistanlarının hem bilgi düzeyini hem de algılanan klinik yeterliliklerini artırdığını göstermektedir. Gerçek klinik ortamda, mevcut ekip ve ekipman kullanılarak gerçekleştirilen bu yaklaşım; ekip koordinasyonu, liderlik ve kriz yönetimi becerilerinin doğal koşullarda değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Arest butonu ile aktive edilen simülasyonların oluşturduğu gerçekçi stres ortamı, öğrenme deneyimini güçlendiren önemli bir unsur olarak öne çıkmıştır. Özellikle ekip içi iletişim, görev paylaşımı ve liderlik becerilerinin geliştiğine yönelik geri bildirimler dikkat çekicidir.

Bunun yanında bu yöntem, ek simülasyon merkezi veya ileri teknolojik altyapı gerektirmemesi nedeniyle düşük maliyetli ve uygulanabilir bir eğitim modeli sunmaktadır. Bu nedenle özellikle kaynakların sınırlı olduğu merkezlerde çocuk acil ekip hazırlığını artıracak pratik bir yaklaşım olabilir.

SONUÇ

Gerçek zamanlı, habersiz ve arest butonu ile başlatılan in situ simülasyon eğitimi; pediatri asistanlarının bilgi düzeyini, öz yeterlilik algısını ve ekip çalışmasını olumlu yönde geliştirmektedir. Bu yaklaşım özellikle kaynakların sınırlı olduğu merkezlerde çocuk acil ekip hazırlığını artıracak, uygulanabilir ve ölçeklenebilir bir eğitim stratejisi olabilir.

Anahtar Kelimeler

İn situ simülasyon, çocuk acil, pediatri asistanı, resüsitasyon, ekip çalışması, simülasyon eğitimi



SS-003

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ ŞOK HASTALARININ YÖNETİMİ İÇİN OLUŞTURULAN QR KOD TABANLI ALGORİTMANIN PEDİATRİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN HASTA YÖNETİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Emre Yaşar Karbancıoğlu¹, Ömer Koç¹, Gökçe Altıparmak¹, İhsan Özdemir¹, Merve Havan², Tanıl Kendirli², Deniz Tekin¹

1 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Acil Bilim Dalı

2 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Pediyatrik şok, erken tanı ve uygun tedavi uygulanmadığında yüksek mortalite ile ilişkili, hızlı ilerleyen yaşamı tehdit eden bir acildir. Çocuklarda kompensatuvar mekanizmaların uzun süre dolaşım stabilitesini koruyabilmesi nedeniyle şokun erken bulgularının tanınması güç olabilir. Bu nedenle özellikle çocuk acil servislerde çalışan pediatri asistanlarının güncel rehberlere dayalı şok yönetim bilgisine hızlı erişimi büyük önem taşımaktadır.

Son yıllarda QR kod tabanlı dijital öğrenme araçları, klinik ortamlarda bilgiye hızlı erişim sağlayan pratik eğitim yöntemleri olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, QR kod ile erişilebilen pediatrik şok algoritmasının pediatri asistanlarının şok yönetimi bilgi düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREK VE YÖNTEM

Bu tek merkezli, yarı deneysel, önce-sonra karşılaştırmalı çalışma Ocak 2026 tarihinde üçüncü basamak bir çocuk acil serviste gerçekleştirildi.

Çalışmaya aktif olarak görev yapan toplam 102 pediatri asistanı dahil edildi. Katılımcılara pediatrik şok yönetimi ile ilgili aynı 20 soruluk çoktan seçmeli bilgi testi, QR kod aracılığıyla algoritmaya erişim öncesi ve sonrasında uygulandı.

Bilgi testi;

- Şok tiplerinin tanınması,
- Sıvı resüsitasyonu,
- Vazopressör seçimi,
- Anafilaksi yönetimi,
- Neonatal şok

gibi temel pediatrik acil konularını içermektedir.

Katılımcılar QR kod aracılığıyla PDF formatındaki pediatrik şok algoritmasına yönlendirildi ve algoritmayı incelemeleri için 5 dakika süre verildi. Ardından aynı bilgi testi tekrar uygulandı.

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics v29 kullanılarak gerçekleştirildi. Ön test ve son test sonuçları paired samples t-test ile karşılaştırıldı. Etki büyüklüğü Cohen's d yöntemi ile hesaplandı. $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.



BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $28,4 \pm 2,3$ yıl olup %77'si kadındı. Pediatrik acil rotasyon süresi ortalama $5,3 \pm 2,6$ ay olarak saptandı.

QR kod ile algoritmaya erişim sonrası bilgi testi doğru yanıt oranı anlamlı düzeyde arttı ($\%84,4 \pm 10,2$ 'den $\%95,1 \pm 4,7$ 'ye; $p < 0,001$). Ortalama artış %10,7 olarak bulundu. Etki büyüklüğü yüksek düzeydeydi (Cohen's $d=1,24$).

Tablo 1. Genel bilgi testi sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	Algoritma Öncesi	Algoritma Sonrası	Fark	p	Cohen's d
Doğru yanıt oranı (%)	$84,4 \pm 10,2$	$95,1 \pm 4,7$	+10,7	<0,001	1,24

En belirgin bilgi artışı;

- Yoğun bakım imkanı olmayan merkezlerde septik şok yönetimi (+26,5),
- Anafilakside ilk seçenek tedavi (+23,5),
- Şokun erken tanınması (+22,6)

konularında görüldü.

Tablo 2. Bilgi artışının en fazla olduğu sorular

Klinik Alan	Ön Test (%)	Son Test (%)	Artış
Yoğun bakım olmayan merkezde septik şok yönetimi	65,7	92,2	+26,5
Anafilakside ilk seçenek tedavi	70,6	94,1	+23,5
Şokun erken bulgularının tanınması	72,5	95,1	+22,6
Kardiyojenik şokta inotrop seçimi	72,5	93,1	+20,6
Anafilakside IM adrenalın tekrar aralığı	75,5	93,1	+17,6

Tüm soru başlıklarında genel olarak doğru yanıt oranlarında artış görüldü.

TARTIŞMA

Bu çalışma, QR kod aracılığıyla erişilebilen rehber temelli pediatrik şok algoritmalarının pediatri asistanlarının bilgi düzeyini kısa sürede anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir.

Özellikle çocuk acil gibi yoğun klinik ortamlarda hızlı bilgi erişimi; tanı doğruluğu, müdahale zamanı ve rehber uyumlu tedavi açısından kritik öneme sahiptir. QR kod tabanlı algoritmaların "just-in-time learning" yaklaşımını destekleyerek klinik karar verme süreçlerini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda en yüksek bilgi artışının septik şok, anafilaksi ve erken şok tanınması gibi kritik klinik alanlarda görülmesi dikkat çekicidir. Bu durum, görsel algoritmaların bilişsel yükü azaltarak rehber bilgilerinin daha hızlı işlenmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

QR kod tabanlı eğitim modellerinin düşük maliyetli olması, ek teknolojik altyapı gerektirmemesi ve kolay uygulanabilirliği özellikle kaynakların sınırlı olduğu merkezler açısından önemli avantaj sağlamaktadır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



SONUÇ

QR kod ile erişilebilen pediatrik şok algoritması, pediatri asistanlarının şok yönetimi bilgi düzeyini kısa sürede ve yüksek etki büyüklüğü ile artırmıştır. Rehber temelli dijital algoritmaların çocuk acil eğitim programlarına entegrasyonu; klinik karar verme süreçlerini destekleyen, düşük maliyetli, uygulanabilir ve ölçeklenebilir bir eğitim stratejisi olabilir.

ANAHTAR KELİMELER

Pediatrik şok, QR kod, algoritma, tıp eğitimi, pediatri asistanı, çocuk acil



SS-004

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE HIZLI VE GÜVENİLİR KİLO TAHMİN YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Süley Çobanoğlu¹, Funda Kurt²

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği

Giriş ve Amaç: Acil servisler, ani gelişen ve hızlı müdahale gerektiren durumlarda uygun tedavinin sağlandığı birimlerdir. Özellikle sarı-kırmızı triyaj kodu alan çocuklarda doğru kilonun bilinmesi tedavi güvenliği için kritiktir. Bu çalışmada doktor, hemşire, aile kilo tahmini, Broselow bandı ve Mercy yöntemi tahmini ile hastanın ölçülen kilosu karşılaştırılmıştır. Hangi yöntemin daha uygun olduğunun belirlenmesi ve acil servisin kalitesini artırmak hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya 15 Şubat 2024 – 30 Ağustos 2025 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran hastalardan yeşil triyaj kodu almış olan 1 ay-13 yaş arasında 5031 hasta dahil edildi. Her hasta için ebeveyn, doktor ve hemşire kilo tahmini, Broselow bandı ve Mercy yöntemi kilo tahmini, hastanın gerçek kilosu, hasta boyu, vücut kitle indeksi, Z skoru bakıldı.

Broselow Bandı, açık hali

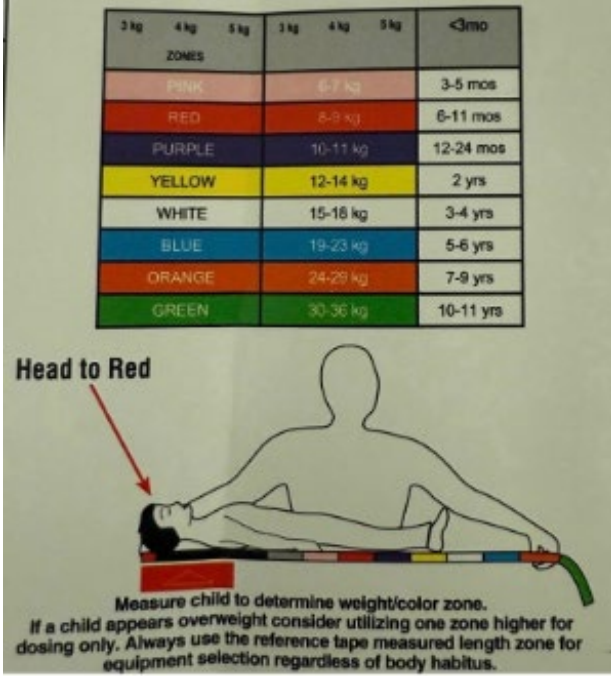


Broselow Bandı, maket ile boy ölçümü





Broselow Bandı, renk kategorileri



Bulgular: Kilo tahmin yöntemleri doğruluk ve uyum ölçütleri açısından karşılaştırıldı. Doktor değerlendirmesinde Kappa katsayısının 0,81 olup; hem P10 (% 83,5) hem de P20 (% 86,5) değerlerinin diğer yöntemlere kıyasla en yüksek bulunması gerçek kiloya en yakın tahmini sağlayan yöntem olduğunu gösterdi. İkinci ve üçüncü sırada yer alan hemşire tahmini ve ebeveyn tahmininin sırasıyla Kappa değerleri $\approx 0,76$ ve $\approx 0,74$ idi. Hemşire ve ebeveyn tahmininin P10 ve P20 değerlerinin de sırasıyla % 79, % 82 ve % 77, % 84 olduğu belirlendi. Broselow bandının Kappa katsayısı $\approx 0,68$ olup; P10 ve P20 değerleri sırasıyla % 73 ve % 79 idi. Mercy yöntemi Kappa katsayısı $\approx 0,43$; P10 ve P20 değerleri sırasıyla % 50 ve % 62 idi. Bu değerleriyle Mercy yönteminin hem sistematik hem bireysel tahmin doğruluğu açısından en zayıf yöntem olduğu saptandı.

Kilo Tahmin Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Yöntem	Kappa	P10 (%)	%95 GA (P10)	P20 (%)	%95 GA (P20)
Doktor	0,81	83,5	82,5 – 84,5	86,5	85,6 – 87,4
Hemşire	0,76	79,4	78,3 – 80,5	82,2	81,1 – 83,2
Ebeveyn	0,74	77,3	76,1 – 78,5	83,6	82,5 – 84,6
Broselow	0,68	72,6	71,4 – 73,8	78,8	77,6 – 79,9
Mercy	0,43	50,3	48,9 – 51,7	62,0	60,7 – 63,3

Tartışma ve Sonuç: Türk çocuklarında doktor kilo tahmini en yüksek uyum ve doğruluk değerleri ile gerçek kiloya en yakın yöntemi oluşturmuştur. Hemşire ve ebeveyn tahminleri kabul edilebilir doğruluk gösterirken, Broselow bandı orta düzeyde performans göstermiştir. Mercy yöntemi ise düşük uyum ve doğruluk oranları ile klinik açıdan en zayıf yöntem olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Acil Servisi, Broselow Bandı, Mercy Yöntemi, Hemşire Kilo Tahmini, Doktor Kilo Tahmini, Ebeveyn Kilo Tahmini



SS-005

SİSTEMİK BAKTERİYEL ENFEKSİYON ŞÜPHESİ OLAN 1 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA TÜKÜRÜK PROKALSİTONİN DÜZEYLERİNİN KULLANIMI VE SERUM PROKALSİTONİN DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sercan Çınarlı¹, Ali Yurtseven², Caner Turan², Elif Azarsız³, Eylem Ulaş Saz²

1 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Tıp Bilim Dalı

3 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sistemik bakteriyel enfeksiyonlar (SBE; menenjit, bakteriyemi, idrar yolu enfeksiyonu, sepsis, pnömoni) özellikle bir yaş altı çocuklarda önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Tanıda yaygın kullanılan serum prokalsitonini (PCT) kan örnekleme gerektirdiğinden ağrı, anksiyete ve damar yolu girişimine bağlı komplikasyonlara yol açabilmektedir. Tükürükten PCT ölçümü ise non-invaziv bir alternatiftir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, tükürük ve serum PCT arasındaki korelasyonu incelemeyi ve SBE şüphesiyle başvuran bir yaş altı bebeklerde tükürük PCT'nin tanısal yararlılığını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Ocak–Haziran 2025 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne SBE şüphesiyle başvuran bir yaş altı 160 hasta prospektif olarak çalışmaya alındı. Tüm olgulardan eş zamanlı tükürük ve serum örneği alındı. C-reaktif protein (CRP), serum ve tükürük PCT düzeyleri ölçüldü. Demografik, klinik, laboratuvar ve mikrobiyolojik veriler kaydedildi. Hastalar SBE ve viral enfeksiyon tanıları ile iki gruba ayrıldı. Grupların laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Tanısal performans ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 160 bebeğin (medyan yaş 8 ay; %63 erkek) %11,3'ü (n=18) SBE, %88,7'si (n=142) viral enfeksiyon tanısı aldı. Medyan tükürük PCT düzeyi SBE grubunda viral enfeksiyon grubuna kıyasla belirgin şekilde daha yüksekti (sırasıyla 69,3 pg/ML, < 0,01 pg/mL; p < 0,001). SBE tanısında eğri altı alan (AUC) tükürük PCT için 0,92, serum PCT için 0,96 ve serum CRP için 0,88 olarak bulundu. Tükürük PCT'nin 31,3 pg/mL eşik değerinde duyarlılığı %89, özgüllüğü %92,3 ve negatif prediktif değeri (NPV) %98,7 saptandı. Serum ve tükürük PCT düzeyleri arasında zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (r=0,250; p=0,001).

Tartışma ve Sonuç: Tükürük PCT, bir yaş altı olgularda SBE'yi dışlamada yüksek özgüllük ve negatif prediktif değere sahip, güvenilir ve non-invaziv bir biyobelirteç olabilir. Damar yolu açılması güç hastalarda ayırıcı tanı ve klinik karar süreçlerini destekleyebilir. Ancak zayıf serum–tükürük korelasyonu, örnekleme standardizasyonu ve daha büyük, çok merkezli çalışmalarla doğrulama gereksinimini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: tükürük, sistemik bakteriyel enfeksiyon, infant, prokalsitonin



SS-006

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE STANDART TRIYAJ EĞİTİMİ SONRASI SAĞLIK PERSONELİ VE CHATGPT-5.2 ARASINDA TRIYAJ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Anıl¹, Gülşen Yalçın¹, **Emine Alan¹**, Umay Deniz¹, Pakize Işık Karaca¹, Tuğçe Şen¹, Arzu Çamlıdağ¹, Sevilay Dikyurt¹, Mehtap Tümer¹, Sabriye Okçu¹, Aysel Başer²

1 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ülkemizde 3 evreli renk kodlu triyaj sistemi kullanılmakta olup henüz standart bir triyaj eğitimi yoktur. Bu çalışmanın amacı, çocuk acil serviste standart bir triyaj eğitimi ve ortak bir triyaj algoritması geliştirme süreci sonrasında sağlık personeli arasındaki triyaj karar uyumunu değerlendirmek ve eğitilmiş büyük dil modeli yapay zekâ (ChatGPT-5.2) ile sağlık personeli arasındaki uyum düzeyini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çocuk acil triyaj eğitim ekibi; çocuk acil eğitim sorumlusu, çocuk acil eğitim görevlisi, üç çocuk acil yandal asistanı, iki pediatri asistanı ve üç hemşireden oluşturuldu. Eğitim sürecinde öncelikle T.C. Sağlık Bakanlığı'nın üç kategorili renk kodlu triyaj sistemi ile ABD'de kullanılan beş evreli Emergency Severity Index (ESI) sistemi anlatıldı. Ardından yapılan seri toplantılarla ESI sistemi Türkiye'deki renk kodlu sisteme uyarlanarak ortak görüşle bir triyaj akış şeması geliştirildi. Tüm toplantı notları ve oluşturulan algoritma ChatGPT-5.2 ile paylaşıldı. Eğitim sorumlusu tarafından son bir yıl içinde acile başvuran olgular temel alınarak 60 simüle pediatrik olgu senaryosu hazırlandı. Ekip üyeleri aynı oturumda olguları bireysel olarak kırmızı-sarı-yeşil sınıflandırdı; aynı işlem ChatGPT-5.2'den de istendi. Gözlemciler arası uyum Fleiss' kappa, insan-ChatGPT uyumu ise ağırlıklı Cohen's kappa ile değerlendirildi. Kırmızı kategorideki bir olgunun yeşil olarak sınıflandırılması Katastrofik yetersiz triyaj şeklinde tanımlandı.

Bulgular: Sağlık personeli ve ChatGPT-5.2 birlikte ele alındığında Fleiss' kappa katsayısı 0.680 olup iyi düzeyde uyum saptandı. Yalnızca sağlık personeli arasındaki uyum daha yüksek bulundu (Fleiss $\kappa=0.743$; çok iyi düzeyde uyum). Sağlık personeli ile ChatGPT arasındaki ortalama ağırlıklı Cohen's kappa değeri 0.677 ± 0.044 idi. ChatGPT-5.2'nin kırmızı olguları tanıma duyarlılığı %80, özgüllüğü %96 olarak hesaplandı ve katastrofik yetersiz triyaj izlenmedi. Yeşil kategoride özgüllük %86.9, duyarlılık %59.5; sarı kategoride duyarlılık %61.5 ve özgüllük %63.8 bulundu. Yaşa göre analizde 0-12 ay grubunda sağlık personeli uyumu çok iyi ($\kappa=0.86$) ve ChatGPT-konsensüs uyumu mükemmel ($\kappa=1.00$) iken, ≥ 11 yaş grubunda uyum orta düzeye düşmüştür. Tanı gruplarında en yüksek uyum solunum sistemi ve travma olgularında, en düşük uyum gastrointestinal sistem olgularında saptanmıştır.

Yaş Gruplarına Göre Sağlık personeli ve ChatGPT-5.2 Arasındaki Uyum

Yaş Grubu	Sağlık Personelinin Kendi İçindeki Uyum (Fleiss κ)	Sağlık Personeli ile ChatGPT- Uyum (Ağırlıklı Cohen κ)
0-12 ay	0,86 (Çok İyi)	1.00 (mükemmel)
1-10 yaş	0,74 (İyi)	0,64 (İyi)
11 yaş ve üstü	0,39 (Orta)	0,33 (Orta)

Tartışma ve Sonuç: Standartlaştırılmış eğitim ve ortak algoritma geliştirme süreci sonrası sağlık personeli arasında yüksek triyaj uyumu sağlanmıştır. ChatGPT-5.2 ile uyum iyi düzeyde olup özellikle yüksek riskli kırmızı olguların tanınmasında başarılıdır. Yapay zekâ destekli triyaj sistemleri, çocuk acil servislere eğitim ve klinik karar destek süreçlerinde yardımcı bir araç olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik acil servis, triyaj, gözlemciler arası uyum, yapay zekâ, büyük dil modeli, ChatGPT-5.2



SS-007

IGE ARACILI BESİN ALERJİSİ TANILI ÇOCUKLARDA YÜKLEME TESTİ, MERDİVEN VEYA ORAL İMMÜNÖTERAPİ İLE BESİNİN DİYETTE AÇILMASININ HAYAT KALİTESİ VE EOZİNOFİLİK ÖZOFAJİT SEMPTOMLARIYLA İLİŞKİSİ

Eyşan Tağal¹, Gamze Yaylak², Gizem Kuruoğlu², İlayda Ataç², Ayşe Güneri Alparslan², Cansın Saçkesen², Betül Büyüktiryaki²

1 – Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

2 – Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

3 – Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Araştırma Merkezi (KUTTAM), İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Eozinofilik özofajit (EoE), IgE-aracılı besin alerjisi ile ortak patofizyolojik mekanizmalara sahip, kronik, immünolojik hastalıktır. Besin alerjisi ve EoE birlikte görülebilmektedir ve oral immünoterapi (OİT) sırasında EoE oranı %2.7-5.7 olarak gösterilmiştir. OİT'ye bağlı besin açılımının mı yoksa altta yatan besin alerjisine ait immün yanıtın mı EoE gelişiminde rol oynadığı henüz net değildir. Çalışmamızın amacı alerjen besinin diyetle açılması ile hayat kalitesindeki ve EoE semptom skorlarındaki değişimi ve EoE tanısını değerlendirmektir.

Yöntem: IgE-aracılı besin alerjisi tanısı ile takip edilen hastalar ve besin alerjisi beraberinde EoE tanısı olan çocuklar dahil edildi. Alerjen besin açılmadan önce ve yükleme testi, merdiven veya OİT gibi yöntemlerle alerjen besin açıldıktan sonraki 6-12. aylar arasında "Besin Alerjisi Yaşam Kalitesi Ölçeği (HKA)" ve "Pediatrik Eozinofilik Özofajit Semptom Skoru (PEÖSS)" anketleri ebeveynler tarafından dolduruldu.

Bulgular: IgE-aracılı besin alerjili 67 hastanın %31.3'ü (n=21) kız olup, ortalama yaş 77 ay [Çeyrekler arası aralık (ÇAA):55.0-108.0] bulundu. İlk başvuruda beslenmeden çıkarılan besin sayısı 8 (ÇAA:2.0-11.0) iken, besinler açıldıktan sonra tolere edilebilen besin sayısı 4'e (ÇAA:1.0-8.0) düştü. EoE tanısı almayan hastaların (n=51) ilk başvuruda besin açılmadan önce HKA-toplam (3.8, ÇAA:1.9-4.5), PEÖSS-toplam (7.5, ÇAA:2.5-16.2), PEÖSS-sıklık (9.0, ÇAA:2.2-18.1), PEÖSS-şiddet (5.5, ÇAA:0.0-13.8) skoru en az bir besin açıldıktan 6-12 ay sonraki döneme göre (HKA-toplam:3.0, ÇAA:1.4-3.9, PEÖSS-toplam:3.7, ÇAA:0.0-11.2, PEÖSS-sıklık:4.5, ÇAA:0.0-11.3, PEÖSS-şiddet:2.7, ÇAA:0.0-8.3) anlamlı farklılık gösterdi (sırası ile p=0.005, p=0.035, p=0.013, p=0.006, p=0.009, p=0.027, p=0.009). EoE tanısı alan 16 hasta mevcuttu. EoE tanısı almayan hastaların (n=51) başlangıçtaki PEÖSS-toplam (7.5, ÇAA:2.5-16.2), PEÖSS-sıklık (9.0, ÇAA:2.2-18.1) ve PEÖSS-şiddet (5.5, ÇAA:0.0-13.8) skorları EoE tanılı hastaların (n=16) tanı anındaki skorlarına (PEÖSS-toplam:33.1, ÇAA:11.5-41.6, PEÖSS-sıklık:36.3, ÇAA:18.0-49.4 ve PEÖSS-şiddet:23.6, ÇAA:3.5-43.7) göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (sırasıyla p=0.003, P=0.001, P=0.006). EoE tanısı almayan hastalarda (n=51) besinler açıldıktan sonraki PEÖSS-toplam, PEÖSS-sıklık, PEÖSS-şiddet skorları, EoE tanılı hastaların tanı anındaki skorlarından anlamlı olarak düşük bulundu (p < 0.001, p < 0.001, p < 0.001).

Tartışma ve Sonuç: Alerjen sayısı ve alerjinin şiddeti yaşam kalitesi üzerinde önemli belirleyicilerdir. EoE tanısı olan ve olmayan çocuklar arasında saptanan anlamlı PEÖSS skor farkı, PEÖSS anketinin besin açılımı sürecinde gelişebilecek EoE'nin erken dönemde tanınmasında uygun ve yararlı bir izlem yöntemi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, Eozinofilik Özofajit, Hayat Kalitesi



SS-008

APECED SENDROMU TANILI HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse Bayhan Çekiç¹, Dilan Demir Gümüş², Muhammed Aydın², Ecem Kahveci², Zeynep Meriç²,
Betül Gemici Karaaslan², Sezin Aydemir², Esra Yücel², Ayça Kıyıkım², İlayda Altun³, Mert Uçar³,
Gökçe Velioğlu Haşlak³, Elvan Bayramoğlu³, Hande Turan³, Olcay Evliyaoğlu³

- 1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İstanbul
3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: APECED sendromu, AIRE gen mutasyonuna bağlı gelişen ve immün tolerans bozukluğu sonucu çoklu otoimmünite ile seyreden nadir bir primer immün regülasyon hastalığıdır. Klinik bulguların heterojen ve zaman içinde ortaya çıkması tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde izlenen APECED sendromu tanılı hastaların klinik özellikleri ve tedavi yanıtlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji bilim dalında APECED sendromu tanısı ile takip edilen hastaların demografik özellikleri, tanı gecikmeleri, klinik bulguları, otoantikor pozitiflikleri, tedavi yaklaşımları ve tedavi yanıtları hasta dosyalarından geriye yönelik elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 9 hasta dâhil edildi. Hastaların 5'i (%55,5) kız, 4'ü (%44,5) erkekti. Ortalama tanı yaşı 115,8 ay, semptom başlangıç yaşı 78,3 ay olup tanı gecikmesi 31,4 ay olarak hesaplandı. Ortalama immünoloji merkezine başvuru yaşı 125,6 aydı. Hastaneye başvuru nedenleri; 2 hastada (%22,2) hipokalsemik nöbet, 2 hastada (%22,2) diyabet bulguları, 2 hastada (%22,2) hipoglisemik nöbet, 2 hastada (%22,2) aile taraması, 1 hastada (%11,1) adrenal yetmezlik tablosu ve 1 hastada (%11,1) mukokütanöz kandidiyazis olarak saptandı. En sık eşlik eden otoimmün hastalık hipoparatiroidi olup, bunu tip 1 diyabetes mellitus (DM) ve Addison hastalığı izlemekteydi. Tüm otoimmün hastalıklar değerlendirildiğinde; 5 hastada (%55,5) hipoparatiroidi, 3 hastada (%33,3) tip 1 DM, 3 hastada (%33,3) Addison hastalığı, 2 hastada (%22,2) Hashimoto tiroiditi, 1 hastada (%11,1) otoimmün gastrit, 1 hastada (%11,1) otoimmün hepatit ve 1 hastada (%11,1) hiperinsülinemik hipoglisemi saptandı. Hastaların %55,6'sında en az bir otoantikor pozitifliği mevcuttu. En sık ICA ve anti-GAD (%44,4) pozitifliği izlenirken, bunu anti-TPO (%33,3) ve anti-TG (%22,2) pozitifliği takip etti. Altı hastada (%66,6) klinik bulgulara kronik mukokütanöz kandidiyazis eşlik etmekteydi. Dokuz hastanın üçünde (%33,3) immünsüpresif tedavi kullanıldı. Metilprednizolon verilen bir hastada tedavi yanıtı izlenmezken, ruxolitib kullanılan iki hastanın birinde klinik iyileşme gözlemlendi; diğer hastada ise başlangıçta yanıt alınmasına rağmen zamanla tedavi etkinliği kayboldu.

Tartışma ve Sonuç: Erken dönemde kronik mukokütanöz kandidiyazis ve çoklu otoimmünite varlığında APECED sendromunun akılda tutulması erken tanı açısından kritik önemdedir. İmmünsüpresif tedavilere verilen yanıtın değişken olması, hastaların bireysel olarak değerlendirilmesi ve yeni tedavi seçeneklerinin etkinliğinin daha geniş serilerle incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: otoimmün poliglandüler sendrom tip 1, AIRE gen mutasyonu, otoimmünite, immün disregülasyon, kronik mukokütanöz kandidiyazis



SS-009

KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİDE KÜMÜLATİF STEROİD DOZUNUN NİHAİ ERİŞKİN BOY ÜZERİNE ETKİSİ

Kürşat Çetin¹, Hilmi Alagöz², Mesut Parlak¹, Hale Tuhan¹

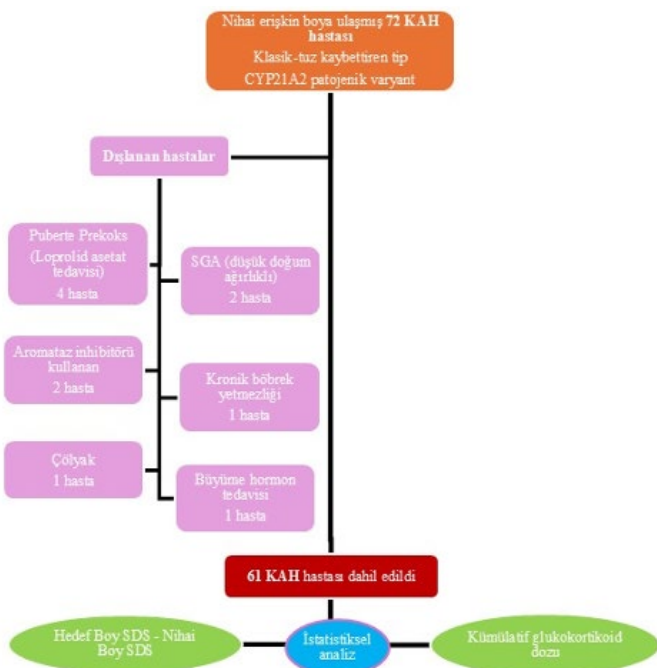
1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim dalı, Antalya

2 – Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Konjenital adrenal hiperplazi (KAH), özellikle klasik tuz kaybettiren tipte, büyüme ve nihai erişkin boyu (NEB) etkileyebilen kronik bir endokrin hastalıktır. Glukokortikoid tedavisinin yetersizliği hiperandrojenizme ve kemik yaşının hızlanmasına, uzun süreli yüksek doz maruziyetse büyüme plağının erken kapanmasına yol açabilmektedir. Bu çalışmada, klasik KAH tanılı ve NEB'ye ulaşmış hastalarda yenidoğan döneminden itibaren hesaplanan kümülatif hidrokortizon dozunun final boy üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2010-Aralık 2025 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği'nde düzenli izlenen ve NEB'ye ulaşmış 72 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Epifiz hatlarının kapanmış olması, kemik yaşının kızlarda ≥ 14 , erkeklerde ≥ 16 yıl olması ve yıllık büyüme hızının < 1 cm olması NEB kriteri olarak kabul edildi. Kemik maturasyonunu etkileyebilecek ek hastalık veya tedavi öyküsü bulunan hastalar (düşük doğum ağırlığı, çölyak hastalığı, kronik böbrek hastalığı, leuprolid asetat-aromataz inhibitörü ve büyüme hormonu tedavisi) dışlanarak 61 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, boy-SDS, vücut kitle indeksi (VKİ), hedef boy (HB) ve HB-SDS değerleri kaydedildi. HB ile NEB arasındaki fark (Δ) ve HB-SDS ile NEB-SDS arasındaki fark (Δ -SDS) hesaplandı. Üç aylık kontrollerde vücut yüzey alanına göre düzenlenen hidrokortizon dozları toplanarak yenidoğan döneminden NEB'ye kadar toplam kümülatif hidrokortizon dozu (g/m^2) hesaplandı ve boy kaybı parametreleri ile karşılaştırıldı.

Çalışma Akış Şeması





Bulgular: Hastaların 38'i (%62,3) kız olup NEB'ye ulaşma yaşı $16,2 \pm 1,5$ yıldır. Kızların ortalama boyu $158,8 \pm 4,7$ cm (SDS: $-0,8 \pm 0,6$), erkeklerin $169,5 \pm 5,9$ cm (SDS: $-1,2 \pm 1,0$); kızların VKİ $22,5 \pm 2,9$ kg/m² (SDS: $0,21 \pm 1,3$), erkeklerin ise $23,3 \pm 3,3$ kg/m² (SDS: $-0,14 \pm 1,2$) idi. Ortalama HB kızlarda $161,1 \pm 3,9$ cm, erkeklerde $173,3 \pm 5,1$ cm'di. Hedef boy ile NEB arasındaki ortalama fark kızlarda $2,3 \pm 1,9$ cm, erkeklerde $3,8 \pm 2,1$ cm; Δ -SDS sırasıyla $0,42 \pm 0,8$ ve $0,73 \pm 0,9$ olarak saptandı. Kümülatif hidrokortizon dozu kızlarda $82,89$ g/m² (ortalama $14,3$ mg/m²/gün), erkeklerde $81,50$ g/m² (ortalama $13,7$ mg/m²/gün) idi. Kümülatif hidrokortizon dozuyla Δ ve Δ -SDS arasında güçlü pozitif korelasyon bulundu ($r=0,964$; $r=0,978$; $p < 0,001$).

Hastaların Cinsiyete Göre Demografik, Antropometrik Özellikleri ve Kümülatif Steroid Dozları

Ortalama ($\pm$ SDS)		
	Kız (n=38)	Erkek (n=23)
Yaş, yıl	$16,1 \pm 1,0$	$16,3 \pm 0,9$
NEB, cm	$158,8 \pm 4,7$	$169,5 \pm 5,9$
NEB-SDS	$-0,8 \pm 0,6$	$-1,2 \pm 1,0$
VKİ, kg/m ²	$22,5 \pm 2,9$	$23,3 \pm 3,3$
VKİ-SDS	$0,21 \pm 1,3$	$-0,14 \pm 1,2$
HB, cm	$161,1 \pm 3,9$	$173,3 \pm 5,1$
HB-SDS	$-0,37 \pm 0,7$	$-0,45 \pm 0,8$
Δ , cm	$2,3 \pm 1,9$	$3,8 \pm 2,1$
Δ -SDS	$0,42 \pm 0,8$	$0,73 \pm 0,9$
KHD, gr/m ²	$82,89$	$81,50$

SDS: standart deviyasyon skoru, NEB: nihai erişkin boy, cm: santimetre, VKİ: vücut kitle indeksi, HB: hedef boy, Δ : hedef boy ile nihai boy arası fark, Δ -SDS: hedef boy SDS ile nihai boy SDS arası fark, KHD: kümülatif hidrokortizon dozu

Tartışma ve Sonuç: Çalışmada kümülatif glukokortikoid maruziyeti arttıkça hedef boyya göre boy kaybının anlamlı olarak arttığı gösterildi. Klasik KAH'da tedavi hedefi yalnızca biyokimyasal kontrol değil, aynı zamanda optimal büyümenin korunması olmalıdır. Bu nedenle en düşük etkili glukokortikoid dozunun kullanılması, doz titrasyonunun dikkatli yapılması ve büyümenin yakın izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Uzun dönem boy prognozunu iyileştirmek için bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri ve alternatif tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: konjenital adrenal hiperplazi, kümülatif glukokortikoid dozu, hidrokortizon, nihai erişkin boy, hedef boy



SS-010

BÜYÜME HORMONU EKSİKLİĞİ OLAN ÇOCUKLARDA BÜYÜME HORMONU TEDAVİSİNİN VÜCUT KOMPOZİSYONU VE KAS GÜCÜNE ETKİSİ

Aynur Bedel¹, Zeynep Donbaloğlu¹, Hale Tuhan¹, Mesut Parlak¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Endokrinolojisi BD

Giriş ve Amaç: Büyüme hormonu eksikliği (GHD) olan çocuklarda boy kısalığına ek olarak artmış yağ kitlesi, azalmış yağsız vücut kitlesi ve kas gücünde azalma görülebilir. Çalışmamızda GH tedavisi başlanan GHD tanılı çocuklarda 6 aylık tedavi sürecinde vücut kompozisyonu ve kas gücündeki değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: GH tedavisi başlanan 29 GHD tanılı çocuk (9 kız, 20 erkek) tedavi başlangıcında ve 6. ayda değerlendirildi. Boy, boy standart sapma skoru (SDS), vücut ağırlığı, vücut ağırlığı SDS, Vücut kitle indeksi (VKİ), VKİ SDS, vücut yağ yüzdesi, yağsız vücut kitlesi, gövdesel yağ ve kas kitlesi ile kas gücü ölçümleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların 9'u (%31) kız, 20' si (%69) erkekti. Tedaviye başlama ortalama yaşı 10.97 ± 2.57 idi. Tedavi başlangıcında ortalama boy 130.24 ± 14.14 , boy SDS -2.34 ± 0.31 , vücut ağırlığı 30.73 ± 10.80 , vücut ağırlığı SDS'si 33.12 ± 11.53 , VKİ: 17.41 ± 2.98 , VKİ SDS' si -0.39 ± 0.91 saptandı. Altıncı ay ortalama boy 146.56 ± 21.25 , boy SDS -1.94 ± 0.37 , vücut ağırlığı 33.12 ± 11.53 , vücut ağırlığı SDS'si -1.37 ± 0.76 , VKİ 21.82 ± 5.96 , VKİ SDS' si -0.64 ± 0.92 saptandı. Ortalama vücut yağ yüzdesi başlangıçta 20.2 ± 5.3 iken, 6. ayda 17.53 ± 4.7 'e, azaldı. Ortalama yağsız vücut kitle yüzdesi tedavi öncesi 79.75 ± 5.31 , 6. ayda 82.46 ± 4.77 saptandı. Ortalama gövdesel yağlanma 2.8 ± 1.65 kg, gövdesel kas kitlesi 13.62 ± 4.03 kg; altıncı ayda ortalama gövdesel yağlanma 2.4 ± 1.49 kg, gövdesel kas kitlesi 14.92 ± 4.42 kg saptandı. Ortalama kas gücü tedavi başlangıcında 63.31 ± 24.8 newton, tedavinin 6. ayında 76.86 ± 32.64 newton ölçüldü. Altı aylık izlemde boy, boy sds, bmi sds, yağsız vücut kitlesi, ortalama gövdesel kas kitlesi, ortalama kas gücü artarken ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.008$, $p < 0.001$, $p = 0.003$), vücut yağ yüzdesinde ve gövdesel yağ kitlesinde azalma görüldü ($p < 0.001$), ($p = 0.002$).

Tablo 3. Büyüme hormonu tedavisi alan hastaların antropometrik, vücut kompozisyonu ve kas gücü değişimi

Parametre	1. ay	6. ay	p
Boy (cm)	130.24 ± 14.14	146.56 ± 21.25	<0.001
Boy SDS	-2.34 ± 0.31	-1.94 ± 0.37	<0.001
Vücut ağırlığı (kg)	30.73 ± 10.80	33.12 ± 11.53	<0.001
Vücut ağırlığı SDS	-1.46 ± 0.73	-1.37 ± 0.76	0.780
VKI (kg/m ²)	17.41 ± 2.98	21.82 ± 5.96	0.041
VKI SDS	-0.39 ± 0.91	-0.64 ± 0.92	0.008
Ortalama vücut yağ yüzdesi (%)	20.2 ± 5.3	17.53 ± 4.7	<0.001
Ortlama yağsız vücut kitle yüzdesi (%)	79.75 ± 5.31	82.46 ± 4.77	<0.001
Ortalama gövdesel yağ kitlesi (kg)	2.8 ± 1.65	2.4 ± 1.49	0.002
Ortalama gövdesel kas kitlesi (kg)	13.62 ± 4.03	14.92 ± 4.42	<0.001
Ortalama kas gücü (newton)	63.31 ± 24.8	76.86 ± 32.64	0.003



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



SDS: Yaş ve cinsiyete göre standart sapma skoru. VKİ: Vücut kitle indeksi (kg/m^2). VKİSDS: VKİ'nin yaş ve cinsiyete göre standart sapma skoru. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma olarak sunulmuştur. Tedavi başlangıcı ve 6. ay ölçümleri Paired Samples t-test ile karşılaştırılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, GHD tanılı çocuklarda 6 aylık GH tedavisinin yalnızca lineer büyümeyi değil, aynı zamanda vücut kompozisyonu ve kas fonksiyonlarını da anlamlı biçimde iyileştirdiğini göstermektedir. GHD tedavisinin değerlendirilmesinde boy artışının yanı sıra vücut kompozisyonu ve kas fonksiyonlarının izlenmesi, uzun dönem kardiyometabolik risklerin azaltılması açısından klinik pratiğe katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Büyüme hormonu eksikliği, Büyüme hormonu tedavisi, Vücut kompozisyonu, Kas gücü, Yağsız vücut kitlesi, Çocukluk çağı



SS-011

KALITSAL VE EDİNSEL SANTRAL DİABETES İNSİPIDUS TANILI PEDIATRİK OLGULARIN KLİNİK, HORMONAL VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Dilber Betül Bestil¹, Didem Helvacıoğlu¹, Tülay Güran¹

1 – Marmara Üniversitesi Çocuk Endokrin Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Santral diabetes insipidus (SDI), hipotalamo-nörohipofizer aksın konjenital veya edinsel bozukluklarına bağlı olarak arjinin-vazopressin sentez ya da salınım yetersizliği sonucu gelişen, hipotonik poliüri ve polidipsi ile karakterize önemli bir endokrinopatidir. Pediatrik yaş grubunda susama mekanizmasının tam olgunlaşmamış olması ve eşlik eden hipotalamik disfonksiyonlar tanıyı güçleştirebilmekte, ağır hipernatremi ve nörogelişimsel sekellerle sonuçlanabilmektedir. Bu çalışmada farklı etiyolojik gruplar arasında klinik, biyokimyasal, hormonal ve radyolojik özelliklerin karşılaştırılması, desmopressin doz gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve hipofiz hormon eksikliklerinin uzun dönem seyri incelenmiştir.

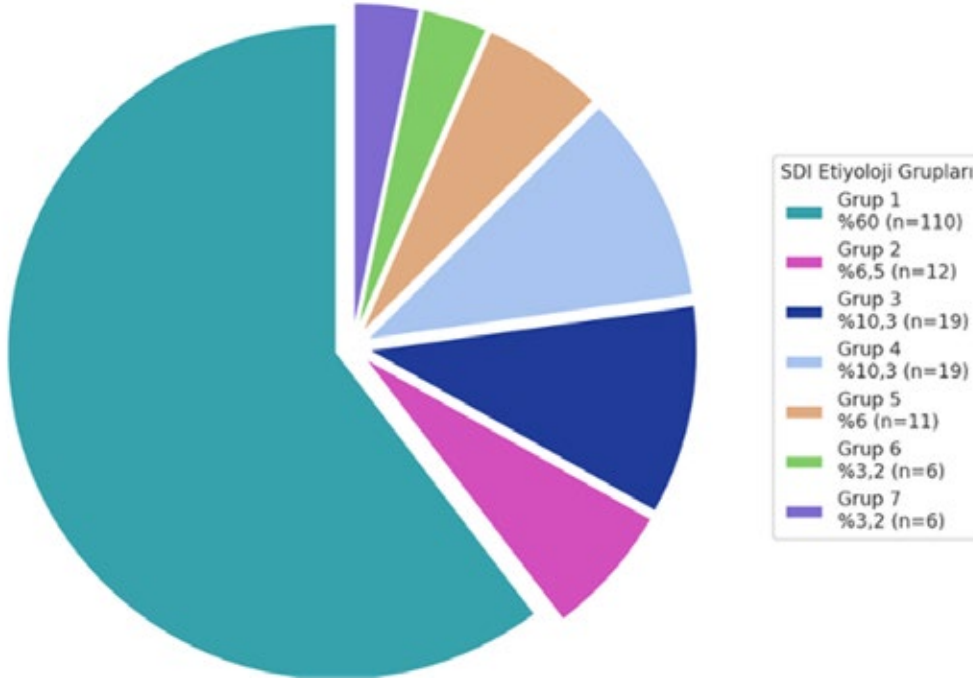
Santral diabetes insipidus (SDI) Etiyolojisi

EDİNSEL	
Travmatik	Cerrahi girişim, deselerasyon travması
Neoplastik	Kraniyofarenjiom, germinom, pinealom, gliom, meningiom, hipofiz sapına metastaz (meme, akciğer), lenfoma, lösemi
Vasküler	Subaraknoid kanama, intrakraniyal kanama, Sheehan sendromu
Granüloamatöz	Histiositoz, sarkoidoz, polianjiitisli granüloamatosis
Enfeksiyöz	Tüberküloz menenjit sonrası, ensefalit sonrası, toksoplazmozis, beyin absesi, HIV enfeksiyonu
Otoimmün/İnflamatuvar	Lenfositik infundibulonörohipofizit
Osmoreseptör Disfonksiyonu	Adipsik diabetes insipidus
SSS Malformasyonları	Septo-optik displazi, korpus kallozum agenezisi, boş sella sendromu, hipofiz hipoplazisi
İlaç / Toksin Kaynaklı	Lityum, Sidofovir, Foscarnet, Demoksiklin, Sisplatin, Amfoterisin B
İdiyopatik	
KONJENİTAL	
Monogenik Formlar	- Otozomal dominant: AVP gen mutasyonu - Otozomal resesif: (spesifik gen belirtilmemiş) - X'e bağlı resesif: (spesifik gen belirtilmemiş)
Sendromik Formlar	- Wolfram sendromu (WFS1 gen mutasyonu) - PCSK1 gen mutasyonu (malabsorbtif diyare, çoklu endokrin yetmezlik ile ilişkili)

Yöntem: 1999–2025 yılları arasında Marmara Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji kliniğinde SDI tanısı ile izlenen 183 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Antropometrik ölçümler, serum sodyum düzeyleri, idrar dansitesi, dDAVP dozları (mcg/kg; parenteral $\times 100$, intranazal $\times 10$ eşdeğeri) ve MRG'de posterior hipofiz bright spot varlığı analiz edildi. Hastalar etiyolojiye göre; hipotalamo-hipofizer tümöre bağlı (Grup 1), Langerhans hücreli histiositoz (Grup 2), idiyopatik izole (Grup 3), malformatif sendromlarla ilişkili (Grup 4), etiyolojisi belirlenemeyen çoklu hipofiz hormon eksikliği ile seyreden (Grup 5), hipoksiye bağlı (Grup 6) ve kafa travmasına bağlı SDI (Grup 7) olarak sınıflandırıldı. Analizlerde ayrıca yapısal lezyon saptanan olgular (Grup 1–2) ile yapısal patoloji izlenmeyen ve klinik disfonksiyonun ön planda olduğu heterojen grup (Grup 4–5–6) karşılaştırıldı.



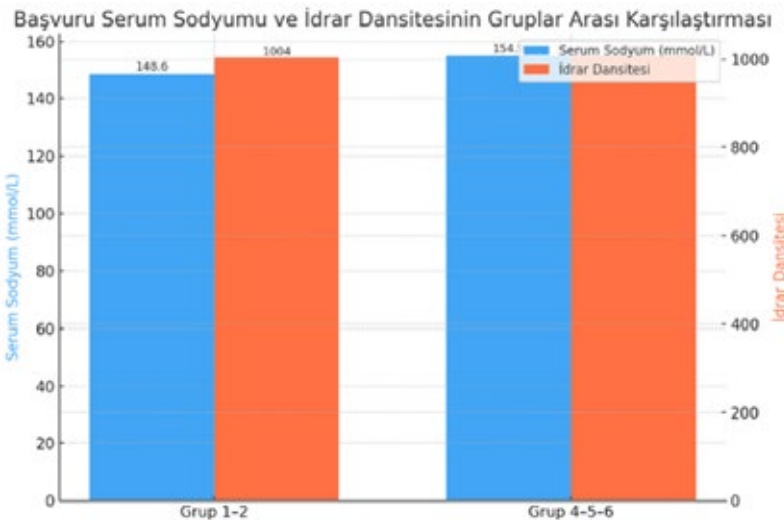
SDI Etiyolojik Sınıflandırması



Grup 1: Hipotalamo-hipofizer bölgedeki tümöral lezyonlara bağlı SDI, Grup 2: LCH ilişkili SDI, Grup 3: Tanımlanabilir bir etyolojisi bulunmayan izole idiyopatik SDI, Grup 4: Malformatif sendromlarla ilişkili SDI, Grup 5: Etiyolojisi bilinmeyen birden fazla hipofizer hormon eksikliği, Grup 6: Hipoksik nedenlere bağlı SDI, Grup 7: Kafa travmasına sekonder SDI

Bulgular: Grup 4-5-6'da semptom başlangıç yaşı ve tanı yaşı anlamlı olarak daha erken olup başvuru ve son kontrol kilo SDS değerleri daha düşüktü ($p < 0,01$). Bu grupta serum sodyum düzeyleri daha yüksek saptandı ($154,9 \pm 12,6$ vs. $148,6 \pm 8,6$ mmol/L, $p=0,004$) ve dDAVP doz gereksinimi hem tanıda hem izlemde daha fazlaydı. Bu durum adipsik seyir ve yetersiz sıvı alımı ile ilişkili hipotalamik disfonksiyonu düşündürdü. Posterior hipofiz bright spot varlığı açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0,309$). Tümör boyutu ile biyokimyasal parametreler, hormon eksikliği sayısı ve dDAVP dozu arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Başlangıç dDAVP dozu yalnızca tanı yaşı ile negatif korelasyon gösterdi ($r=-0,40$, $p=0,01$).

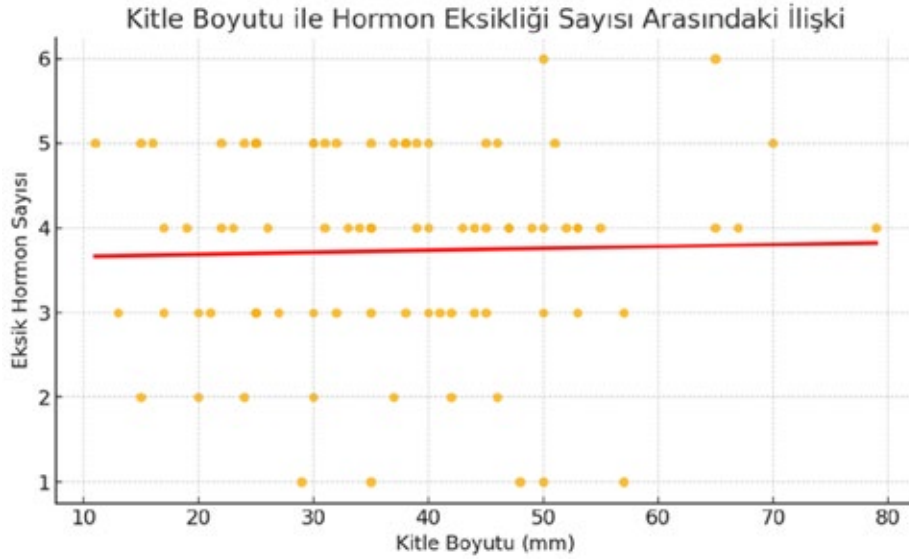
Başvuru Serum Sodyum ve İdrar Dansitesi Gruplar Arası Karşılaştırması





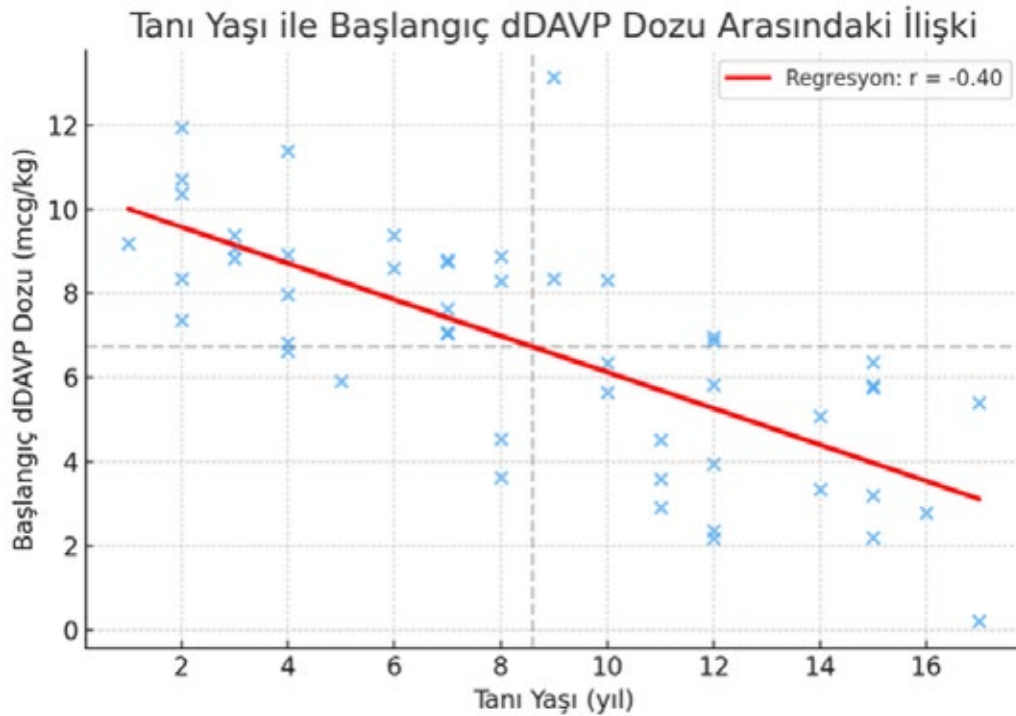
Grup 4-5-6'daki hastalarda Serum sodyum düzeyleri daha yüksek ($\text{Na: } 154,9 \pm 12,6 \text{ mmol/L}$ vs. $148,6 \pm 8,6 \text{ mmol/L}$, $p = 0,0041$), İdrar dansiteleri daha yüksek ($p = 0,029$)

Kitle Boyutu ile Hormon Eksikliği Arasındaki İlişki



Tümör boyutu ile eksik hipofizer hormon sayısı arasındaki ilişki (dağılım grafiği). Not: Grafik üzerine doğrusal regresyon eğrisi eklenmiştir, iki değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve çizgisel eğilimini görsel olarak yansıtmaktadır.

Tanı Yaşı ile dDAVP dozu arasındaki ilişki



dDAVP başlangıç dozu ile tanı yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde korelasyon saptanmıştır ($r = -0,40$, $p = 0,01$).



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Grup1`de kitlenin boyutu ile biyokimyasal ve klinik parametreler arasındaki korelasyon analizi

Klinik Parametre	Pearson r	p değeri	%95 Güven Aralığı
Başlangıç Serum Sodyum (mmol/L)	0,05228	0,64	-0,1680 ile 0,2676
Başlangıç İdrar Dansitesi	0,0498	0,65	-0,1704 ile 0,2653
Başlangıç dDAVP Dozu (mcg/kg)	0,06129	0,59	-0,1592 ile 0,2759
Diürez (ml/kg/saat)	-0,1124	0,41	-0,3667 ile 0,1576
Son dDAVP Dozu (mcg/kg)	-0,0794	0,53	-0,3154 ile 0,1658
Son Başvuru Sodyum (mmol/L)	0,1854	0,10	-0,0418 ile 0,3944
Son Başvuru İdrar Dansitesi	0,07068	0,55	-0,1604 ile 0,2944

Grup 1`de kitle boyutu ile serum sodyum, idrar dansitesi ve dDAVP dozu gibi parametreler arasında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşan bir ilişki gözlenmemiştir

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma pediatrik SDI'ye ait en geniş tek merkezli kohortlardan birini sunmaktadır. Hipotalamik disfonksiyonun eşlik ettiği olgularda erken yaşta tanı, daha ağır hipernatremi ve daha yüksek desmopressin gereksinimi dikkat çekmektedir. Yaşla birlikte dDAVP ihtiyacının azalması nedeniyle tedavi bireyselleştirilmeli ve büyüme sürecinde düzenli olarak yeniden değerlendirilmelidir. dDAVP gereksiniminin ortadan kalkması hipotalamo-hipofizer aksın tamamen düzeldiğini göstermediğinden, tüm hipofiz hormonları uzun dönem izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Santral Diabetes İnsipidus, Desmopressin, Hipernatremi, Poliüri, Polidipsi, Bright spot



SS-012

ERGENLİKTE ANORMAL UTERİN KANAMA KLİNİK ÖZELLİKLER VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Gizem Tanalı¹, Didem Helvacıoğlu², Barış Yılmaz³, Serap Turan²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji BD, İstanbul

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, İstanbul

Amaç:

Anormal uterin kanama (AUK), FIGO sınıflamasına göre uterin korpustan kaynaklanan kanamanın süre, hacim, sıklık ve/veya düzenlilik açısından normal sınırların dışında olması olarak tanımlanır [1]. Ergenlik döneminde AUK çoğunlukla hipotalamik-hipofiz-over ekseninin olgunlaşma süreci ve ovulatuvar disfonksiyon ile ilişkilidir. Bununla birlikte ağır, uzamış veya tekrarlayan kanamalarda altta yatan koagülasyon bozuklukları, endokrin hastalıklar, gebelikle ilişkili durumlar ve nadiren yapısal patolojiler açısından sistematik değerlendirme gereklidir [2-4]. Özellikle ağır menstrual kanama, demir eksikliği anemisi, transfüzyon ihtiyacı, okul devamsızlığı ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olabilir [2,4]. Bu çalışmada, merkezimizde AUK nedeniyle değerlendirilen ergen hastaların klinik özelliklerini, etiyolojik dağılımını, laboratuvar ve görüntüleme bulgularını ve uygulanan tedavi yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olarak planlanan çalışmaya, 2007-2025 yılları arasında merkezimizde AUK nedeniyle değerlendirilen 9-17 yaş arası 121 kız hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, menarş yaşı, kanama başlangıç yaşı, kanama süresi, günlük ped değişim sayısı, ailede AUK veya kanama diyatezi öyküsü, hematolojik ve endokrin değerlendirme sonuçları, pelvik ultrasonografi bulguları, transfüzyon gereksinimi ve uygulanan medikal tedaviler hasta dosyalarından kaydedildi. Etiyolojik değerlendirmede tiroid fonksiyon testleri, adrenal fonksiyon testleri, prolaktin, gonadotropinler, beta-hCG ve klinik gereklilik halinde koagülasyon/faktör düzeyleri incelendi.

Bulgular:

Hastaların ortalama menarş yaşı 11.4 ± 1.3 yıl, şikayet başlangıç yaşı 13.7 ± 1.9 yıl idi. Kanama yakınmasının menarştan sonra medyan 3 ay içinde başladığı görüldü. Ortalama kanama süresi 11 ± 21.9 gün, günlük ped değişim sayısı medyan 4 idi. Ortalama takip süresi 8 ay olarak saptandı. On dört hastada (%11.5) ailede AUK ile ilişkili öykü mevcuttu. Pelvik ultrasonografide 33 hastada overlerde milimetrik anekoik kistler veya multipl foliküller, iki hastada servikal Naboth kisti saptandı.

Koagülasyon değerlendirmesi 79 hastada (%65.2) yapıldı. Altı hastada von Willebrand faktör eksikliği, iki hastada faktör VII eksikliği saptandı. Böylece tüm kohortun %6.6'sında, koagülasyon değerlendirmesi yapılan hastaların ise %10.1'inde altta yatan faktör/von Willebrand faktör eksikliği gösterildi. İlk basamak değerlendirmede von Willebrand faktör ve faktör VIII düzeyleri normal saptanan, ancak özgeçmiş veya soygeçmişinde kanama diyatezini düşündüren bulgular bulunan hastalarda ileri faktör düzeylerinin çalışılması sonucunda faktör VII eksikliği tanısı konuldu. Endokrin değerlendirmede bir hastada hipotiroidi, altı hastada polikistik over sendromu saptandı.

Faktör eksikliği olan hastaların başvuru hemoglobin değerleri ile faktör eksikliği olmayan hastaların hemoglobin değerleri arasında anlamlı fark yoktu (10.6 ± 1.95 g/dL ve 11.05 ± 2.26 g/dL; $p=0.280$). On üç hastaya ağır anemi nedeniyle eritrosit



süspansiyonu verildi. Yetmiş yedi hasta (%63.6) demir tedavisi aldı; eksiklik saptanan hastalara ek olarak B12 vitamini ve/veya folik asit replasmanı verildi. Tedavi sürecinde 51 hastaya (%42.1) traneksamik asit, 102 hastaya (%84.2) kombine oral kontraseptif veya progestin/progesteron tedavisi uygulandı. Bir hasta levotiroksin replasmanı, üç hasta non-steroid antiinflatuar ilaç aldı. Faktör eksikliği saptanan hastalarda tedavide traneksamik asit kullanıldı ve olumlu yanıt alındı. Hormonal tedavi verilen hastaların yedisinde tedavi değişikliği gerekti; beş hastada oral kontraseptif preparatlarına, iki hastada traneksamik asite geçildi.

	Ortalama±SS / Ortanca(%95GA)
LH (IU/L)	6.15 (6.51-9.40)
FSH (IU/L)	4.96 (4.73-6.30)
Estradiol (ng/L)	48.08 (46.39-72.62)
TSH (mIU/L)	2.09 (2.06-2.67)
Serbest T4 (ng/dL)	1.01 (0.9-2.15)
Beta-HCG (U/L)	0.20 (0.06-1.80)
17-OH Progesteron (mcg/L)	0.98 (0.76-1.57)
1-4 Androstenedion (mcg/L)	1.90 (2.09-3.28)
Total Testesteron (ng/dL)	25.70 (20.49-36.03)
DHEAS (mcg/dL)	137.10 (138.30-198.86)
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	87.02±7.09
İnsülin (mIU/L)	15.70 (15.00-30.52)
HbA1C (%)	5.25±0.26
Prolaktin (mcg/L)	15.49 (13.87-17.42)

	Ortalama±SS / Ortanca(%95GA)
Hemoglobin (g/dL)	11.30 (10.60-11.40)
Hematokrit (%)	34.50 (32.57-34.80)
MCV (fL)	78.24 (76.69-79.80)
Platelet ($\times 10^3$ /mcL)	320500.00 (304354.31-336576.72)
Demir (mcg/dL)	54.95 (44.92-64.99)
Demir Bağlama Kapasitesi (mcg/dL)	354.22±91.09
Ferritin (mcg/L)	6.95 (7.60-19.36)
Vitamin B12 (ng/L)	256.00 (268.17-347.26)
Protrombin Zamanı (sn)	13.50 (13.18-14.58)
APTT (sn)	27.80 (26.32-28.52)
INR	1.10 (0.87-3.55)
Kollajen ADP (sn)	109.50 (111.73-132.93)
Kollajen Epinefrin (sn)	150.00 (148.03-168.24)
Von Willebrand Faktör (%)	98.87±36.45
Von Willebrand Faktör Ristosetin	59.00 (49.73-76.18)
Faktör 8 (%)	117.50 (119.44-142.21)

Sonuç:

Ergenlik döneminde AUK çoğunlukla ovulatuvar disfonksiyonla ilişkili olmakla birlikte, çalışmamızda hastaların anlamlı bir bölümünde altta yatan koagülasyon bozukluğu saptanmıştır. Faktör eksikliği olan hastalarda başvuru hemoglobin düzeylerinin diğer hastalardan farklı olmaması, koagülasyon bozukluklarının yalnızca kanama şiddeti veya anemi derecesine göre dışlanamayacağını göstermektedir. Bu nedenle AUK ile başvuran ergenlerde ayrıntılı kişisel ve ailesel kanama öyküsü, hedeflenmiş hematolojik değerlendirme açısından kritik öneme sahiptir. Bulgularımız, faktör/von Willebrand faktör eksikliği saptanan hastalarda traneksamik asitin etkili bir tedavi seçeneği olduğunu, diğer AUK olgularında ise hormonal tedavinin çoğunlukla etkin kanama kontrolü sağladığını göstermektedir. Ergen AUK yönetiminde çocuk endokrinolojisi, çocuk hematolojisi ve adolesan jinekoloji iş birliği ile multidisipliner yaklaşım gereklidir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Anahtar Kelimeler: Anormal Uterin Kanama, Faktör Eksikliği, PCOSs

Kaynaklar

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, et al.; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(3):393-408. doi:10.1002/ijgo.12666
2. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG Committee Opinion, Number 785. *Obstet Gynecol.* 2019;134(3):e71-e83. doi:10.1097/AOG.0000000000003411
3. Yaşa C, Güngör Uğurlucan F. Approach to abnormal uterine bleeding in adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2020;12(1):1-6. doi:10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0200
4. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and management of heavy menstrual bleeding and bleeding disorders in adolescents. *JAMA Pediatr.* 2020;174(2):186-194. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.5040
5. Kızılcan Çetin S, Aycan Z, Özsu E, Şıklar Z, Ceran A, Erişen Karaca S, et al. Evaluation of abnormal uterine bleeding in adolescents: single center experience. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2023;15(3):230-237. doi:10.4274/jcrpe.galenos.2022.2022-10-7



SS-013

GEÇİKMİŞ PUBERTE OLGULARINDA ETİYOLOJİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Onur Ergin¹, Kübra Şen Küçük², Tolga Ünüvar², Ahmet Anık²

1 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Puberte gecikmesi nedeniyle başvuran kız ve erkek olguların etiyolojik dağılımı ile klinik, laboratuvar ve radyolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2016-2026 yılları arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinolojisi polikliniğine primer amenore, ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişmemesi ve/veya boy kısalığı nedeniyle başvuran olgular geriye dönük olarak değerlendirildi. Sonuçlar yüzde (%), sayı (n) ve ortalama $\pm$ standart sapma (SD) olarak verildi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması $16,1 \pm 2,4$ yıl olan toplam 52 olgu dahil edildi. Olguların %75'i (n=39) kız, %25'i (n=13) erkekti. Kızların başvuru yaşı ortalama 15,84 yıl erkeklerin 13,72 yıl idi. Başvuru şikayetleri kızlarda en sık adet olamama %41 (n=16) sonra meme gelişiminin olmaması idi %7,6 (n=3) Erkeklerde en sık sebep seste kalınlaşma olmaması %23 (n=3) mikropenis şüphesi %23 (n=3) boy kısalığı %15,3 (n=2) olarak görüldü. Ortalama vücut kitle indeksi (VKI) SDS erkeklerde +0,38 sds kızlarda -0,13 sds idi. Tüm hastalarda hipotiodi-hipertiroidi, prolaktinoma ve gebelik dışlandı. Olguların %25'inde (n=13) hipergonadotropik hipogonadizm saptandı. Bu grupta en sık neden Turner Sendromu %13,4 (n=7) iken, bunu hematolojik malignite veya talasemi tedavisine ikincil gonadotoksiste %7,6 (n=4) ve prematür overyen yetmezlik %5,7 (n=3) izledi. Hipogonadotropik hipogonadizm olguların %21,1'ünde (n=11) mevcuttu. Bu olguların %45,4'ü (n=5) erkek; %54,5'i (n=6) ise kızdı. Bu grupta panhipopituitarizm %9,6 (n=5) ve izole gonadotropin eksikliği/Kallmann Sendromu %5,7 (n=3) ön plandaydı. Ayrıca ağır malnütrisyon ve kronik hastalıklara bağlı fonksiyonel hipogonadizm %5,7 (n=3) gözlemlendi. Yapısal büyüme ve puberte gecikmesi (YBPG) olguların %25'inde (n=13) saptandı. Bu tanı özellikle erkeklerde %61,5 (n=8) kızlara %38,5 (n=5) göre anlamlı derecede daha sıkı. Ayrıca primer amenoreli kız olguların %50'sinde (n=8) Müllerian Agenezi saptanarak, nadir ancak önemli bir etiyoloji öne çıktı. Tedavide YBPG'li erkek olguların %38'ine (n=5) kısa süreli düşük doz cinsiyet steroidi ile indüksiyon uygulanırken, kalıcı hipogonadizm saptanan olguların tamamına hormon replasman tedavisi başlandı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda gecikmiş puberte olgularında organik ve kalıcı etiyolojilerin önemli yer tuttuğu görülmüştür. Özellikle Turner sendromu, gonadotoksik tedaviye bağlı gonadal hasar ve Müllerian agenezi gibi nedenler dikkat çekmektedir. Bu durum merkezimizin üçüncü basamak bir referans hastanesi olması ile ilişkili olabilir. Gecikmiş puberte ve primer amenore birlikteliğinde anatomik ve sendromik nedenlerin ayrıntılı değerlendirilmesi; malignite tedavisi gören çocukların ise uzun dönem endokrin izlemi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Amenore, gecikmiş puberte



SS-014

ÇOCUKLARDA HİPERPROLAKTİNEMİ ETİYOLOJİSİ VE MAKROPROLAKTİNOMA AYIRICI TANISINDA SERUM PROLAKTİN EŞİK DEĞERLERİNİN TANISAL DEĞERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Meltem Yılmaz Aksoy¹, Eda Çelebi Bitkin¹, Esra Deniz Papatya Çakır¹

1 – Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı hiperprolaktinemisi, ilaç kullanımından hipofiz adenomlarına kadar uzanan geniş etyolojisi nedeniyle tanısal zorluklar içermektedir. Erişkinler için belirlenmiş eşik değerlerin pediatrik popülasyondaki geçerliliği halen tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı, pediatrik hastalarda etyolojiye özgü prolaktin düzeylerini belirlemek ve makroprolaktinoma ayrımı için optimal eşik değerlerini saptamaktır.

Yöntem: Bu çalışma, Ocak 2015 ve Kasım 2025 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk endokrinoloji kliniğine hiperprolaktinemi nedeniyle başvuran 18 yaş altı olguların verileri üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirildi. Hastane kayıtları üzerinden serum prolaktin düzeyi kızlarda 25 ng/mL ve üzeri, erkeklerde ise 20 ng/mL ve üzeri toplam 642 olgu tarandı. Fizyolojik nedenleri dışlamak amacıyla, en az iki farklı ölçümde hiperprolaktinemi saptanan 209 olgunun sistem üzerinde demografik verileri, antropometrik ölçümleri(boy SDS, VKİ SDS), başvuru semptomları, biyokimyasal verileri, ilaç kullanımı öyküsü ve sistemik hastalık varlığı geçmişe yönelik tarandı, kayıt altına alındı. Vakalar hiperprolaktinemi etyolojisine göre ;kraniyal nedenlere bağlı hiperprolaktinemi, ilaca bağlı hiperprolaktinemi , sistemik hastalığa bağlı nedenler ve idiyopatik grup olarak sınıflandırıldı. Kraniyal nedenler;"hipofiz adenomu" (mikro/makro) ve "hipofiz adenomu dışı hipofiz patolojileri" olarak alt gruplara ayrıldı. Mann-Whitney U Testi ve Makroadenom varlığını öngören eşik değer için ROC analizi uygulandı.

Bulgular: Dahil edilen 209 olgunun %82,8'i (n=173) kız olup, ortalama yaş $13,9 \pm 3,8$ yıldır. Etiyolojik dağılımda en sık nedenler kraniyal patolojilere bağlı nedenler %30,1(n=63)(makroadenom n=14,mikroadenom n=34 ve adenom dışı n=15), idiyopatik grup %30,1(n=63) ilaca bağlı nedenler %28,7(n=60) ve sistemik hastalığa bağlı nedenler %11(n=23) idi. Çalışmamızda kız olgularda en sık semptom menstural düzensizlik (%47,9 n=83)idi. Prolaktin düzeyleri kraniyal nedenlere bağlı grupta diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı yüksek median 95 ng/mL(22-1026 ng/mL), ilaca bağlı grupta 52 ng/mL(23-364 ng/mL) sistemik hastalığa bağlı grupta 42 ng/mL(25-118) ve idiyopatik grupta 39 ng/mL(25-159 ng/mL) ($p < 0,001$).ROC analizinde, prolaktin düzeyinin makroadenom tanısını öngörmeye ayırt ediciliği (AUC: 0,924) sahip olduğu görüldü. Makroprolaktinoma için optimal kesme değeri 119,0 ng/mL (%93,3 sensitivite, %88,7 spesifite) idi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda erişkinler için kabul edilen geleneksel prolaktin eşik değerlerinin çocuklarda makroadenom tanısının atlanmasına veya gecikmesine neden olabileceğini göstermektedir. Pediatrik popülasyonda yaklaşık 119 ng/mL üzerindeki değerler, makroadenom açısından "kırmızı bayrak" olarak kabul edilmelidir. Çocukluk çağına özgü eşik değer, tanısal algoritmaları iyileştirebilir ve hipofiz görüntüleme gerekliliği konusunda klinik karar verme sürecine rehberlik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, makroadenom, pediatrik hiperprolaktinemi, prolaktin cut-off.



SS-015

OBEZ ÇOCUK VE ADOLESANLARDA AKDENİZ DİYETİNE UYUM, UYKU VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN METABOLİK PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

İlayda Altun¹, Ecem Torun⁴, Eymen Pınar⁴, İpek Ulkersoy², Oğuzhan Tin², Hande Turan¹, Serhat Güler⁴, Haluk Cezmi Çokuğraş⁴, Fügen Çullu Çokuğraş², Olcay Evliyaoğlu¹, Ömer Faruk Beşer², Elvan Bayramoğlu¹, Serap Erdine³

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

3 – EprObes Avrupa Birliği Projesi Konsorsiyum

4 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Çocukluk ve adolesan dönemde obezite; insülin direnci, dislipidemi ve metabolik disfonksiyon ile ilişkili yağlı karaciğer hastalığı (MAFLD) gibi metabolik bozukluklarla yakından ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı, obez ve morbid obez çocuk ve adolesanlarda Akdeniz diyetine uyum, uyku süresi ve fiziksel aktivite düzeyini değerlendirmek ve bu yaşam tarzı faktörleri ile antropometrik ve metabolik parametreler arasındaki ilişkileri incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 99 obez çocuk ve adolesan (63 kız, 36 erkek) dahil edildi. Antropometrik ölçümler, vücut kompozisyonu, kan basıncı, biyokimyasal ve hormonal parametreler değerlendirildi. Tüm hastalarda açlık glukozu ve insülin düzeyleri ölçülerek HOMA-IR hesaplandı; 46 hastaya oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulandı. Diyet kalitesi Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED), uyku özellikleri Pediatrik Uyku Anketi (PSQ) ve fiziksel aktivite düzeyi PAQ-C/A ile değerlendirildi. Hepatik steatoz, MAFLD kapsamında ultrasonografi ile derecelendirildi.

Bulgular: Kız ve erkekler arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0.668$). BKİ Z-skoru ($p=0.003$), bel çevresi ($p=0.030$), bel/kalça oranı ($p=0.040$) erkeklerde anlamlı olarak daha yüksekti. Erkeklerde trigliserid ($p=0.011$), ferritin ($p < 0.001$) ve TSH ($p=0.040$) düzeyleri daha yüksek; HDL-kolesterol düzeyi daha düşüktü ($p=0.001$). OGTT'nin 0. ve 120. dakikalarında glukoz ve insülin düzeyleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak erkeklerde OGTT'nin 30. dakika glukoz düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.002$). İnsülin direncini dolaylı olarak yansıtan OGTT'nin 60., 90. ve 120. dakikalarındaki insülin düzeyleri toplamı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark izlenmezken, 180. dakikada değerlendirilen uzamış OGTT sırasında kızlarda insülin düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. KIDMED sınıflamasına göre olguların %41.8'i düşük diyet kalitesine, %47.8'i geliştirilmesi gereken diyet grubuna ve yalnızca %10.4'ü optimal Akdeniz diyeti grubuna dahildi. KIDMED, PSQ ve PAQ-C/A skorları, cinsiyet, obezite derecesi, insülin direnci ve MAFLD varlığına göre anlamlı farklılık göstermedi. Korelasyon analizinde KIDMED skoru açlık glukozu ile negatif ilişkili bulundu ($p < 0.05$). Paradoksal olarak KIDMED skorunun vücut ağırlığı, BKİ ve bel çevresi ile pozitif korelasyon göster



Tablo 1. Obez çocuk ve adolesanlarda cinsiyete göre klinik ve antropometrik bulgular

Değişken	Toplam (n=99)Mean ± SD / Median (P25– P75)	Kız (n=63)Mean ± SD / Median (P25–P75)	Erkek (n=36)Mean ± SD / Median (P25–P75)	p değeri
Yaş (yıl)	14.28 (10.67– 16.57)	14.29 (10.61–16.47)	13.41 (10.85– 16.61)	0.668
Ağırlık (kg)	84.66 ± 27.00	82.60 ± 25.56	88.09 ± 29.29	0.330
Ağırlık SDS	3.39 (2.64–4.04)	3.57 (2.91–4.19)	3.01 (2.36–3.70)	0.090
Boy (cm)	161.90 (152.00– 168.60)	160.51 (153.15– 165.50)	163.03 (145.45– 174.20)	0.166
Boy SDS	0.95 (0.16–1.80)	0.95 (0.17–1.83)	0.93 (0.06–1.72)	0.808
BKİ (kg/m ²)	31.43 (28.80– 35.20)	30.59 (28.51–35.24)	31.80 (29.46– 35.57)	0.272
BKİ Z-skoru	3.02 (2.53–3.42)	2.84 (2.43–3.24)	3.17 (2.85–3.64)	0.003
Yağ oranı (%)	39.69 ± 6.17	40.72 ± 5.72	37.84 ± 6.62	0.062
Yağsız kütle (%)	60.30 ± 6.18	59.27 ± 5.73	60.88 ± 5.73	0.062
Bel çevresi (cm)	98.55 ± 17.44	95.79 ± 17.86	103.96 ± 15.44	0.030*
Kalça çevresi (cm)	111.92 ± 17.75	111.84 ± 18.44	112.06 ± 16.56	0.956
Bel/Kalça oranı	0.89 ± 0.15	0.86 ± 0.16	0.93 ± 0.08	0.040*
Boy/Ağırlık oranı	2.03 ± 0.53	2.01 ± 0.53	1.98 ± 0.52	0.461
Gebelik yaşı (hafta)	39 (38–40)	39 (38.5–39)	40 (38.5–40)	0.713
Sistolik KB (mmHg)	120.00(110.00– 125.00)	120.00(110.00–128.75)	120.00(110.00– 125.00)	0.567
Diastolik KB (mmHg)	76.00(70.00– 82.50)	78.00(70.00–85.00)	73.00(70.00– 80.00)	0.619
Nabız (HR1)	88.00(80.00– 95.00)	88.00(80.00–96.00)	84.00(75.00– 84.00)	0.366
Doğum ağırlığı (g)	3500 (3032–3787)	3220 (2950–3750)	3650 (3320– 3650)	0.002*
Emzirme süresi (ay)	16.0 (5.75–24)	24 (2–24)	12 (7–24)	0.419



Tablo 2. Obez çocuk ve adolesanlarda cinsiyete göre metabolik ve biyokimyasal bulgular

Değişken	Toplam (n=99)Mean ± SD / Median (P25–P75)	Kız (n=63)Mean ± SD / Median (P25–P75)	Erkek (n=36)Mean ± SD / Median (P25–P75)	p değeri
HbA1c (%)	5.41 ± 0.29	5.38 ± 0.25	5.44 ± 0.34	0.267
HbA1c (mmol/mol)	35.61 ± 3.07	35.36 ± 2.74	36.03 ± 3.59	0.263
GS	87.03 ± 10.60	85.93 ± 9.38	89.03 ± 12.42	0.179
Açlık insülini (µIU/mL)	22.90 (15.80–33.25)	23.75 (15.52–37.10)	21.45 (16.25–29.42)	0.424
HOMA-IR	4.79 (3.07–7.66)	5.09 (3.04–8.51)	4.60 (3.16–6.55)	0.646
FBC	13.09 ± 1.28	12.72 ± 1.19	13.72 ± 1.18	<0.001*
Albümin (g/dL)	4.51 ± 0.30	4.53 ± 0.24	4.45 ± 0.36	0.229
Kreatinin (mg/dL)	0.59 ± 0.14	0.58 ± 0.13	0.60 ± 0.14	0.344
Total kolesterol (mg/dL)	146.27 ± 32.73	142.02 ± 36.64	153.52 ± 23.43	0.104
HDL-kolesterol (mg/dL)	44.21 ± 8.29	46.31 ± 7.90	40.56 ± 7.77	0.001*
LDL-kolesterol (mg/dL)	92.15 ± 23.60	89.62 ± 23.67	96.52 ± 23.15	0.175
Trigliserid (mg/dL)	112.24 ± 58.48	98.98 ± 45.93	136.60 ± 70.94	0.011*
Ürik asit (mg/dL)	5.40 (4.70–6.30)	5.30 (4.50–6.20)	5.50 (4.87–6.52)	0.292
AST (U/L)	18.20 (15.65–22.88)	17.80 (15.10–21.75)	19.50 (17.35–24.80)	0.056
ALT (U/L)	19.00 (15.00–24.00)	18.00 (14.00–24.00)	21.00 (16.00–27.50)	0.087
GGT (U/L)	15.00 (12.00–19.00)	14.00 (11.00–19.00)	18.00 (12.25–23.00)	0.060
ALP (U/L)	141.00 (90.00–246.00)	108.00 (83.00–250.25)	187.00 (107.00–241.00)	0.105
Vitamin D (ng/mL)	14.20 (9.41–20.30)	13.20 (9.23–20.65)	15.90 (10.70–20.30)	0.432
Ferritin (ng/mL)	40.60 (27.75–66.85)	36.05 (24.22–51.45)	60.70 (38.86–99.00)	<0.001*
TSH (µIU/mL)	2.88 ± 1.34	2.66 ± 1.28	3.25 ± 1.39	0.040*
FT4 (ng/dL)	1.21 ± 0.17	1.19 ± 0.18	1.24 ± 0.14	0.207



Tablo 3. Oral glukoz tolerans testi sırasında glukoz ve insülin düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Değişken	Mean $\pm$ SD Median(P25-P75)	Kız (n=)	Erkek (n=)	P değeri
Glukoz 0 dk (mg/dL)	83.48 $\pm$ 8.96	82.94 $\pm$ 8.68	84.85 $\pm$ 9.87	0.522
Glukoz 30 dk (mg/dL)	136.15 $\pm$ 21.63	130.24 $\pm$ 19.27	151.15 $\pm$ 20.61	0.002**
Glukoz 60 dk (mg/dL)	143.00 $\pm$ 28.84	141.64 $\pm$ 30.92	146.46 $\pm$ 23.49	0.615
Glukoz 90 dk (mg/dL)	134.80 $\pm$ 27.18	135.12 $\pm$ 28.49	134 $\pm$ 24.54	0.901
Glukoz 120 dk (mg/dL)	126.87 $\pm$ 22.80	126.61 $\pm$ 22.91	127.54 $\pm$ 23.41	0.902
Glukoz 180 dk (mg/dL)	91.78 $\pm$ 21.71	93.82 $\pm$ 22.35	86.62 $\pm$ 19.85	0.316
İnsülin 0 dk (μ IU/mL)	21.00(13.35– 35.25)	20.20(12.10– 38.90)	26.00(14.00-30.45)	0.971
İnsülin 30 dk	99.00(48.95– 223.00)	87.15(47.00– 205.00)	144.00(52.95-247.00)	0.409
İnsülin 60 dk	117.00(70.50– 220.00)	111(68.00-220.00)	128.00(96.00-228.75)	0.584
İnsülin 90 dk	108.00(55.00– 195.00)	108(64.00-200.00)	97.50(47.25-189.75)	0.530
İnsülin 120 dk	118.50(53.65– 252.75)	118(52.30-266.00)	119.00(52.80-212.00)	0.678
İnsülin 180 dk	49.00(22.60– 107.50)	67.80(36.41– 115.50)	29.55(16.75-43.75)	0.014*
60.90.120. dk insulin toplamı	448.50(246.75– 689.00)	424.50(234.25– 824.00)	515.00(268.50-674.75)	0.897



Table 4. KIDMED, PSQ ve PAQ-C/A skorları ile klinik ve metabolik parametreler arasındaki korelasyonlar

Değişken	KIDMED	PSQ uyku süresi	PAQ-C/A fiziksel aktivite
KIDMED	1	0.142	0.136
PSQ uyku süresi	0.142	1	-0.206
PAQ-C/A fiziksel aktivite	0.136	-0.206	1
Yaş (yıl)	0.310*	-0.021	-0.256*
Ağırlık (kg)	0.389**	-0.013	-0.033
Ağırlık SDS	0.073	-0.102	0.009
BKİ (kg/m ²)	0.296*	-0.069	-0.139
BKİ Z-skoru	-0.048	-0.039	0.030
Yağ oranı (%)	-0.003	-0.082	0.061
Yağsız kütle (%)	0.002	0.082	-0.061
Bel çevresi (cm)	0.296*	0.067	-0.043
Kalça çevresi (cm)	0.114	0.164	-0.173
Glukoz 0. dk (mg/dL)	-0.391*	0.029	0.066
Glukoz 120. dk (mg/dL)	-0.336	0.019	-0.118
HbA1c (%)	0.170	-0.150	-0.150
HbA1c (mmol/mol)	0.126	-0.130	-0.130
HOMA-IR	0.061	0.195	-0.089
Kreatinin (mg/dL)	0.239	-0.088	-0.277*
Total kolesterol (mg/dL)	0.102	-0.012	-0.081
HDL-kolesterol (mg/dL)	-0.022	0.032	-0.205
LDL-kolesterol (mg/dL)	0.123	0.157	0.039
Trigliserid (log)	-0.021	-0.012	-0.012
Ürik asit (mg/dL)	0.115	-0.062	-0.001
AST (U/L)	-0.043	-0.096	0.288*
ALT (U/L)	0.162	-0.033	0.098
GGT (U/L)	0.056	0.060	-0.096
ALP (U/L)	-0.174	0.133	0.206
Vitamin D (ng/mL)	0.162	0.084	-0.050
Ferritin (ng/mL)	0.088	0.026	-0.016
TSH (μIU/mL)	0.110	0.050	-0.038
FT4 (ng/dL)	0.076	0.127	0.197
MAFLD varlığı	0.281*	0.145	0.070

Tartışma ve Sonuç: Obez çocuk ve adolesanlarda yaşam tarzı alışkanlıkları genel olarak yetersizdir. Erkeklerde erken OGTT glukoz artışı olumsuz metabolik profilin erken göstergesi olabilir. Kızlarda geç OGTT insülin yüksekliği insülin klirensindeki farklılıklara işaret edebilir. Kontrol grubunun olmaması önemli bir sınırlılıktır; bulgular ileri, kontrollü çalışmalarda doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı obezitesi, KIDMED, Pediatrik Uyku Anketi (PSQ), fiziksel aktivite düzeyi PAQ-C/A, MAFLD, İnsülin direnci



SS-016

ERKEN PUBERTE KUŞKUSUYLA BAŞVURAN OLGULARIN TANISAL DAĞILIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Büşra Çolpan Çınar¹, Aslı Sezal Çubukçu², Kübra Şen Küçük², Tolga Ünüvar², Ahmet Anık², Sercan Öztürk³

1 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

2 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Aydın

3 – Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Denizli

Giriş ve Amaç: Erken ergenlik kuşkusuyla kliniğimize başvuran olguların klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi ve nihai tanısal dağılımın belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: 01.01.2020–31.12.2025 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Endokrinolojisi polikliniğine erken puberte şüphesiyle başvuran kız hastalar geriye dönük olarak incelendi. Sonuçlar yüzde (%), sayı (n) ve ortalama±standart sapma değerleriyle verildi. Santral puberte prekoks (SPP) tanısında bazal LH > 0,3 IU/L, LHRH uyarı testinde pik LH > 5 IU/L, kemik yaşı ilerlemesi ve uterus uzun aksı > 40 mm kriterleri dikkate alındı. Prematür telarş; izole meme gelişimi ve progresyon göstermeyen pubertal bulgular olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplam 366 olgu değerlendirildi. Başvuru yaşı ortalama 7,7 (7,1-8,4) yılı. En sık başvuru şikayeti %91,5 (n=335) erken meme gelişimi olup, bunu hızlı boy uzaması (%30,6), menarş (%15,0) ve erişkin ter kokusu (%13,4) izledi. Ortalama yakınma süresi 5,4 (1,0-6,0) aydı. Ailede puberte prekoks öyküsü %3,8 (n=14) oranındaydı. Klinik ve laboratuvar bulgularına göre seçilmiş olguların %30,9'una (n=113) LHRH uyarı testi uygulandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) olguların %21,0'unda (n=77) mevcut olup %16,9'unda (n=13) organik patoloji saptanmıştı. MRG bulguları heterojen dağılım göstermekteydi. Hidrosefali, parsiyel boş sella ve hipofiz makroadenomu izole vakalar şeklindeydi. Nihai tanılarının %52,5'i (n=192) SPP, %41,0'ı (n=150) prematür telarş ve %6,6'sı (n=24) normal puberte olarak değerlendirildi. SPP grubunda boy SDS, VKİ SDS, ΔKY, büyüme hızı, bazal LH, östradiol düzeyleri ile uterus uzun aksı prematür telarş ve normal puberte gruplarına göre daha yüksekti (p < 0,05). Yaş grupları ile SPP tanısı arasında anlamlı ilişki vardı. SPP oranı < 6 yaşta %18,4; 6–8 yaşta %44,9 ve > 8 yaşta %75,8 olarak bulundu (p < 0,001). SPP olgularının %87,0'ına (n=167) GnRH analogu başlandı; %13,0'ına (n=25) tedavisiz izlem planlandı. SPP tanılı olgular tedavi başlanan ve izlem yapılan gruplar arasında karşılaştırıldığında, tedavi başlanan grupta büyüme hızı, bazal LH, pik LH, LH/FSH oranı ve kemik yaşı ilerlemesi (ΔKY) anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p < 0,05) (Tablo 1).

Tartışma ve Sonuç: Erken puberte kuşkusuyla başvuran olguların önemli bir kısmı prematür telarş grubunda yer almakla birlikte, SPP oranı klinik açıdan dikkat çekicidir. Uygun klinik değerlendirme ve seçilmiş olgularda hedefe yönelik hormonal incelemelerin kullanımı gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesinde önemlidir. Bulgularımız tedavi kararının yaştan ziyade pubertal aktivite ve progresyon göstergelerine dayandığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Puberte Prekoks, Prematüre Telarş, Santral Puberte Prekoks



SS-017

İNMEMİŞ TESTİS OLGULARINDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE GENETİK TANILAR

Gökçe Velioğlu Haşlak¹, Hasan Karakaş¹, İlayda Altun¹, Mert Uçar¹, Hande Turan¹, Elvan Bayramoğlu¹, Olcay Evliyaoğlu¹

1 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada kliniğimize inmemiş testis nedeniyle başvuran olguların demografik, klinik, biyokimyasal, görüntüleme ve nihai genetik tanılarının sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: İnmemiş testis nedeniyle başvuran erkek fenotip baskın hastaların bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, testislerin anatomik yerleşimi ve eşlik eden ek genital bulgular kaydedildi. Dış genital yapının standardizasyonu için Dış Genital Skor (DGS) sistemi kullanıldı. Hormonal değerlendirme kapsamında; bazal gonadotropinler, gonadal steroidler ve fonksiyonel testis dokusunu değerlendiren anti-müllerian hormon (AMH) ve human koryonik gonadotropini (hCG) uyarı testi sonuçları analiz edildi. Genetik incelemede ise ilk basamak olarak karyotip analizi yapıldı. Klinik endikasyonu olan hastalardan ileri moleküler testler (Klinik ekzon sekanslama ile CGB paneli, tüm ekzon sekanslama) istendi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 60 hasta dahil edildi. Başvuru yaşı medyan 2 (0.5–15.72) yıl, dış genital skor (DGS) medyanı 10 (7–11.5) idi. Olguların %90'ı bilateral inmemiş testis idi. Mikropenis oranı %6,7, Müllerian yapı varlığı oranı ise %10 idi. Ayrıntı veriler Tablo 1'de sunulmuştur. DGS < 11 olan 55 (%91,6) hastaya genetik inceleme planlandı, ancak 32'sine (%53,3) yapılabildi ve 22'sine inmemiş testis ile ilişkilendirilebilecek spesifik bir genetik tanı konuldu (22/32, 68.7%). Saptanan etiyolojiler arasında 5α-redüktaz eksikliği, androjen reseptör defekti ve AMH reseptör defekti gibi tek gen kusurlarının yanı sıra; konjenital adrenal hiperplazi, Noonan sendromu, Down sendromu, Prader-Willi sendromu, 45, X/46, XY (Mikst Gonadal Disgenezi) ve Escobar sendromu gibi sendromik ve kromozomal tablolar yer aldı. Diğer klinik olgularda ise ailelerin ileri genetik analizi yaptırmaması veya takibe devam etmemesi nedeniyle kesin bir moleküler tanıya ulaşılamadı.



Hastaların Genel Özellikleri

Başvuru yaşı (Yıl) (Medyan (Min.-Maks.))	2 (0.5-15.72)
Akraba evliliği (n, %)	12 (%20)
İnmemiş testis	
Unilateral (n, %)	6 (%10)
Bilateral (n, %)	54 (%90)
Sağ testis	
Nonpalpable (n, %)	20 (%33,3)
Inguinal (n, %)	34 (%56,7)
Inguinoskrotal (n, %)	5 (%8,3)
Labioskrotal (n, %)	1 (%1,7)
Sol testis	
Nonpalpable (n, %)	16 (%26,7)
Inguinal (n, %)	38 (%63,3)
Inguinoskrotal (n, %)	1 (%1,7)
Labioskrotal (n, %)	5 (%8,3)
Dış genital skor (Medyan (Min.-Maks.))	10 (7-11.5)
Fallus	
<10 mm (n, %)	2 (%3,3)
10-20 mm (n, %)	2 (%3,3)
21-25 mm (n, %)	4 (%6,7)
26-30 mm (n, %)	5 (%8,3)
>30 mm (n, %)	47 (%78,3)
Mikropenis (n, %)	4 (%6,7)
Müllerian yapı varlığı (n, %)	6 (%10)
USG'de over varlığı (n, %)	2 (%3,3)
Karyotip	
46, XY (n, %)	55 (%91,7)
46, XX (n, %)	2 (%3,3)
45 X, 46 XY mozaizim (n, %)	1 (%1,7)
Trizomi 21 (n, %)	2 (%3,3)
HCG uyarı testi	
Yetersiz yanıt (n, %)	14 (%32,6)
Yeterli yanıt (n, %)	29 (%67,4)
Genetik CGB (n, %)	22 (%37,7)
Karar	
Klinik izlem (n, %)	6 (%10)
Orşiopeksi (n, %)	39 (%65)
Erkek genitoplasti (n, %)	10 (%16,7)
Dişi genitoplasti (n, %)	2 (%3,3)
Gonadektomi (n, %)	1 (%1,7)

ACTH: Adrenokortikotropik hormon; AFP: Alfa Fetoprotein; AMH: Anti-Müllerian Hormon; hCG: human koryonik gonadotropini; CGB: Cinsel gelişim bozukluğu; DHEAS: Dehidroepiandrosteron Sülfat; DHT: Dihidrotestosteron; LH: Luteinizan hormon; FSH: Folikül stimüle edici hormon; OH: Hidroksi; USG: Ultrasonografi.

Tartışma ve Sonuç: İnmemiş testis olguları klinikte çoğunlukla izole bir cerrahi sorun olarak değerlendirilse de çalışmamız, hastaların önemli bir kısmında altta yatan genetik etiyoloji bulunabileceğini göstermektedir. Bu nedenle inmemiş testis ile başvuran hastalar yalnızca anatomik yerleşim açısından değil, DGS gibi objektif ölçütler ve eşlik eden dismorfik ya da sistemik bulgular yönünden bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Literatürde inmemiş testis kohortlarında genetik tanı oranı %3-8 iken, fenotip temelli seçimin uygulandığı çalışmamızda bu oranın %68,7'ye ulaşması, uygun klinik değerlendirmenin moleküler tanı başarısını artırdığını göstermektedir. Sonuç olarak, dış genital görünüm normale yakın olsa bile inmemiş testisli olgularda ayrıntılı fizik muayene ve rutin karyotip analizini içeren sistematik yaklaşım, altta yatan genetik nedenlerin erken tanısı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İnmemiş testis, Cinsel gelişim bozukluğu, Genetik tanı, Dış genital skor, hCG uyarı testi



SS-018

PEDİATRİK GRAVES HASTALIĞINDA KLİNİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ YANITI VE UZUN DÖNEM SONUÇLAR: TEK MERKEZ DENEYİM

Mert Uçar¹, Sevim Aslı Ehlil², Zeynep Taşkın², İlayda Altun¹, Gökçe Velioğlu Haşlak¹, Hande Turan¹,
Elvan Bayramoğlu¹, Saadet Olcay Evliyaoğlu¹

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Graves hastalığı (GH), çocukluk çağında hipertiroidinin en sık nedeni olup tiroid bezinin otoimmün uyarımıyla karakterizedir. Çocuklardaki klinik özellikler, tedaviye yanıt ve remisyon oranları erişkinlerden farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, pediatrik GH'nin klinik ve laboratuvar özelliklerini incelemek ve uygulanan tedavi yöntemlerinin uzun dönem sonuçlarını değerlendirerek optimal yönetim yaklaşımlarına katkı sağlamaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya üçüncü basamak bir pediatrik endokrinoloji merkezinde GH tanısı ile izlenen 33 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, antropometrik, laboratuvar ve tedaviye ilişkin verileri değerlendirildi. Remisyon oranları, nüks sıklığı ve kesin tedavi yöntemlerine başvurma durumu incelendi.

Bulgular: Toplam 33 hastanın 8'i (%24,2) erkek, 25'i (%75,8) kızdı. Tanı yaşı ortanca değeri 13,1 yıl (8,75–15,3) olup ortalama izlem süresi 3,87±2,04 yıl olarak saptandı. Tanı anında ortanca boy SDS, vücut ağırlığı SDS ve VKİ SDS sırasıyla 0,3 (0,02–0,92), 0,46 (–0,7–1,22) ve 0,42 (–0,7–0,92) olup izlem süresince anlamlı değişiklik gözlenmedi. Hastaların %90,9'unda tanı anında semptom mevcuttu. En sık başvuru şikayetleri çarpıntı (%60,6), ağırlık kaybı (%12,1), ishal (%9,1) ve tremor (%6,1) idi. Fizik muayenede hastaların %75,8'inde taşikardi ve guatr saptanırken, oftalmopati %18,2 oranında gözlemlendi. Guatr evrelemesinde hastaların çoğunluğunda evre 1 (%48) ve evre 2 (%44) guatr mevcuttu. Tanı anındaki ortanca laboratuvar değerleri TSH 0,005(0,004–0,006) mIU/L, sT4 2,97 (2,28–4,06), sT3 8,27 (6,46–12,2), TSH reseptör antikoru 3,66 (2,32–9,1), anti-TPO 158 (59–248) ve anti-tiroglobulin 129 (51–335) olarak bulundu. Tüm hastalara metimazol (MMI) tedavisi başlandı ve ortalama başlangıç dozu 0,42±0,15 mg/kg/gündü. Olguların %81,8'inde beta-bloker tedavi başlandı ve ortalama doz 0,72±0,29 mg/kg/gündü. MMI kullanım süresi ortanca 36 ay, beta-bloker kullanım süresi 4 ay olarak saptandı. Olguların 3'ünde (%9,1) döküntü görülürken nötropeni hiç bir olguda görülmedi. Ötiroidi ortalama 7,7±5,5 ayda sağlandı. Hiçbir hastada kalıcı remisyon elde edilemedi. Ötiroidi sağlanan hastaların %66'sında ortanca 6,7 ayda rekürens gelişti. Tedaviye dirençli semptomatik olgularda kesin tedavi yöntemlerine başvuruldu. Radyoaktif iyot tedavisi hiçbir olguya uygulanmadı. 6 olguya (%18,4) total tiroidektomi uygulandı. Total tiroidektomi uygulanan 3 olguda tiroid nodülü mevcutken bu olguların 2'sinde papiller tiroid kanseri saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Pediatrik Graves hastalığında uzun süreli antitiroid ilaç tedavisine rağmen remisyon oranları düşük ve nüks sıklığı yüksektir. Özellikle tekrarlayan hastalık veya tiroid nodülü varlığında kesin tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi uygun olabilir. GH olgularda nodül varlığının artmış malignite riskiyle ilişkili olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: TSH Reseptör Antikoru (TRAb), metimazol, pediatrik graves hastalığı, otoimmün hipertiroidi, total tiroidektomi



SS-019

ALERJİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILAMASI: BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN BAKIŞ AÇISI

Müjde Tuba Çöğürü¹, Ayşe Tekin Yılmaz¹

1 – Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Aşı alerjisi tanısının yaygın ve ciddi bir sorun olması halk sağlığı açısından endişe vericidir. Birinci basamak sağlık personelinin gıda alerjisi (GA)/ilaç alerjisi (İA) olan hastaların aşılama durumu ve aşılama sonrası alerjik reaksiyonların değerlendirilmesi konusunda bilgi sahibi olmasını sağlamak, yersiz endişelerin önlenmesine yardımcı olacaktır. Çalışmamızın birincil amacı, eğitime katılan birinci basamak hekimlerinin çocukluk çağı aşılama konusundaki deneyim ve bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Bu çalışma, hekimlerin GA/İA olan çocuklar için aşılama uygulamalarını ve bu uygulamaların eğitimden sonra değişip değişmediğini araştırmıştır.

Yöntem: Birinci basamak hekimlerine alerjik çocuklarda aşılama ve aşılama sonrası ortaya çıkabilecek alerjik reaksiyonların tanımlanması ve yönetimi ile ilgili "Alerji ve Çocukluk Çağı Aşılması" başlıklı bir sunum yapıldı. Katılımcılara sunumdan önce ve sonra bir anket uygulandı.

Anket Soruları

1. Yaşınız?
2. Hekimlik sürenizin kaçınıcı yılındasınız? (.....)
3. Aşı sonrası ilk 4 saat içinde alerjik reaksiyon yaşayan hastanız oldu mu? a) Evet b) Hayır
4. Hangi reaksiyonu gördünüz (.....)
5. Aşı sonrası 4 saatten sonra alerjik reaksiyon yaşayan hastanız oldu mu? a) Evet b) Hayır
6. Hangi reaksiyonu gördünüz (.....)
7. Aşı sonrası anafilaksi yaşayan hastanız oldu mu? a) Evet b) Hayır
8. Besin alerjisi olan bir çocuğa hiçbir aşığı uygulamam. a) Evet b) Hayır
9. Besin alerjisi olan bir çocuğa aşığı uygulamadan aşının içeriğine bakarım. a) Evet b) Hayır
10. Aşıda sorumlu alerjen yoksa, aşığı uygularam. a) Evet b) Hayır
11. İlaç alerjisi olan bir çocuğa hiçbir aşığı uygulamam. a) Evet b) Hayır
12. İlaç alerjisi olan bir çocuğa aşığı uygulamadan aşının içeriğine bakarım. a) Evet b) Hayır
13. Aşıda sorumlu alerjen yoksa, aşığı uygularam. a) Evet b) Hayır
14. Aşı öncesi her hastayı muayene ederim. a) Evet b) Hayır
15. Aşı sonrası her hastayı 1 saat gözlem altında tutarım. a) Evet b) Hayır
16. Yumurta alerjisi olan hastaya KKK aşısı uygulamam. a) Evet b) Hayır
17. Yumurta alerjisi olan hastaya KKK aşısı uygulamadan önce alerjik reaksiyon tipini sorgularım. a) Evet b) Hayır
18. Süt alerjisi olan hastaya KKK aşısı uygulamam. a) Evet b) Hayır
19. Süt alerjisi olan hastaya aşısı uygulamadan önce alerjik reaksiyon tipini sorgularım. a) Evet b) Hayır
20. İlk KKK aşısı Alerji uzmanı tarafından sorunsuz yapılmış yumurta alerjisi olan bir hastanın 2. KKK aşısını ben yapabilirim. a) Evet b) Hayır
21. Aşı sonrası gelişebilecek alerjik reaksiyon yönetimi açısından hekim olarak kendimi donanımlı hissediyorum. a) Evet b) Hayır



Bulgular: İki yüz sekiz katılımcı ön testi, 204'ü son testi tamamlamıştır. Hekimlerin ortalama yaşı ve hizmet süresi sırasıyla 40,5 yıl [32-51 (25-75 IQR)] ve 15 yıl [7-25 (25-75 IQR)] idi. Aşılamadan sonraki ilk dört saat içinde alerjik reaksiyon gözlemleyen bireylerin oranı %14,1 (n=35/248), 4 saat sonrasında bu oran %16,5 (n=41/248) idi. İA'lı bir çocuğa hiçbir aşı uygulamam" ifadesine verilen "Evet" yanıtı ön testte %10,9 iken son testte %8,9'a düştü (p:0,498). İA'lı bir çocuğa aşığı uygulamadan önce aşının içeriğini doğrularım" sorusuna verilen olumlu yanıtların oranı ön testte %91,5 iken son testte %96,1'e yükseldi (p:0,081). "Aşıda sorumlu bir alerjen yoksa, İA tanısı konmuş bir çocuğa aşığı doğrudan uygulardım" sorusuna verilen "Evet" yanıtlarının oranı ön testte %80,1 iken son testte %91,6'ya yükseldi (p:0,001). GA'lı bir çocuğa hiçbir aşı uygulamam" sorusuna verilen %10,7'lik "evet" yanıtı, eğitim sonrası %8,9'a düştü (p:0,349). GA'lı bir çocuğa aşığı uygulamadan önce aşının içeriğini doğrularım" ifadesine verilen "evet" yanıtı %83,3'ten %95,6'ya yükseldi (p:0,01). "Aşıda sorumlu bir alerjen yoksa, GA'lı bir çocuğa aşığı doğrudan uygulardım" sorusuna "evet" yanıtı %81,7'den %92,1'e yükseldi (p:0,002).

Ön test ve Son test sonuçları

Sorular	Ön-test (Evet, %)	Son-test (Evet, %)	p
Gıda veya ilaç alerjisi teşhisi konmuş çocukları aşı uygulamadan önce muayene ederdim.	64.3%	82.8%	<0,001
Gıda veya ilaç alerjisi teşhisi konmuş çocukları aşılamadan sonra 30 dakika boyunca gözlemlerdim.	40.8%	71,4%	<0,001
İlaç alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa hiçbir aşı uygulamazdım.	10.9%	8.9%	0.498
İlaç alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa aşı uygulamadan önce aşının içeriğini doğrulardım.	91.5%	96.1%	0.081
Aşıda sorumlu bir alerjen yoksa, ilaç alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa aşığı doğrudan uygulardım.	80.1%	91.6%	0.001
Gıda alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa hiçbir aşı uygulamazdım.	0.001	8.9%	0.349
Gıda alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa aşı uygulamadan önce aşının içeriğini doğrulardım.	88.3%	95.6%	0.01
Aşıda sorumlu bir alerjen yoksa, gıda alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa aşığı doğrudan uygulardım.	81.7%	92.1%	0.002
Yumurta alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa MMR aşısı uygulamazdım.	58.1%	48.5%	0.045
Yumurta alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa MMR aşısı uygulamadan önce, yumurta ile daha önce meydana gelen reaksiyon türü hakkında bilgi alırdım.	77.2%	93.6%	<0.001
Önceki MMR aşısı reaksiyon göstermeden yapılmışsa, yumurta alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa ikinci MMR aşısını uygulardım.	48.9%	88.7%	<0.001
Süt alerjisi teşhisi konmuş bir çocuğa MMR aşısı uygulamazdım.	18.4%	31.0%	0.002

Tartışma ve Sonuç: Kanıtlar, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında aşılama uygulamalarını geliştirmek için sürekli eğitimin şart olduğunu açıkça göstermektedir. Yoğun çalışan profesyonellerin bu konudaki kapsamlı epidemiyolojik ve sağlık hizmetleri araştırmalarını okuyup, anlayıp ve analiz edebileceklerini beklemek pratik değildir. Hekimleri en son bilgilerle donatarak ve aşılama kontrendikasyonları ve aşıyla ilişkili aşırı duyarlılık reaksiyonları hakkında eğitim girişimleri yalnızca özgüvenlerini artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastalarla daha etkili bir şekilde etkileşim kurmalarını da sağlar.

Anahtar Kelimeler: Alerji, çocukluk çağı aşılaması, ilaç allerjisi, gıda allerjisi



SS-020

ÇOCUKLARDA HUMAN METAPNEUMOVİRÜS ENFEKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Gençeli¹, **Kübra Nur Erdoğan²**, Esra Babayigit², Ayşe Şimşek², Talha Üstüntaş², Abdullah Akkuş²,
Fatih Ercan², Sevgi Pekcan², Özge Metin Akcan¹

1 — Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

2 — Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının (ASYE) önemli bir etiyolojik ajanı olan insan metapneumovirüsü (hMPV), hafif üst solunum yolu semptomlarından şiddetli bronşiyolit ve pnömoniye kadar değişen bir klinik spektrumla kendini gösterir. Bu çalışma, hMPV ile ilişkili ASYE'li pediatrik hastalarda hastalık şiddetiyle ilişkili demografik, klinik ve laboratuvar faktörlerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, 1 Ocak 2018 ile 31 Ocak 2024 tarihleri arasında PCR ile doğrulanmış hMPV ile ilişkili ASYE tanısı konmuş 1 ay ile 18 yaş arası hastaları analiz etmiştir. Klinik şiddet, yatış sırasında Modifiye Tal skoruna göre hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. Bu şiddet grupları arasında demografik özellikler, viral koenfeksiyonlar, altta yatan komorbiditeler, hastaneye yatış durumu ve laboratuvar parametreleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 676 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %60,1'i hafif, %34,3'ü orta ve %5,6'sı şiddetli hastalık göstermiştir. Klinik şiddet ile yaş grupları, mevsimsellik ve altta yatan komorbiditelerin varlığı arasında anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p < 0,05$). Şiddetli vakalar, 1 yaşından küçük bebeklerde ve 5 yaşından büyük çocuklarda daha yaygındı; bu grupta kronik hastalıkların yüksek oranda görüldüğü belirlendi. Viral koenfeksiyonlar yaygın olmasına rağmen, klinik şiddetin artmasıyla ilişkili değildi. Şiddetli vakalarda, monosit sayılarının düşük olmasının yanı sıra, C-reaktif protein düzeyleri ve nötrofil-lenfosit oranları anlamlı derecede yüksekti.

Tartışma ve Sonuç: hMPV ile ilişkili alt solunum yolu enfeksiyonlarında hastalık şiddeti öncelikle yaş ve altta yatan komorbiditelerle ilişkilidir. Yüksek C-reaktif protein düzeyleri ve nötrofil-lenfosit oranları, düşük monosit sayılarıyla birlikte, şiddetli hastalığın potansiyel göstergeleri olarak işlev görebilir. Bulgular, yüksek riskli pediatrik hastalarda yakın takibin ve erken müdahalenin önemini doğrulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alt solunum yolu enfeksiyonu, hastalık şiddeti, İnsan metapneumovirüsü



SS-021

2019-2020 YILLARI ARASINDA AKUT GASTROENTERİT TANISI İLE YATAN 5 YAŞ ALTI HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şirin Sedef Baş¹, Ayşe Karaaslan², Ceren Çetin², Yasemin Akın²

1 – Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Gastroenterit, gastrointestinal sistemin enfeksiyonunu tanımlar. En sık bulgular ishal ve kusma olup karın ağrısı ve ateş gibi durumlar da tabloya eşlik edebilir. Bu çalışmada, gastroenterit tanısıyla hastaneye yatırılan beş yaş altı çocukların dışkı incelemelerinde etkenleri saptamak ve gereksiz antibiyotik kullanımının azaltılmasının önemine dikkat çekmek amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada akut gastroenterit tanısı alarak yatırılan hastaların demografik özellikleri, başvuru zamanı ve semptomları kaydedildi. Tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP), karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, glukoz, elektrolit düzeyleri, dışkı kültürü, dışkıda adenovirüs ve rotavirüs, Clostridium difficile toksin A ve B, dışkının direkt parazitolojik incelemesi ve Giardia intestinalis varlığı gibi laboratuvar bulguları değerlendirildi. Ayrıca bilinen kronik hastalık varlığı ve hastanede yatış süresi kaydedildi. Eksik klinik veriye sahip olgular analiz dışında bırakıldı. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yürütülen bu çalışmaya 243 pediatrik hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan olguların yaşları 1 ile 59 ay arasında değişmekte olup, ortalama yaş $19,24 \pm 14,28$ ay olarak saptanmıştır ve çalışmamızda akut gastroenterit nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda en sık saptanan etkenler viral ajanlar olmuştur. 2 yaşından küçük olan olgularda Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon saptanma oranı, Rotavirüs etkeni saptanma oranından anlamlı düzeyde yüksektir. İlkbaharda hastane yatışı yapılan olgularda Adenovirüs- Rotavirüs koenfeksiyon saptanma oranı Adenovirüs etkeni saptanma oranından yüksektir. Yazın hastane yatışı yapılan olgularda Adenovirüs etkeni saptanma oranı, Rotavirüs ve Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon saptanma oranından anlamlı düzeyde yüksektir. Sonbahar mevsiminde hastane yatışı yapılan olgularda Adenovirüs saptanma oranı, Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon saptanma oranından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca kış mevsiminde yatan hastalarda Rotavirüs ve Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon saptanma oranının, Adenovirüs etkeni saptanma oranından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Diyare ile başvuran olgularda Adenovirüs pozitiflik oranı, Rotavirüs ve Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon pozitiflik oranlarına göre daha düşük bulunmuştur. Kusmayla başvuran hastalarda da Adenovirüs pozitifliği sıklığı, Rotavirüs veya Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyon pozitifliğine kıyasla daha düşüktür ($p=0,001$). Adenovirüs enfeksiyonu olan hastalarda antibiyotik kullanım oranı, Rotavirüs veya Adenovirüs-Rotavirüs koenfeksiyonu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Diyare, dünya genelinde bir ay ile beş yaş arasındaki çocuklarda mortalitenin ikinci en sık nedenidir ve akut gastroenteritin etiyolojik etkenleri; yaş, mevsim, coğrafi bölge, toplumun sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ve aşılama durumu gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Doğum ağırlığının diyare üzerindeki etkisi spesifik olarak analiz edilmemiş olmakla birlikte, prematüritenin akut gastroenterit üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve prematüritenin altta yatan bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür. Literatürdeki verilerle uyumlu olarak, hastaneye yatırılan olgular arasında viral patojenlerin baskın etiyolojik etkenler olduğu saptanmıştır. Uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesi, gereksiz antibiyotik kullanımının azaltılması ve enfeksiyon kontrolü ile izolasyon önlemlerinin zamanında uygulanmasının sağlanması açısından doğru etken tanımlaması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler : Adenovirüs , akut gastroenterit , rotavirüs



SS-022

PEDİATRİK RSV ENFEKSİYONUNDA GDF-15 VE CD8A DÜZEYLERİNİN ROLÜ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Mustafa Gençeli¹, Burak Ezer³, Özge Metin Akcan¹, Talha Üstüntaş⁴, Anida Firzi Bala⁴, Hilal Sena Esen², Abdullah Akkuş⁴, Mehmet Özdemir²

1 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

2 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

3 – Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi mikrobiyoloji Anabilim Dalı

4 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Respiratuar sinsityal virüsü (RSV) enfeksiyonu olan çocuklar ile sağlıklı kontroller arasında serum büyüme farklılaşma faktörü-15 (GDF-15) ve farklılaşma kümesi 8-alfa (CD8A) düzeylerini karşılaştırmak ve bunların hastalık şiddeti ile hastanede kalış süresi ile olan ilişkilerini değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Doğrulanmış RSV enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan 32 çocuk ve yaşları eşleştirilmiş 14 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Serum GDF-15 ve CD8A düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. Biyobelirteçler ile hastanede kalış süresi, akut faz reaktanları ve hemogram indeksleri dahil klinik parametreler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Başlangıç serum GDF-15 ve CD8A konsantrasyonları hastalar ile kontroller arasında anlamlı farklılık göstermedi. Hastalar arasında GDF-15, hastanede kalış süresi ($r = .516$, $p = .002$) ve trombosit dağılım genişliği (PDW) ($r = .425$, $p = .015$) ile pozitif; trombosit sayısı ($r = -.372$, $p = .036$) ile negatif korelasyon gösterdi. CD8A ise C-reaktif protein (CRP) ($r = -.368$, $p = .038$) ve eritrosit dağılım genişliği (RDW) ile negatif korelasyon gösterdi; bu durum inflamasyon aracılı adaptif immün baskılanma ile uyumludur.

Tartışma ve Sonuç: Başvuruda yüksek GDF-15 düzeyi pediatrik RSV'de daha uzun hastanede yatış süresi ile ilişkilidir ve erken risk sınıflandırması için potansiyel bir yarar gösterebilir. CD8A ile CRP arasındaki ters ilişki, şiddetli inflamasyonun adaptif immün yanıtı baskılayabileceğini düşündürmektedir. Bu belirteçlerin klinik değerlendirme için biyokimyasal bir temel olarak kullanılıp kullanılamayacağını doğrulamak amacıyla daha büyük, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: CD8-alfa, GDF-15, çocuk, respiratuar sinsityal virüs, biyobelirteç



SS-023

SON 1 YIL İÇERİSİNDE AKUT GASTROENTERİTLİ ÇOCUK HASTALARDA ROTAVİRÜS SIKLIĞI

Berin Gündoğan¹, Sinem Özgür¹, İlhan Şafak Yalçinkaya¹, Elif Böncüoğlu², Murat Anıl³, Kamile Ötiken Oktay⁴

1 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları

2 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon

3 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Çocuk Acil

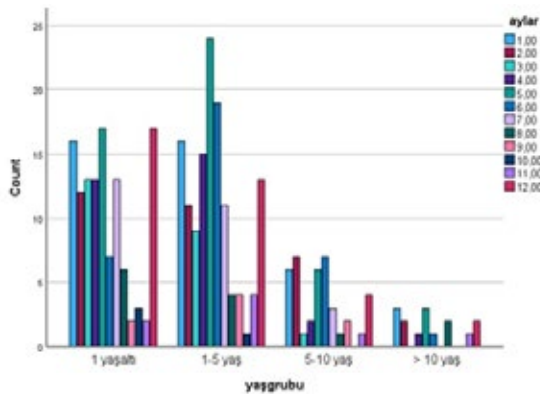
4 – Buca Seyfidemirsoy Eğitim Araştırma Çocuk Enfeksiyon

Giriş ve Amaç: Akut gastroenteritler çocuklardaki morbidite ve mortalitenin alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en önemli sebebidir. Rotavirüsler, 5 yaş altı çocuklarda hastane yatışlarına ve bebek ölümlerine neden olan ağır gastroenteritin önde gelen nedenidir.

Yöntem: Bu çalışmaya son 1 yıl içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'ne akut gastroenterit nedeniyle başvuran ve gaitada rotavirüs antijeni bakılan çocuk hastalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya akut gastroenterit nedeniyle Çocuk Kliniği'ne başvuran toplam 3147 hasta dahil edilmiş ve bu hastaların 307 'sinde (%9,8) gaitada rotavirüs antijeni pozitif saptanmıştır. Gaitada rotavirüs antijeni pozitif saptanan 307 hastanın 166'sı (% 54,1) erkektir. Rotavirüs gastroenteriti olan hastaların median yaşı 2 yaş (0-16) olarak saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun 182 'sinin (%59,3) 2 yaş altı çocuklar olduğu saptanmıştır. 2 yaş altı tüm çocuklar hastaneye yatırılarak izlenmiştir. Hastaların 121'i (%39,4) < 1 yaş, 131 'i (%42,7) 1-5 yaş arası, 40'ı (%13) 5-10 yaş arası, 15'i (%4,9) > 10 yaş hastalardı. Hastaların başvurduğu aylar en sık %16,3 Mayıs, %13,4 Ocak, %11,7 Aralık ayı olmakla beraber yılın her ayında vaka görüldüğü saptanmıştır.

Yaş Gruplarına Göre Dağılım



Tartışma ve Sonuç: Rotavirüs enfeksiyonu her yaş grubunda görülebilmekle birlikte semptomatik enfeksiyon oranları en sık 2 yaş altı çocuklarda görülmektedir. Özellikle kış ve ilkbahar mevsimlerinde 0-24 ay yaş grubunda enfeksiyöz gastroenteritlerde rotavirüsün önemi göz ardı edilmemelidir. Viral etkenlerin pozitifliğinin saptanması ile hem hasta kliniğinin öngörülmesi, hem de gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesi sağlanmış olacaktır

Anahtar Kelimeler: Rotavirüs, gastroenterit



SS-024

ÇOCUK VE ERGENLERDE DUODENOGASTRİK REFLÜ HASTALIĞI VE BAKTERİYEL İNTESTİNAL AŞIRI ÇOĞALMA İLİŞKİSİ

Hatice Yılmaz Dağlı¹, Reha Artan¹, Aygen Yılmaz¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Çocuk Gastroenterolojisi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Duodenogastrik reflü hastalığı (DGRH)'nın anlamı, ilişkili olabileceği sorunlar ayrıntılı bilinmemektedir. İnce bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma (SIBO) ile arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2021 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği'nde 5-18 yaş arası endoskopik ve histopatolojik DGRH tanısı alan hastalar çalışmaya katıldı. Olgular teletıp yöntemi ile SIBO ile ilişkili 10 semptom (bulantı, kusma, kilo kaybı, ishal, yorgunluk, eklem ağrısı, şişkinlik, depresyon, akne rozasea, yetersiz beslenme) sorgulandı. İki veya daha fazlasını gösteren hastalar, laktuloz hidrojen nefes testi (LHBT) için kliniğimize davet edildi, pozitif çıkan ve tedaviyi kabul eden hastalara SIBO tedavisi uygulandı.

Bulgular: DGRH tanısı koyulmuş 112 hasta belirlendi. Yedi hasta çalışmaya katılmadı. SIBO semptomları sorgulanan 105 hastanın ortalama yaşı $14,06 \pm 3,53$ yılı. 66 hasta (%62,8) kadındı. En sık görülen SIBO bulguları yorgunluk (%26,6), bulantı (%26,6), kilo kaybı (%19) ve yetersiz beslenme (%19) idi. 76 hastada bir veya daha az semptom olduğu ve 9 hasta teste katılmak istemediği için LHBT yapılmadı. 20 hastada en az iki SIBO belirtisi vardı. 1 olgu LHBT'yi tamamlayamaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. 2 hastada (%10,5) bazal nefes testi ve 15 ml laktulozun içilmesinden sonra 90. Dakikada nefeste hidrojen ölçümünde ≥ 20 ppm'lik artış ile SIBO için pozitif kabul edildi. SIBO tespit edilen 2 olgunun bir hafta 20 mg/kg/gün 2 doz rifaksimmin tedavisinden sonra kontrol LHBT'nin normal olduğu görüldü. LHBT'yi negatif olan on yedi olgudan tedaviyi kabul eden on ikisine rifaksimmin tedavisi verildi, tedaviden sonra klinik iyileşme sağladı. LHBT uygulanan hastaların demografik, klinik özellikleri, test ve tedavi sonuçları, tabloda özetlenmiştir.



LHBT uygulanan hastaların demografik, klinik özellikleri, test ve tedavi sonuçları

	Cinsiyet	Yaş (yıl)	VKI SDS	Belirti	Pozitif LHBT	Rifaximin Tedavisi	Rifaximin tedavisiyle semptomlarda düzelme
1	K	14	<-2	Yorgunluk, kilo kaybı, kusma	-	+	-
2	K	16	1-2	Bulantı, yetersiz beslenme	-	-	
3	E	10	>2	Yorgunluk, şişkinlik, depresyon	-	-	
4	E	17	1 - 2	Yorgunluk, şişkinlik, depresyon, kusma, şişkinlik	-	-	
5	E	12	0 -1	Bulantı, kusma, ishal	-	+	-
6	E	13	<-2	Yorgunluk, şişkinlik, depresyon	-	-	
7	E	7	-2 - -1	Yorgunluk, bulantı, ishal	-	-	
8	K	16	1 - 2	Yorgunluk, şişkinlik, depresyon, kusma	-	+	+
9	E	16	-1 - 0	Yorgunluk, kilo kaybı, kusma	-	+	+
10	K	14	-1 - 0	Yorgunluk, şişkinlik, depresyon, kusma, ishal, eklem ağrısı	-	+	+
11	K	14	-2 - -1	Yetersiz beslenme, kusma	-	+	+
12	K	10	-1 - 0	Yorgunluk, kilo kaybı, bulantı, depresyon, şişkinlik, eklem ağrısı	-	+	+
13	K	15	1-2	Yorgunluk, bulantı, depresyon	-	+	+
14	K	17	<-2	Kilo kaybı, yetersiz beslenme	-	+	+
15	E	10	-1 - 0	Yorgunluk, kilo kaybı, bulantı, akne rozasea	-	+	+
16	K	17	-2 - -1	Yorgunluk, kilo kaybı, bulantı, akne rozasea	-	+	+
17	K	17	-2 - -1	Yorgunluk, kilo kaybı, ishal	+	+	+
18	K	13	1 - 2	Yorgunluk, kilo kaybı, kusma	-	+	+
19	K	17	-1 - 0	Bulantı, kusma, kilo kaybı, ishal, yorgunluk, eklem ağrısı, şişkinlik, depresyon, akne rozasea	+	+	+
20	K	17	<-2	Yetersiz beslenme, depresyon, akne rozasea	Testi tamamlamadı		

Tartışma ve Sonuç: Tedaviye dirençli DGRH ile takip edilen hastalarda, ortak etiyopatogenez nedeniyle SIBO dikkate alınmalıdır. Hidrojen nefes testi, SIBO tanısı için kullanılan, girişimsel olmayan bir fizyolojik incelemedir. Yaygın olmakla birlikte nedeni açıklanamayan bir sorun olan DGRH'nın fonksiyonel bir test ile incelenmesini sınırlandıran bazı etmenler (bağırsak florasının H2 üretememesi olasılığı gibi) olabileceği de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Duodenogastrik reflü hastalığı, İntestinal Bakteriyel Aşırı Çoğalma, SIBO, Hidrojen nefes testi, Rifaximin, Çocuk



SS-025

ÇOCUKLARDA PANKREAS YAĞLANMASI DURUMUNUN DEĞERLENDİRMESİ: TÜRK TOPLUMUNDA TEK MERKEZ SONUÇLARI

Ümmü Gülsüm Serin Akterlik¹, Selim Dereci²

1 – Patnos Devlet Hastanesi

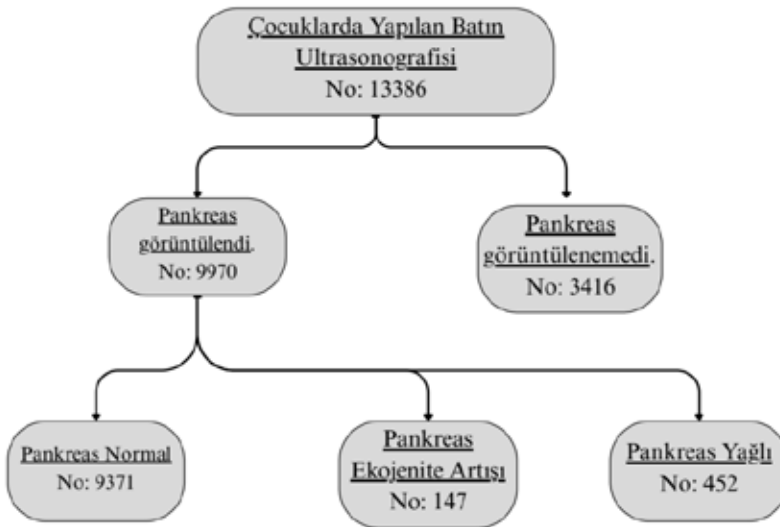
2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi Kliniği

Giriş ve Amaç: Çocuklarda pankreas yağlanması (PY) görülme sıklığı toplumda obezite insidansının artışı ile birlikte giderek artan oranda görülmektedir. Ülkemizde ve dünyada çocukluk yaş grubunda PY ilgili veriler sınırlıdır. Çalışmamızda çocuklarda PY durumunun değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Ağustos 2019–Ağustos 2023 yılları arasında çocuk gastroenterolojisi kliniğimize başvuran, 0-18 yaş arası, herhangi bir nedenle abdomen ultrasonografi (USG) görüntülenmesi yapıp, pankreas yağlanması saptanan çocuklar dahil edildi. Bu çocukların verileri geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 13.386 hastanın abdomen USG sonucuna ulaşıldı, 9970 çocuğun pankreas görüntülenmesi yapıldığı ve 452 (%4,53) çocukta PY olduğu tespit edildi. Çocukların yaş ortalaması 12,1±3,6 yıl olup, %50,7'si erkek, %49,3'ü kızdı. PY tespit edilen çocuklarda %76,8 yağlı karaciğer, %69,1 obezite, %11,2 insülin direnci, %7,8 hipertansiyon saptandı. Pankreas yağlanması olan çocukların %38,9'unda ALT değerleri (87,7±105,3 U/L), %35,7'sinde AST (95,2±66,4 U/L) değerleri yüksek tespit edildi. PY tespit edilenlerde amilaz ve lipaz sonuçları normal sınırlardaydı, HbA1c sonuçlarına göre %22,8'inde prediyabet %2,5'inde diyabet tespit edildi. Çocukların hiçbirinde pankreas fonksiyon bozukluğu veya pankreas yetmezliği bulgusu yoktu.

Çocuklarda Yapılan Batın Ultrasonografiyle Pankreas Yağlanmasının Değerlendirme Akış Şeması





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Pankreas Yağlanması Olan Çocuklarda Eşlik Eden Hastalıklar

Yağlı Karaciğer	384 (76,8)
Obezite	306 (69,1)
İnsülin Direnci	56 (11,2)
Hipertansiyon	39 (7,8)

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak çocuklarda batın USG değerlendirilmesi yapılarak PY oranı %4,53 tespit edildi. PY tespit edilen çocuklarda pankreas fonksiyonlarının klinikte olarak olumsuz etkisi görülmedi. PY olan çocuklarda görülme sıklığına göre obezite, karaciğer yağlanması, insülin direnci ve hipertansiyonun eşlik ettiği gösterildi. Bu konuda daha geniş kapsamlı prospektif, vaka-kontrol grubu olan, görüntüleme yöntemlerinin standardize edildiği, pankreas fonksiyonlarının daha detaylı bakıldığı çalışmalar yapılmalıdır. PY'nın erken tespiti ve yönetimi, gelişebilecek komplikasyonlar ve metabolik etkilerinin önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, karaciğer yağlanması, obezite, Pankreas yağlanması



SS-026

ACİL SERVİSE KORUZİF MADDE MARUZİYETİ ÖYKÜSÜYLE BAŞVURAN ÇOCUKLARDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE MALİYET DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim Bağcı¹, **Meltem Aydoğan Aydın**², Fatih Afacan³, Mustafa Barış Çamarası³, Bilge Şahin Akkelle¹,
Emel Ekşi Alp⁴, Ahsen Dönmez Türkmen¹, Deniz Ertem Şahinoğlu¹

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme B.D.

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları B.D.

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

4 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil B.D.

Giriş ve Amaç: Ev içi kazalar sonucu çocukların koruzif madde maruziyeti acil servis başvurularının sık nedenlerinden biridir. Bu olgular çok yönlü değerlendirme gerektirdiği gibi, sağlık sisteminde önemli bir iş ve maliyet yükü oluşturmaktadır. Bu çalışmada Çocuk Acil Servise koruzif madde maruziyet şüphesiyle başvuran hastaların klinik özellikleri, endoskopik bulguları ve hastane maliyetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz Çocuk Acil Servisine, Ocak – Aralık 2024 arasında yapılmış adli başvurular retrospektif olarak incelendi. Koruzif madde maruziyeti şüphesi ile başvuran olgularda maruz kalınan maddelerin özellikleri, başvuru şekli, demografik verileri, semptom ve fizik muayene bulguları, endoskopi bulguları, yatış süresi kaydedildi. Toplam yatak-gün sayısı ve sağlıkta uygulama tebliği (SUT) ödemeleri üzerinden hastane maliyetleri analiz edilerek ortalama yatak-gün maliyeti hesaplandı.

Bulgular: Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm adli başvuruların %15.4'ünü (n=163) koruzif maddeye maruz kalan olgular oluşturmaktaydı. Başvuruların %31.9'u en az 1 dış merkezde değerlendirildikten sonra hastanemize sevk edilmişti. Olguların ortalama yaşı 37.2±39.3 ay olup, maruziyetlerin %91,4'ü ev içi kaza sonucu gerçekleşmişti. En sık alınan maruz kalınan maddeler çamaşır suyu (%27) ve bulaşık makinesi tablet deterjanı (%25,2) idi. Yatırılarak izlenen olgularda (%87,7) ortalama yatış süresi 1,96±1,96 gündü. Koruzif hasardan şüphe edilen 80 hastanın %76,3'üne endoskopi yapıldı ve hastaların %54,1'inde özofagusta koruzif hasar saptanmazken, yalnızca %21.3'ünde Zargar grade 2A/2B koruzif hasar saptandı. Bu nedenle yatak işgal süresi 281 gün/yıl, toplam hastane maliyeti 14.137 ABD doları olup, ortalama yatak-gün maliyeti 50.3 ABD doları olarak hesaplandı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız koruzif madde maruziyetinin yalnızca tıbbi yönüyle değil, adli, sosyal ve ekonomik yönleriyle de önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermiştir. Olguların neredeyse tamamında maruziyetin ev içinde, temizlik maddeleri ile, kazara gerçekleşmiş olması, koruzif madde maruziyetlerinin büyük ölçüde önlenabilir olduğunu göstermektedir. Maruziyetlerin, ebeveyn denetiminin en fazla gerektiği 3-6 yaş arasında gerçekleşmesi, konunun bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmasını gerektiğini düşündürmektedir. Bu konuda toplumsal farkındalık ve ebeveynlerin eğitimi için yapılacak çalışmaların, koruzif madde maruziyetlerini ve sağlık hizmeti tüketimini azaltabileceği öngörülebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Koruzif, Maliyet



SS-027

ÇOCUKLARDA DOĞUŞTAN KALP HASTALIKLARINDA HEPATOPATİ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hande Varlıklı Karaçoban¹, İbrahim Ece², İbrahim İlker Çetin², Aysel Ünlüsoy Aksu²

1 – Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Çocuklarda doğuştan kalp hastalıklarında laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile kardiyak hepatopatinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Eylül 2019- Eylül 2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Kardiyoloji polikliniklerine başvuran 18 yaş altında Fontan operasyonu yapılan, Fontan operasyonu yapılmadan fonksiyonel tek ventriküle sahip (triküspit veya mitral atrezi, çift girişli sol veya sağ ventrikül, hişpoplastik sol kalp, çift çıkışlı sağ ventrikül, Ebstein anomali, tam atriyoventriküler septal defekt ve septumun sağlam olduğu pulmoner atrezi); kronik kalp yetmezliği olan ve kronik kalp yetmezliğine neden olmayan doğuştan kalp hastalığı olan [ventriküler septal defekt (VSD) ,atrial septal defekt (ASD),patent duktus arteriozus (PDA),büyük arterlerin tranpozisyonu (BAT) pulmoner stenoz,aort stenozu,trunkus arteriozus,fallot tetralojisi,pulmoner atrezi] çocuklarda alfa-fetoprotein (AFP) ve görüntülemeye ultrasonografi (USG), ekokardiyografi, anjiyografi bulguları ve 3 ay aralıklarla takip ile 3 hemogram, biyokimya,koagülasyon parametreleri ve geriye dönük taranarak, hasta grupları arasında istatistiksel olarak karşılaştırma ve bulgular arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

Hasta Gruplarının Dağılımı



Bulgular: Çalışmamızda; Fontan operasyonu olan gruptaki hastalarda USG’de karaciğer parankim heterojenitesi %37,5 ve hepatik ven dilatasyonu %62,5 oranında saptanmış olup, diğer gruplara göre daha fazla saptanmıştır. Ayrıca bu hastaların takiplerindeki 3 ay aralıklı değerlendirilen serum gama glutamil transferaz (GGT) düzeyi anlamlı şekilde artış göstermekteydi. Tüm hasta gruplarında ejeksiyon fraksiyonu (EF) ile alanin transferaz (ALT) ve albümin düzeyleri arasında ilişki saptanmazken; EF düşük iken ile GGT, total ve direkt bilirubin düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sağ ventrikül basıncı ile ALT, GGT ve albümin arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak total ve direkt bilirubin takip serum düzeylerinden son ölçüm ile sağ ventrikül basıncı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Kronik kalp yetmezliği grubundaki hastalarda, takipte serum direkt bilirubin düzeylerinde artış görülmüştür. Tüm hasta grupları içinde bir hastada AFP yüksekliği olup, bu hastada USG’de hepatosellüler karsinom açısından şüpheli alan veya nodül görülmemiştir.



Yaklaşık 3 ay arayla takip edilen kardiyak hastaların karaciğer fonksiyonu ölçüm ortalama değerleri

GRUPLAR	Grup 1			Grup 2			Grup 3			Grup 4			P
	İlk Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	İlk Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	İlk Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	İlk Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	
ALT (U/L)	32,55	28,55	19,70	35,80	35,95	35,08	30,06	36,61	29,30	31,48	34,36	31,35	>0,05
AST (U/L)	49,75	54,50	43,15	39,25	45,88	40,15	48,46	67,17	43,99	30,14	29,48	27,66	>0,05
GGT (U/L)	25,07	22,07	19,39	33,07	47,12	31,50	35,84	23,87	21,32	38,22	39,29	49,75	>0,05
Total Protein (g/L)	59,70	58,90	66,17	67,63	67,00	67,54	61,95	62,88	63,46	31,42	33,44	28,67	0,001
Albümin (g/L)	42,25	41,10	44,21	43,80	43,50	43,41	42,42	42,54	41,83	31,01	32,43	29,23	>0,05
Total Bilirubin (mg/dL)	1,20	1,01	0,74	0,59	0,73	1,15	0,92	0,78	0,57	0,62	0,64	0,68	>0,05
Direkt Bilirubin (mg/dL)	0,43	0,23	0,28	0,24	0,38	0,61	0,27	0,26	0,19	0,26	0,29	0,30	>0,05

Ejeksiyon fraksiyonu ile transaminaz değerleri, total protein, albümin, GGT, bilirubinler arası korelasyon analizleri

	İlk Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm
ALT (U/L)			
AST (U/L)		$r=0,201; P=0,007$	
GGT (U/L)		$r=-0,241; P=0,008$	$r=-0,210; P=0,017$
Total Protein (g/L)	$r=-0,274; P<0,001$	$r=-0,234; P=0,002$	
Albümin (g/L)			
Total Bilirubin (mg/dL)			$r=-0,253; P=0,001$
Direkt Bilirubin (mg/dL)		$r=-0,204; P=0,008$	$r=-0,304; P<0,001$

Tartışma ve Sonuç: Fonksiyonel tek ventrikülü olan hasta grubu dışındaki diğer üç grupta erken dönemde karaciğerde parankim heterojenitesi, hepatik ven dilatasyonu saptanmıştır. Fontan operasyonu olanlarda takiplerde GGT; kronik kalp yetmezliği olanlarda da direkt bilirubin düzeylerinde artış görülmektedir. EF ile GGT, total ve direkt bilirubin arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Doğuştan kalp hastalığı olan özellikle Fontan operasyonu olan ve kronik kalp yetmezliği olan çocuklarda, erişkinlerde olduğu gibi USG ve laboratuvar ile aralıklı kardiyak hepatopati surveyansı yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak Hepatopati, Doğuştan Kalp Hastalıkları, Çocuk, Fontan



SS-028

MALNÜTRİSYONUN 5–12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA EPİFİZ KALINLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRME

Mustafa Orhan Duyar¹, Zeynep Çilsal², Betül Güney³

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – Kayseri Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

3 – Kayseri Devlet Hastanesi, Radyoloji

Malnütrisyonun 5–12 Yaş Arası Çocuklarda Epifiz Kalınlığı Üzerine Etkisi: Ultrasonografik Değerlendirme

Giriş:

Malnütrisyon çocukluklarda büyüme ve gelişimi olumsuz etkileyen küresel bir sağlık sorunudur [1]. Büyüme plağı kemik gelişiminin temel yapısıdır ve yeterli beslenmeyle yakından ilişkilidir [2–4]. Tibia epifiz ve metafiz genişliği ile lateral tibia epifiz yükseklik ölçümleri ise çocuklarda kalan büyümenin belirlenmesi ile ilişkilendirilmiştir [5,6]. USG (ultrasonografi), kemiklerin epifiz bölge ölçümlerini MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ile yüksek düzeyde korele olarak gerçekleştirebilmektedir [7]. Malnütrisyonun kemik epifiz bölgesi üzerine etkisini gösteren bir çalışma ise literatürde bulunmamaktadır. Bu çalışmada, malnütrisyonlu çocuklarda proksimal tibia ve femur epifiz kalınlıklarının USG ile değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşlılarıyla karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem:

Bu prospektif, kontrollü, kesitsel çalışmada 5–12 yaş aralığında, malnütrisyonu açıklayabilecek ek komorbidite varlığı ya da ilaç kullanımı öyküsü bulunmayan 41 çocuk değerlendirildi. Katılımcılar WHO (Dünya Sağlık Örgütü) BMI-for-age (BAZ) Z-skoru kriterlerine göre gruplandırıldı (BAZ ≤ -2 : malnütre). VKİ (vücut kitle indexi) Z-skorları WHO Growth Reference standartlarına göre LMS (Lambda–Mu–Sigma) yöntemi kullanılarak hesaplandı. Sağ ve sol proksimal tibia ve femur epifiz kalınlıkları, sagittal planda epifiz ossifikasyon merkezi ile metafizer sınır arasındaki dikey mesafenin yüksek çözünürlüklü lineer prob (5–15 MHz) ile, deneyimli tek bir radyolog tarafından ölçülmesiyle değerlendirildi. Her bölge için üç ölçüm alınıp ortalaması kaydedildi. Sürekli değişkenler Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi; dağılım durumuna göre veriler Mann–Whitney U veya bağımsız iki örneklem t-testi ile analiz edildi.

Bulgular:

Malnütre hasta sayısı 14'tü. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0.628$). VKİ ve VKİ Z-skorları malnütrisyon grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.001$). Tibia sağ ve tibia sol epifiz ölçümleri Mann–Whitney U testi ile değerlendirildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.141$ ve $p=0.343$). Femur sağ ve femur sol epifiz ölçümleri ise bağımsız iki örneklem t-testi ile analiz edildi; her iki ölçümde de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0.991$ ve $p=0.568$).

Sonuç:

5–12 yaş aralığındaki çocuklarda izole malnütrisyonun proksimal tibia ve femur epifiz kalınlığı üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Bulgular, malnütrisyonun erken dönemde büyüme plağı morfolojisinde belirgin yapısal değişikliğe yol açmayabileceğini düşündürmektedir. Sonuçlarımız devam etmekte olan bir çalışmanın ön verileri olup, artan örneklem büyüklüğü ile nihai sonuçların yeniden değerlendirilmesi planlanmaktadır. Ayrıca, BAZ değeri -1 ile -2 SD arasında olan çocukların malnütre olmayan grup içerisinde değerlendirilmiş olması, gruplar arasındaki farkın azalmasına ve bazı ölçümlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşamamasına katkıda bulunmuş olabilir. Daha geniş örneklemli ve longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.



Anahtar Kelimeler:

Malnütrisyon; Ultrasonografi; Kemik gelişimi; Epifiz bölgesi kalınlığı; Epifiz yüksekliği; Çocuklarda büyüme gelişme.

Tablolar:

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Malnütre Olmayan (n=27)	Malnütre olan (n=14)	p değeri
Yaş (yıl)	7 (6-10)	7.5 (6.75-9.13)	0.628
VKİ (kg/m ²)	15.45 (13.94-16.41)	12.59 (12.20-12.99)	<0.001
VKİ Z-skoru	-0.71 (-1.21 - 0.52)	-2.61 (-3.44 - -2.24)	<0.001

Sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Tablo 2: Grupların Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması

Ölçüm (mm)	Malnütre Olmayan	Malnütre Olan	p değeri
Tibia sağ, medyan (IQR)	15.6 (13.5-16.9)	13.6 (13.18-16.35)	0.141 ^a
Tibia sol, medyan (IQR)	15.8 (13.6-17.3)	14.0 (13.08-17.2)	0.343 ^a
Femur sağ, ortalama ± SS	21.70 ± 3.04	20.71 ± 2.44	0.991 ^b
Femur sol, ortalama ± SS	22.06 ± 3.25	20.49 ± 2.30	0.568 ^b

Sürekli değişkenler Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilen dağılıma göre medyan (IQR) veya ortalama ± SS olarak sunulmuştur. IQR (Interquartile range), 25. ve 75. persentiller arasındaki aralığı ifade eder. ^a: Mann-Whitney U ^b: Bağımsız iki örneklem t-testi. İstatistiksel anlamlılık p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Kaynakça:

- Doğan K, Güngör Ş, Doğan A, Karaküçük SN. Ultrasonographic Evaluation of Solid Organ Sizes in Children with Primary Malnutrition: A Preliminary Study. JCM. 2024 Dec 31;14(1):169. doi:10.3390/jcm14010169
- Pradsgaard DØ, Spannow AH, Heuck C, Herlin T. Decreased Cartilage Thickness in Juvenile Idiopathic Arthritis Assessed by Ultrasonography. J Rheumatol. 2013 Sep;40(9):1596-603. doi:10.3899/jrheum.121077
- Kumar I, Verma A, Aggarwal P, Yadav N, Kukreja K, Singh PK. Radiological insights into pediatric undernutrition: Early detection, complications, and a structured evaluation approach. Current Problems in Diagnostic Radiology. 2025 Sep;54(5):616-26. doi:10.1067/j.cpradiol.2025.03.002
- Samanta M, Mitra S, Samui PP, Mondal RK, Hazra A, Sabui TK. Evaluation of joint cartilage thickness in healthy children by ultrasound: An experience from a developing nation. Int J of Rheum Dis. 2018 Dec;21(12):2089-94. doi:10.1111/1756-185X.13374
- Kahan JB, Li DT, Schneble CA, Esparza R, Cui J, Cooperman DR. Predicting Growth Quantitatively Through Proximal Tibia Radiograph Markers. Journal of Pediatric Orthopaedics. 2020 Oct;40(9):e889-93. doi:10.1097/BPO.0000000000001587
- Kahan JB, Li DT, Schneble CA, Elabd A, Attia E, Esparza R, et al. Measuring Proximal Tibial Metaphyseal Width and Lateral Epiphyseal Height Improves Determination of Remaining Growth in Children. Journal of Pediatric Orthopaedics. 2021 Oct;41(9):e739-44. doi:10.1097/BPO.0000000000001853
- Spannow A, Stenboeg E, Pfeiffer-Jensen M, Fiirgaard B, Haislund M, Ostergaard M, et al. Ultrasound and MRI Measurements of Joint Cartilage in Healthy Children: a Validation Study. Ultraschall in Med. 2010 Jun 1;32(S01):110-6. doi:10.1055/s-0029-1245374



SS-029

GÜNEŞİN ARDINDAKİ GÖRÜNMEZ TEHLİKE: SICAK HAVA DALGALARI VE KİSTİK FİBROZİS

Yakup Gözderesi¹, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı², Ömer Faruk Beşer³, Sinem Oral Cebeci⁴

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları A.D. , Çocuk Göğüs Hastalıkları B.D

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. , Çocuk Gastroenteroloji BD

4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Çocuk Acil BD

Giriş ve Amaç: İklim krizi, çok sektörlü etkileri olan büyüyen bir küresel tehdittir. Küresel sıcaklığın 2035'e kadar Sanayi Devrimi öncesine göre 1,5°C'yi aşması beklenmektedir (1,2). Aşırı hava olayları, sıcak dalgaları, kuraklık, gıda güvensizliği, yangınlar, seller ve bulaşıcı hastalıklardaki artış önemli sağlık riskleri yaratır (3). Çocuklar; gelişmekte olan organ sistemleri, vücut ağırlığı başına yüksek maruziyet ve yetişkinlere bağımlılık nedeniyle daha savunmasızdır (4,5). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sıcak hava dalgaları, maksimum ve minimum sıcaklıkların en az iki gün 90. persentili aşmasıdır (6,7). Haziran 2025'te Marmara'da sıcaklıklar normallerin 1,5°C üzerine çıkmış; Temmuz'da İstanbul'da 32,7°C'ye ulaşarak ardışık dalgalar görülmüştür (8-11). Kronik hastalığı olan çocuklar özellikle risk altındadır. Bu çalışma, İstanbul'da yaşanan sıcak hava dalgası sırasında kistik fibrozisli çocuklarda gözlenen dehidratasyon ve elektrolit bozukluklarını inceleyerek aşırı sıcakların kırılgan pediatrik popülasyonlar üzerindeki klinik etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Temmuz 2025'te İstanbul'da yaşanan yüksek hava sıcaklık döneminde Cerrahpaşa Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran ve acil müşahade alanında izlenen Kistik Fibrozis ile yaşayan hastalar değerlendirildi. Hastaların laboratuvar bulguları, başvuru şikâyetleri, dehidratasyon dereceleri derlendi.

Bulgular: Potansiyel sıcak hava dalgası döneminde, toplam 10 KF'li çocuk 12 kez hastaneye yatırıldı. Başvuru sırasında hastalarda kusma, ishal, oral alımda azalma, baş dönmesi ve klinik dehidratasyon bulguları izlendi. Yoğun sıcak maruziyetine bağlı artmış terleme ile uyumlu şekilde elektrolit dengesizlikleri saptandı. Yatış sırasında serum sodyum düzeyi median 131,5 mmol/L (IQR 6; min-maks 123-139), klorür düzeyi median 88,5 mmol/L (IQR 9,5; min-maks 76-109) ve bikarbonat düzeyi median 27,8 mEq/L (IQR 7,25; min-maks 18-37,1) idi. (Tablo 1) Olguların %58'i (n=7 değil hata var) orta derecede dehidrateydi. Parenteral hidrasyon sonrası elektrolit parametrelerinde düzelme gözlemlendi ve tüm hastalar 48 saat içinde taburcu edildi. İki olgu erken dönemde rekürren semptomlar nedeniyle yeniden yatırılarak intravenöz sıvı tedavisi aldı.



Başvuran hastaların klinik ve laboratuvar bulguları

	Yaş	KF tanısı sırasındaki yaş	Tanı alma şekli	Başvuru yakınması	Dehidrat. Derecesi	mEq/l					mmol/l	Başvuru zamanı
						Na	Cl	Mg	K	P	HCO ₃	
1	9 aylık	2 aylık	Mekonyum ileusu operasyonu sonrası	Kusma	Orta	123	77	2,3	3,67	6,95	30,1	11.07.2025
2	1 y 4 aylık		Yağlı dışkılama, kusma, gelişim geriliği ve Pseudo-Bartter ile tetkik edilirken	Kusma, ishal	Orta	139	109	1,86	3,95	4,22	18	16.07.2025
3	1 y 11 aylık		-	Kusma	-	137	103	2,47	5,28	5,78	21,2	18.07.2025
4	6 aylık	Yenidoğan	Doğumda alınan topuk kanı taraması ile	Solunum sıkıntısı, Kusma	-	132	90	2,34	3,41	3,93	35,6	22.07.2025
5	8 yaş	4 aylık	Hiponatremi ile tetkik edilirken	Beslenmede azalma	Hafif	135	88	2,95	3,47	6,01	27,1	23.07.2025
6	3 y 7 aylık	Yenidoğan	Doğumda alınan topuk kanı taraması ile	Kusma	Orta	129	89	2,74	3,24	3,02	29,3	24.07.2025
3	1 y 11 aylık		-	Halsizlik, Kusma, stomadan gelenlerinde artış	Orta	130	95	2,57	5,21	5,86	24,2	24.07.2025
7	1 y 1 aylık	Yenidoğan	Doğumda alınan topuk kanı taraması ile	İştahsızlık, halsizlik	Orta	131	94	2,46	3,07	5,71	24,8	24.07.2025
8	7 y 7 aylık	4 aylık	Gelişim geriliği ve öksürük ile tetkik edilirken	Karın ağrısı	-	132	87	2,55	3,75	5,08	28,5	28.07.2025
1	9 aylık	2 aylık	Mekonyum ileusu operasyonu sonrası	Kusma	Orta	127	86	2,49	4,63	5,71	26,6	28.07.2025
9	8 aylık	Yenidoğan	Doğumda alınan topuk kanı taraması ile	Halsizlik, Kusma	Orta	127	76	2,47	4,47	5,24	37,1	30.07.2025
10	1 y	Yenidoğan	Doğumda alınan topuk kanı taraması ile	Öksürükte artış		133	84	2,86	3,67	6,16	33,4	30.07.2025

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak, yaz aylarındaki aşırı sıcak dönemlerde Kistik Fibrozisli çocukların su ve tuz alımları yaşa göre düzenlenerek yakından izlenmelidir. İklim değişikliği ve sıcak hava dalgalarının çocuk sağlığına etkilerine karşı yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde savunuculuk güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, sıcak hava, iklim krizi, dehidratasyon



SS-030

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZUN EPİDEMİYOLOJİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ: 12 YILLIK DENEYİM

Aslısu Akdeniz Vurunbigi¹, Barış Çil²

1 – Özel Cihanpol Hastanesi

2 – Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Tüberküloz (TB) dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup çocukluk çağı olguları toplum içi bulaş dinamiklerini yansıtan kritik bir göstergedir. Pediatrik TB çoğunlukla pulmoner tutulumla ilişkilendirilse de immün sistem immatüritesi ve lenfohematojen yayılım eğilimi nedeniyle ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB) çocuklarda önemli bir klinik yük oluşturmaktadır. Ekstrapulmoner tutulum çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülmekte ve en sık lenf nodu tutulumu ile prezente olmaktadır. Ancak nonspesifik klinik bulgular, örnekleme güçlükleri ve düşük mikrobiyolojik doğrulama oranları tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Bu durum özellikle yüksek TB yüküne sahip bölgelerde erken tanıyı güçleştirmektedir. Bu çalışmada, 2013–2025 yılları arasında bölgemizde izlenen pediatrik TB olguları değerlendirilerek çocukluk çağında EPTB'nin sıklığı, tutulum paternleri, tanı yöntemleri ve klinik özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmaya 0–18 yaş arasında TB tanısı alan hastalar dahil edildi. Demografik özellikler, hastalık yerleşimi, tutulum bölgeleri ve tanı yöntemleri hastane kayıtlarından elde edildi. Olgular pulmoner ve ekstrapulmoner olarak sınıflandırıldı; EPTB olgularında tutulum bölgeleri ayrıca değerlendirildi. Tanı doğrulama yöntemleri histopatolojik ve mikrobiyolojik kanıt varlığına göre kaydedildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilerek sayı ve yüzde olarak sunuldu.

Bulgular: Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmaya 0–18 yaş arasında TB tanısı alan hastalar dahil edildi. Demografik özellikler, hastalık yerleşimi, tutulum bölgeleri ve tanı yöntemleri hastane kayıtlarından elde edildi. Olgular pulmoner ve ekstrapulmoner olarak sınıflandırıldı; EPTB olgularında tutulum bölgeleri ayrıca değerlendirildi. Tanı doğrulama yöntemleri histopatolojik ve mikrobiyolojik kanıt varlığına göre kaydedildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilerek sayı ve yüzde olarak sunuldu. Çalışma döneminde saptanan 661 TB olgusunun 58'i (%8,8) pediatrik yaş grubundaydı. Pediatrik olguların %43,1'inde ekstrapulmoner tutulum saptandı. EPTB olgularında en sık tutulum yeri lenf nodları (%52) olup, bunu plevral (%16) ve kemik/eklem tutulumu (%8) izledi. Dissemine hastalık ve santral sinir sistemi tutulumu nadir ancak ağır seyirliydi. Tanı çoğunlukla histopatolojik inceleme ile doğrulanırken (%88), mikrobiyolojik doğrulama oranı %12 olarak bulundu.



Pediyatrik Tüberküloz Olgularının Klinik Özellikleri ve Tanısal Bulguları

Parametre	n	%
Toplam TB olgusu	661	—
Pediyatrik olgu	58	8,8
Ekstrapulmoner TB	25	43,1
Lenf nodu tutulumu	13	52
Plevral tutulum	4	16
Kemik/eklem tutulumu	2	8
Dissemine TB	2	8
SSS tutulumu	1	4
Histopatolojik doğrulama	22	88
Mikrobiyolojik doğrulama	3	12

Pediyatrik tüberküloz olgularının önemli bir bölümünde ekstrapulmoner tutulum saptanmış olup lenf nodu tutulumu en sık formdur. Mikrobiyolojik doğrulama oranının düşük bulunması, çocukluk çağı ekstrapulmoner tüberkülozunda tanısal güçlükleri ve klinik şüphenin önemini vurgulamaktadır.

Tartışma ve Sonuç: Pediyatrik TB olgularının yaklaşık yarısının ekstrapulmoner yerleşimli olması bölgemizin yüksek TB yükü olan toplumlarla benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir. Lenf nodu TB'nin baskın form olması ve mikrobiyolojik doğrulamanın sınırlı kalması tanıda klinik şüphenin önemini vurgulamaktadır. Özellikle nedeni açıklanamayan lenfadenopati varlığında TB olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, Pediyatrik tüberküloz, Lenf nodu tüberkülozu, Tanısal güçlükler, Epidemiyoloji, Çocukluk çağı



SS-031

KİSTİK FİBROZİSLİ HASTALARIN YILLARA GÖRE DEMOGRAFİK ve ANTROPOMETRİK DEĞİŞİMLERİ, DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ VE YAŞAM ANALİZİ

Şeyda Karabulut¹, Mine Kalyoncu¹, Merve Selçuk¹, Neval Metin Çakar¹, Ceren Ayça Yıldız¹, **Şule Bektaş¹**,
Burcu Süzer², Gamze Taştan², Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Yasemin Gökdemir¹,
Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi

AMAÇ: Kistik Fibrozis (KF), akciğer başta olmak üzere gastrointestinal sistem, pankreas, ürogenital sistem, kemik ve kardiyovasküler sistemi de etkileyebilen multisistemik, kalıtsal bir hastalıktır. Son yıllarda beslenme ve solunum tedavilerindeki gelişmeler ile yenidoğan tarama programlarının yaygınlaşması sayesinde KF'li hastaların yaşam süresi artmıştır. Çalışmamızda KF merkezimizde takip edilmekte olan hastalarımızın demografik verilerini incelemeyi ve zaman içerisinde akciğer fonksiyonlarındaki değişimi ve uygulanan tedavilerin bu değişime etkinliğini saptamayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2022 yılları arasında merkezimize kayıtlı hastalar retrospektif olarak incelendi. Sürekli değişkenler median (IQR) olarak sunuldu. Sürekli veriler, parametrik olmayan veriler Mann-Whitney U testleri ile analiz edildi. Kategorik veriler χ^2 veya Fisher'in kesin testleri ile analiz edildi, $p \leq 0,05$ anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analiz, IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versiyon 28 kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Merkezimize kayıtlı 444 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı anındaki yaş medianı; 0,33 (0,16 – 1,08) yıldır, %47,3'ü kadın (n=210/444) 52,7'si erkekti (n=234/444). 2015-2022 yılları arasında 24 hasta (%5,40) eksitus oldu; 15'i kadın (n=15/24), 9'u erkekti (n=9/24). Ölen hastalarda mekonyum ileusu gözlenmedi. Ölüm ile deltaF508 delesyon mutasyonu ve neonatal tarama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla; $p=0,64$ ve $p=0,89$). Modülatör ilaç kullanımına ilk kez 2021 yılında 21 hasta ile başlandı; ortalama yaş 22,6 ($\pm 7,3$) yıldır ve bir hastada modülatör kullanımının devam edilemedi. 2022 yılında 36 yeni hastaya modülatörü başlandı toplam hasta sayısı 56'ya yükseldi. Bu 56 hastanın yaş ortalaması; 20,2 ($\pm 8,7$) yıl, 2022 yılında ilk kez modülatör kullanmaya başlayan hastaların yaş ortalaması; 18,2 ($\pm 8,6$) yıldır. 2021 yılında modülatör kullanımı başladıktan sonra hastaların 2022 yılındaki BMI değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulundu. ($p=0,02$; BMI z skor median değerleri 2021'de: -0,64 ($\pm 0,92$); 2022'de -0,29 ($\pm 0,89$)). Modülatör kullanan hastaların FEV1 median değerleri 2021 ve 2022 yıllarında sırasıyla %63,3 ($\pm 23,2$) ve %64 ($\pm 25,5$) olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($p=0,88$).

SONUÇ: Merkezimizde modülatör kullanımının sınırlı kullanımına rağmen kalite iyileştirme (QI) odaklı multidisipliner yaklaşım ile hastalarımızın BMI Z skorlarında istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmuştur. Çalışmamız geleceğe yönelik tahminler yapmak için temel özelliklerin belirlenmesini sağlamaya katkıda bulunmaktadır.



Tablo 1: 1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi CF Merkezine Kayıtlı hastaların tanımlayıcı istatistikleri (N=444)

	N	%	Ölüm sayısı	%
F508del mutasyonu				
<i>Homozigot</i>	80	18.01	6	1.35
<i>Heterozigot</i>	102	22.97	5	1.12
<i>0 kopya</i>	260	58.55	13	2.92
<i>Bilinmiyor</i>	2	0.45		
Neonatal Tarama				
<i>Evet</i>	108	24.4	3	0.67
<i>Hayır</i>	299	67.3	21	4.72
<i>Bilinmiyor</i>	37	8.3	0	
Mekonyum İleusu				
<i>Evet</i>	34	7.7	0	
<i>Hayır</i>	407	91.7		
<i>Bilinmiyor</i>	3	0.7		
Tanı anı yaşı: Median, (IQR); 0.33 (0.16 - 1.08) yıl				
<1 yaş	326	73.4		
1-4 yaş	27	6.1		
5-9 yaş	39	8.8		
10-24 yaş	37	8.3		
25+ yaş	8	1.8		
CFTR modülatör kullanımı	56	%12,6		

Tablo 2: 1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi CF Merkezine Kayıtlı hastaların yıllara göre demografik ve antropometrik değişimleri

	2018	2019	2020	2021	2022
Yıllara göre toplam hasta sayısı (N; %)	301 (%68)	326 (%73.4)	349 (%78.6)	385 (%86.7)	422 (%95.4)
Ex olan hasta sayısı (N; %)	2 (%0.5)	3 (%0.6)	4 (%0.9)	9 (%2)	2 (%0.5)
Yaş Median (IQR)	9.5 (4.5, 14.2)	10.1 (4.6, 15.1)	10.7 (5.46, 16.1)	11.9 (6.29, 17.1)	11.1 (6.6, 17.7)
BMI z score Mean (±SD)	-0.88 (±1.27)	-0.89 (±1.42)	-0.57 (±1.37)	-0.46 (±1.42)	-0.30 (±1.16)
FEV1 % pp Mean (±SD)	79.3 (±23)	78,8 (±22)	79 (±24.1)	80,2 (±24.1)	80 (±26.6)



SS-032

ÖZOFAGUS ATREZİSİ TANILI HASTALARDA PULMONER KOMPLİKASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büşra Özgünay¹, Özge Kılıç Bayar², Şeyda Karabulut¹, Merve Selçuk Balcı¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Neval Metin Çakar¹, Ayten Ceren Bakır², Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alışbeyli¹, **Şule Bektaş¹**, Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Kivılcım Karadeniz Cerit², Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Gürsu Kıyan², Bülent Karadağ¹

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Özofagus atrezisi (ÖA) ve trakeoözofageal fistül (TÖF), solunum ve gastrointestinal sistemi etkileyen nadir görülen konjenital bir anomalidir. Solunum komplikasyonları, cerrahi onarım sonrasında da sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmada, özofagus atrezisi tanılı hastalarda eşlik eden pulmoner komplikasyonların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2014-2024 yılları arasında ÖA ve/veya TÖF tanısı almış 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Veriler hastane veri tabanından retrospektif olarak elde edildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı $9,4 \pm 5$ yıl olup %51'i erkekti. Hastaların %32,7'sinin doğum ağırlığı 2500-4000gr arasındaydı ve %37,3'ü term doğmuştu. Tip C ÖA en sık görülen alt tipti (%74,5). Solunum yolu semptomları olarak %41,2'sinde kronik öksürük ve %27,5'inde hırıltı mevcuttu. Hastaların %66,6'sında geçirilmiş alt solunum yolu enfeksiyonu **öyküsü mevcuttu**. **Yaşamları boyunca solunum semptomları nedeniyle hastane yatışı ortancası 2** (IQR: 1-5) ve son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı ortalaması $3,1 \pm 2,4$ idi. Toraks BT si olan %60,7 hastanın (n=31), %19,6'sında bronşiektazi ve %15,7'sinde ateletazi tespit edildi. Solunum fonksiyon testleri (n=20) ortalama FEV1 % beklenen $77,2 \pm 16,1$, FEV1 Z skoru ortalama $-1,38 \pm 1,45$, FVC % beklenen $73,5 \pm 15,6$, FVC Z skoru $-1,58 \pm 1,16$ ve FEV1/FVC % beklenen $101 \pm 8,5$, FEV1/FVC Z skoru $-0,11 \pm 1,31$ olarak tespit edildi. Solunum fonksiyon testlerinin %17,6'sı restriktif paterne, %5,9'u obstruktif paterne sahipti. Hastaların %58,8'inde gastroözofageal reflü nedeniyle tedavi alma öyküsü mevcuttu. Hastaların %43,1'inde (n=22) bronkoskopik değerlendirme yapılmış olup trakeomalazi (%15,7, n=8), tekrarlayan fistül (%13,7, n=7) ve laringomalazi (%4, n=2) saptanmıştır. Ayrıca hastaların %27,1 inde eşlik eden kardiyak anomali, %23,5 inde atopi/astım, %21,6'sında **skolyoz (%21,6) tespit edilmiştir**.

SONUÇ

Özofagus atrezisi ve trakeoözofageal fistülü olan çocuklarda solunum komplikasyonları sıklıkla görülür. Özofagus atrezisi tanılı hastaların izleminde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli; bu kapsamda özellikle uzun dönem pulmoner komplikasyonların erken tanınması ve önlenmesi amacıyla çocuk göğüs hastalıkları takibi izlem sürecinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.



SS-033

PROFİLAKSİ ALAN HEMOFİLİ HASTALARINDA DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ UYGULAMALARI VE EKLEM SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülçin Ünlü Günsaldı¹, Hilmi Apak², Simge Çınar Özel³, Süheyla Ocak³, Tülin Tiraje Celkan⁴

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji ABD

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji ABD

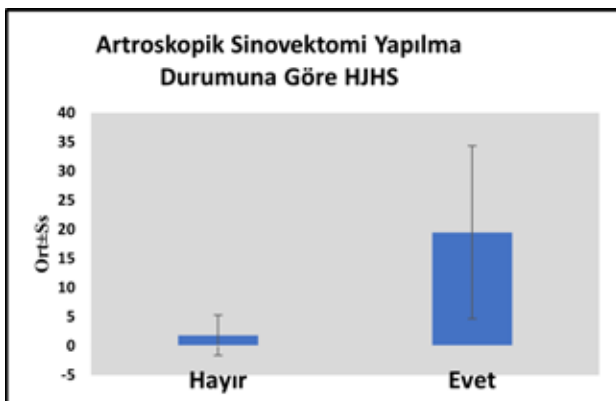
4 – İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji ABD

Giriş ve Amaç: Hemofili, prokoagülan pıhtılaşma faktörlerinin eksikliğine bağlı olarak gelişen, tekrarlayan kanama atakları ile seyreden ve yaşamı tehdit edebilen kalıtsal bir kanama bozukluğudur. Profilaktik tedaviler, hemofili hastalarında kanama sıklığını azaltarak eklem sağlığının korunmasında önemli rol oynar. Yetersiz tedavi uyumu, tekrarlayan kanamalara bağlı olarak kronik ağrı ve ciddi eklem hasarı gelişmesine neden olabilir ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu çalışma ile merkezimizde takipli, profilaksi alan hemofili hastalarımızın demografik özellikleri, tedavi uygulamaları ve eklem sağlığını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışma, merkezimizde izlenen 33 hasta ile gerçekleştirildi. Demografik ve klinik veriler hasta dosyaları ve hemofili günlüklerinden elde edildi. Eklem sağlığı, diz, dirsek ve ayak bileklerine uygulanan Hemofili Eklem Sağlığı Skorlaması (HJHS 2.1) ile değerlendirildi.

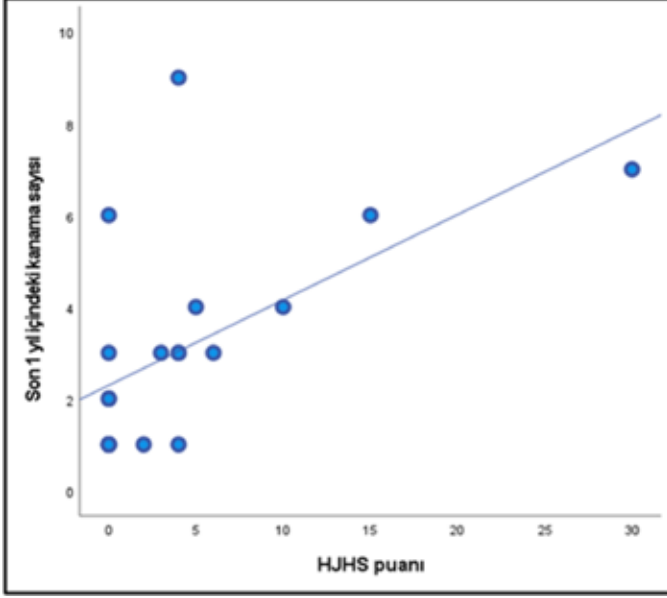
Bulgular: Hastaların tamamı erkek olup ortalama yaş $10,06 \pm 4,80$ 'dir. Olguların %81,8'i hemofili A, %15,2'si hemofili B ve %3'ü nadir faktör eksikliği tanısı ile izlenmiştir. Ortalama tanı yaşı $1,23 \pm 1,56$ olup hastaların %63,6'sı ağır, %27,3'ü orta ve %9,1'i hafif hemofili grubundadır. Hastaların %48,5'i ev tedavisi uygulamakta, %9,1'i self-infüzyon yapmaktadır. Self-infüzyon öğrenme yaşı medyanı 17 olup en sık ev hemşiresi desteği ile öğrenilmiştir. Son bir yılda hastaların %15,2'sinde venöz erişim güçlüğüne bağlı profilaksi aksamaları ve kanama saptanmıştır. Hastaların %60,6'sı 1 yıl içinde kanama geçirmiş olup, ortalama son 1 yıl içindeki kanama sayısı $3,10 \pm 2,31$ olarak saptanmıştır. HJHS medyanı 0 (0-30), ortalaması $2,91 \pm 6,03$ 'tür. En sık diz eklemi etkilenmiştir (%41,6). Son bir yılda kanama geçirenlerde ($p=0,002$) ve artroskopik sinovektomi uygulananlarda ($p=0,015$) HJHS anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Toplu taşıma kullanan hastaların HJHS skoru ise özel araç kullananlardan anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,030$). Hematoloji uzmanına kolay erişimi olan hastaların HJHS skorları, ulaşım zorluğu yaşayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p=0,021$). HJHS ile yıllık eklem kanama sayısı arasında güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır ($p=0,002$; $r=0,638$).

Artroskopik Sinovektomi Yapılma Durumuna Göre HJHS





Son 1 Yıl İçindeki Kanama Sayısı Ve HJHS Arasındaki İlişki



Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda hastaların çoğunun ev tedavisi uyguladığı ve bakım verenin genellikle anne olduğu görüldü. Self-infüzyon öğrenme yaşı literatüre göre daha yüksekti. Self-infüzyon öğrenme yaşı literatüre kıyasla daha yüksek bulunmuştur. HJHS medyanı literatürde bildirilen değerlere göre düşük saptanmış olup, son bir yıl içindeki eklem kanama sayısı ile pozitif korelasyon göstermiştir. Ayrıca HJHS'nin artropati takibinde kullanılabilir bir araç olduğu değerlendirilmiştir. Tedavi merkezine ve hematoloji uzmanına erişim kolaylığının, daha iyi tedavi uyumu ve buna bağlı olarak daha iyi eklem sağlığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemofili, Artropati, Profilaksi



SS-034

PEDİATRİK LENFOMA HASTALARINDA İMMÜNDİSREGÜLASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ (2019-2025)

Ecem Torun¹, İramnaz Karahan², Nihan Burtocene³, Simge Çınar Özel², Esra Özek Yücel³, Ayça Kıyıkım³, Süheyla Ocak²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji ve İmmünoloji

Giriş ve Amaç: Pediatrik lenfomalar, immün sistemin kontrol mekanizmalarındaki bozukluklar ile yakından ilişkilidir. Bu çalışma; Hodgkin (HL) ve Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) tanılı çocuklarda; EBV durumu, ailevi yatkınlık, immünolojik profil ve klinik seyir (nüks/eksitus) arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışma retrospektif, multidisipliner, karşılaştırmalı çalışma olarak planlanmıştır. 2019-2025 yılları arasında takip edilen 67 lenfoma hastası (33 HL, 34 NHL) incelendi. Hastaların demografik verileri, B semptomları, doku/periferik EBV durumları ile tanı anındaki immünglobulin ve detaylı immünfenotip (CD3,CD4,CD8,CD19,NK,CD45RA/RO) düzeyleri analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 10.9±3.8 yıldır. İzlemde 5 hasta eksitus oldu; bu hastaların tamamında B semptomları, 4'ünde doku EBV pozitifliği ve 2 HL hastasında primer immün yetmezlik saptandı. Toplam 4 hastada nüks gelişti ve bu hastaların 3'ünde tanı anındaki immünolojik parametrelerde (Ig veya immünfenotip) patolojik bulgular mevcuttu. Tanı anı immünolojik değerlendirmelerde; IgG 13 hastada, IgM 10 hastada, IgA 11 hastada düşük saptandı. İmmünfenotip analizinde CD4 düşüklüğü 14 hastada, B lenfosit (CD19+) düşüklüğü 7 hastada izlendi. 7 hastada CD4/CD8 oranı artmıştı (> 2). Bellek ve naif T hücre dağılımında; CD4-RA 11 hastada düşük, CD4-RO 10 hastada yüksek bulundu. EBV durumu incelendiğinde; 20 hastada doku pozitifliği saptanırken, periferik EBV DNA pozitifliği olan hastaların 7'sinde 2. kür KT sonrası persistans gözlemlendi. HL grubunda sedimantasyon (49.9 mm/saat), NHL grubunda LDH (596.3 U/L) yüksekliği belirlendi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, pediatrik lenfomalarda tanı anındaki immünolojik profilin (özellikle düşük IgG, CD4 ve CD4-RA düzeyleri) ve tedavi sürecindeki EBV persistansının klinik seyirle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Nüks ve eksitus olan hastalardaki belirgin immünolojik sapmalar, lenfoma patogenezinde immüdisregülasyonun kritik rolünü desteklemektedir. Tanı anında yapılan kapsamlı immünolojik monitorizasyon, yüksek riskli hastaların belirlenmesinde yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin Lenfoma, Non-Hodgkin Lenfoma, İmmüdisregülasyon etkisi



SS-035

PREMATÜRE BEBEKLERDE PATENT DUKTUS ARTERİOZUS NEDENİYLE MEDİKAL VE CERRAHİ KAPAMA UYGULANAN HASTALARIN İZLEMİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Kökkülünk¹, Ece Demirbaş¹, Tezcan Özbay³, Cem Doğan², Şebnem Çalkavur³, Timur Meşe²

1 – SBÜ. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

2 – SBÜ. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

3 – SBÜ. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Duktus arteriozus, fetal dönemde pulmoner ve sistemik dolaşım arasındaki hemodinamik dengeyi sağlayan temel vasküler yapılardan biridir. Doğum sonrası oksijen basıncındaki artış ve prostaglandin düzeylerindeki azalma ile fonksiyonel kapanma beklenir; ancak prematüre bebeklerde duktal düz kas immatüritesi ve prostaglandin yanıtındaki farklılıklar nedeniyle bu süreç sıklıkla başarısız olur. Patent duktus arteriozus (PDA), prematüre bebeklerde pulmoner hiperperfüzyon ve sistemik hipoperfüzyon yoluyla morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle PDA'nın etkin ve güvenli şekilde yönetimi neonatal prognoz açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, 37 gestasyon haftasından küçük prematüre bebeklerde PDA tedavisinde kullanılan ibuprofen ve parasetamolün duktal kapanma etkinliklerini, güvenlik profillerini, morbidite-mortalite sonuçlarını ve yeniden açılma sıklıklarını karşılaştırmak; ayrıca cerrahi kapatma gereksinimi ile ilişkili risk faktörlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya PDA tanısı alan 146 prematüre bebek dahil edildi. Hastalar uygulanan tedaviye göre parasetamol, ibuprofen, cerrahi ligasyon ve transkateter kapatma olmak üzere dört gruba ayrıldı. Demografik veriler, antenatal ve postnatal klinik özellikler, ekokardiyografik bulgular ve tedavi sonuçları hasta kayıtlarından elde edildi. PDA çapı, eşlik eden morbiditeler (respiratuvar distres sendromu [RDS], sepsis, pulmoner kanama, nekrotizan enterokolit, bronkopulmoner displazi [BPD], intraventriküler kanama [IVK] ve prematüre retinopatisi [ROP]), cerrahi ligasyon gereksinimi ve tedavi yanıtları gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma popülasyonunun %58,2'si erkekti. Ortalama gestasyon yaşı 29 haftaydı. İlk ekokardiyografik değerlendirmede 54 olguda küçük, 47 olguda orta/büyük PDA saptandı ve farmakolojik tedavi grupları arasında başlangıç PDA çapı açısından anlamlı fark izlenmedi. Tedavi dağılımı 50 parasetamol, 87 ibuprofen, 22 cerrahi ligasyon ve 2 transkateter kapatma şeklindeydi. Gruplar arasında RDS, sepsis, pulmoner kanama, nekrotizan enterokolit ve ROP oranları benzer bulundu. BPD ve IVK oranları farmakolojik tedavi alan gruplarda daha yüksek olmakla birlikte, parasetamol ve ibuprofen grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. PDA kapanma oranları parasetamol grubunda %82,4, ibuprofen grubunda %90,7 olarak belirlendi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Parasetamol grubunda yeniden açılma sıklığı ibuprofen grubuna göre 2,7 kat daha fazla izlenmesine rağmen, bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

Tartışma ve Sonuç: Parasetamol, prematüre PDA'lı bebeklerde duktal kapanma etkinliği açısından ibuprofen ile karşılaştırılabilir bulunmuştur. Her iki ajan benzer güvenlik ve morbidite profiline sahip olup, parasetamol sonrası yeniden açılma eğiliminin daha yüksek olabileceği dikkate değerdir. Bu bulguların doğrulanması için geniş örneklemli, prospektif ve randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Patent duktus arteriozus, prematüre bebek, farmakolojik tedavi, ibuprofen, parasetamol



SS-036

GÖĞÜS AĞRISI, ÇARPINTI, NEFES DARLIĞI SEMPTOMLARI İLE ÇOCUK ACİLE BAŞVURAN HASTALARIN ENERJİ İÇECEĞİ KULLANIM SIKLIĞININ İDRAR METABOLİTLERİ DÜZEYİ ARACILIĞIYLA ARAŞTIRILMASI VE KLİNİK KORELASYONU

Kent Ozan Keskin¹, Figen Akalın², Elif Erolu Kıbrıs³

1 – Kars Harakani Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AbD

2 – Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AbD, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

3 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AbD, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk ve adolesan dönemde kafein içeren enerjiiçeceği tüketimi dünyada giderek artmaktadır. Enerjiiçeceklerinin başlıca etkileri kardiyovasküler sistem üzerinde olup; çarpıntı, göğüs ağrısı, hipertansiyon ve ritim bozukluklarının yanı sıra nadiren koroner spazm ve miyokard infarktüsünde görülebilmektedir. Nörolojik ve gastrointestinal yan etkilerde bildirilmiştir. Enerjiiçeceği ve kafein tüketimine bağlı klinik sonuçlara ilişkin veriler büyük ölçüde erişkin çalışmalara dayanmaktadır ve pediatrik yaş grubunda sınırlıdır. Bu çalışmada, 12–18 yaş aralığında çocuk acil kliniğine göğüs ağrısı, çarpıntı ve/veya nefes darlığı ile başvuran hastalarda enerjiiçeceği ve kafeinli içecek tüketimi ile klinik, elektrokardiyografik ve laboratuvar bulgular arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma prospektif klinik olarak planlanmıştır. 01.10.2023–31.05.2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniği'ne göğüs ağrısı, çarpıntı ve/veya nefes darlığı şikayeti ile başvuran 282 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, nihai tanıları, vital bulguları, EKG sonuçları, laboratuvar değerleri, görüntüleme bulguları incelenmiştir. Enerjiiçeceği ile çay, kahve gibi diğer kafeinli içeceklerin tüketim sıklığı ve miktarı standart bir anket aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $14,9 \pm 1,7$ yıl olup %55'i erkekti. Tanı dağılımı en sık nonspesifik göğüs ağrısı (%73,4) şeklindeydi; bunu miyokardit/perimiyokardit (%11,8), üst solunum yolu enfeksiyonu (%6,0), pnömoni (%3,5) ve supraventriküler taşikardi (%0,7) izledi. Başvuruda enerjiiçeceği tüketim öyküsü olan hasta sayısı 43(%15,2) idi. Bu hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı ve perimiyokardit tanıları öne çıktı. Enerjiiçeceği tüketimi sonrası nonspesifik göğüs ağrısı olan hastaların bir kısmında troponin pozitifliği ve EKG değişiklikleri saptandı. Enerjiiçeceği kullanan hastaların troponin düzeyleri, kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,001$). Miyokardit/perimiyokardit tanısı alan 33 hastanın 9'unda (%27,2) başvuruda enerjiiçeceği kullanımı mevcuttu ve bu grupta troponin düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$). Hastaların %49,6'sının düzenli enerjiiçeceği tükettiği belirlendi. Sık tüketim grubunda aylık kafein alımı belirgin şekilde yüksekti. Kafein tüketimi sonrası en sık bildirilen semptomlar göğüs ağrısı, çarpıntı, karın ağrısı, baş ağrısı ve nefes darlığıydı. Hastaların büyük çoğunluğunun enerjiiçeceği dışında da kafein içeren içecekler tükettiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çocuk acil servisine başvuran 12–17 yaş grubundaki hastalarda enerjiiçeceği tüketiminin yaygın olduğunu ve kardiyak yan etkilerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle nonspesifik göğüs ağrısı ve miyokardit olgularında enerji içeceği kullanımına bağlı troponin yüksekliği dikkat çekicidir. Pediatrik yaş grubunda enerjiiçeceği kullanımının mutlaka sorgulanması, sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi ve çocukların bu ürünlere erişiminin kısıtlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enerji İçeceği, Kafein, Miyokardit, Troponin, Göğüs ağrısı



SS-037

ADÖLESAN SPORCULARDA YOĞUN FİZİKSEL AKTİVİTE SONRASI KARDİYAK BİYOBELİRTEÇLERDEKİ DEĞİŞİM VE STRES EKOKARDİYOGRAFİK YANITIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Akgül¹, Mustafa Mertkan Bilen², Cem Doğan², Timur Meşe², Cengizhan Özgürbüz³,
Yusuf Ali Altuncı⁴, Seçkin Şenışık³

1 – İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı

2 – SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

3 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Ana Bilim Dalı

4 – Ege Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Erişkinlerde yoğun egzersiz sonrasında kardiyak belirteçlerde geçici artışlar gösterilmiştir. Çocuklarda bu artışın fizyolojik sınırları ve etkileyen faktörlere ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, yoğun fiziksel aktivite sonrası adölesan sporcularda kardiyak biyobelirteçlerdeki değişim ve egzersizle meydana gelen yapısal ve fonksiyonel kardiyak yanıtın değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya 10–18 yaş arası basketbol ve futbol altyapı sporcuları dahil edildi. Bruce protokolüne göre egzersiz stres testi uygulanarak test öncesi ve test sonrası 3. saatte kardiyak biyobelirteçler (troponin T, nT-proBNP, CK ve CK-MB) çalışıldı. Eş zamanlı olarak stres ekokardiyografi ile ventrikül boyutları, sistolik fonksiyonlar ve egzersize bağlı hemodinamik değişiklikler değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, puberte evresi, vücut kitle indeksi ile sporcunun antrenman geçmişinin (süre, sıklık, yoğunluk) biyobelirteç yanıtı üzerindeki etkisi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 25 sporcunun yaş ortalaması $13,7 \pm 1,6$ olarak saptandı. Sporcuların %48'i basketbol, %52'si futbol oynamaktaydı. Haftada ortalama $9,1 \pm 1,8$ saat antrenman yaptıkları öğrenildi. Egzersiz stres testi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, test sonrası kardiyak troponin T düzeylerinde bazal değerlere kıyasla ılımlı artış saptandı ($p=0.007$). Bir hastada test sonrası troponin T düzeyi test öncesine göre on kat artarak referans aralıklarının üzerinde saptandı. Ekokardiyografik incelemede egzersiz sonrası global longitudinal strain ölçümlerinde bazale göre azalma saptandı ($p < 0.001$). Diğer kardiyak belirteç ve ekokardiyografi bulgularında anlamlı değişiklik gözlenmedi (Tablo 1). Troponin T ve GLS değişimleri ile antrenman geçmişi, yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi, puberte evresi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.



Tablo 1: Egzersiz stres testi öncesi ve sonrası kardiyak belirteç ve ekokardiyografi bulguları ((med(IQR))

	Test Öncesi	Test Sonrası 3. Saat	p
Troponin T	0.005 (0.005-0.007)	0.006 (0.005-0.008)	0.007
CK	120 (84-195)	114 (83-206)	0.75
CK-MB	2.1 (1.4-3.2)	2.2 (1.5-3.5)	0.97
nT-ProBNP	26.3 (11.5-49.5)	26.0 (12.3-46.0)	0.16
Global Longitudinal Strain	16.5 (15.1-17.1)	14.4 (13-15.7)	<0.001
LVEDd	5.1 (4.5-5.5)	4.7 (4.4-5.3)	0.30
LVEDs	3.1 (2.7-3.2)	2.8 (2.6-2.9)	0.23
IVSd	0.80 (0.76-0.87)	0.78 (0.75-0.90)	0.95

Tartışma ve Sonuç: Yoğun fiziksel aktivitenin adölesan sporcularda kardiyak biyobelirteçlerde geçici artışa yol açabileceği; global longitudinal strain değişimi göz önüne alındığında bu yanıtın miyokardiyal gerilme ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Spor, kardiyak, adaptasyon, egzersiz



SS-038

PEDİATRİK OLGULARDA MİTRAL KAPAK PROLAPSUSUNA EŞLİK EDEN KARDİYAK PATOLOJİLER VE SENDROMİK ÖZELLİKLER

Eyüp Aslan¹, Mustafa Ali Erten²

1 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Kardiyolojisi

2 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Mitral kapak prolapsusu (MKP), mitral kapak yaprakçıklarının sistol sırasında sol atriya doğru yer değiştirmesidir. Olguların çoğunluğu asemptomatiktir; bir kısmı da göğüs ağrısı, çarpıntı, egzersiz intoleransı, baş dönmesi/senkop gibi nonspesifik yakınmalarla başvurabilir. Etiyolojide, bağ dokusu hastalıkları bulunabilir ve Marfan Sendromu gibi bazı sendromlara eşlik edebilir. Bu nedenle MKP tanısı alan çocuklarda yalnızca kapak patolojisinin değil, eşlik edebilecek diğer bulguların da değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmada MKP tanılı çocuklarda mitral kapak yetersizliği (MY) varlığı ve dereceleri, eşlik edebilecek diğer kapak tutulumları, eşlik eden sendromların retrospektif olarak değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Nisan 2015–Nisan 2023 tarihleri arasında Çocuk Kardiyolojisi Polikliniği'ne başvuran ve MKP tanısı alan 18 yaş altı 525 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların elektrokardiyografik, ekokardiyografik ve sendromik özellikleri hastane veri tabanından elde edildi. Verilerin SPSS 27 programı ile istatistiği yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların 377'si (%71,8) kızdı, yaş ortalaması $12,16 \pm 3,76$ yıl idi. Mitral kapak yetersizliği 503 (%95,8) hastada izlendi. Hafif MY 443/503 (%88,1), orta MY 57/503 (%11,3) ve önemli MY 3/503 (%0,6) hastada görüldü. Her iki yaprakçık prolapsusu 342 (%65,1) hastada, sadece anterior yaprakçık prolapsusu 173 (%33,0) ve sadece posterior yaprakçık prolapsusu 10 (%1,9) hastada izlendi. Mitral kapak prolapsusuna eşlik eden yapısal kardiyak patoloji 93 (%17,7) hastada saptandı. Atrial septal defekt 41 (%7,8), aort kapak yetersizliği 32 (%6,1), ventriküler septal defekt 14 (%2,7), pulmoner kapak stenozu 14 (%2,7), patent foramen ovale 13 (%2,5), aort kapak stenozu 6 (%1,1), patent duktus arteriosus 5 (%1,0), aort koarktasyonu 4 (%0,8), biküspit aortik kapak 3 (%0,6), Fallot Tetralojisi 2 (%0,4), büyük arter transpozisyonu 2 (%0,4), septum hipertrofisi 1 (%0,2) ve Shone kompleksi 2 (%0,4) hastada saptandı. Mitral kapak prolapsusuna Down Sendromu 7 (%1,3) ve Marfan Sendromu 4 (%0,8) tanılı hastalar eşlik ediyordu.



Mitral Kapak Prolapsusuna Eşlik Eden Bulgular

Bulgular	n (hasta)	%
Mitral Kapak Yetersizliği	503	95,8
-Hafif Mitral Kapak Yetersizliği	443	88,1
-Orta Mitral Kapak Yetersizliği	57	11,3
-Önemli Mitral Kapak Yetersizliği	3	0,6
-Sadece posterior yaprakçık	10	1,9
Eşlik eden yapısal kardiyak patoloji	93	17,7
-Atrial septal defekt	41	7,8
-Aort kapak yetersizliği	32	6,1
-Ventriküler septal defekt	14	2,7
-Pulmoner kapak stenozu	14	2,7
-Patent foramen ovale	13	2,5
-Aort kapak stenozu	6	1,1
-Patent duktus arteriosus	5	1,0
-Aort koarktasyonu	4	0,8
-Biküspit aortik kapak	3	0,6
-Fallot Tetralojisi	2	0,4
-Büyük arter transpozisyonu	2	0,4
-Shone kompleksi	2	0,4
Down sendromu	7	1,3
Marfan sendromu	4	0,8

Tartışma ve Sonuç: Mitral kapak prolapsusu sık görülen bir patolojidir. Özellikle Marfan Sendromu'na sahip kişilerle bağ dokusu hastalığından şüphelenilen hastalarda MKP akla getirilmelidir. Ekokardiyografi ile eşlik edebilecek kardiyak patolojiler taranmalıdır ve MKP'nin ilerleyici olduğu bilindiğinden düzenli olarak kapak yapısı ve fonksiyonları izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, konjenital kalp hastalığı, mitral kapak prolapsusu, mitral kapak yetersizliği, sendrom



SS-039

ÇOCUK HEKİMLERİNİN KALITSAL METABOLİK HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİ, TUTUMLARI VE KLİNİK DENEYİMLERİ

Mehmet Tolga Köle¹, Deniz Güven¹, Ali Kansu Tehçi¹, Harun Yıldız², Sudenur Yavuz Bedir¹,
Ceren Türközkan İbiş³, Eyüp Sarı¹

1 – Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

2 – Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Metabolizma Kliniği, Ankara, Türkiye

3 – Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç

Kalıtsal metabolik hastalıklar (KMH), erken tanı ve zamanında sevk–izlem gerektiren, gecikme halinde ciddi morbidite ve mortaliteyle ilişkili bir hastalık grubudur. Bu çalışmada, çocuk hekimlerinin KMH'ye ilişkin bilgi düzeyi, tutumları ve klinik deneyimlerinin değerlendirilmesi ve olası belirleyicilerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem

Tanımlayıcı-kesitsel çalışma, Türkiye genelinde çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerde çevrim içi anket (Google Forms) ile yürütüldü. Anket; sosyodemografik/mesleki özellikler ile KMH'ye ilişkin bilgi, tutum ve uygulama alanlarını kapsayan toplam 27 maddeden oluştu. Bilgi performansı üç metrikle hesaplandı: tam doğru puanı, toplam doğru seçenek sayısı ve normalize toplam puan. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 ile yapıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Toplam 169 çocuk hekimi çalışmaya dahil edildi; yaş ortancası 33 (IQR: 29–39) yıl ve katılımcıların %60,9'u kadındı. Katılımcıların %38,5'i KMH ile ilgili bilimsel etkinliğe katıldığını, %43,8'i çocuk metabolizma biriminde çalışma/rotasyon deneyimi olduğunu bildirdi. Bilgi maddelerinde en yüksek doğruluk oranı yenidoğan taraması zamanlaması (%91,1) ve tarama programı kapsamı (%77,5) sorularında saptanırken; tedavi rutinine (%23,1) ve en yaygın klinik bulgulara (%34,3) ilişkin doğruluk oranları düşük bulundu. Katılımcıların %67,5'i KMH ön tanısı koymada öz-yeterliliğinin olmadığını, %66,9'u KMH eğitimi yetersiz bulunduğunu ve %79,9'u tanısı konmuş olguların takibinde zorlandığını belirtti. Eğitimi yeterli bulanların toplam puanı ve toplam doğru seçenek sayısı daha yüksekti (sırasıyla $p=0,038$ ve $p=0,028$); izlemde zorlandığını bildirenlerin tam doğru puanı daha düşüktü ($p=0,039$).

Sonuç

Çocuk hekimlerinde KMH'ye ilişkin tarama temelli bilgi görece yüksek olmakla birlikte, klinik yönetim ve pratik uygulamaya yönelik bilgi alanlarında belirgin boşluklar ve düşük öz-yeterlik saptandı. Yapılandırılmış hizmet içi eğitim, metabolizma rotasyonlarının güçlendirilmesi ve pratik karar destek araçları, erken tanı ve uygun sevk–izlem süreçlerini destekleyebilir.

Anahtar kelimeler: Kalıtsal metabolik hastalıklar; çocuk hekimi; bilgi düzeyi; yenidoğan taraması



SS-040

METABOLİK HASTALIK KAYNAKLI HİPOGLİSEMİ RİSKİ OLAN ÇOCUKLARDA EBEVEYNLERİN HİPOGLİSEMİ KORKUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kağan Çalışgan¹, Hanım Aghakışılı¹, Elif İşler Soylu¹, Tuğçe Aras Çöl¹, Cem Çakmak², Halil İbrahim Deliktaş²,
Defne Altuğ², Beyza Arslan², Mehmet Şerif Cansever¹, Tanyel Zubarioğlu¹, Ertuğrul Kıyıkım¹, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek¹

1 – IUC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

2 – IUC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Glikojen depo hastalıkları (GSD) ve 3-hidroksi-3-metilglutaril-KoA (HMG-CoA) liyaz eksikliği gibi metabolik hastalıklarda hipoglisemiyi önlemeye yönelik stratejiler, ailelerin gündelik kararlarını ve güvenlik davranışlarını doğrudan etkiler. Bu çalışmada GSD (tip 1b/3/6/9/11) ve HMG-CoA liyaz eksikliği tanılı çocukların primer bakım verenlerinde hipoglisemi korkusunu endişe ve davranış boyutlarında değerlendirmek ve tanı grupları arasında karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışma Şubat 2026'da İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma Polikliniği'nde yürütüldü. 18 yaş altı, hipoglisemi öyküsü olan çocukların primer bakım verenleri dahil edildi. Hipoglisemi korkusu 25 maddelik Virginia Parent Low Blood Sugar Survey (P-LBSS) ile ölçüldü (Davranış: 1–10; Endişe: 11–25). Yanıtlar 0–4 arasında puanlandı; davranış (0–40), endişe (0–60) ve toplam (0–100) skorlar hesaplandı. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha önce gösterilmiştir. Sürekli değişkenler median (IQR) ile özetlendi; gruplar Mann–Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 10 GSD ve 6 HMG-CoA liyaz eksikliği olmak üzere toplam 16 çocuğun primer bakım vereni dahil edildi. Medyan yaş 11.5 (8.7–14.0) yıl, kız oranı %56.3 idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Tüm kohortta davranış skoru 26.0 (21.0–30.2)/40 ve endişe skoru 20.5 (7.0–44.0)/60 bulundu. GSD ve HMG grupları arasında davranış [25.0 (21.8–28.5) vs 29.0 (22.5–34.0)] ve endişe [30.5 (11.0–47.5) vs 10.0 (5.0–32.2)] skorlarında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Davranış skorlarında ≥ 3 yanıtların en sık görüldüğü davranışlar yalnız bırakmaktan kaçınma, belirti hissedildiğinde hızlı karbonhidrat verme ve düşük şüphesinde egzersizden kaçınma idi (her biri %93.8). Endişe maddelerinde hipoglisemi belirtilerini fark edememe, yanında yiyecek/meyve/meyve suyu taşıyamaması ve hipoglisemi yaşaması en sık bildirildi (her biri %50.0).

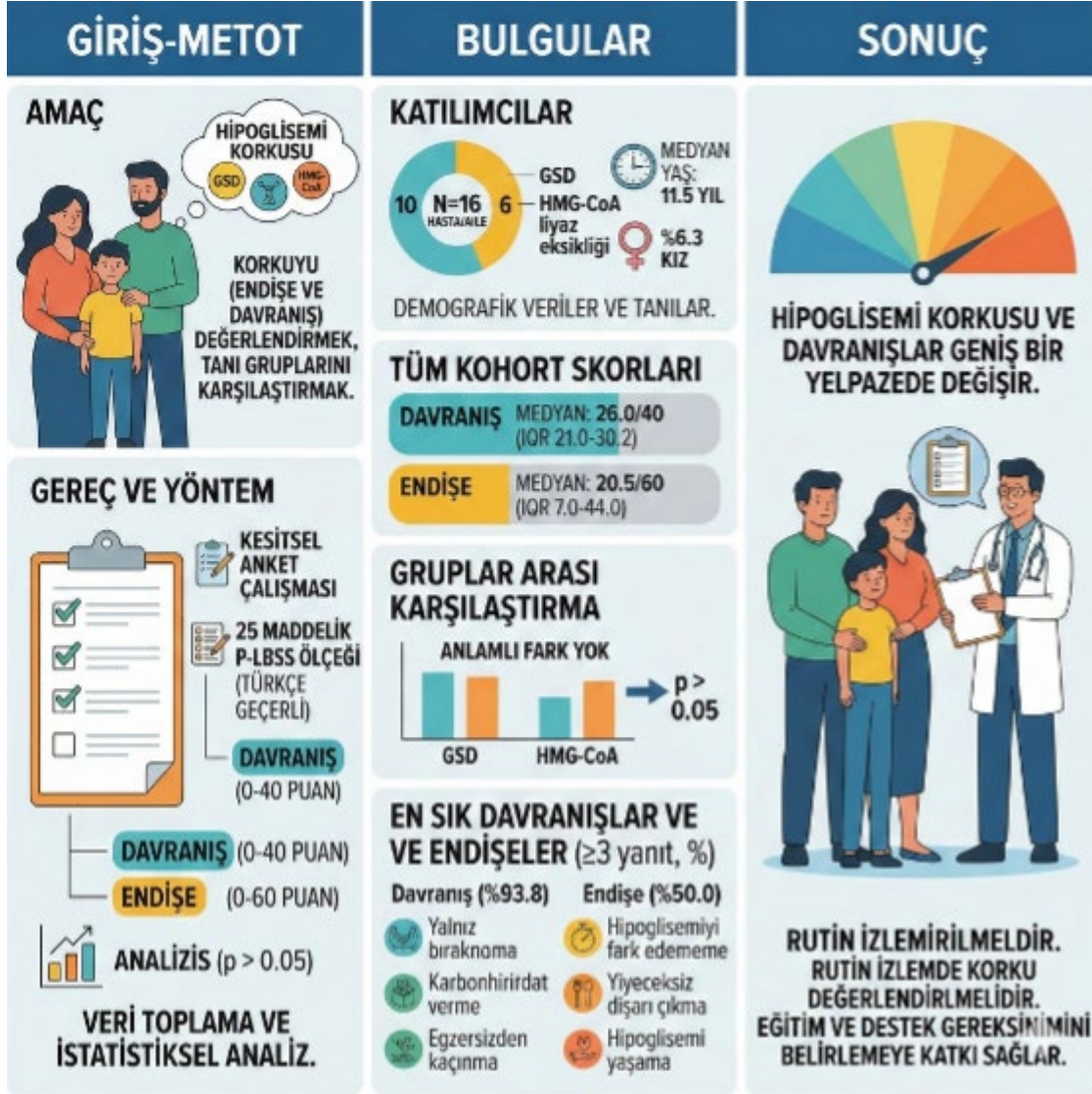
Katılımcıların davranış ve endişe alt ölçekleri

	Tüm kohort	GSD	HMG	p (GSD vs HMG)
Davranış (0–40)	26.0 (21.0–30.2)	25.0 (21.8–28.5)	29.0 (22.5–34.0)	0.277
Endişe (0–60)	20.5 (7.0–44.0)	30.5 (11.0–47.5)	10.0 (5.0–32.2)	0.385
Toplam (0–100)	43.5 (32.3–74.0)	58.5 (31.2–73.8)	40.0 (34.5–65.8)	0.870

Tartışma ve Sonuç: Metabolik hipoglisemi riski olan bu kohortta hipoglisemi korkusu hem endişe hem davranış düzeylerinde değişkenlik göstermiştir. Tanı grupları arasında alt ölçek skorlarında fark saptanmamakla birlikte, madde düzeyinde güvenlik odaklı davranışlar (yalnız bırakmama, hızlı karbonhidrat verme, egzersizden kaçınma) ile hipoglisemiyi fark edememe ve acil durumda destek alamama temalı endişeler daha sık bildirilmiştir. Bu sonuçlar, klinik izlemde ailelerin kaygı ve davranışlarının yapılandırılmış biçimde değerlendirilmesinin, eğitim ve destek gereksinimlerinin belirlenmesine yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.



Görsel özet



Anahtar Kelimeler: Bakım veren davranışları, Ebeveyn kaygısı, Hipoglisemi korkusu, Hipoglisemi, HMG-CoA liyaz eksikliği, Glikojen depo hastalıkları



SS-041

ORGANİK ASİDEMİLERDE METABQOL 1.0: EBEVEYN BİLDİRİMLİ YAŞAM KALİTESİ

Hanım Aghakishili¹, Kağan Çalışgan¹, Cem Çakmak², Halil İbrahim Deliktaş², Tuğçe Aras Çöl¹, Elif İşler Soylu¹, Mehmet Şerif Cansever³, Tanyel Zübarioğlu¹, Ertuğrul Kıkırm¹, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek¹

1 – İUC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Metabolizma BD

2 – İUC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

3 – İUC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Araştırma Laboratuvarı

Giriş ve Amaç: Organik asidemiler, tekrarlayan metabolik ataklar ve nörolojik etkilenme ile seyreden nadir kalıtsal metabolik hastalıklardır. Artan sağkalım süresi ile birlikte, hastalığın uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesinde sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi önemli bir sonuç ölçütü haline gelmiştir. MetabQoL 1.0, entoksikasyon tipi kalıtsal metabolik hastalıklar için geliştirilmiş hastalığa özgü bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu çalışmada organik asidemili hastalarda ebeveyn bildirimiyle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve MetabQoL 1.0 ebeveyn formunun iç tutarlılığının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya merkezimizde izlenen 24 organik asidemili hastanın ebeveyni dahil edildi. Katılımcılara MetabQoL 1.0 ebeveyn formu uygulandı. Ölçeğin fiziksel (13 madde), mental (6 madde) ve sosyal (7 madde) alt boyutları ile toplam yaşam kalitesi puanı (26 madde) hesaplandı. İç tutarlılık Cronbach's alpha katsayısı ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi toplam puanı ile klinik değişkenler (mental retardasyon varlığı ve yıllık atak sayısı) arasındaki ilişkiler Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi ile incelendi. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 24 hastanın yaş ortalaması 11.2 ± 2.87 yıl olarak saptandı. Hastaların yıllık atak sayısının medyanı 2 olup dağılım aralığı 0–20 arasında değişmekteydi. Ebeveyn bildirimi ile değerlendirilen MetabQoL toplam puanının medyanı 53.5 (19–96) olarak belirlendi. Ölçeğin toplam iç tutarlılığı Cronbach's $\alpha=0.88$ olarak hesaplandı. Alt ölçekler için Cronbach's α değerleri fiziksel alt ölçek için 0.77 (13 madde), mental alt ölçek için 0.56 (6 madde) ve sosyal alt ölçek için 0.91 (7 madde) olarak bulundu. Mental retardasyon varlığına göre yapılan iki grup karşılaştırmasında yaşam kalitesi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U testi, $p=0.28$). Yıllık atak sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi ve anlamlı bir korelasyon gösterilemedi ($r=0.06$, $p=0.77$).

Tablo 1. MetabQoL 1.0 Ebeveyn Formunun Alt Ölçek ve Toplam Skor İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach's α
Fiziksel Alt Ölçek	13	0,77
Mental Alt Ölçek	6	0,56
Sosyal Alt Ölçek	7	0,91
Toplam Skor	26	0,88

Cronbach's α katsayısı iç tutarlılığı göstermektedir; toplam ölçek için $\alpha=0.88$ olarak hesaplanmıştır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: MetabQoL 1.0 ebeveyn formu, organik asidemili hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde toplam ölçek düzeyinde iyi iç tutarlılık göstermiştir. Alt ölçekler incelendiğinde fiziksel ve sosyal boyutlarda kabul edilebilir–yüksek düzeyde iç tutarlılık saptanmış, mental alt boyutta ise daha düşük bir iç tutarlılık değeri elde edilmiştir. Bu bulgular, ölçeğin uygulanabilir ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, nadir metabolik hastalıklarda hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçümlerinin klinik değerlendirmeye entegre edilebileceğini ortaya koymaktadır. Daha geniş örneklemli çalışmalar, alt boyutların psikometrik özelliklerini ve klinik ilişkilerini netleştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Organik asidemiler, Yaşam kalitesi, MetabQoL 1.0, Ebeveyn bildirimi, Güvenilirlik



SS-042

ORGANİK ASİDEMİLİ ÇOCUK HASTALARIN EBEVEYNLERİNDE TÜKENMİŞLİK: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Defne Altuğ¹, Cem Çakmak¹, Halil İbrahim Deliktaş¹, Beyza Aslan¹, Hanım Aghakışılı², Kağan Çalışgan², Elif İşler Soylu²,
Tuğçe Aras Çöl², Mehmet Şerif Cansever², Tanyel Zübarioğlu², Ertuğrul Kıyıkım², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Organik asidemiler, sık metabolik dekompanseasyon riski, katı diyet tedavisi ve yaşam boyu süren tıbbi izlem gerektiren kronik hastalıklardır. Bu durum ebeveynlerde sürekli bakım yüküne ve tükenmişlik belirtilerine yol açabilir. Bu çalışmada organik asidemi tanılı çocukların bakım verenlerinde ebeveyn tükenmişliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tipteki tek merkezli gözlemsel çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Metabolizma Kliniğinde takip edilen 35 adet organik asidemi tanılı hasta dahil edildi. Organik asidemi tanılı çocukların primer bakım verenlerin tükenmişliklerini değerlendirmek üzere Google Forms aracılığıyla Türkçe geçerlik-güvenirliliği yapılmış 23 maddelik Parental Burnout Assessment (PBA) uygulandı. PBA maddeleri 0–6 arasında puanlandı; toplam skor 0–138 aralığında hesaplandı. Sürekli değişkenler medyan (25–75 persentil) olarak raporlandı. Yaş ile PBA arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle, cinsiyete göre fark Mann-Whitney U testiyle değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %57.1'i kız (n=20), %42.9'u erkekti (n=15). Yaş medyanı 13.4 yıl (11.8–15.7), ortalama 13.6 ± 5.9 yıl idi. Ebeveynlerde PBA toplam skor medyanı 19.0 (10.0–38.0), ortalama 27.9 ± 24.6 olup minimum-maksimum değerler 0–103 arasında değişmekteydi. Haftalık veya daha sık bildirilen semptom sayısının medyanı 2.0 (0.5–5.0) idi. Katılımcıların %74.3'ünde en az bir maddede haftalık düzeyde semptom mevcuttu; %48.6'sında ≥ 3 , %31.4'ünde ≥ 5 haftalık semptom bildirildi. Alt ölçek medyanları sırasıyla; tükenmişlik 7.0 (2.0–17.0), karışıklık 11.0 (6.0–13.5), duygusal uzaklaşma 0.0 (0.0–2.0) ve bıkkınlık 1.0 (0.0–6.5) idi. En yüksek dağılım tükenmişlik boyutunda gözlemlendi (ortalama 11.5 ± 11.9). Çocuk yaşı ile PBA toplam skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Spearman rho = -0.12, p=0.78). Cinsiyete göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.086).

PBA Alt Ölçek İstatistikleri

Alt Ölçek	Medyan (IQR)	Ortalama $\pm$ SS	Min-Maks
Tükenmişlik (0–54)	7.0 (2.0–17.0)	11.5 ± 11.9	0–43
Karışıklık (0–36)	11.0 (6.0–13.5)	10.1 ± 6.7	0–30
Duygusal Uzaklaşma (0–30)	0.0 (0.0–2.0)	2.3 ± 4.4	0–19
Bıkkınlık (0–18)	1.0 (0.0–6.5)	4.0 ± 5.0	0–18

Tartışma ve Sonuç: Organik asidemi hastalarının ebeveynlerinin önemli bir kısmında tükenmişlik belirtileri, özellikle tükenmişlik ve ebeveynlik benliğiyle karışıklık boyutlarında belirgin yük saptandı. Pediatrik metabolizma kliniklerinde ebeveyn tükenmişliğinin rutin olarak değerlendirilmesi ve bakım verenlere psikososyal destek programlarının planlanması organik asidemi hastaların hayat boyu sürecek bakım yükünün yönetimine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Organik asidemi, Bakım veren yükü, Doğumsal metabolik hastalıklar, Parental Burnout Assessment (PBA)



SS-043

ORGANİK ASİDEMİLİ HASTALARDA UYKU PATERNİ VE DEMOGRAFİK İLİŞKİLER: KESİTSEL BİR DEĞERLENDİRME

Beyza Aslan¹, Cem Çakmak¹, Defne Altuğ¹, Halil İbrahim Deliktaş¹, Kağan Çalışgan¹, Hanım Aghakışılı¹, Elif İşler Soylu¹, Tuğçe Aras Çöl¹, Mehmet Şerif Cansever¹, Tanyel Zubarioğlu¹, Ertuğrul Kırıkm¹, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek¹

1 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Organik asidemiler nörolojik etkilenim ve uzun dönem morbidite ile seyreden otozomal resesif metabolik hastalıklardır. Uyku bozukluklarının nörokognitif işlevler ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri bilinmektedir. Literatürde kalıtsal metabolik hastalıklarda uyku sorunları çoğunlukla Fenilketonüri ve mitokondriyal hastalıklarda incelenmiş; ancak organik asidemili hastalarda uyku paternini sistematik olarak değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada organik asidemili tanılı hastalarda uyku alışkanlıklarının ve demografik faktörlerle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma ve Beslenme Bilim Dalı'nda takip edilen ve veri paylaşımını kabul eden 35 organik asidemi tanılı (11 propiyonik asidemi, 10 metilmalonik asidemi, 10 Maple Syrup Urine Disease [MSUD] ve 5 izovalerik asidemi) hasta çalışmaya dahil edildi. Kesitsel tasarımdaki çalışmada hastaların bakım verenlerine, Türkçe valide hali mevcut olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uygulanarak uyku kalitesi değerlendirildi; ayrıca ebeveyn anketi ile uyku alışkanlıkları ve demografik özellikler kaydedildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi, Cohen's d etki büyüklüğü ve çok değişkenli lineer regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %51,4'ü her gece aynı saatte uykuya dalmakta, %54,3'ü genellikle 20 dakika içinde uykuya dalabilmekteydi. %45,7'si haftanın birçok günü kendi yatağında uykuya dalabildiğini bildirdi. Uykuda konuşma, enürezis, uyku sırasında yürüme/hareket etme ve diş gıcırdatma gibi davranışlara nadiren de olsa rastlandı. Ortalama yatış saati 22.97 ± 2.45 saat ($\approx 22:58 \pm 2s27dk$), ortalama uyanma saati 8.67 ± 1.35 saat ($\approx 08:40 \pm 1s21dk$) ve toplam uyku süresi 9.20 ± 1.47 saat ($\approx 9s12dk \pm 1s28dk$) olarak saptandı. Gece uyanık kalma süresi 12.34 ± 25.17 dakika olup dağılım sağa çarpıktı. Yaş ile yatış saati arasında anlamlı ilişki bulundu ($\rho = -0.36$, $p = 0.033$). ≥ 10 yaş grubunda yatış saati daha geç ($23:47$ vs $21:25$, $p < 0.001$, $d = 1.07$) ve toplam uyku süresi daha kısa (8.83 vs 9.92 saat, $p = 0.013$, $d = 0.78$) idi. Çok değişkenli analizde yaş ($\beta = 0.29$ saat/yıl, $p < 0.001$) ve erkek cinsiyet ($\beta = 1.72$ saat, $p = 0.016$) yatış saatinin bağımsız belirleyicileri olarak bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Organik asidemili çocuklarda uyku düzeninde özellikle ergenlik dönemine geçişle birlikte belirgin gecikme gözlenmektedir. Yaş ve erkek cinsiyetin yatış saatini bağımsız olarak etkilemesi, bu hasta grubunda metabolik izlemin yanı sıra sistematik uyku değerlendirmesinin de klinik pratiğe entegre edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Uyku paternine yönelik erken farkındalık ve müdahaleler, uzun dönem nörokognitif sonuçlar ve yaşam kalitesi açısından önem taşıyabilir.

Anahtar Kelimeler: metabolik hastalık, uyku kalitesi, metilmalonik asidemi, propionik asidemi, izovalerik asidemi, MSUD



SS-044

FENİLKETONÜRİDE EBEVEYN TÜKENMİŞLİĞİ: PBA İLE TEK MERKEZ DENEYİMİ

Cem Çakmak¹, Halil İbrahim Deliktaş¹, Defne Altuğ¹, Beyza Aslan¹, Kağan Çalışgan², Hanım Aghakışılı², Elif İşler Soylu²,
Tuğçe Aras Çöl², Mehmet Şerif Cansever², Tanyel Zübarioğlu², Ertuğrul Kırıkm², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek²

1 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Fenilketonüride (FKU) yaşam boyu süren diyet ve tedavi yönetimi, ailelerde kronik bakım yüküne ve tükenmişlik belirtilerine yol açabilir. Bu çalışma, FKU tanılı çocukların bakım verenlerinde parental burnout düzeyini Parental Burnout Assessment (PBA) ile değerlendirmeyi ve klinik alt gruplara göre olası farklılıkları incelemeyi amaçladı.

Yöntem: Tek merkezli, kesitsel gözlemsel çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma Kliniğinde yürütüldü. Bakım verenlere, Türkçe geçerlik-güvenirliği gösterilmiş PBA uygulandı. PBA'nın 23 maddesini eksiksiz dolduran 36 bakım veren analize dahil edildi. Çocuklar Klasik FKU (n=20) ve BH4-yanıtlı FKU (n=16) olarak sınıflandı. Primer sonlanım, grupların PBA toplam skorlarının karşılaştırılması idi. Sekonder sonlanımlar; alt boyut skorları (tükenmişlik, duygusal uzaklaşma, bıkkınlık, ebeveynlik benliğiyle karşıtlık) ve yüksek semptom yükü göstergeleriydi. İstatistiksel analizler Jamovi 2.3.28 sürümünde yapıldı; sürekli değişkenler medyan (25-75 persentil) olarak raporlandı ve gruplar nonparametrik testlerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm örnekleme PBA toplam skoru medyanı 12.5 (6.0-19.25) idi. Klasik FKU'da toplam skor BH4-yanıtlı gruba göre daha yüksek olmakla birlikte fark anlamlı değildi (16.0 [7.5-25.25] vs 8.0 [6.0-14.75], p=0.134). Alt boyutlarda yalnızca tükenmişlik Klasik FKU grubunda daha yüksekti (6.5 [2.0-12.0] vs 3.0 [0.0-6.25], p=0.035). Bakım verenlerin %75.0'inde en az bir maddede semptomlar haftalık düzeyde veya daha sık bildirildi.

Tablo 1. Demografik özellikler (tanı grubuna göre)

Tablo 1. Demografik özellikler (tanı grubuna göre)

Değişken	Toplam (n=36)	Klasik FKU (n=20)	BH4 yanıtlı FKU (n=16)	p- değeri
Çocuk cinsiyeti: Erkek	18 (50.0%)	10 (50.0%)	8 (50.0%)	1.00
Çocuk cinsiyeti: Kız	18 (50.0%)	10 (50.0%)	8 (50.0%)	1.00
Çocuk yaş grubu: ≤9	15 (41.7%)	8 (40.0%)	7 (43.8%)	0.73
Çocuk yaş grubu: 9- 11	9 (25.0%)	6 (30.0%)	3 (18.8%)	0.73
Çocuk yaş grubu: 12-18	12 (33.3%)	6 (30.0%)	6 (37.5%)	0.73

p: cinsiyet için Fisher exact; yaş grubu dağılımı için ki-kare



Primer ve sekonder sonlanımların tanı grubuna göre karşılaştırması

	Klasik FKU (n=20)	BH4 yanıtı FKU (n=16)	p-değeri
PBA toplam skor (0-138)	16.00 (7.50-25.25)	8.00 (6.00-14.75)	0.134
Alt ölçek: Tükenmişlik	6.50 (2.00-12.00)	3.00 (0.00-6.25)	0.035
Alt ölçek: Duygusal uzaklaşma	1.50 (0.00-6.00)	0.00 (0.00-2.25)	0.187
Alt ölçek: Bıkkınlık	4.50 (1.00-6.00)	5.00 (1.50-6.00)	0.784
Alt ölçek: Karşıtlık	1.50 (0.00-4.50)	0.50 (0.00-3.00)	0.211
Haftalık+ semptom sayısı (madde skoru ≥ 4 ; 0-23)	1.00 (0.75-2.00)	1.00 (0.75-1.00)	0.149

p: Mann-Whitney U

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, bakım verenlerin önemli bir kısmında geniş bir yelpazede yayılan düzenli tükenmişlik semptomlarının varlığını ortaya koymuştur. Özellikle Klasik FKU grubunda tükenmişlik alt boyutunun anlamlı düzeyde daha yüksek saptanması ($p=0.035$), bu gruptaki ağır diyet kısıtlamaları ve tedavi yükünün duygusal etkilerini yansıtmaktadır. Bakım verenlerin çoğunluğunda semptomların haftalık veya daha sık bildirilmesi, bu ailelerin sürekli bir psikososyal baskı altında olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, metabolizma polikliniklerinde ebeveyn tükenmişliğinin rutin bir parametre olarak değerlendirilmesi; riskli ailelerin erken saptanmasını, tedavi uyumunun korunmasını ve aile temelli bakım kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fenilketonüri, Parental Burnout Assessment (PBA), Bakım veren yükü, Ebeveyn tükenmişliği, Kronik hastalık yönetimi, Doğumsal metabolik hastalıklar



SS-045

FENİLKETONÜRİDE YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM GÜÇLÜKLERİ: PKU-QOL İLE TEK MERKEZ DENEYİMİ

**Halil İbrahim Deliktaş¹, Cem Çakmak¹, Defne Altuğ¹, Beyza Aslan¹, Kağan Çalışgan², Hanım Aghakışılı², Elif İşler Soylu²,
Tuğçe Aras Çöl², Mehmet Şerif Cansever², Tanyel Zübarioğlu², Ertuğrul Kırıkm², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek²**

1 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Fenilketonüride (FKU) tedavi ve diyet yönetimi, biyokimyasal hedeflerin yanı sıra günlük yaşamı ve duygusal iyi oluşu da etkileyebilir. Bu çalışmada, PKU-QOL anketi ile FKU'lu çocuk ve adolesanların yaşam kalitesi etkilenimini ve günlük yaşamda karşılaştıkları güçlükleri nicel olarak ortaya koymak; klasik FKU grubunda toplam skor ve alan profillerini tanımlamak ve hesaplanabilen alanlarda klasik FKU ile BH4 yanıtı FKU gruplarını karşılaştırmak amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel çalışmada, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Çocuk Metabolizma Kliniği'nde izlenen 37 FKU tanılı olgu değerlendirildi (21 klasik FKU, 16 BH4 yanıtı FKU). Türkçe geçerlik-güvenirliği yapılmış yaşa uygun PKU-QOL formları hastanın kendisi (9–11 yaş çocuk; 12–18 yaş adolesan) veya primer bakım veren tarafından (< 9 yaş ebeveyn-proksi) dolduruldu. Maddeler 0–4 puanlanıp 0–100'e dönüştürüldü (yüksek skor=daha olumsuz etki); alan skorları için %70 tamamlanma kuralı uygulandı. Şiddet yorumlaması total puan için; < 26 düşük, 26–50 en az orta, ≥51 belirgin etkilenim olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizler Jamovi 2.3.28 sürümünde yapıldı; sürekli değişkenler medyan (25–75 persentil) olarak raporlandı ve gruplar nonparametrik testlerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Klasik FKU grubunda PKU-QOL toplam skoru medyan 31.0 (25.2–45.1) idi. Toplam skor şiddet sınıflamasına göre klasik grupta olguların %66.7'sinde en az orta düzey, %16.7'sinde belirgin etkilenim saptandı. Karşılaştırılabilir alanlarda klasik ve BH4 yanıtı gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (tümü $p > 0.05$). Klasik grupta alan profili şiddet temelli değerlendirildiğinde "Duygular" modülünde olguların %90.0'ında en az orta, %20.0'sinde belirgin etkilenim vardı. "Gündelik yaşam" modülünde %57.9 olguda en az orta, %21.1 olguda belirgin; "Diyet ve mama/ek besin" modülünde %61.1 olguda en az orta, %16.7 olguda belirgin; "Sağlık/semtomlar" modülünde ise %40.0 olguda en az orta, %10.0 olguda belirgin etkilenim saptandı. Çekirdek göstergelerde klasik grupta "kan sonucunun yüksek çıkacağı kaygısı" için olguların %75.0'ında en az orta, %45.0'ında belirgin; "suçluluk" için %50.0'sinde en az orta, %31.2'sinde belirgin etkilenim bulundu.

Tanı gruplarına göre temel özellikler

Tablo 1. Tanı gruplarına göre temel özellikler

Özellik	Klasik FKU	BH4 yanıtı FKU
N	21	16
Cinsiyet - Kız	10	8
Cinsiyet - Erkek	11	8
Yaş grubu - <9 (parent-proxy)	8	7
Yaş grubu - 9–11	6	3
Yaş grubu - 12–18	7	6



Karşılaştırılabilir alanlarda klasik ve BH4 yanıtı grupların karşılaştırması (0-100)

Tablo 3. Karşılaştırılabilir alanlarda klasik ve BH4 yanıtı grupların karşılaştırması (0-100)

Alan	Klasik median[IQR]	BH4 median[IQR]	n (Klasik)	n (BH4)	p	Etki (rank-biserial)
Sağlık/Semptomlar (modül)	20.4 [13.6-37.5]	23.9 [16.5-39.2]	20	16	0.823	0.05
Duygular (modül)	39.3 [31.2-48.1]	44.4 [36.6-54.2]	20	16	0.445	0.15
Genel yük (tek madde göstergesi)	25.0 [18.8-50.0]	0.0 [0.0-62.5]	20	16	0.528	-0.12
Duygusal/Sosyal etki (çekirdek)	29.1 [8.3-41.7]	20.9 [6.2-50.0]	20	16	1.000	-0.00
Kan sonucu yüksek çıkacak kaygısı (çekirdek)	50.0 [43.8-100.0]	75.0 [50.0-100.0]	20	16	0.593	0.10

Klasik FKU grubunda PKU-QOL Total ve alanlara göre şiddet profili

	N (Klasik; skoru var)	Düşük <26 (%)	Orta 26-50 (%)	Belirgin ≥51 (%)
PKU-QOL Total	18	33.3	50.0	16.7
Sağlık/Semptomlar (modül)	20	60.0	30.0	10.0
Diyet ve mama/ek besin (modül)	18	38.9	44.4	16.7
Gündelik yaşam (modül)	19	42.1	36.8	21.1
Duygular (modül)	20	10.0	70.0	20.0
Duygusal/Sosyal etki (çekirdek)	20	50.0	45.0	5.0
Kan sonucu yüksek çıkacak kaygısı (çekirdek)	20	25.0	30.0	45.0
Suçluluk (çekirdek)	16	50.0	18.8	31.2

Skorlar 0-100 aralığındadır ve yüksek skor daha olumsuz etkilenimi gösterir. Şiddet sınıflaması: <26 düşük, 26-50 orta, ≥51 belirgin etkilenim. Yüzdelere, ilgili alan skoru hesaplanabilen olgular üzerinden hesaplanmıştır (N sütunu). "Duygusal/Sosyal etki", "Kan sonucu yüksek çıkacak kaygısı" ve "Suçluluk" PKU-QOL içindeki ilgili maddelerden türetilen çekirdek göstergelerdir

Tartışma ve Sonuç: Klasik FKU'da PKU-QOL, etkilenimin özellikle duygusal alanlar ve izlemle ilişkili kaygı başlıklarında belirginleştiğini göstermektedir. Bu bulgular, rutin izlemlerde biyokimyasal izleme ek olarak psikososyal değerlendirme ve destek gereksiniminin sistematik biçimde ele alınmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Fenilketonüri, Yaşam kalitesi, PKU-QOL, Çocuk ve adolesan, Sapropterin (BH4) yanıtı fenotip, Psikososyal yük/duygusal etkilenim



SS-046

KONJENİTAL SOLİTER BÖBREKLİ ÇOCUKLARDA KÜMELEME ANALİZİ İLE KLİNİK FENOTİPLERİN BELİRLENMESİ

Münibe Tör Sağdıç¹, Gülşah Kaya Aksoy¹, Elif Çomak¹, Mustafa Koyun¹, Zeyneb Merve Küçük¹

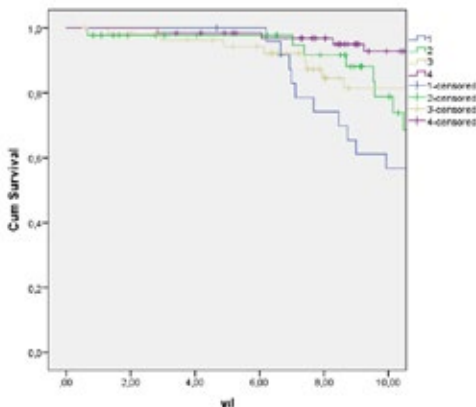
1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Konjenital soliter böbrek (KSB), çocukluk çağında sık saptanan üriner sistem anomalilerinden biridir ve uzun dönem izlemde hipertansiyon, proteinüri ve böbrek fonksiyon kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte KSB'li hastalar heterojen bir klinik seyir göstermekte olup, risk düzeylerinin erken dönemde ayırt edilmesi klinik izlem stratejilerinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada, konjenital soliter böbrek tanılı çocuk hastalarda kümeleme analizi kullanılarak klinik fenotiplerin belirlenmesi ve böbrek fonksiyon kaybı açısından riskli hasta gruplarının tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Çocuk Nefroloji Kliniği'nde 2014–2024 yılları arasında izlenen konjenital soliter böbrek tanılı hastaların medikal kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Klinik fenotipleri belirlemek amacıyla 10 farklı değişken (kompansatris hipertrofi, proteinüri, ailede böbrek hastalığı varlığı, kontralateral anomali, akrabalık, hipertansiyon, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu, antenatal tanı, obezite, eşlik eden kronik hastalık varlığı) kullanılarak iki aşamalı (two-step) kümeleme analizi gerçekleştirildi. Glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), Schwartz formülü ile hesaplandı [(boy×0.413)/serum kreatin)]. Evre 2 ve üzeri kronik böbrek hastalığı (KBH), eGFR'nin < 90 ml/dk/1.73 m² olması olarak tanımlandı. Evre ≥2 KBH gelişimi için Kaplan–Meier sağkalım analizi yapıldı.

Bulgular: Toplam 193 hasta çalışmaya dahil edildi ve kümeleme analizi sonucunda dört klinik fenotip tanımlandı: yapısal anomali ve proteinüri olanlar (n=25), kompansatuvar hipertrofi gözlenmeyenler (n=46), pozitif aile öyküsü olanlar (n=56) ve stabil/düşük risk hasta grubu (n=66). Kümeleme modelinde kompansatuvar hipertrofi varlığı ve proteinüri, grupların ayrışmasında en yüksek prediktör önemine sahip değişkenler olarak saptandı. Gruplar arasında median yaş ve izlem süresi açısından anlamlı fark mevcuttu (p < 0.001) (Tablo 1). Cinsiyet, prematürite ve SGA doğum oranları gruplar arasında benzerdi (p sırasıyla 0.421, 0.608 ve 0.340). Yapısal anomali ve proteinüri grubunda son kontroldeki median eGFR daha düşük olup [57.0 (IQR 30.6) ml/dk/1.73 m²], bu grupta evre ≥2 KBH gelişimi oranı anlamlı olarak daha yüksekti (%88.0, p < 0.001). Kaplan–Meier analizi, evre ≥2 KBH gelişimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu gösterdi (log-rank p=0.001) (Şekil 1).

Figure 1.





Kümeleme analizi ile tanımlanan klinik fenotiplere göre evre ≥ 2 KBH gelişimi için Kaplan–Meier sağkalım eğrileri (log rank analiz: $p < 0.001$)

Tablo 1.

	Yapısal anomali ve Proteinüri (n=25)	Kompansatris hipertrofi gözlenmeyen (n=46)	Pozitif aile öyküsü (n=56)	Stabil/düşük risk hasta grubu (n=66)	p
Median yaş (IQR) (yıl)	17.37 (7,95)	10,21 (8,67)	15,27 (8,31)	14.70 (6,03)	<0.001
Erkek cinsiyet (%)	17 (68.0)	26 (56.5)	23 (41.1)	3 (4,5)	0.421
Akrabalık varlığı (%)	9 (36.0)	10 (21.7)	23 (41.1)	3 (4.5)	0.015
Tanı (%)					
Agenezi	16 (64.0)	30 (65.2)	41 (73.2)	44 (66.7)	0.726
MCDK	9 (36.0)	16 (34.8)	15 (26.8)	22 (33.3)	
Ortanca izlem süresi (IQR) (yıl)	10.81 (4.93)	9.12 (4.65)	8.27 (5.39)	11.21 (3.44)	<0.001
Ortanca proteinüri saptanma yaşı (IQR) (yıl)	11.52 (8.14)	-	15.69 (6.24)	5.53 (6.97)	0.097
Ortanca hipertansiyon saptanma yaşı (IQR) (yıl)	8.78 (8.71)	9.66 (6.45)	11.83 (6.82)	10.71 (7.86)	0.526
Ortanca son kontrol GFR (ml/dak/1.73m ²)	57.00 (30.57)	99.00 (31.64)	104.00 (29.04)	100.00 (33.82)	<0.001
GFR < 90ml/dak/1.73m ² hasta oranı (%)	22 (88.0)	15 (32.6)	14 (25.0)	19 (28.8)	<0.001

Kümeleme analizi ile tanımlanan konjenital soliter böbrekli hastaların demografik ve klinik özellikleri (ortanca [IQR] veya n [%]).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, konjenital soliter böbrekli çocuklarda kümeleme analizi ile klinik olarak anlamlı ve prognoz açısından ayırt edici fenotiplerin tanımlanabileceğini göstermektedir. Kompansatuvar hipertrofi yokluğu ve proteinüri varlığı, evre ≥ 2 KBH gelişimi açısından yüksek riskli hasta grubunu işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Soliter Böbrek, Kronik Böbrek Hastalığı, Kümeleme analizi



SS-047

ÇOCUK HASTALARDA İDRAR SODYUM/POTASYUM ORANININ TAŞ OLUŞUMUNA ETKİSİ

Mercan Ezelsoy¹, Neslihan Çiçek²

1 – Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

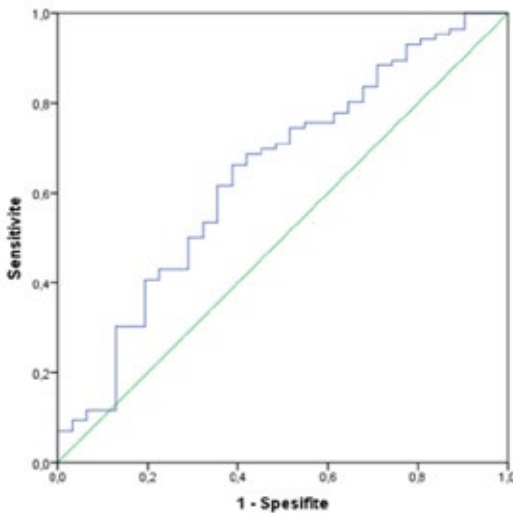
2 – Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında üriner sistem taş hastalığı (ÜSTH) sıklığı, değişen yaşam koşulları ve beslenme alışkanlıklarıyla artmaktadır. Taş patogeneğinde rol oynayan metabolik faktörlerin değerlendirilmesi, hastalığın önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, idrarda sodyum/potasyum (Na/K) oranının çocukluk çağı üriner sistem taş hastalığı oluşumuna eğilimi öngörmedeki rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen bu retrospektif çalışmaya, görüntüleme yöntemleriyle üriner sistem taşı tanısı almış 99 hasta ve 32 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Tüm olgularda serum biyokimya, spot idrar elektrolitleri ve mevcutsa 24 saatlik idrar analizleri incelenmiştir. Spot idrarda Na/K oranı ve diğer spot idrar parametreleri (Na/sitrat, oksalat/kreatinin, ürik asit/kreatinin vb.) ile klinik ve biyokimyasal veriler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hasta grubunda spot idrar Na/K oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). ROC analizi sonucunda Na/K oranı için $> 1,803$ eşik değeri taş hastalığı varlığını ayırt etmede anlamlı bulunmuştur ($AUC=0,70$, $p < 0,05$). Spot idrarda potasyum düzeyi hasta grubunda anlamlı biçimde düşük, Na/sitrat, oksalat/kreatinin ve ürik asit/kreatinin oranları ise yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Spot ve 24 saatlik idrar ölçümleri arasında oksalat ve sitrat için güçlü bir korelasyon belirlenmiştir. Yaşla birlikte idrar pH'sında azalma, oksalat ve ürik asit düzeylerinde artış gözlenmiştir. Serum elektrolit değerleri açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Roc Curve



Şekil 4. Hastalık kestiriminde eşik değeri belirlenmesi için ROC eğrisi



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Spot idrar Na/K oranı, çocukluk çağı ÜSTH'de pratik, düşük maliyetli ve non-invaziv bir biyobelirteç adaydır. Hasta grubunda Na/K oranının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunması ve ROC analizinde $> 1,803$ eşik değerinin taş varlığını ayırt etmede kabul edilebilir bir performans göstermesi, bu parametrenin tarama ve risk sınıflandırmasında kullanılabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca potasyumun düşük; Na/sitrat, oksalat/kreatinin ve ürik asit/kreatinin oranlarının yüksek saptanması, taş patogenezinde diyetle ilişkili sodyum yükü ve eşlik eden metabolik değişikliklerin önemini desteklemektedir. Spot ve 24 saatlik idrar ölçümleri arasında oksalat ve sitrat için güçlü korelasyonun gösterilmesi, seçilmiş parametrelerde spot idrarın klinik kullanıma katkı sağlayabileceğini işaret etmektedir. Bununla birlikte, spot ölçümlerdeki değişkenlik nedeniyle Na/K oranı klinik ve biyokimyasal verilerle birlikte değerlendirilmeli; gerekli olgularda 24 saatlik idrar analiziyle doğrulanmalıdır. Eşik değerin ve klinik yararın doğrulanması için daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Spot idrarda sodyum/potasyum oranı, üriner sistem taş hastalığı



SS-048

RUXOLİTİNİB TEDAVİSİ ALAN PEDIATRİK GVHD HASTALARINDA AKUT BÖBREK HASARI SIKLIĞI

Sinem Durdaş¹, Beyza Ural Koluvaçık¹, Nilden Ünsal¹, Zeyneb Merve Küçük¹, Gülşah Kaya Aksoy¹,
Funda Tayfun Küpesiz¹, Osman Alphan Küpesiz¹, Elif Çomak¹, Mustafa Koyun¹, Elif Güler¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Kemik iliği nakli (KİT) sonrasında akut böbrek hasarı (ABH) sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Özellikle ilaçlara bağlı nefrotoksisite başlıca nedenler arasındadır. Graft-versus-host hastalığı (GVHD) tedavisinde kullanılan JAK1/JAK2 inhibitörü ruxolitinib ile ilişkili akut böbrek hasarı bildirimleri mevcuttur. Bu çalışma, KIT sonrası GVHD gelişen ve ruxolitinib tedavisi alan pediatrik hastalarda ABH sıklığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: 2018-2025 yılları arasında KIT yapılan ve izlemde MAGIC ve NIH kriterlerine göre GVHD tanısı alarak ruxolitinib başlanan < 18 yaş hastalar geriye dönük tarandı. Demografik veriler, eş zamanlı tedaviler ve ruxolitinib sonrası ilk altı aya ait böbrek fonksiyon testleri kaydedildi. Akut böbrek hasarı tanısı için KDIGO kriterleri kullanıldı. Tedavi öncesi ve sonrası böbrek fonksiyonları eşleştirilmiş örneklem t-testi veya Wilcoxon testi ile analiz edildi. ABH gelişimi için risk faktörleri tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 38 hasta (ortanca nakil yaşı 6,11 yıl [IQR: 9,62]; %46,2 erkek) çalışmaya dahil edildi. Hastaların %74,4'ünde akut, %20,5'inde kronik GVHD mevcuttu. Ruxolitinib başlama zamanı nakil sonrası ortanca 2,16 ay (IQR: 4,99) idi. Serum kreatinin düzeyi tedavi öncesi $0,34 \pm 0,16$ mg/dL iken, 3. ayda $0,49 \pm 0,05$ mg/dL ve 6. ayda $0,47 \pm 0,03$ mg/dL olarak ölçüldü (sırasıyla $p=0,001$ ve $p < 0,001$). Ruxolitinib sonrası 7 hastada (%17,9) ABH gelişti. Ruxolitinib başlangıcı ile ABH tanısı arasındaki ortanca süre 2,36 ay (IQR: 1,97) idi. Tek değişkenli regresyon analizinde nakil yaşı, CMV viremisi ve BK virüsü/viremisinin ABH gelişimi için risk faktörü olduğu bulundu (OR 1.266, %95 CI 1.048-1.528, $p=0,014$; OR 0.092, %95CI 0.010-0.862, $p=0,037$ ve OR 29.962, %95CI 3.403-263.850, $p=0,002$, sırasıyla). ABH gelişen 7 hastanın 4'üne (%10,3) izlemde böbrek biyopsisi yapıldı ve hiçbir hastada SV40 boyası ile BKV nefritini düşündüren bulguya rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda, kemik iliği nakli sonrası GVHD gelişen ve ruxolitinib tedavisi alan pediatrik hastaların %17,9'unda akut böbrek hasarı (ABH) geliştiği saptandı. Eşlik eden BK virüsü veya vireminin ABH gelişimi açısından olası bir risk faktörü olduğu gözlemlendi. Ruxolitinib, GVHD tedavisinde umut vadeden bir ajan olmakla birlikte, böbrek fonksiyonları açısından dikkatle izlenmesi gereken bir tedavidir. Ruxolitinib ile böbrek hasarı arasındaki ilişkinin netleştirilmesi için daha büyük ölçekli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ruxolitinib, akut böbrek hasarı, kemik iliği nakli, GVHD



SS-049

BEYAZ ÖNLÜK HİPERTANSİYONU TANILI ÇOCUKLARDA 48 AYLIK İZLEMDE HİPERTANSİYONA İLERLEME

Ezgi Çelik¹, Orhan Deniz Kara², Nida Temizkan Dinçel²

1 – Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – SBÜ İTF Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada beyaz önlük hipertansiyonu (BÖH) saptanan çocuk hastaların uzun dönem izleminde hipertansiyon (HT) gelişimini ve hedef organ etkilenmesi ile ilişkili olabilecek parametreleri ambulator kan basıncı izlemi (ABPM) ile değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Polikliniği'ne Ocak 2016–Eylül 2019 tarihleri arasında HT ön tanısıyla başvuran, ABPM ile BÖH saptanan ve 48 aylık izlem sonunda kontrol ABPM uygulanan 88 olgu çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikleri, ABPM parametreleri, laboratuvar bulguları, EKO ve göz dibi değerlendirmeleri hasta dosyalarından incelendi.

Bulgular: 88 hastanın 50'sinde altta yatan kronik hastalık yokken 38'inde böbrek hastalığı, obezite gibi sekonder nedenler mevcuttu. İzlem sonunda 23 hastada (%26,1) HT gelişti; bunların 10'unda yüksek kan basıncı, 11'inde evre 1 HT ve 2'sinde evre 2 HT saptandı. Kronik hastalığı olmayan grupta non dipper oranı %18,0, kronik hastalığı olan grupta %28,9 bulundu ($p > 0,05$). Uyku sistolik yükü artmış olanlarda VKİ daha yüksek ve kontrol albümin değerleri daha düşük saptandı ($p < 0,05$). Uyanıklık sistolik yükü artmış olanlarda başvuru GFR daha yüksek ve kreatinin daha düşük bulundu ($p < 0,05$). Uyku diyastolik yükü, başvuru proteinüri varlığı ve kan lipid anormalliliği ile ilişkiliydi ($p < 0,05$). HT gelişen olgularda cinsiyet, kronik hastalık varlığı, proteinüri, mikroalbuminüri, MA/K, ürik asit ve GFR açısından başlangıç ve izlem sonunda anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). İzlemde EKO ve göz dibi bulgularında anlamlı farklılık izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Pediatrik BÖH masum bir durum değildir ve 48 aylık izlemde olguların %26,1'inde HT'ye ilerleme saptanmıştır. ABPM'de özellikle sistolik ve diyastolik kan basıncı yüklerindeki artış; VKİ yüksekliği, dislipidemi ve renal parametrelerle ilişkili bulunmuştur. EKO ve göz dibi bulgularında anlamlı fark saptanmaması, hedef organ etkilenmesinin daha uzun izlem süresinde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle BÖH tanısı alan çocukların, özellikle risk faktörü taşıyanların, ABPM ile düzenli takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Beyaz önlük hipertansiyonu, Pediatrik hipertansiyon, Ambulator kan basıncı ölçümü, Hedef organ hasarı, Glomerüler filtrasyon hızı



SS-050

VEZİKOÜRETERAL REFLÜ CERRAHİSİ SONRASI RENAL SKAR GELİŞİMİNDE ANATOMİK VE FONKSİYONEL RİSK FAKTÖRLERİ

Fatma Rüveyda İçer¹, Kenan Doğan²

1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nefroloji BD

Giriş ve Amaç: Vezikoüreteral reflü (VUR), çocukluk çağında febril idrar yolu enfeksiyonları (fUTİ) ve renal parankimal hasarın en önemli nedenlerinden biridir. Özellikle tekrarlayan enfeksiyonlar ve yüksek dereceli reflü varlığında uzun dönem böbrek hasarı riski artmaktadır. Cerrahi tedavi anatomik başarı açısından yüksek oranlara ulaşsa da, klinik sonuçların her zaman radyolojik düzelme ile paralel seyretmemesi enfeksiyon ve parankimal hasarın yalnızca reflünün varlığı ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Bu çalışmada, VUR nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan çocuklarda postoperatif febril enfeksiyon, reflü nüksü ve yeni renal skar gelişimi ile ilişkili klinik ve cerrahi risk faktörleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Kliniği'nde 2016–2025 yılları arasında primer VUR nedeniyle cerrahi uygulanan 71 hasta retrospektif olarak incelendi. Ek sistemik hastalığı bulunan ve antibiyotik profilaksisi dışında renal fonksiyon ile enfeksiyon sıklığını etkileyebilecek immünsüpresif, antiinflamatuvar veya diğer sistemik tedavileri kullanan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama cerrahi yaşı 54 (5-205) ay olup, kız cinsiyet oranı %62,7'di. Hastaların 20'sinde (%28,2) yeni renal skar saptanmıştır. Yeni skar gelişimi oranı endoskopik cerrahi grubunda invaziv (açık) cerrahi grubuna kıyasla daha yüksek görülmektedir (%50 vs %21,8, $p=0,027$). Ancak multivaryant lojistik regresyon analizinde preoperatif antibiyotik profilaksisi kullanımı yeni renal skar gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulunurken (OR: 8,7; $p=0,006$), preoperatif febril İYE sayısı anlamlı bir ilişki göstermiş (OR: 10,4 ; $p=0,017$); cerrahi yöntem ve reflü nüksü ise bağımsız risk faktörü olarak saptanmamıştır. Bu klinik olarak muhtemelen yüksek riskli hastaların profilaksi almasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca disfonksiyonel işeme bulguları olan hastalarda reflü nüksü sayısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,03$).



Renal Skar Gelişimine Göre Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

	Tüm hastalar (n=71)	Yeni Skar Gelişenler (n=20)	Yeni Skar olmayanlar (n=51)	p değeri
Cerrahi sırasındaki yaş (ay)	54 (5-205)	51 (9-106)	56 (5-205)	0,255
Antenatal tanı, n (%)	4 (5,6)	2 (10)	2 (3,9)	0,318
Preoperatif febril idrar yolu enfeksiyon, n (%)	52 (73,2)	19 (95)	33 (64,7)	0,009
Preoperatif antibiyotik profilaksisi kullanımı, n (%)	50 (70,4)	10 (50)	40 (78,4)	0,018
Kabızlık, n (%)	19 (26,8)	4 (20)	15 (29,4)	0,420
Gündüz idrar kaçırma, n (%)	19 (26,8)	5 (25)	14 (27,5)	0,834
Vezikoüreteral reflü derecesi, n (%)				0,429
1	0 (0,4)	0 (0)	1 (2)	
2	6 (8,5)	0 (0)	6 (11,8)	
3	22 (31)	8 (40)	14 (27,5)	
4	24 (33,8)	6 (30)	18 (35,3)	
5	18 (25,4)	6 (30)	12 (23,5)	
Tutulum tipi çift taraflı, n (%)	30 (42,3)	11 (55)	19 (37,3)	0,173
Hidronefroz varlığı	45 (63,4)	15 (75)	30 (58,8)	0,203
Cerrahi yöntem endoskopik açık/kapalı	16/55	8/12	8/43	0,027
Postoperatif 12 ay içinde febril idrar yolu enfeksiyonu	10 (14,1)	5 (25)	5 (9,8)	0,098
Reflü nüksü ya da persistan reflü, n (%)	41 (57,7)	16 (80)	25 (49)	0,017
Yeniden cerrahi girişim gereksinimi, n (%)	28 (39,4)	7 (35)	21 (41,2)	0,071

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, VUR cerrahisinde yalnızca anatomik düzeltmenin yeterli olmayabileceğini ve cerrahi yaklaşımın klinik sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. İnvaziv cerrahi uygulanan hastalarda daha düşük yeni renal skar oranlarının gözlenmesi, cerrahi tekniğin parankimal korunma açısından potansiyel bir rolü olabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak bu ilişkinin multivaryant analizde bağımsız olarak doğrulanmamış olması, enfeksiyon yükü ve hasta seçimi gibi klinik değişkenlerin belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Sık tekrarlayan febril idrar yolu enfeksiyonları ve mesane-bağırsak disfonksiyonu bulguları da parankimal hasar ve reflü nüksü ile ilişkili bulunmuş olup, VUR yönetiminde fonksiyonel ve enfeksiyonel faktörlerin uzun dönem böbrek sağlığı açısından dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bulguların uzun dönem renal etkilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla daha geniş ve prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: İdrar yolu enfeksiyonu, renal skar, vezikoüreteral reflü



SS-051

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞINDA ÇOKLU RİSK PROFİLİ VE KLİNİK SONUÇLAR: ÜÇÜNCÜ BASAMAK MERKEZ DENEYİMİ

Rüveyda Gülmez¹, Gülçin Ünlü², Esra Karabağ Yılmaz³, Seha Saygılı³, Ayşe Ağbaş³, Nur Canpolat³

1 – Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

2 – Arnavutköy Devlet Hastanesi

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, üçüncü basamak bir çocuk nefroloji merkezinde izlenen üriner sistem taş hastalığı olan çocuklarda risk faktörleri, klinik özellikler, tedavi yaklaşımları ve sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya üriner sistem taş hastalığı tanısı alan ve en az 1 yıllık takip süresi bulunan 18 yaş altı 108 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ailede taş hastalığı öyküsü, akraba evliliği, altta yatan üriner sistem anomalileri, üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) ve yoğun bakım yatışı öyküsü ile metabolik değerlendirme bulguları hasta kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 108 hasta [63 erkek (58%)] dahil edildi ve ortalama izlem süresi 28 aydı. Tanı anındaki ortalama yaş 5,0 ay (IQR: 0,8–7,8) idi. Hastaların %30,8'inde (n=25/81) akraba evliliği, %61,5'inde (n=64/104) ailede taş öyküsü mevcuttu. ÜSE öyküsü %43 (n=46/107), üriner sistem anomalisi %11,1 (n=12) oranında saptandı. Yoğun bakım yatışı öyküsü %45 (n=26/57) oranındaydı. Hastaların %53,3'ünde (n=48/90) en az bir metabolik anormallik tespit edildi; en sık %42 oranında hipositratri (n=34/81), ardından %26'sında hiperkalsiüri (n=25/93) ve %19,4'ünde hiperoksalüri (n=14/72) izlendi. Olguların %35,6'sında taşlar bilateral, %47'sinde multipl idi. Böbrek taşı %45,1, üreter taşı %6 oranında saptanırken, iki hastada mesane taşı mevcuttu. Hastaların %51,8'ine (n=56) medikal tedavi uygulanırken, %36,1'i (n=39) cerrahi girişim gerektirdi. Ortalama 28 aylık izlem süresi sonunda hastaların %73'ü (n=79) taşsız hale geldi, %25'inde (n=27) taş boyutu/sayısında gerileme izlendi ve yalnızca %2'sinde (n=2) progresyon gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, çocukluk çağı üriner taş hastalığının akraba evliliği, ailede taş hastalığı varlığı, metabolik risk faktörleri ve enfeksiyon öyküsünün birlikte rol oynadığı multifaktöriyel bir hastalık olduğunu göstermektedir. Bu hasta grubunda yüksek yoğun bakım yatış oranı, üçüncü basamak bir merkezde izlenen klinik olarak daha ağır ve seçilmiş bir popülasyona işaret etmektedir. Bu nedenle risk değerlendirmesi yalnızca metabolik inceleme ile sınırlı kalmamalı, tüm olası etiyolojik faktörler bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Risk faktörleri, metabolik değerlendirme, ürolitiyazis



SS-052

ÇOCUK HEMODİYALİZ HASTALARINDA INTRADİYALİTİK EGZERSİZİN ENFLAMATUVAR SİTOKİN PROFİLİ ÜZERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF PİLOT MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Emre Ceyhan¹, Sergen Devran², Seha Saygılı³, Alper Çıkıkcı⁴, Şevval Çelen⁵, Kaan Can Demirbaş⁶, Rüveyda Gülmez³, Mehmet Güven Günver⁷, Dildar Konukoğlu⁸, Bülent Bayraktar², Nur Canpolat³

- 1 – İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı
- 2 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Ana Bilim Dalı
- 3 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı
- 4 – Marmara Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi
- 5 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Spor Bilimleri Fakültesi
- 6 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- 7 – İstanbul Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı
- 8 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kronik hemodiyaliz (HD) uygulanan çocuklarda görülen kronik enflamatuvar süreç; büyüme geriliği, protein-enerji kaybı ve kardiyovasküler risk artışı ile ilişkilidir. Erişkin popülasyonda intradiyalitik egzersizin enflamasyonu azaltarak vücut kompozisyonu ve kardiyovasküler bulgular üzerinde olumlu etkileri gösterilmiştir. Bu çalışmada, 12 haftalık yapılandırılmış ve gözetimli intradiyalitik egzersizin çocuk HD hastalarında enflamatuvar sitokin profili üzerindeki etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Kliniğimizde kronik HD tedavisi alan 13 çocuk hastadan, yakın dönemde böbrek nakli planı olmayan, egzersizlere uyum sağlayabilen, ağır ekstremitte deformitesi bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6 çocuk ve ergen (5 kız, 1 erkek; ortalama yaş 14,7 yıl) çalışmaya dahil edildi. Yapılandırılmış egzersiz seansları, kısa süreli direnç egzersizleri ve sonrasında diyaliz sırasında yatak başı bisiklet ergometresini içeren gözetimli bir protokolden oluşturuldu ve 12 hafta süresince haftada üç gün uygulandı. Olguların algılanan eforu Borg skalası ile her seans sonunda değerlendirildi. Egzersiz öncesi ve 12. hafta sonunda antropometrik ölçümler, bioimpedans ile vücut kompozisyonu değerlendirilmesi, biyokimyasal parametreler ve serum enflamatuvar sitokin düzeyleri ölçüldü. Sitokin analizleri çoklu mikroküre temelli akım sitometri yöntemi ile gerçekleştirildi. Eşleştirilmiş karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı.

Bulgular: Egzersiz seanslarının %91,9'u planlandığı süre ve şekilde gerçekleştirildi. Seanslar sırasında en sık yaşanan sorunlar arasında vasküler erişim sorunları, kas ağrısı, geçici motivasyon azalmasıydı; o seans için direnç egzersizinin atlanması veya direnç düzeyinin azaltılmasıyla programa devam edildi. Ortalama egzersiz süresi birinci ayda 16,0 dakika, ikinci ayda 19,3 dakika ve üçüncü ayda 21,7 dakika idi. Algılanan efor düşük-orta düzeyde seyretti (sırasıyla Borg düzeyleri 3,52; 2,94; 3,15). Egzersizler sırasında olumsuz olay gözlenmedi. Egzersiz programı sonrasında bireylerin antropometrik, vücut kompozisyonu ve laboratuvar parametrelerinde istatistiksel açıdan anlamlı değişiklik gözlenmezken enflamatuvar sitokinlerin (IFN- α 2, MCP-1, IL-6, IL-8, IL-10, IL-23 ve IL-33) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı (hepsi için $p < 0,05$) (Tablo-1).



Başlangıç ve 12. Hafta Sonrası Klinik ve Laboratuvar Parametreleri

Parametre	Egzersiz Öncesi	Egzersiz Sonrası	p
Antropometrik ölçümler ve Vücut Kompozisyonu			
Vücut ağırlığı (kg)	29,3 (23,17–43,80)	29,15 (22,55–44,35)	0,786
Boy (cm)	134,50 (120,25–158,25)	136,50 (120,75–158,63)	0,109
BKİ (kg/m ²)	16,45 (16,10–17,25)	17,05 (15,30–17,80)	0,465
Yağsız doku indeksi	10,75 (10,23–11,35)	10,65 (10,17–11,15)	0,588
Yağ doku indeksi	7,70 (4,37–11,40)	9,35 (4,22–12,82)	0,461
Laboratuvar veriler			
Üre (mg/dl)	117,83 (68,00–152,00)	120,17 (63,00–193,00)	0,528
Kreatinin (mg/dl)	6,30 (4,41–9,99)	7,53 (5,24–9,51)	0,075
Ürik asit (mg/dl)	5,27 (3,10–8,00)	6,23 (4,40–8,10)	0,176
Albümin (g/dl)	3,87 (3,07–4,56)	4,11 (3,60–4,83)	0,115
Bikarbonat (mmol/L)	22,70 (18,10–26,20)	21,35 (16,80–25,50)	0,074
CRP (mg/dl)	3,09 (0,22–15,91)	3,57 (0,06–12,95)	0,917
Lökosit / μ L	5100 (1500–7800)	4311,67 (900–6100)	0,674
Ferritin (ng/dl)	403,30 (149,00–959,20)	391,58 (151,40–931,40)	0,600
Enflamatuvar Sitokinler			
IFN- α 2 (pg/ml)	7,83 (0,83–23,28)	1,73 (0,36–6,75)	0,028
MCP-1 (pg/ml)	577,98 (103,53–984,99)	174,68 (44,48–309,13)	0,028
IL-6 (pg/ml)	40,86 (4,82–109,05)	10,39 (2,03–36,92)	0,028
IL-8 (pg/ml)	251,41 (24,86–452,95)	56,07 (0,37–190,44)	0,028
IL-10 (pg/ml)	33,70 (4,68–102,31)	9,84 (2,37–23,46)	0,028
IL-23 (pg/ml)	51,55 (2,64–210,32)	21,76 (1,83–62,53)	0,028
IL-33 (pg/ml)	82,69 (1,02–358,20)	11,74 (1,03–60,44)	0,046

*Veriler medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur. Egzersiz öncesi ve sonrası ölçümler Wilcoxon işaretli sıralar testi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. *BKİ, beden kitle indeksi; CRP, C-reaktif protein; IFN- α 2, interferon alfa-2; MCP-1, monosit kemoatraktan protein-1; IL, interlökin

Tartışma ve Sonuç: Bu pilot çalışma, çocuk HD hastalarında yapılandırılmış intradiyalitik egzersizin yüksek katılım oranları ile uygulanabilir ve güvenli olduğunu göstermektedir. Antropometrik değişiklik olmaksızın enflamatuvar sitokinlerde gözlenen azalma, egzersizin erken biyolojik modülasyon potansiyeline işaret etmektedir. Bulgular, daha uzun süreli ve kontrollü çalışmaların planlanmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Antienflamatuvar etki, kronik enflamasyon, intradiyalitik egzersiz



SS-053

ÇOCUKLUK ÇAĞI IGA VASKÜLİTİ NEFRİTİNDE UZUN DÖNEM RENAL PROGNOZ

Canan Koban Doğan¹, Esra Karabağ Yılmaz², Seha Saygılı², Ayşe Ağbaş², Özgür Kasapçopur³, Nur Canpolat²

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: IgA vaskülitі çocukluk çağının en sık küçük damar vaskülitidir, genellikle benign seyirlidir; ancak uzun dönem prognozu belirleyen temel faktör böbrek tutulumudur. Bu çalışmada IgA vaskülitі nefriti (IgAVN) tanısıyla izlenen hastaların uzun dönem böbrek sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli geriye dönük çalışmada, 2010-2025 yılları arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı'nda IgAVN tanısıyla izlenen 90 hastanın verileri incelendi. Düzenli takibi olmayan (n=25) ve eksik verisi bulunan (n=19) hastalar dışlanarak 46 hasta (21 kız, 25 erkek) çalışmaya alındı. Demografik özellikler, başvuru bulguları, tedaviler ve uzun dönem böbrek fonksiyonları analiz edildi.

Bulgular: Ortanca tanı yaşı 8,2 yıl (6,7–10,5), nefrit gelişme süresi 1,1 ay (0,57–5,2), izlem süresi 8,4 yıl (4,6–12,5) idi. Böbrek tutulumu hastaların %33'ünde tanı anında, %50'sinde ilk 3 ay içinde gelişti. Böbrek tutulumunun en sık başvuru tablosu nefritik-nefrotik sendrom(%38) idi; bunu nefritik sendrom (%22), nefrotik sendrom (%20) ve izole proteinüri (%20) izledi. Olguların %17'sinde akut böbrek hasarı (ABH) vardı. Başvurudaki ortalanca GFR 108 ml/dk/1.73m² (92.6–138), proteinüri miktarı 1650 mg/m²/gün (544–3375) idi. Hastaların %59'unda gastrointestinal tutulum eşlik ediyordu. Olguların %67'sine böbrek biyopsisi yapıldı; nefritik-nefrotik sendrom ile başvuran hastaların tamamına (%100), nefrotik sendrom ile başvuranların %89'una, nefritik sendromla başvuranların %40'ına ve izole proteinüri ile başvuranların %11'ine biyopsi yapılmıştı (p < 0.001). Hastaların %74'ü oral, %24'ü pulse steroid tedavisi almıştı; Pulse tedavi en sık nefritik-nefrotik sendrom grubunda uygulanmıştı (%44); bu oran nefrotik sendrom grubunda %22 iken diğer iki grupta %0 idi (p=0.039). Steroid kullanım süresi 5.8 (2.9-9) aydı. Siklofosfamid yalnızca nefritik-nefrotik sendrom ve ABH ile başvuran 4 hastada kullanılmıştı. Diğer tedaviler Tablo 1'de gösterildi. Son vizitte ortalanca GFR 106 ml/dk/1.73m² idi . Son vizit GFR, başvuru GFR ve steroid kullanımı ile pozitif, ABH ile negatif yönde korelasyon gösterdi. Çok değişkenli analizde steroid kullanımı GFR'nin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı (p=0.047).)



Hastaların özellikleri

	Tüm kohort n= 46
Klinik ve laboratuvar özellikler	
Cinsiyet (kız/erkek)	21 (46) / 25 (54)
Yaş (yıl)	8.2 (6.7-10.5)
IgAVN ortaya çıkış süresi (ay)	1.1 (0.57-5.2)
İzlem süresi (yıl)	8.4 (4.6-12.5)
Son ziyaret yaşı (yıl)	19.7 (14.2-21)
Başvurudaki GFR (ml/dk/1.73m ²)	108 (92.6;138)
Başvurudaki proteinüri (mg/m ² /gün)	1650 (544-3375)
Son vizitteki GFR (ml/dk/1.73m ²)	106 (92.2-124)
Son vizitteki proteinüri (mg/m ² /gün)	89 (45-101)
Tedavi verileri	
ACEi, n (%)	27 (60)
ACEi süresi (ay)	14.2 (4.3-29.4)
Steroid, n (%)	34 (74)
Pulse steroid, n (%)	11 (24)
Steroid süresi (ay)	5.8 (2.9-9)
MMF, n (%)	2 (4)
AZA, n (%)	1 (1)
Siklofosfamid, n (%)	4 (9)

Sürekli değişkenler medyan (25.persentil;75. persentil) olarak ifade edildi. IgAVN: IgA vaskülit nefriti, GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı, ACEİ : ACE inhibitörü, MMF: Mikofenolat Mofetil, AZA: Azatioprin

Tartışma ve Sonuç: IgAVN'de böbrek tutulumu çoğunlukla erken dönemde gelişmekte ve hastaların büyük kısmında uzun dönem böbrek fonksiyonları korunmaktadır. Steroid kullanımı son ziyaret GFR'nin bağımsız belirleyicisi olarak saptanmıştır. Bulgular, erken ve uygun tedavinin renal prognoz açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: IgA vaskülit, proteinüri, nefrotik, nefritik, steroid, renal prognoz



SS-054

İKİ YAŞ ALTI VE DÜŞÜK KİLOLU ÇOCUKLARDA KRONİK HEMODİYALİZ SONUÇLARI: 25 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Esra Karabağ Yılmaz¹, **Elif Nur Orkan²**, Gülseren Pehlivan¹, Ayşe Ağbaş¹, Seha Saygılı¹, Nur Canpolat¹

1 – İstanbul-Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Bölümü

2 – İstanbul-Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Giriş ve Amaç: Son dönem böbrek hastalığı gelişen iki yaşından küçük çocuklarda periton diyalizi (PD) teknik kolaylık ve hemodinamik stabilite nedeniyle genellikle ilk tercih edilen renal replasman tedavisidir. Ancak PD komplikasyonları, PD yetersizliği veya erken böbrek nakli planı nedeniyle küçük çocuklarda da hemodiyaliz (HD) gereksinimi ortaya çıkabilmektedir. Bu yaş grubundaki sınırlı deneyim nedeniyle kronik HD sonuçlarına ilişkin veriler azdır. Bu çalışmada, iki yaşından küçük veya < 10 kg çocuklarda kronik HD'nin komplikasyonları ve prognozu, daha büyük yaş grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu tek merkezli geriye dönük çalışma için 2000-2025 yılları arasında kronik HD uygulanan 272 hasta değerlendirmeye alındı. İki yaşından önce veya < 10 kg HD başlanmış ve en az 3 ay kronik HD programında izlenmiş 19 hasta çalışma grubuna dahil edildi. Kontrol grubu, hasta grubu ile ardışık olarak > 2 yaş kronik HD başlanmış 19 hastadan oluşturuldu. Demografik özellikler, klinik veriler, komplikasyonlar, nakil ve mortalite sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma grubunun ortanca (IQR) HD başlangıç yaşı 1.25 (0.7;2.1) yıl, kontrol grubunun 15.2 (10.3;16.3) yıl idi ($p < 0.001$), cinsiyet dağılımları açısından iki grup arasında fark yoktu ($p=0.19$). Çalışma grubunda en sık primer hastalık CAKUT (%42), kontrol grubunda ise glomerüler hastalıklar (%42) idi ($p=0.22$). İki grubun HD başlangıç ve son vizit VKİ-SDS değerleri benzerdi ancak çalışma grubunda hem başlangıç hem de son boy-SDS değerleri kontrol grubuna göre anlamlı düşüktü ($p=0.004$ ve $p=0.017$) (Tablo 1). Gruplar arasında HD süresi, kateter sayısı, kateter değişim oranı, çoklu kateter değişim nedenleri ve komplikasyonları açısından fark saptanmadı (Tablo 1). Nakil oranı, nakle kadar geçen süre ve mortalite oranları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1).



İki yaşından küçük veya <10 kg kronik HD tedavisi başlanmış hastalar (çalışma grubu) ile bu hastalarla ardışık olarak >2 yaş HD başlanmış hastaların (kontrol grubu) karşılaştırılması

	Çalışma grubu (n= 19)	Kontrol grubu (n= 19)	P değeri
Cinsiyet (kız/erkek), n (%)	7 (37) / 12 (63)	12 (63) / 7(37)	0.19
HD başlangıç yaşı (yıl)	1.25 (0.7;2.1)	15.2 (10.3;16.3)	<0.001
HD süresi (ay)	8.4 (3.4;23)	11.5 (6;19.1)	0.72
Son vizit yaşı (yıl)	2.9 (1.6;4.7)	17.2 (16.5;19.6)	<0.001
Antropometrik veriler			
HD başlangıcı			
Boy-SDS	-2.7 (-3.9;-1.3)	-1.5 (-2.1;-0.44)	0.004
VKi-SDS	-1.6 (-3.0;0.13)	-1.1 (-3.2;0.76)	0.41
HD sonu			
Boy-SDS	-3.03 (-4.3;-1.8)	-1.08 (-2.4;-0.46)	0.017
VKi-SDS	-0.65 (-2.5;0.01)	-1.1 (-3.5;0.01)	0.64
Kateter ilişkili durum			
Kateter sayısı (HD süresi boyunca)	3 (1;6.5)	2 (1;3)	0.29
Kateter sayısı (100 kateter gününde)	1.2 (0.95;1.7)	0.7 (0.2;1.5)	0.053
Çoklu değişim	12 (63)	8 (42)	0.33
Tromboz veya disfonksiyon	11 (58)	7 (37)	0.33
Enfeksiyon	3 (16)	3 (16)	1.00
Son durum			
Pre-TX süresi (ay)	11.7 (4.4;21.4)	8.3 (5.7;14.4)	0.82
TX, n (%)	12 (63)	12 (63)	1.00
Exitus, n (%)	3 (16)	2 (10)	0.66

Sürekli değişkenler medyan (25.persentil;75. persentil) olarak ifade edildi. HD; hemodiyaliz, CAKUT; böbrek ve üriner sistemin konjenital anomalileri, TX; böbrek nakli

Tartışma ve Sonuç: İki yaşından küçük ya da < 10 kg altındaki çocuklarda kronik HD, teknik zorluklara rağmen deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilen ve böbrek nakline kadar etkin bir köprü tedavi seçeneği olarak gözükmektedir. Bu çalışmada, küçük yaş grubunda kateter komplikasyonları, nakil oranı veya mortalite açısından daha büyük yaş grubuna kıyasla anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular, uygun hasta seçimi ve titiz izlem ile küçük çocuklarda hemodiyalizin uygulanabilir ve sürdürülebilir bir tedavi yöntemi olduğunu desteklemekle birlikte daha geniş kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, düşük vücut ağırlığı, iki yaşından küçük çocuklar, kronik hemodiyaliz, son dönem böbrek hastalığı



SS-055

FEBRİL KONVÜLZİYON VE EPİLEPSİ TANILARI İLE TAKİP EDİLEN ÇOCUKLARDA SERUM PENTRAKSİN-3 DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Ozan Hayzaran¹, Kamil Şahin¹, Günce Başarır², Halil Uğur Hatipoğlu¹, Murat Elevli¹

1 – S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi

Giriş ve Amaç

Febril konvülsiyonlar (FK), 6 ay ila 5 yaş arasındaki çocuklarda görülen, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu olmaksızın ateşle birlikte ortaya çıkan nöbetlerdir (1). Basit febril konvülsiyonlar 15 dakikadan kısa süren jeneralize nöbetlerdir ve 24 saat içinde yalnızca bir kez meydana gelmektedir (1). Komplike febril konvülsiyonlar 15 dakikadan uzun süren, fokal nörolojik bulgularla ilişkili veya 24 saat içinde tekrar eden nöbetlerdir (1).

Epilepsi, tekrarlayan tetiklenmemiş nöbetlerle karakterize kronik bir nörolojik hastalıktır (2). ILAE tarafından 2014'te yayımlanan resmi rapora göre epilepsi, aşağıdaki koşullardan herhangi birinin varlığında tanımlanan bir beyin hastalığıdır (3):

1. **En az iki nöbet:** 24 saatten uzun arayla meydana gelen en az iki kendiliğinden epileptik nöbet geçirmiş olmak (3).
2. **Tek nöbet + yüksek risk:** Bir kez kendiliğinden nöbet geçirdikten sonra, önümüzdeki 10 yıl içinde yeniden nöbet geçirme olasılığının yaklaşık %60 veya daha fazla olması (3).
3. **Sendrom tanısı:** Bir epilepsi sendromu tanısının konulmuş olması (3).

Burada risk değerlendirilirken aşağıdaki faktörler göz önünde bulundurulmaktadır: beyin görüntüleme bulguları, elektroensefalografi (EEG) bulguları, nöbetin türü ve nedeni, ilk nöbetin şiddeti ve özellikleri (3).

Epileptogenezin nöronal dokuda ince düzeyde nöronal hasar, gliyozis ve mikrogliyozis ile birlikte artmış, güçlü ve kalıcı bir inflamatuvar mikroçevrenin varlığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (4).

Pentraksin ailesi, proteinin primer yapısına göre kısa ve uzun pentraksinler olarak ikiye ayrılmaktadır (5). Kısa pentraksinlerden CRP geçmişten günümüze kadar akut faz reaktanı olarak kullanılmaktadır (6). Uzun pentraksinlerin özellikleri araştırılmaya devam edilmekte olup son yıllarda uzun pentraksinlerden PTX3'ün klinik durumlardaki rolü incelenmektedir. PTX3'ün makrofajlar, nötrofiller, dendritik hücreler, düz kas hücreleri ve aterosklerotik lezyonlarda ağırlıklı olarak bulunduğu bildirilmektedir (7).

Birçok patolojik durumda plazma düzeyi hızla yükselme gösterdiği için tanısız ve prognostik role sahip olabileceği düşünülmektedir. Nötrofillerin granüllerinde depolanmış olarak bulunan PTX3 inflamatuvar sinyallere cevap olarak salgılanmaktadır (8). En yüksek düzeye ortalama 7,5 saatte ulaşmakta ve 3-5 gün içinde normale dönmektedir (8). PTX3'ün klinik tanı ve prognostik amaçlarla bir biyobelirteç olarak kullanım potansiyeli, son yıllarda çeşitli çalışmalarda araştırılmaktadır.



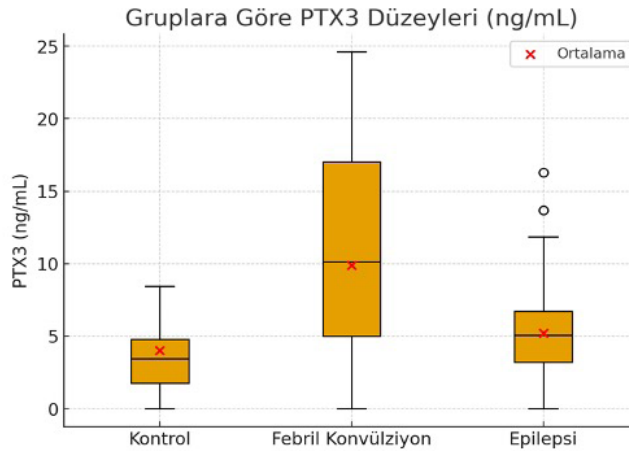
Bu çalışmada febril konvülsiyon ve epileptik nöbet ile başvuran çocuklardaki serum PTX3 düzeylerinin ölçülerek sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmasıyla PTX3 molekülünün nöbetlerin seyrini ve şiddetini öngörmeye bir biyobelirteç olarak kullanılabilirliğinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Çalışmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil polikliniğine; FK ile başvuran 6 ay-6 yaş arası 43 hasta (Febril Konvülsiyon Grubu), Epileptik nöbet ile başvuran 6 ay-18 yaş arası 40 hasta (Epilepsi Grubu), Çocuk polikliniğine başvuran 6 ay-18 yaş arası 40 sağlıklı çocuk (Kontrol Grubu) dahil edilmiştir. PTX3 düzeylerinin ölçümünde ELISA yöntemi kullanılmıştır.

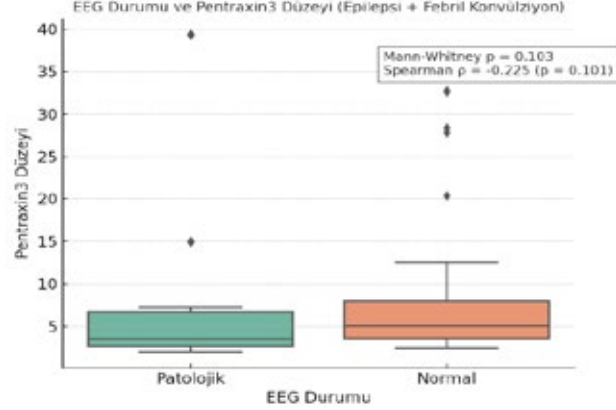
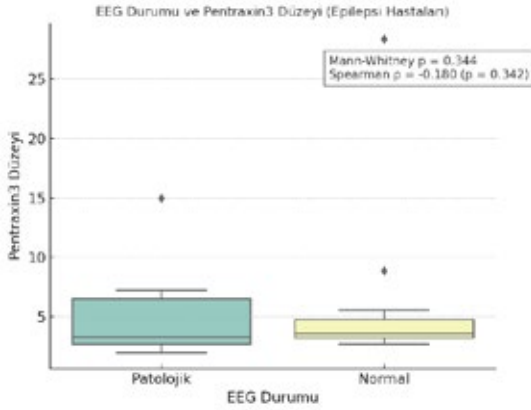
Bulgular

Katılımcıların tanı dağılımı incelendiğinde; olguların %34,96'sı febril konvülsiyon, %32,52'si epileptik nöbet ve %32,52'si sağlıklı kontrol grubu olarak tespit edildi. Hastaların %47'si (39 kişi) basit FK, %4,8'i (4 kişi) komplike FK tanısı almışken 40 tanesi (%48,2) epileptik nöbet geçirmişti. Çalışma popülasyonunun serum pentraxin-3 (PTX3) düzeyleri 1,9–39,4 ng/mL arasında saptandı (Ortalama $6,5 \pm 6,7$ ng/mL; medyan 4,2 ng/mL). Tüm gruplar arasında febril konvülsiyon grubunda serum PTX3 değeri anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Febril konvülsiyon grubunda PTX3 değeri kontrol ve epilepsi gruplarından anlamlı olarak daha yüksekti (Sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$). Epilepsi grubunda PTX3 değerleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,067$). Gruplar arasında PTX3 düzeylerinin karşılaştırılmasını gösteren box plot grafiği:



Febril konvülsiyon ve epilepsi grupları karşılaştırıldığında başvuru esnasında tek ve çok sayıda nöbet geçiren hastaların serum PTX3 düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,867$).

Anti-nöbet ilaç kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında PTX3 değeri anlamlı farklılık göstermedi ($p=0,909$). Erkek ve kızlar arasında PTX3 değeri anlamlı farklılık göstermedi ($p=0,529$). EEG bulguları normal ve anormal olan hastaların serum PTX3 düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p = 0,103$).



	PTX3	
	r	p
Yaş (yıl)	-0,402	<0,001
Vücut ağırlığı (kg)	-0,210	0,057
Üre	-0,066	0,470
Kreatinin	-0,170	0,064
AST	0,352	<0,001
ALT	-0,040	0,662
Lökosit	0,091	0,319
Nötrofil	0,033	0,720
Lenfosit	0,091	0,316
NLO	0,003	0,978
CRP	0,080	0,474

Serum PTX3 değeri ile yaş arasında anlamlı negatif ve orta derecede bir korelasyon varken ($p<0,001$), PTX3 değeri ile vücut ağırlığı arasında anlamlı korelasyon gözlenmedi.

FK ve epilepsi gruplarının nöbet ile başvuruları esnasında alınan kan gazlarının pH, karbondioksit (CO_2) ve laktat değerleri ile serum PTX3 düzeyleri karşılaştırıldı. Epilepsi grubunda pH ile Pentraxin-3 arasında orta derecede anlamlı negatif bir korelasyon olduğu görüldü ($r=-0,363$; $p=0,021$). Febril konvülsiyon ve epilepsi grubunda hastaların başvuruları esnasındaki nöbet geçirme süreleri ile PTX3 düzeyleri karşılaştırıldı. FK, epilepsi ve her iki grup birlikte bakıldığında anlamlı bir istatistiksel fark bulunmadı (Sırasıyla $p=0,513$, $p=0,825$, $p=0,367$).

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamız, bildiğimiz kadarıyla ülkemizde pediatrik yaş grubunda epileptik nöbetler ile PTX3 arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonuçları, PTX3'ün özellikle febril nöbetlerin immünolojik bileşenlerini yansıtmaları açısından değerli bir molekül olabileceğini düşündürmektedir. Febril konvülsiyon ile başvuran çocuklar ile epileptik nöbet geçiren çocukların CRP gibi akut faz reaktan değerleri arasında anlamlı fark yokken, febril konvülsiyon ile başvuran hastaların PTX-3 değerindeki anlamlı yükseklik, bu hastalarda PTX3'ün daha duyarlı bir biyobelirteç olabileceğini göstermektedir. Öte yandan istatistiksel olarak anlamlı olmasa da epileptik nöbet geçiren hastalarda da PTX-3'ün yüksek olması, altta yatan potansiyel inflamasyonu işaret etmektedir. Benzer yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada febril konvülsiyon geçiren hastaların PTX3 düzeylerinin, nöbetsiz ateşli çocuklarla benzer olduğu ve arada anlamlı fark saptanmadığı rapor edilmiştir (9). Yapılan bir çalışmada dirençli ve sık nöbet geçiren çocukluk çağı epilepsi olgularında plazma PTX3 seviyelerinin sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir (10).



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Çalışmanın sınırlılıkları arasında tek merkezli olması, klinik verilerin çocuk acildeki tek bir hekimin gözlemine bağlı olması, PTX3 ölçümünün bir defa yapılması ve hastaların bazal PTX3 değerinin olmaması sayılabilir. Ayrıca çocukluk döneminde PTX3'ün yaşla nasıl değiştiğiyle ilgili yeteri kadar çalışma olmaması da gruplar arasındaki yaş farkı sebebiyle çalışmamızın gücünü ve genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Kaynaklar

1. Graves RC, Oehler K, Tingle LE. Febrile seizures: risks, evaluation, and prognosis. *Am Fam Physician*. 2012;85(2):149-153.
2. Stafstrom CE, Carmant L. Seizures and epilepsy: an overview for neuroscientists. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2015;5(6):a022426. Published 2015 Jun 1.
3. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482.
4. Alyu F, Dikmen M. Inflammatory aspects of epileptogenesis: contribution of molecular inflammatory mechanisms. *Acta Neuropsychiatr*. 2017;29(1):1-16.
5. Garlanda C, Bottazzi B, Bastone A, Mantovani A. Pentraxins at the crossroads between innate immunity, inflammation, matrix deposition, and female fertility. *Annu Rev Immunol*. 2005;23:337-366.
6. Inforzato A, Doni A, Barajon I, et al. PTX3 as a paradigm for the interaction of pentraxins with the complement system. *Semin Immunol*. 2013;25(1):79-85.
7. Günaştı N, Balcı Ş, Tamer L. Pentraksinler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2017;10(1):65-71.
8. Stafstrom CE, Carmant L. Seizures and Epilepsy: An Overview for Neuroscientists. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2015;5(6):a022426.
9. Bardak Ş, Cinbis M, Enli Y. Febril konvülsiyon geçiren ve geçirmeyen ateşli hastalarda pentraksin-3'ün değişimi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2021;31(3):306-12.
10. Ishikawa N, Kobayashi Y, Fujii Y, Kobayashi M. Increased interleukin-6 and high-sensitivity C-reactive protein levels in pediatric epilepsy patients with frequent, refractory generalized motor seizures. *Seizure*. 2015;25:136-140.



SS-056

YENİDOĞAN NÖBETLERİNİN KLİNİK VE ETİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Miraç Berfu Tokuç Ülgen¹, Emek Uyur¹, Cemile Büşra Ölçülü¹, Bilgihan Bıkmazer¹, Kadir Buğra Sarı¹, Zeynep Züleyha Tek Sadık¹, Tuğçe Kurtaraner¹, Fatma Duygu Öztürk Önsal¹, Özge Yatır Alkan², Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu¹

1 – SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

2 – SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

Giriş ve Amaç: Yenidoğan (YD) nöbetleri çoğunlukla yaşamın ilk 5 günü içinde ortaya çıkmakta olup, olguların büyük bir kısmına EEG anormallikleri eşlik etmektedir. Hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE), prematürite, yapısal beyin anomalileri, metabolik hastalıklar ve genetik etiyolojiler YD nöbetlerine neden olur. Nöbetlerin klinik özellikleri, elektroensefalografi (EEG) ve nörogörüntüleme bulguları ile birlikte değerlendirilmesi, altta yatan nedenin belirlenmesi ve prognozun öngörülmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, YD nöbetlerinin demografik, klinik, etiyolojik ve görüntüleme özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) ve Çocuk Nöroloji kliniğinde Ocak 2022- Aralık 2025 yılları arasında YD nöbeti nedeni ile takip edilen 35 hastanın dosyaları, EEG, Transfontanel Ultrasonografi (TFUSG), beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve genetik inceleme (kromozom analizi, mikroarray ve klinik ekzom analizi) sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Olguların 21'i erkek(%60),14'ü kız(%40); 19'u term(%54,3),16'sı preterm(%45,7) idi. Nöbet başlangıç yaşı medyan 4 gün (1-27) olarak saptandı. Olguların YYBÜ yatış nedenleri 12'sinde HIE(%34,2),12'sinde nöbet(%34,2),62'sinde prematüre doğum(%17,1),1'inde antenatal holoprozensefali(%2,85),1'inde hipoglisemi(%2,85), 1'inde konjenital kardiyak anomali(%2,85), 1'inde yenidoğan sepsisi(%2,85) ve 1'inde sefal hematoma(%2,85) idi. Hastaların 7'sinde(%20) genetik etiyoloji (22q11 delesyonu, Xp22.33-p21 delesyonu, SCN2A, KCNQ2, ADGRV1 ve SERAC1 mutasyonu) saptandı. Olguların 31'inde (%88,5) elektroklinik nöbet izlendi. Nöbetlerin 18'i(%51,4) motor nöbet [fokal-klonik 9(%25,7), fokal-miyoklonik 6(%17,1), otomatizma 2(%5,7), epileptik spazm 1 (%2,9)]; 9'u(%25,7) otonom ve 3'ü (%8,5) ardışık nöbet olarak sınıflandırıldı. Dört olguda amplitüd EEG incelemesinde (%11,4) elektrografik nöbet izlendi. İnteriktal EEG bulguları 27 hastada (%77,1) anormal idi. TFUSG bulguları 18 hastada(%51,4) anormal [intraventriküler kanama (n=9,%25,7), anekoik kist (n=3, %8,6), korpus kallozum hipoplazisi(n=2,%5,7), serebral atrofi(n=2,%5,7) ve kistik ensefalomalazi(n=2,%5,7)] idi. Beyin MRG incelemesi 24 olguda(%68,6) yapılmış olup, bunların 12'si(%50) anormal [benign hidrosefali(n=3,%8,5), sefal hematoma(n=2,%5,7), kistik ensefalomalazi(n=2,%5,7), serebral kalsifikasyon(n=1,%2,85), holoprozensefali(n=1, %2,85), korpus kallozum agenezisi ve hemimegalensefali(n=1,%2,85), sol parietookspitalde difüzyon kısıtlılığı(inme)(n=1,%2,85), serebral atrofi(n=1,%2,85)] saptandı. Olguların 26'sının(%74,2) tek antinöbet ilaç(ANI) ile 7'sinin(%20) iki ANİ ile nöbetleri kontrol altına alındı. Genetik etiyoloji saptanan 3 olgunun (%8,6) (SCN2A, KCNQ2 ve SERAC1) nöbetleri ANİ tedavisine dirençli idi.

Tartışma ve Sonuç: Yenidoğan nöbetlerinde tedaviye dirençli nöbetlerin genetik tanı alan olgularda daha sık görülmesi, erken EEG değerlendirmesiyle birlikte hedefe yönelik genetik incelemenin prognoz açısından belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, nöbet, genetik, elektroensefalografi



SS-057

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ SENDROMU: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Çisem Duman Kayar¹, Mirsaid Aghalarov¹, Mehmet Akif Kılıç¹

1 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Psödotümör serebri sendromu (PTSS), intrakraniyal kitle, hidrosefali veya yapısal bir santral sinir sistemi patolojisi olmaksızın artmış intrakraniyal basınç ile karakterize bir klinik tablodur. Çocukluk çağında nadir görülmesine rağmen, kalıcı görme kaybına yol açabilme potansiyeli nedeniyle erken tanı ve tedavi gerektiren önemli nörolojik acillerden biridir. Klinik spektrum geniş olup asemptomatik papilödemden ciddi görme kaybına kadar değişebilmektedir.

Çocukluk çağında PTSS erişkinlerden farklı klinik özellikler gösterebilmektedir. Özellikle prepubertal dönemde obezite ve kadın cinsiyet ilişkisi daha zayıfken, postpubertal dönemde erişkin tip fenotip daha belirgin hale gelmektedir. Son yıllarda çocukluk çağı obezitesindeki artış ile birlikte PTSS sıklığında da artış olduğu düşünülmektedir.

Baş ağrısı en sık başvuru semptomu olmakla birlikte bulantı, kusma, diplopi, geçici görme kaybı ve pulsatif tinnitus gibi belirtiler de görülebilmektedir. Bununla birlikte hastaların bir kısmı tamamen asemptomatik olup rutin göz muayenesinde saptanan papilödem nedeniyle tanı almaktadır. Bu durum çocukluk çağında PTSS tanısının gecikmesine neden olabilmektedir.

Bu çalışmada, merkezimizde PTSS tanısı ile izlenen çocuk hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, risk faktörleri, tedavi yaklaşımları ve takip sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Şubat 2016 ile Aralık 2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'nda PTSS tanısıyla takip edilen 18 yaş altı hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Tanılar Friedman ve arkadaşlarının tanımladığı modifiye tanı kriterlerine göre konuldu.

Hastaların yaş, cinsiyet, puberte durumu, vücut kitle indeksi, başvuru semptomları, oftalmolojik bulguları, nörogörüntüleme sonuçları, lomber ponksiyon açılış basınçları, etiyolojik nedenleri, tedavi seçenekleri, tedavi yanıtları ve takip verileri dosya kayıtlarından elde edildi.

Hastalar primer ve sekonder PTSS olarak sınıflandırıldı. Tedavi yanıtı klinik semptomların gerilemesi ve papilödem rezolüsyonu üzerinden değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya PTSS tanısı ile takip edilen hastalar dahil edildi. Hastaların önemli bir kısmı kız cinsiyetteydi ve özellikle postpubertal dönemde kadın predominansı dikkat çekmekteydi. Obezite saptanan toplam dört hastanın tamamı postpubertal dönemdeydi ve hepsi kız cinsiyetteydi.

Başvuru semptomları değerlendirildiğinde en sık yakınmanın baş ağrısı olduğu görüldü. Baş ağrısına sıklıkla bulantı, kusma ve görsel semptomlar eşlik etmekteydi. Diplopi ve altıncı kranial sinir paralizisi daha ağır klinik seyir gösteren hastalarda izlendi.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Hastaların bir kısmı asemptomatikti ve rutin göz muayenesinde saptanan papilödem nedeniyle tanı aldı. Özellikle altı hastada (%16) papilödem tamamen insidental olarak saptandı. Bu bulgu, çocukluk çağında PTSS'nin sessiz seyredebildiğini ve rutin oftalmolojik değerlendirmenin önemini göstermektedir.

Oftalmolojik değerlendirmede papilödem en sık klinik bulgu olarak saptandı ve çoğunlukla bilateral ve simetrik karakterdeydi. Bununla birlikte az sayıda hastada papilödem olmaksızın artmış intrakraniyal basınç bulguları mevcuttu.

Etiyolojik değerlendirmede hastaların bir kısmı primer PTSS olarak değerlendirilirken, sekonder nedenler arasında çeşitli ilaç kullanımları, sistemik hastalıklar ve metabolik durumlar saptandı.

Tedavide ilk basamak olarak asetazolamid tercih edildi. Özellikle hafif ve orta dereceli olgularda asetazolamid tedavisine belirgin yanıt gözlendi. En sık bildirilen yan etkiler parestezi, bulantı ve gastrointestinal yakınmalardı. Bazı hastalarda topiramet monoterapi veya kombine tedavi şeklinde kullanıldı. Topiramet kullanımında kilo kaybı özellikle obez hastalarda ek avantaj sağladı.

İleri evre papilödemli bulunan ve medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi girişim gereksinimi ortaya çıktı. Şant cerrahisi uygulanan hastalarda klinik ve oftalmolojik düzelme gözlendi. Özellikle lumboperitoneal şant uygulanan hastalarda komplikasyon oranlarının daha düşük olduğu dikkati çekti.

Takip sürecinde hastaların büyük kısmında papilödem geriledi ve görsel prognoz korunabildi. Bununla birlikte tanı gecikmesi olan hastalarda görme alanı etkileniminin daha belirgin olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Çalışmamızın bulguları çocukluk çağı PTSS'nin yaşa ve pubertal duruma göre farklı klinik özellikler gösterebildiğini desteklemektedir. Özellikle postpubertal kız hastalarda obezite ile güçlü ilişki dikkat çekerken, küçük çocuklarda obezite ilişkisi daha zayıf bulunmuştur. Bu durum literatürde bildirilen epidemiyolojik verilerle uyumludur.

Baş ağrısı en sık semptom olmakla birlikte asemptomatik papilödem oranının dikkate değer düzeyde olması, çocukluk çağında PTSS tanısının yalnızca semptom temelli yaklaşım ile atlanabileceğini göstermektedir. Özellikle rutin göz muayenelerinin tanıdaki önemi bu çalışmada bir kez daha ortaya konmuştur.

Tedavi yaklaşımında asetazolamid halen temel seçenek olmaya devam etmektedir. Ancak ileri dereceli papilödem ve görme kaybı riski taşıyan olgularda medikal tedavinin yetersiz kalabileceği ve cerrahi seçeneklerin geciktirilmemesi gerektiği görülmektedir.

Çocukluk çağında PTSS nadir görülmesine rağmen görsel morbidite riski nedeniyle multidisipliner yaklaşım gerektiren önemli bir hastalıktır. Özellikle çocuk nörolojisi, göz hastalıkları ve gerektiğinde beyin cerrahisi ekiplerinin yakın iş birliği prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

SONUÇ

Psödötümör serebri sendromu çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte ciddi görsel komplikasyonlara yol açabilen önemli bir klinik tablodur. Baş ağrısı en sık başvuru nedeni olsa da asemptomatik olguların varlığı nedeniyle dikkatli oftalmolojik değerlendirme büyük önem taşımaktadır.

Postpubertal kız hastalarda obezite önemli bir risk faktörü olarak öne çıkarken, küçük çocuklarda farklı klinik özellikler görülebilmektedir. Erken tanı, uygun medikal tedavi ve yakın oftalmolojik takip ile hastaların büyük kısmında iyi klinik sonuçlar elde edilebilmektedir. Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi girişimlerin geciktirilmeden planlanması görsel prognoz açısından kritik öneme sahiptir.



SS-058

PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ HASTALARININ DEMOGRAFİK VERİLERİ, GÖRÜNTÜLEME BULGULARI VE TEDAVİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Melike Gümüüş Çoban¹, Olcay Güngör¹, Beste Kıpçak Yüzbaşı¹

1 – Pamukkale Üniversitesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, 2018-2022 yılları içerisinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Nöroloji kliniğinde takip edilen Psödotümör serebri tanısı alan çocukların etiyolojisini, klinik prezentasyonunu, yönetimini, sonuçlarını açıklamakta ve papil ödem, görsel semptomlar ve baş ağrısındaki iyileşme ile ilişkili faktörleri tanımlamaktır.

Yöntem: Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (E-60116787-020-293710/15.11.2022) alındı. Eylül 2018-Eylül 2022 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı'nda modifiye Dandy kriterlerine göre PTS tanısı ile takip edilen 18 yaşından küçük 46 hastanın verileri değerlendirildi. Hasta verileri, hasta dosyalarının retrospektif taranmasıyla elde edildi. 2013 Friedman tanı ölçütlerine göre kesin ve olası tanı alan hastalar belirlendi. Hastalar, primer PTC ve birçok faktörün bir araya gelmesi sonucu sekonder PTC olarak iki gruba ayrıldı. 11 yaşından küçük hastalar prepubertal, üstü pubertal olarak kabul edildi. BMI 30 üzerinde olanlar obez olarak değerlendirildi. Frisen derece 1 veya 2 olanlar, "hafif papil ödem", Frisen 3 veya "optik sinir başı yükselmesi" olanlar, "orta derecede papil ödem", Frisen 4 veya 5 olanlar "şiddetli papilödem" olarak kategorize edildi.

Bulgular: Ortalama başvuru yaşı $11,3 \pm 4,5$ olarak izlenmiş olup hastaların %30,5'u prepubertal, %69,5' u postpubertal yaş grubundaydı. Prepubertal dönemde postpubertal döneme göre obezite oranı anlamlı düşüktü ($p < 0,05$). En sık görülen belirtiler sırasıyla papilödem, baş ağrısı, geçici görme bozuklukları ve bulantı kusmaydı. Primer/sekonder ve prepubertal/pubertal gruplar arasında BOS açılış basınçları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,05$). Sadece asetazolamid tedavisine yanıt veren olguların oranı %67,3, kalan hastalarda ek topiramat tedavisine ihtiyaç duyuldu. Asetazolamid yan etkileri primer grupta sekonder gruba göre anlamlı düşüktü ($p < 0,05$). Optik sinir kılıfı fenestasyonu (ONSF) yedi hastaya, optik sinir kılıfı fenestasyonu ve lumbo-peritoneal (LP) şant bir hastaya, serebral venöz sinüs stentlemesi bir hastaya uygulandı. Takipte %6,5 ($n=3$)'unda görme kaybı gelişti.

Tartışma ve Sonuç: Bir hastada başvuruda papilödem görülmemesine rağmen izlemde görme kaybı gelişmesi hastaların yakın oftalmolojik takibin gerekliliğini vurgulamıştır. Kesin tanı alan hastalarda olası tanı alanlara göre izlemde görme kaybı gelişmesi anlamlı sık saptandı ($p=0,04$). Bu sonuç yeni tanı kriterlerinin prognozu ön görmede değerli olduğunu göstermiştir. Psödotümör serebrili çocuklarda görme kaybı genellikle hafif ya da orta şiddettedir. Çalışmamızda %6,5 ($n=3$) hastada görme kaybı, %4,3 ($n=2$) hastada görme alanı defekti olup hastaların tedavi süreci hala devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psödotumor serebri, BOS, papilödem



SS-059

ÇOCUKLUK ÇAĞI ROLANDİK EPİLEPSİ'SİNDE DAVRANIŞ PROBLEMLERİ VE UYKU BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI VE BUNLARIN NÖBET ZAMANLAMASI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Öğuzhan Tin¹, Zehra Koyuncu², Halide Çetin Kara³, Kevser Sak⁴, Aysun Ayaz Sarı⁵, Burak Doğangün²,
Sema Saltık⁶, Serhat Güler⁶

1 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı

2 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

3 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Odyoloji Bilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

4 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

5 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı

6 – İ.U.C-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, sentrotemporal dikenli kendi kendini sınırlayan epilepsi (SeLECTS) tanılı çocuklarda nöbet zamanlaması ile uyku ve davranış bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Yöntem: SeLECTS tanısı ile takipli olan 6-13 yaş arası elli altı çocuk ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş 32 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastalar nöbet zamanlamasına göre iki alt gruba ayrıldı; Grup 1; uykuya daldıktan kısa bir süre sonra nöbet geçirenler ve Grup 2; uyku sırasında ve/veya uyanmadan önce nöbet geçirenler olacak şekilde belirlendi. Uyku bozuklukları, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (CSHQ) ile psikososyal uyum ve davranış problemleri ise Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-TUR) kullanılarak değerlendirildi. Klinik ve demografik veriler, nöbet özellikleri ve antiepileptik ilaç kullanımları kaydedildi. Nöbet zamanlaması ile uyku ve davranış bozukluklarının ilişkisi incelendi.

Bulgular: Toplam CSHQ skorları hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık göstermedi ancak tüm SeLECTS grubunda sağlıklı popülasyona göre parasomni alt kırılım skorları daha yüksek bulundu ($p=0.023$). Grup 1, kontrol grubuna kıyasla uyku zamanı direnci ve gece uyanmaları açısından daha yüksek skorlar sergilerken (sırasıyla $p=0.037$ ve $p=0.049$), Grup 2'de artmış parasomni riski gözlemlendi ($p=0.006$). Grup 1 ayrıca anlamlı derecede daha uzun toplam uyku süresine sahipti ($p=0.048$). SeLECTS grubunda sağlıklı akranlarına göre davranış bozuklukları açısından anlamlı farklılık saptandı ($p=0.025$). Nöbet zamanlaması açısından değerlendirildiğinde ise Grup 1, kontrol grubuna kıyasla davranış problemleri ($p=0.016$) ve sosyal davranışlar ($p=0.012$) açısından daha kötü sonuçlar sergilerken, Grup 2 ile sağlıklı grup arasında fark saptanmadı ($p > 0.05$). Ayrıca hastalık sürecindeki nöbet sıklığı ve uzun süreli antiepileptik ilaç kullanımı artmış uyku bozuklukları ile birliktelik gösterdi ($p=0.027$ ve $p=0.036$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız SeLECTS hastalarının nöbet zamanlaması değişimine göre davranış ve uyku bozuklukları ilişkisini inceleyen ilk çalışma olma özelliği göstermekte olup literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. SeLECTS'te görülen önemli komorbiditelerden olduğunu gösterdiğimiz davranış problemleri ve uyku bozuklukları nöbet zamanlamasına göre değişkenlik göstermektedir. Uykuya daldıktan kısa bir süre sonra ortaya çıkan nöbetler, uyku zamanı direnci ve gece uyanmaları ile ilişkiliyken; uyanmadan önce ortaya çıkan nöbetler artmış parasomniler ile korelasyon göstermektedir. Ayrıca, uykuya dalmadan hemen önce nöbet geçiren hastalar daha sık davranış problemleri sergilemekte ve daha zayıf sosyal uyum göstermektedir. Bu bulgular, SeLECTS'in klinik yönetiminde multidisipliner değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: SeLECTS, Nöbet Zamanlaması, Uyku Bozuklukları, Parasomni, Davranış Problemleri



SS-060

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİT VE AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANILI ÇOCUK OLGULARDA SERUM GELSOLİN DÜZEYLERİNİN ÖNEMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Esra Dişçi¹, Amra Adrovic Yıldız², Saime Özbek Şebin³, Kamber Kaşalı⁴

1 – Erzurum Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Erzurum

2 – Marmara Üniversitesi Pendik EAH, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

3 – Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji ABD, Erzurum

4 – Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bioistatistik ABD, Erzurum

Giriş ve Amaç: Gelsolin (Gsn), ökaryotik hücrelerde sitoskeletonun temel bileşenleri olan aktin filamentlerinin düzenlenmesinde önemli rol oynayan bir proteindir. Özellikle inflamasyon, doku hasarı, kanser ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olarak incelenen bir bio-belirteç olarak rapor edilmiştir. Biz de çalışmamızda; çocukluk çağında en sık görülen inflamatuvar hastalık olan Juvenil İdiopatik Artrit (JİA) ve Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tanılı olgularda serum Gsn düzeyini ve onu etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Nisan – Eylül 2025 tarihleri arasında Çocuk Romatoloji polikliniğine başvuran 2-18 yaş arası JİA ve FMF tanılı 60 çocuk olgu ile Çocuk Polikliniği'ne başvuran, herhangi bir kronik hastalık olmayan 30 sağlıklı çocuk olgu dahil edildi. Her üç gruba ait demografik veriler (cinsiyeti, yaşı, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BMI) hasta dosyalarından kaydedildi. FMF ve JİA'lı olguların ilk başvuru şikayetleri, tutulum yerleri, MEFV gen mutasyonu, tanı yaşı, takip süresi, kullandığı ilaçlar, ve laboratuvar tetkikleri kaydedildi. JİA, FMF tanılı ve sağlıklı çocuklarda rutin laboratuvar tetkikleri için alınan serum örneklerinde Gsn düzeyleri enzim bağlı immüno-sorbent testi (ELISA) yöntemi ile değerlendirildi. Hasta verileri SPSS 20.0 paket programında değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamız 30 JİA, 30 FMF ve 30 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 90 olgu dahil edildi. JİA tanılı olguların ortalama yaşı $13 (\pm 4)$ iken FMF tanılı olguların ortalama yaşı $9 (\pm 3)$ yıl saptandı. Sağlıklı çocukların ortalama yaşı $9 (\pm 3)$ yıl idi. Gsn düzeyleri JİA grubunda ($25,725 \pm 2,8136776$), FMF grubunda ($28,825 \pm 2,5631568$) ve sağlıklı bireylerde ($23,9 \pm 2,7182884$) saptandı. Hem FMF'li hem JİA'lı çocuklarda Gsn düzeyi sağlıklı popülasyona göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($P < 0.0001$ ve $p=0.0068$, sırasıyla). Ayrıca, FMF'li hasta grubunda Gsn düzeyleri JİA hasta grubuna göre daha yüksek saptandı ($p < 0.001$, AUC 0.82). CRP ve ESR yüksekliği FMF 'li hasta grubunda JİA'lı hasta grubuna göre daha yüksekti ancak istatiki olarak anlamlı değildi ($p= 0,51$ ve $0,76$, sırasıyla). Hasta grupları içinde ANA pozitifliği, MEFV gen mutasyonu, fibrinojen yüksekliği, üveit varlığı ile Gsn düzeyi arasında ilişki saptanamadı.

Tartışma ve Sonuç: Gelsolin düzeyi inflamatuvar hastalık olan çocuklarda sağlıklı popülasyona göre daha yüksek saptanmaktadır. Özellikle oto-enflamatuvar hastalıklarda (FMF) gelsolin düzeyi yüksek olup bir bio-belirteç olarak değerlendirilebilmekte. Bu konuda daha geniş kohortla prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Gelsolin; Bio-belirteç; İnflamatuvar yanıt; Çocuklar; Romatolojik hastalıklar



SS-061

ŞİDDETLİ KAWASAKİ HASTALIĞI VE GECİKMİŞ KORONER İYİLEŞMENİN ÖNGÖRDÜRÜCÜLERİ: HİPOALBUMİNEMİ VE BAŞLANGIÇ KORONER ARTER Z-SKORLARININ ROLÜ

Nergis Akay¹, Zeynep Torunoglu¹, Ece Aslan¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Nida Gülderen Kalay Şentürk²,
Mehmet Yıldız¹, Sezgin Şahin¹, Kenan Barut¹, Reyhan Dedeoğlu², Özgür Kasapçopur¹

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kawasaki hastalığı (KH), çocuklarda edinsel kalp hastalığının en sık nedenidir ve şiddetli inflamasyon ile koroner arter komplikasyonları açısından risk altındaki hastaların erken dönemde tanımlanması önemli bir klinik gereksinimdir. Bu çalışmada, şiddetli KH için öngördürücü faktörlerin belirlenmesi ve kalıcı veya gecikmiş koroner arter normalizasyonunun erken belirleyicilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli kohort çalışmasına 2009–2025 yılları arasında izlenen 104 Kawasaki hastası çocuk dahil edilmiştir. Hastalar, koroner arter tutulumu, tedaviye direnç ve yoğun tedavi gereksinimine göre şiddetli ve şiddetli olmayan KH olarak sınıflandırılmıştır. Klinik, laboratuvar, ekokardiyografik ve tedaviye ilişkin özellikler gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Şiddetli KH için öngördürücüler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Kalıcı koroner arter anormalliklerini öngörmeye klinik ve laboratuvar parametrelerin ayırt edici gücü ROC analizleri ile incelenmiş; koroner arter normalizasyon süresini etkileyen faktörler Kaplan–Meier analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Şiddetli KH, kohortun %22,1'ini (n=23) oluşturmuştur ve daha küçük yaş, tanıda gecikme, daha yüksek inflamatuvar yük ve daha yoğun tedavi gereksinimi ile ilişkili bulunmuştur. Orta/büyük koroner anevrizmalar ve intrakoroner tromboz yalnızca şiddetli olgularda gözlenmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, düşük serum albümin düzeyi şiddetli KH için tek bağımsız öngördürücü olarak saptanmıştır (OR < 1; p=0,040). Başlangıç koroner arter Z-skorumu, kalıcı koroner arter anormalliklerinin en güçlü belirleyicileri olup (LMCA AUC=0,963; RCA AUC=0,850), uzamış hastanede yatış süresi ve laboratuvar parametrelerinin geç normalleşmesi de yüksek ayırt edici doğruluk göstermiştir. Kaplan–Meier analizleri, şiddetli hastalık, hipoalbuminemi, tanı gecikmesi ve yüksek Z-skoru olan hastalarda koroner arter normalizasyon süresinin anlamlı derecede uzadığını göstermiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bu kohortta, hipoalbuminemi şiddetli Kawasaki hastalığı için tek bağımsız öngördürücü olarak belirlenirken, başlangıç koroner arter Z-skorumu kalıcı koroner arter anormalliklerini güçlü biçimde öngörmüştür. Bulgular, Kawasaki hastalığında erken dönemde laboratuvar ve ekokardiyografik belirteçlerin risk sınıflaması ve bireyselleştirilmiş hasta yönetimi açısından önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler : Kawasaki Hastalığı; Koroner Arter Anormallikleri; Ekokardiyografi; Hipoalbuminemi; İntravenöz İmmünoglobulin



SS-062

ÇOCUKLUK ÇAĞI IGA VASKÜLİTİNDE ENFEKSİYON ETKENLERİNİN KLİNİK SEYİR VE HASTALIK AKTİVİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Aziz Akkurt¹, Cüneyt Karagöl²

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi , Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Kliniği

2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi , Çocuk Romatoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: IgA vaskülit (IgAV), çocukluk çağının en sık görülen sistemik küçük damar vaskülit olup, başta deri olmak üzere eklemler, gastrointestinal sistem ve böbrekleri tutabilmektedir. Hastalığın etyopatogenezinde IgA baskın immün kompleks birikimi temel mekanizma olarak kabul edilmekle birlikte, hastalık başlangıcını tetikleyen faktörler tam olarak aydınlatılamamıştır. Klinik gözlemler ve epidemiyolojik veriler, IgAV olgularının önemli bir kısmında hastalık başlangıcından önce enfeksiyon öyküsünün bulunduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, IgAV tanılı çocuklarda enfeksiyon etkenlerinin varlığının ve en sık saptanan etkenlerin klinik bulgular, hastalık aktivitesi, tedavi gereksinimi ve nüks gelişimi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada 2020–2025 yılları arasında toplam 868 hasta taranmış; çalışma dahil edilme ve dışlama kriterleri doğrultusunda IgA vaskülit (IgAV) tanısı alan ve en az 6 ay süreyle izlenen 301 pediatrik hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar, tanı öncesi veya tanı anında enfeksiyon etkeni saptanan ve saptanmayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. En sık saptanan enfeksiyon etkenleri için alt grup analizleri yapılmıştır. Klinik tutulumlar, Pediatric Vasculitis Activity Score (PVAS), laboratuvar bulguları, uygulanan tedavi yaklaşımları ve izlem süresince gelişen nüksler karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %36,5'inde tanı öncesi veya tanı anında enfeksiyon etkeni saptanmış olup, en sık belirlenen etken Mycoplasma pneumoniae (%20,9) idi, Grup A beta-hemolitik streptokok ve SARS-CoV-2 takip etti. Enfeksiyon etkeni saptanan ve saptanmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet ve tanı mevsimi açısından anlamlı fark izlenmedi. Klinik tutulum paternleri, hastalık aktivitesini yansıtan PVAS skorları, hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar parametreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ayrıca glukokortikoid ve ileri immün süpresif tedavi (pulse steroid, siklofosfamid, ivig, plazmferez) kullanım oranları ile izlem süresince nüks gelişimi açısından da gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi. Spesifik enfeksiyon etkenlerine göre yapılan alt grup analizlerinde de klinik seyir ve prognoz açısından belirgin bir farklılık izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Enfeksiyonlar IgAV için sık karşılaşılan tetikleyici faktörler olmakla birlikte, hastalık aktivitesi, klinik şiddet ve prognozu belirlemede bağımsız bir rol oynamamaktadır. IgAV yönetiminde klinik yaklaşımın, enfeksiyon etkeninden ziyade organ tutulumunun tipi ve şiddeti temel alınarak planlanmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: IgA vaskülit, çocukluk çağı, enfeksiyon, Mycoplasma pneumoniae, PVAS



SS-063

JUVENİL ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTALARDA METOTREKSAT İNTOLERANSININ MISS SKORU İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferhat Durup¹, Neslihan Kara Çanlıoğlu², Eray Tuncce², Sıla Atamyıldız Uçar², Gülşah Pirim²,
Hacer Öztürk Aydın², Betül Sözeri²

1 – Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Juvenil İdiyopatik Artrit (JİA), çocukluk çağında başlayan ve en az altı hafta süren, başka bir hastalıkla açıklanamayan kronik inflamatuvar artritleri kapsayan heterojen bir hastalık grubudur (1,2). Güncel tedavi yaklaşımının amacı; inflamasyonun erken baskılanması, fonksiyon kaybının önlenmesi ve uzun dönem eklem hasarının azaltılmasıdır. Bu doğrultuda metotreksat, özellikle poliartiküler tutulum ve devam eden hastalık aktivitesi bulunan olgularda en sık tercih edilen konvansiyonel hastalık modifiye edici ajan olarak önerilmektedir (3). Metotreksat tedavisi sırasında mide ağrısı, bulantı, kusma ve davranışsal değişiklikler görülebilir ve bunlar tedavi uyumunu azaltabilir (4–6). Metotreksat intoleransının nesnel değerlendirilmesi için geliştirilen Methotrexate Intolerance Severity Score (Metotreksat İntoleransı Şiddet Skoru, MISS), gastrointestinal ve davranışsal belirtileri yapılandırılmış bir puanlama sistemi ile ölçen, klinik geçerliliği gösterilmiş bir ölçektir (7). Bu çalışmada JİA tanılı pediatrik hastalarda metotreksat intoleransının sıklığı ve şiddetinin MISS ölçeği ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya metotreksat tedavisi alan JİA tanılı pediatrik hastalar dahil edildi. MISS ≥ 6 ve/veya davranışsal semptom varlığı intolerans olarak kabul edildi (7). Sürekli değişkenler medyan (IQR) olarak verildi. Gruplar uygun testlerle karşılaştırıldı ve analizler SPSS ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya median yaşı 11 yıl (IQR 7–15) olan 116 hasta dahil edildi. Hastaların %64,7'si kız (n=75) ve %35,3'ü erkekti (n=41). Metotreksat intoleransı %43,1 oranında (n=50) saptandı; intoleransı olan hastaların %56'sı kızdı. Cinsiyet ile intolerans arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,090). İntoleransı olan hastaların yaşı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,013). Subkutan uygulanan hastalarda oral kullanıma göre intolerans oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,003). Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. İntoleransı olan hastaların %88'inde davranışsal semptomlar saptandı. Olguların %32'sinde toplam skor < 6 olmasına rağmen davranışsal semptomlar nedeniyle intolerans pozitif. Metotreksat intoleransı olan hastalarda en sık görülen semptom davranış değişikliği (n=44, %88,0) ve bulantı (n=36, %72,0) olup, bunu mide ağrısı (n=23, %46,0) ve kusma (n=18, %36,0) izlemektedir.

Tablo-1 Metotreksat intoleransı olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Hasta Özellikleri	Total	İntolerans var	İntolerans yok	p değeri
Hasta sayısı	116	50 (43,1)	66 (56,9)	
Cinsiyet (kız)	75 (64,7)	28 (56,0)	47 (71,2)	0,090
Yaş (yıl), median (IQR)	11 (7–15)	13 (10–15)	10 (6–14)	0,013
Uygulama şekli (subkutan)	98 (84,5)	48 (96,0)	50 (75,8)	0,003

Veriler kategorik değişkenler için sayı (yüzde), sürekli değişkenler için medyan (IQR) olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun istatistiksel testler kullanılmıştır. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Metotreksat JİA tedavisinde önemli bir ajandır; ancak intolerans sık görülmektedir. İntolerans özellikle daha büyük yaş grubunda ve belirgindir. Antiemetik tedavi, uygulama yolu değişikliği ve psikososyal destek gibi adjuvan yaklaşımların geliştirilmesi gereklidir. MISS ölçeği erken tanı ve tedavi uyumunu artırmaya yönelik klinik planlamada pratik bir rehber sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyopatik artrit (JİA), Metotreksat, ilaç ilişkili yan etkiler



SS-064

JUVENİL DERMATOMİYÖZİTTE İNTERFERON İMZASI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ece Aslan¹, Sinem Fırtına², Zeynep Torunoğlu¹, Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esmâ Aslan¹, Aybüke Günalp¹, Mehmet Yıldız¹, Sezgin Şahin¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç

Juvenil dermatomiyozit (JDM), patogeneğinde tip I interferon (IFN) aktivasyonunun merkezi rol oynadığı sistemik otoimmün bir vaskülopati olarak tanımlanmaktadır. Çevresel ve genetik faktörlerin bir araya gelmesiyle aktive olan dendritik hücrelerden salınan tip I IFN, hedef hücrede JAK-STAT sinyal yolağını aktive ederek nükleusa sinyal iletir; bunun sonucunda interferon ilişkili genlerin (IRG) ekspresyonunda değişiklikler meydana gelir. Bu interferon aktivitesi periferik kanda, ciltte ve kas dokusunda gösterilebilmektedir.

Tip I interferonları doğrudan ölçmek pratikte oldukça güçtür; zira bu sitokinler kanda çok düşük düzeylerde bulunur, kısa yarı ömürlüdür ve hızla dokulara bağlanır. Bu nedenle çoğu çalışmada interferonun kendisi yerine, interferon sinyaliyle aktive olan genler ya da interferonla indüklenen kemokinler, diğer bir deyişle “interferon imzası” değerlendirilmektedir.

İnferon imzasının hangi dokudan, hangi genler üzerinden değerlendirileceği önemli bir metodolojik sorudur. Literatür bu konuda şu bilgileri sunmaktadır: cilt biyopsisi örneklerinde CXCL10, CXCL9 ve IFI44L gibi genlerin ön plana çıktığı; kas patoloji örneklerinde ise ISG15 ekspresyonunun belirgin şekilde arttığı bildirilmektedir. Klinik pratikte en ulaşılabilir örnek olan periferik kanda ise interferon sinyaline yanıt veren daha geniş bir gen grubunun birlikte ekspresyonu gösterilebilmektedir. IRG seçiminde bu bilgiler göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışmanın amacı, JDM hastalarında periferik kan interferon imzası ile klinik ve laboratuvar hastalık aktivite göstergeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Romatoloji kliniğinde izlenen ve EULAR/ACR 2017 dermatomiyozit sınıflama kriterlerini karşılayan 11 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda periferik kandan interferon imzası değerlendirildi; klinik özellikler (miyopatik/amiyopatik tutulum, interstisyel akciğer hastalığı, gastrointestinal dismotilite, artrit, kalsinozis), hastalık aktivite skorları (CMAS, MMT8, hekim global VAS, hasta/ebeveyn global VAS, cilt VAS, cilt DAS, JDMAI1, JDMAI2), laboratuvar parametreleri (CK, LDH, AST, CRP, ESH) ve miyozit spesifik/ilşkili antikor (MSA/MAA) panelleri kayıt altına alındı.

İnferon imzasının değerlendirilmesi için hastalardan EDTA'lı tüplere alınan periferik kan örneklerinden lökosit RNA'sı Invitrogen PureLink® RNA Mini Kit (Thermo Fisher Scientific, ABD) kullanılarak izole edildi. İzole edilen RNA'nın konsantrasyon ve saflığı NanoDrop™ 2000c spektrofotometre ile kontrol edildi; A260/A280 oranı 1,8–2,0 ve A260/A230 oranı 2,0–2,2 aralığında olan, kalite kriterlerini karşılayan örnekler çalışmaya alındı. Total RNA'dan ters transkriptaz enzimi, random hekzamer, dNTP ve DTT kullanılarak cDNA sentezi gerçekleştirildi.



Hedeflenen interferon ilişkili genlerin ekspresyonu Bio-Rad CFX96™ Gerçek Zamanlı Kantitatif PCR sistemi ile duplika olarak ölçüldü. Bu amaçla IFI27, IFI44, IFI44L ve ISG15 olmak üzere toplam dört IRG bakıldı. Gen ekspresyon düzeyleri beta-aktin (ACTB) referans geni kullanılarak Δ Ct yöntemiyle normalize edildi; ardından 30 sağlıklı kontrolün ekspresyon değerleri referans alınarak $\Delta\Delta$ Ct yöntemiyle her bir gen için z-skoru oluşturuldu. Hesaplanan z-skorlarının aritmetik ortalaması alınarak total IFN skoru belirlendi. İstatistiksel analizde Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 11 JDM hastasının %27'si (n=3) kız cinsiyetindeydi. Medyan tanı yaşı 10,4 yıl (IQR: 6,4–11,4), medyan hastalık süresi 51 ay (IQR: 13,2–57,0) idi. Kas tutulumu açısından değerlendirildiğinde hastaların %73'ü (n=8) miyopatik, %18'i (n=2) amiyopatik ve %9'u (n=1) hipomiyopatik seyir göstermekteydi. Cilt tutulumu tüm hastalarda (%100) mevcuttu; kalsinosis hastaların %36'sında (n=4), interstisyel akciğer hastalığı ise 2 hastada saptandı. Otoantikor pozitifliği açısından hastaların %45'inde Anti-TIF1γ pozitifliği tespit edildi; miyozit spesifik antikor pozitifliği 6, miyozit ilişkili antikor pozitifliği ise 4 hastada mevcuttu. (Tablo 1)

Tablo 1. Demografik bulgular

	Juvenil dermatomiyozit (n=11)
Yaş, yıl, ortanca (IQR)	12 (9-15)
Cinsiyet, erkek, n (%)	8 (%73)
Hastalık süresi, ay, ortanca(IQR)	30 (18-48)
Kas tutulumu	
Miyopatik	8 (%73)
Hipomiyopatik	1 (%9)
Amiyopatik	2 (%18)
Cilt tutulumu (en az biri)	11 (%100)
Kalsinosis	4 (%36)
Antikorlar	
ANA	5 (%45)
Miyozit spesifik antikor	6 (%55)
Anti-TIF1g	5 (%45)
Anti-mi2	1 (%9)
Anti-NXP2	1 (%9)
Miyozit ilişkili antikor	4 (%36)
Anti-pm/scl75	2 (%18)
Anti-SS-A	1 (%9)
Anti-CENP	1 (%9)
Hastalık aktivite skorları, ortanca(IQR)	
Global hekim VAS (0-10)	2 (1-4)
Global hasta/ebeveyn VAS (0-10)	4 (1-7)
Cilt VAS (0-10)	5 (4-8)
Cilt DAS (0-9)	4 (3-6)
CMAS (0-52)	52 (47,5-52)
MMT8 (0-150)	150 (96-150)
JDMAI1 (0-30)	6,0 (5,0-13,0)
JDMAI2 (0-30)	5,0 (3,0-13,0)
Laboratuvar, ortanca(IQR)	
CK (IU/L)	83 (65-133)
LDH (IU/L)	210 (206-297)
AST (IU/L)	23 (22-26)
CRP (mg/L)	1,34 (0,58-6,70)
ESH (mm/h)	14 (11-25)



Örnek alındığı sıradaki hastalık aktivite skorları incelendiğinde, medyan cilt VAS 5 (IQR: 4–8) ve cilt DAS 4 (IQR: 3–6) ile cilt aktivitesinin belirgin olduğu görüldü. Öte yandan kas gücünü değerlendiren CMAS ve MMT8 skorlarının medyan değerleri sırasıyla 52/52 ve 150/150 olup, her iki skor da tam puanda seyrediyordu. Dolayısıyla çalışma grubunun genel klinik profili, kas aktivitesinden ziyade cilt aktivitesinin ön planda olduğu bir hasta grubunu temsil etmekteydi. Birleşik hastalık aktivite skorları olan JDMAI1 ve JDMAI2'nin medyan değerleri ise sırasıyla 6 (IQR: 5–13) ve 5 (IQR: 3–13) idi. Laboratuvar parametrelerine bakıldığında kas enzimleri ve akut faz reaktanlarının genel olarak normal sınırlara yakın seyrettiği görüldü: medyan CK 83 IU/L (IQR: 65–133), LDH 210 IU/L (IQR: 206–297), AST 23 IU/L (IQR: 22–26), CRP 1,34 mg/L (IQR: 0,58–6,70) ve ESH 14 mm/s (IQR: 11–25). (Tablo 1)

IFN gen ifadesi z-skoru analizi, dört interferon ilişkili genin (ISG15, IFI27, IFIT1, IFI44L) tamamında sağlıklı kontrollere kıyasla JDM grubunda belirgin yükselme olduğunu ortaya koydu. Ortalama z-skorumları ISG15 için 8,56, IFI27 için 71,6, IFIT1 için 36,76 ve IFI44L için 43,77 olarak hesaplandı. Bu dört genin z-skorumlarının aritmetik ortalaması alınarak hesaplanan total IFN skoru ise 40,17 olarak bulundu. (Tablo 2)

Tablo 2. İnterferon gen anlatımları

	Sağlıklı kontroller (n=30)		Juvenil dermatomiyozit (n=11)		
	ortalama	SS	ortalama	SS	Ortalama z-skoru
ISG15	0,58	0,80	7,43	13,52	8,56
IFI27	0,04	0,08	5,77	9,98	71,60
IFIT1	2,26	1,96	74,31	169,57	36,76
IFI44L	0,73	0,79	35,31	81,74	43,77
Total IFN skoru*					40,17

* Total IFN skoru, ISG15, IFI27, IFIT1 ve IFI44L genlerine ait ortalama z-skorumlarının aritmetik ortalaması olarak tanımlanmıştır.

İnterferon gen ekspresyonları ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Total IFN skoru, bütünleşik hastalık aktivite göstergelerinden JDMAI1 ile güçlü pozitif ($r=+0,76$), JDMAI2 ile güçlü pozitif ($r=+0,72$) korelasyon gösterdi. Cilt aktivite skorları olan cilt VAS ve cilt DAS ile de sırasıyla güçlü ($r=+0,71$) ve orta-güçlü ($r=+0,68$) düzeyde korelasyon saptandı. Kas gücü skorlarıyla ise güçlü negatif korelasyon mevcuttu: CMAS için $r=-0,72$, MMT8 için $r=-0,71$. Anlamlı bulunan korelasyonların tamamında Spearman rho değerleri yaklaşık 0,60–0,76 arasında, yani güçlü korelasyon düzeyindeydi ($p<0,05$). (Tablo 3)

Gen bazında değerlendirildiğinde, ISG15 z-skoru CMAS ($r=-0,66$) ve MMT8 ($r=-0,64$) ile güçlü negatif korelasyon gösterirken cilt VAS ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı; bu durum ISG15'in kas aktivitesine özgül bir ifade profili sergilediğine işaret etmektedir. Buna karşın IFI27, IFIT1 ve IFI44L z-skorumları hem cilt VAS hem de cilt DAS ile anlamlı korelasyon gösterdi. JDMAI1 hesaplanmasında cilt VAS, JDMAI2 hesaplanmasında ise cilt DAS puanı kullanılmakta olup; cilt VAS'ın eklenmesiyle oluşturulan JDMAI1 korelasyon katsayısının minimal düzeyde daha yüksek olduğu dikkat çekti. Kas enzimleri (CK, LDH, AST) ve akut faz reaktanları (CRP, ESH) ile IFN imzası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 3)



Tablo 3. İnterferon gen anlatımlarının hastalık aktivite skorları ile korelasyonu

	ISG15 z-skoru	IFI27 z-skoru	IFIT1 z-skoru	IFI44L z-skoru	Total IFN skoru
Global hekim VAS (0-10)	+0.08	+0.16	+0.04	+0.14	+0.13
Global hasta/ebeveyn VAS (0-10)	+0.39	+0.35	+0.37	+0.40	+0.38
Cilt VAS (0-10)	+0,30	+0,62*	+0,66*	+0,64*	+0,71*
Cilt DAS (0-9)	+0,28	+0,59	+0,63*	+0,61*	+0,68*
CMAS (0-52)	-0.66*	-0.63*	-0.70*	-0.68*	-0.72*
MMT8 (0-150)	-0.64*	-0.61*	-0.69*	-0.66*	-0.71*
JDMDAI1 (0-30)	+0.71*	+0.67*	+0.69*	+0.73*	+0.76*
JDMDAI2 (0-30)	+0.66*	+0.63*	+0.65*	+0.68*	+0.72*
CK (IU/L)	+0,58	+0,32	+0,41	+0,38	+0,45
LDH (IU/L)	+0,32	+0,29	+0,35	+0,31	+0,34
AST (IU/L)	+0,27	+0,24	+0,29	+0,26	+0,28
CRP (mg/L)	+0,41	+0,38	+0,43	+0,40	+0,42
ESH (mm/h)	+0,36	+0,33	+0,37	+0,35	+0,36

Sonuç

Bu çalışma, JDM hastalarında periferik kan IFN imzasının sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında belirgin biçimde yükseldiğini ve bu aktivasyonun hastalığın kas ve cilt aktivite parametreleriyle anlamlı korelasyon gösterdiğini ortaya koymaktadır.

ISG15, kas aktivite skorları olan CMAS ve MMT8 ile güçlü negatif korelasyon göstermesiyle öne çıkan bir gen oldu. Literatürde ISG15, inflamatuvar miyopatiler için yüksek özgüllükte bir biyobelirteç olarak tanımlanmış; Anti-MDA5 pozitif amiyopatik JDM hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin yüksek saptanmıştır. Kas tutulumunun nesnel olarak gösterilmesinde ISG15'e ilişkin eşik değerlerin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

JDM'de cilt aktivitesini yansıtan, kas enzimleri gibi yaygın kullanılan bir laboratuvar parametresi henüz mevcut değildir; akut faz reaktanları ise sıklıkla normal sınırlarda seyreder. Bu çalışmada total IFN z-skorunun, literatürle uyumlu biçimde, cilt aktivite göstergeleriyle güçlü korelasyon göstermesi; IFN imzasının cilt tutulumunu takip etmek amacıyla kullanılabilecek değerli bir araç olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmanın başlıca kısıtlılıkları şunlardır: hasta sayısının sınırlı olması, kas aktivitesinin düşük seyrettiği bir örneklem yapısı, incelenen IRG sayısının azlığı, tedaviye bağlı değişkenliklerin dışlanmaması, tekrarlı ölçümlerin yapılamamış olması, miyozit antikor pozitifliklerine göre subgrup analizlerinin yapılamamış olması ve hasta kontrol grubunun bulunmaması.



SS-065

ÇOCUKLUK ÇAĞI KRONİK NONBAKTERİYEL OSTEOMİYELITİNDE TEDAVİ BASAMAKLARI VE REMİSYON: TEK MERKEZ ON YILLIK DENEYİM

Ece Özel¹, Elif Kılıç Könte², Zeynep Torunoğlu², Ece Aslan², Nergis Akay², Ümit Gül², Sezgin Şahin²,
Mehmet Yıldız², Kenan Barut², Özgür Kasapçopur²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kronik non-bakteriyel osteomiyelit (KNO), başlıca çocukları etkileyen, kemik ağrısı ve/veya şişlik ile seyreden, steril kemik inflamasyonu ile karakterize, sıklıkla tekrarlayıcı seyir gösterebilen otoinflamatuvar kemik hastalığıdır. Hastalığın klinik gidişi geniş spektrumda değişkenlik göstermekte; bazı olgularda hafif ve kendini sınırlayan bir seyir izlenirken, önemli bir kısmında basamak tedavide ilerleme ve hastalık modifiye edici ajanlara geçiş gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde izlenen KNO hastalarında remisyon durumu, ilaçlı ve ilaçsız remisyon oranları ile remisyona ulaşmak için gereken tedavi basamaklarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Kliniğinde son 10 yılda KNO tanısı ile izlenen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, semptom başlama ve tanı yaşları, tanı gecikmesi, klinik ve laboratuvar bulguları, görüntüleme özellikleri, uygulanan tedavi basamakları, relaps öyküsü ve son vizitteki klinik durumları hasta dosyalarından geriye dönük olarak kaydedildi. Remisyon durumu klinik değerlendirmeye göre tanımlandı; son vizitte kemik ağrısı ve/veya şişliğin olmaması ve ek inflamatuvar bulgunun saptanmaması klinik remisyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 34 hastanın 20'si(%58,8) kızdı. Semptom başlangıç yaşı ortalaması 9,1±4,3 yıl, tanı yaşı ortalaması 11,0±4,0 yıl olup, tanı gecikmesi ortancası 5(1-5) yıl olarak saptandı. En sık başvuru bulgusu 33 hastada(%97,1) görülen kemik ağrısı iken, 18 hasta(%52,9) lokalize şişlik tarifledi. Yirmi yedi hastada(%79,4) tanı anında kemik deformitesi mevcuttu ve 8 hastaya(%23,5) artrit eşlik ediyordu. Üç hastada(%8,8) deri bulguları, 4 hastada(%11,8) gastrointestinal sistem semptomları izlendi. Tanı anında 10 hastada(%29,4) CRP, 15 hastada(%44,1) ESH yüksek bulundu. On iki hasta(%35,3) multifokal tutulum gösterdi. Dokuz hasta(%26,5) ilk basamakta NSAİİ tedavisi alırken, tüm hastalara başlangıç döneminde MTX ve steroid tedavisi verildi. On altı hasta(%47,1) anti-TNF, 11 hasta(%32,4) bifosfonat tedavisi aldı. Son vizitte 34 hastanın 24'ü(%70,6) remisyondaydı; bunların 18'i(%75) tedavi altında, 6'sı (%25) ise ilaçsız remisyon halinde izlenmekteydi. Dört hastada(%11,7) relaps gelişti(2 antiTNF, 1MTX, 1 NSAİİ).

Tartışma ve Sonuç: Tek merkezli deneyimimizde KNO hastalarının önemli bir kısmı remisyona ulaşmakla birlikte, remisyon çoğunlukla tedavi altında sürdürülmektedir. İlaçsız kalıcı remisyon, kohortumuzda daha çok erken tanı alan ve biyolojik tedavi gereksinimi olmayan hastalarda gözlenmiştir. Bulgularımız, erken tanı ve düşük tedavi basamağı gereksiniminin kalıcı ilaçsız remisyon ile ilişkili olabileceğini düşündürmekte; KNO'nun birçok olguda uzun süreli izlem ve basamaklı, çoğunlukla biyolojik ajan içeren tedavi stratejileri gerektiren kronik bir hastalık olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: KNO, remisyon, anti-TNF, mtx, steroid



SS-066

TÜRK POPÜLASYONUNDA JUVENİL VE ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSTA HLA ALLELLERİNİN HASTALIK YATKINLIĞI VE KLİNİK BULGULAR İLE İLİŞKİSİ

Demet Kıvanç¹, Sezgin Şahin², Hayriye Şentürk Çiftçi¹, Şeydanur Doğan³, Amra Mahmutbegovic³, **Kaan Can Demirbaş²**, Nergis Akay², Yıldız Akbal Engin⁴, Onur Duman⁵, Bahar Artım Esen⁴, Fatma Oğuz¹, Selçuk Daşdemir¹, Özgür Kasapçopur²

1 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji Bilim Dalı

4 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

5 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sistemik lupus eritematozus(SLE),çoklu organ tutulumuyla seyreden kronik otoimmün bir hastalıktır.Olguların %15–20'si 18 yaş öncesinde başlayarak juvenil başlangıçlı SLE (jSLE) olarak tanımlanır ve genellikle daha ağır klinik seyir gösterir. Genetik yatkınlık, özellikle HLA sınıf II molekülleri,hastalık patogeneğinde önemli rol oynar.Bu çalışmada Türk popülasyonunda HLA-DRB1 ve HLA-DQB1 allellerinin jSLE ve erişkin başlangıçlı SLE ile ilişkisi,hastalık yatkınlığı, koruyuculuk ve klinik/otoantikör profili üzerindeki etkileri araştırıldı.

Yöntem: Bu çalışma retrospektif, çok merkezli, multidisipliner, olgu-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmaya 2012 SLICC sınıflandırma kriterlerini karşılayan 75 erişkin başlangıçlı, 75 çocukluk çağı başlangıçlı hasta dahil edilmiş, haplotip karşılaştırması için ise 100 sağlıklı kontrolün verisi alınmıştır. Hastaların HLA-DRB1 ve HLA-DQB1 tiplendirmesi SSO yöntemiyle yapılmıştır. Allel ve haplotip frekansları hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda ise allel frekansları hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ile ilişkilendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogorov–Smirnov/Shapiro–Wilk testleri ile değerlendirildi; verilerin dağılımına uygun hipotez testleri karşılaştırma amacı ile kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. HLA-DRB1 ve HLA-DQB1 allel frekanslarının hasta ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Erişkin SLE'de HLA-DRB1*15 ve HLA-DQB1*06 sıklığı kontrollere göre anlamlı artmıştı; DRB1*15-DQB1*06 haplotipi erişkin SLE ile ilişkili bulundu. HLA-DRB1*14 erişkin hastalarda daha düşük sıklıkta olup koruyucu olarak değerlendirildi. Otoantikör analizinde, erişkin SLE'de DRB1*01 ANA pozitifliği ile, DRB1*16 ve DQB1*05 düşük anti-dsDNA düzeyleri ile ilişkiliydi. jSLE'de DQB1*02 taşıyıcılarında ANA pozitifliği daha düşüktü. Klinik olarak DRB1*14 böbrek tutulumuna karşı koruyucu, DRB1*15 ve DQB1*06 ise hematolojik tutulum için risk faktörüydü.

Tartışma ve Sonuç: Bulgularımız, HLA sınıf II allellerinin Türk SLE hastalarında hastalık yatkınlığı ve fenotip üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Özellikle DRB1*15 ve DQB1*06 risk, DRB1*14 ise koruyucu allel olarak öne çıkmıştır. Otoantikör profili ile saptanan ilişkiler, HLA temelli biyobelirteçlerin hastalık prognozu ve klinik öngöründe kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, HLA, Erişkin başlangıçlı SLE, Çocukluk çağı başlangıçlı SLE



SS-067

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİNDE KLİNİK FENOTİPLERİN ADÖLESAN DÖNEME GEÇİŞTEKİ DEĞİŞİMİ: RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

Zeynep Torunoğlu¹, Sezgin Şahin¹, **Mehmet Emre Bayram**², Meltem Gökden², Derya Deniz Taştan², Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esma Aslan¹, Aybüke Günalp¹, Mehmet Yıldız¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

1 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

2 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş ve Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), ülkemizde sık görülen monogenik otoenflamatuvar hastalıklardan biridir ve tekrarlayan ateş ile poliserözit ataklarıyla karakterizedir. Hastalıktan sorumlu MEFV geni 16. kromozomun kısa kolunda yer alır. Klinik gözlemler, adölesan dönemde hastalık fenotipinin değişebildiğini düşündürmektedir. Bu çalışmada AAA tanılı hastalarda demografik, klinik ve genetik özelliklerin analiz edilmesi; tanısız dönem, tanı sonrası kolşisin tedavisi altındaki preadölesan dönem ve adölesan dönemde atak özelliklerinin karşılaştırılması ve fenotipik değişimlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel kohort olarak planlanan çalışmaya, kliniğimizde AAA tanısı ile izlenen, MEFV ekzon 10'da homozigot veya bileşik heterozigot mutasyonu bulunan, adölesan çağa ulaşmış ve atakları devam eden hastalar dahil edildi. Ocak 2026 itibarıyla başlatılan veri toplama sürecinde toplam 219 hastanın kayıtları incelendi. Klinik bulgular, ilgili dönemde en az bir atakta görülmesi kriterine göre değerlendirildi. Hastalar üç dönem üzerinden analiz edildi: tanısız dönem, kolşisin tedavisi altındaki preadölesan dönem ve kolşisin tedavisi altındaki adölesan dönem.

Bulgular: Hastaların %49,8'i kız, %50,2'si erkekti; ortalama yaş $18,4 \pm 3,06$ yıl bulundu. Semptom başlangıç yaşı medyan 36 ay, tanı yaşı 56 ay ve tanı gecikmesi 12 ay idi. En sık mutasyon M694V homozigot mutasyonuydu (%59,8). Tanı sonrası düzenli kolşisin kullanım oranı %92,7 iken adölesan dönemde %73,1'e düştü ($p < 0,001$). Anti-IL-1 tedavisi %15,5 hastada kullanılıyordu. En sık atak bulguları tüm dönemlerde ateş ve karın ağrısıydı. Ateş ve karın ağrısı en yüksek oranda tanısız dönemde; artrit, erizipel benzeri eritem ve göğüs ağrısı adölesan dönemde saptandı ($p < 0,05$). Adölesan dönemde atak süresi kolşisin sonrası döneme göre daha uzundu ($p < 0,001$). Cinsiyetler arasında adölesan dönem bulguları açısından fark yoktu. Kızların %28,4'ünde ataklar menstruasyonla ilişkiliydi. Amiloidoz saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Adölesan dönemde AAA klinik fenotipinin değiştiği ve atak süresinin uzadığı gösterildi; bu durum ergenliğin hastalık aktivitesi açısından hassas bir dönem olabileceğini düşündürmektedir. Tanısız dönemde ateş ve karın ağrısı baskınken, adölesanda artrit, göğüs ağrısı ve erizipel benzeri eritemin artması fenotipik kaymaya işaret etmektedir. Kolşisin uyumunun adölesanda azalması klinik kötüleşmeye katkıda bulunabilir ve bu yaş grubunda yakın izlem, doz optimizasyonu ve gerekirse biyolojik tedavi planlamasını gerektirir. Bulgular ayrıca mevcut sınıflandırma kriterlerinin yaşa özgü farklılıkları yeterince yansıtmadığını ve yaş temelli güncellemelerin tanısal doğruluğu artırabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, MEFV, Adölesan



SS-068

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA BÜYÜME PARAMETRELERİ İLE HASTALIK AKTİVİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kübra Uçak¹, Hasan Karakaş²

1 – Şırnak Devlet Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği

2 – Şırnak Devlet Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), kalıtsal periodik ateş sendromları arasında hem en eski tanımlanan hem de dünya genelinde en sık görülen monogenik otoinflamatuvar hastalıktır. İlk sistematik klinik tanımlamalar 1945 yılında yapılmış; hastalık yıllar içinde periodik hastalık, benign paroksizmal peritonit ve tekrarlayan poliserozit gibi farklı adlarla anılmış, “Ailevi Akdeniz Ateşi” tanımlaması ancak 1980’lerde yerleşebilmiştir.¹ Epidemiyolojik açıdan belirgin bir etnik kümelenme söz konusudur: Türkler, Araplar, Sefardik Yahudiler ve Ermenilerde yaşam boyu hastalık riski 1:200 ile 1:1.000 arasında seyretmekte; Türk popülasyonunda heterozigot taşıyıcı sıklığının %10–20 düzeyine ulaştığı tahmin edilmektedir.²

Hastalığın moleküler temeli 1997 yılında iki bağımsız konsorsiyum tarafından eş zamanlı olarak aydınlatılmıştır. 16. kromozomun kısa kolunda yerleşik MEFV geni, başta nötrofil ve monosit olmak üzere miyeloid hücrelerde eksprese edilen Pylrin proteinini kodlamaktadır.^{3,4} Patojenik MEFV varyantları Pylrin’in baskılayıcı işlevini bozduğunda kontrolsüz NLRP3 inflamazom aktivasyonu gerçekleşmekte; kaspaz-1 aracılı IL-1 β ve IL-18 salınımı peritoneal, plevral, sinoviyal ve perikardiyal yüzeylerde steril inflamasyon ataklarına zemin hazırlamaktadır.⁵ Kalıtım biçimi klasik otozomal resesif kalıptan farklılaşabilmekte, heterozigot varyantlar da klinik hastalık tablosuna yol açabilmektedir.⁶ En sık saptanan varyant olan M694V, özellikle homozigot formda, daha erken başlangıç, daha sık atak, daha belirgin eklem tutulumu ve daha yüksek amiloidoz riskiyle ilişkilendirilmektedir.⁷

Klinik tablo; genellikle 12–72 saat süren ve ardından tam düzelme gösteren periodik ateş atakları üzerine kuruludur. Ateş neredeyse tüm hastalarda gözlemlenmekte,⁸ hastaların %70–95’inde akut batın tablosunu taklit eden peritonit,⁹ daha az sıklıkla plörit, büyük eklem artrit, erizipel benzeri eritem ve miyalji eşlik etmektedir.¹⁰ Ataklararası dönemde hasta klinik açıdan asemptomatik görünse de subklinik inflamasyonun —yüksek SAA ve akut faz reaktanlarıyla belgelenen— sürebildiği bilinmektedir.¹¹ Tanı süreci aylarca hatta yıllarca uzayabilmekte; bu gecikme hem yaşam kalitesini bozmakta hem de tedavisiz geçen dönemde amiloidoz riskini artırmaktadır. 2019’da Eurofever/PRINTO konsorsiyumu tarafından yayımlanan doğrulanmış sınıflandırma kriterleri bu sorunu kısmen gidermekte, genotipik bulguların varlığına ya da yokluğuna göre farklı tanısal eşikler belirlemektedir.¹²

Kronik inflamasyon ile büyüme arasındaki ilişki; pediatrik romatoloji ve gastroenteroloji literatüründe kapsamlı biçimde belgelenmiştir. IL-6’nın JAK2-STAT5 yolağını baskılayarak hepatik IGF-1 sentezini azaltması,¹⁴ IL-1 β ’nin hipotalamik GHRH sekresyonunu kısıtlaması¹⁵ ve IGFBP-3 proteolizisinin serbest IGF-1 biyoyararlanımını düşürmesi¹⁶ bu etkinin üç temel mekanizmasını oluşturmaktadır. AAA’da atak sırasındaki episodik sitokin dalgalanmaları bu süreçleri aralıklı olarak tetiklerken, atak-dışı dönemdeki subklinik inflamasyon büyüme hormonu-IGF-1 aksını kronik düzeyde baskılamaya devam edebilmektedir; dolayısıyla kümülatif inflamatuvar yükün tek tek atakların toplamından daha belirleyici olduğu öngörülmektedir.^{13,19}

AAA’lı çocuklarda büyümeyi ele alan mevcut çalışmalar hem sayıca sınırlı hem de bulgular açısından birbiriyle çelişkilidir. Kolşisin tedavisi altında büyümenin büyük ölçüde korunabildiğini gösteren veriler^{20,21} ile özellikle M694V homozigot genotipte büyüme



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



kısıtlılığı bildiren çalışmalar²² bir arada mevcuttur. Bu çelişkilerin ardında metodolojik tutarsızlıklar yatmaktadır: büyümenin SDS yerine mutlak ölçümlerle değerlendirilmesi, hastalık şiddetinin tek boyutlu tanımlanması, çok değişkenli analizlerin yetersizliği ve 2019 kriterlerinin ardından homojen hasta gruplarıyla yapılan çalışmaların kısıtlılığı bunların başında gelmektedir.¹²

Sunulan bu çalışma söz konusu boşlukları doldurmayı hedeflemektedir. Birincil hipotezimiz; modern kolşisin tedavisi altındaki AAA'lı çocuklarda büyüme parametrelerinin sağlıklı akranlarıyla genel olarak benzer seyrettiği, ancak kümülatif inflamatuvar yükün –atak sayısından bağımsız biçimde– lineer büyümeyi olumsuz belirleyen asıl etken olduğu yönündedir. İkincil hipotezimiz ise ISSF skoru üzerinden ölçülen hastalık şiddetinin büyüme kısıtlılığını yordayan en güçlü bağımsız değişken olacağıdır. Bu doğrultuda; Eurofever/PRINTO kriterleriyle tanı almış hastalarda büyüme parametrelerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı, büyüme ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkileri çok değişkenli modellerle incelemeyi ve elde edilen bulgular ışığında klinik izleme yönelik somut öneriler geliştirmeyi amaçlamaktayız.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Şırnak Devlet Hastanesi Çocuk Romatoloji ve Çocuk Endokrinoloji kliniklerinde Ocak 2022 – Aralık 2024 tarihleri arasında yürütülen kesitsel analitik bir araştırmadır. Çalışmaya, Eurofever/PRINTO AAA sınıflandırma kriterlerini¹² karşılayan, kolşisin tedavisi altında en az altı aydır izlenen 2–18 yaş arası 51 hasta dahil edildi. Kontrol grubu, Tanner evresi, yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 110 sağlıklı bireyden oluşturuldu. Dışlama kriterleri: herhangi bir kronik hastalık, büyüme hormonu eksikliği, tiroid disfonksiyonu, dismorfik özellik, malignite öyküsü veya kortikosteroid kullanımı.

Boy, kilo ve BKİ Türkiye'ye özgü büyüme referans değerleri²³ kullanılarak SDS cinsinden ifade edildi. Pubertal evreleme Tanner sınıflamasına göre yapıldı. Hedef boy; kız çocukları için $[(anne\ boyu + baba\ boyu - 13)/2]$, erkek çocukları için $[(anne\ boyu + baba\ boyu + 13)/2]$ formülüyle hesaplandı.

Her hasta için hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, yıllık atak sayısı, MEFV mutasyon profili, serum amiloid A (SAA) düzeyi ve ISSF skoru²⁴ kaydedildi. ISSF skoru ≤ 2 : hafif, 3–5: orta, ≥ 6 : şiddetli olarak sınıflandırıldı.

Sürekli değişkenler Shapiro-Wilk testiyle normallik açısından değerlendirildi; parametrik karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, parametrik olmayan durumlarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler için ki-kare ya da Fisher kesin testi uygulandı. İkili korelasyonlar için Pearson ya da Spearman ρ hesaplandı. Boy SDS'nin bağımsız yordayıcılarını belirlemek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi (Enter yöntemi) uygulandı; modele ISSF skoru, yıllık atak sayısı, hastalık süresi ve SAA alındı. Analizler SPSS v26.0 ile gerçekleştirildi; $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık eşiği olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 51 AAA tanılı hasta (32 kız, 19 erkek; K/E oranı: %62,7/%37,3) ve 110 sağlıklı kontrol dahil edildi. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (AAA: $118,0 \pm 54,1$ ay; kontrol: $132,0 \pm 54,1$ ay; $p = 0,127$). Grupların büyüme parametreleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak sunulmuştur.



Tablo 1. Büyüme parametrelerinin gruplara göre karşılaştırması

Parametre	Sağlıklı Kontrol (n=110) Ort ± SS	AAA Grubu (n=51) Ort ± SS	p Değeri	ES (Cohen d)
Yaş (ay)	132,0 ± 54,1	118,0 ± 54,1	0,127	—
Boy SDS	0,023 ± 1,128	0,023 ± 1,128	> 0,05	0,00
Kilo SDS	-0,123 ± 1,208	-0,048 ± 1,320	> 0,05	0,06
BKİ-SDS	-0,205 ± 1,345	-0,160 ± 1,370	> 0,05	0,03
Hedef Boy (cm)	164,28 ± 8,26	162,44 ± 9,15	0,245	0,21
Hedef Boy SDS	-0,520 ± 1,130	-0,703 ± 1,081	0,318	0,16

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; SDS: Standart Deviasyon Skoru; BKİ: Beden Kitle İndeksi; ES: Etki Büyüklüğü. Tüm büyüme parametreleri için $p > 0,05$.

Tablo 1’de görüldüğü üzere boy SDS, kilo SDS, BKİ-SDS ve hedef boy SDS değerleri açısından AAA grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (tümü $p > 0,05$). Hesaplanan etki büyüklükleri (Cohen d) tüm parametreler için 0,25’in altında kaldı; bu durum klinik açıdan anlamlı bir fark bulunmadığını doğrulamaktadır. Hedef boy SDS her iki grupta da negatif olmakla birlikte –Türk referans popülasyonunun olası bir beslenme örüntüsüne ilişkin yapısal bir farklılığı yansıtıyor olabilir– iki grup arasındaki fark anlamlılık eşiğine ulaşmadı ($p = 0,318$). Bu bulgu, kolşisin tedavisi altındaki AAA’lı çocuklarda genel büyüme potansiyelinin büyük ölçüde korunduğuna işaret etmekte ve modern tedavinin etkinliğini destekler nitelikte bir veriyi sunmaktadır.

Tablo 2. AAA hastalarında MEFV genotip dağılımı ve klinik bulgu sıklıkları

Özellik / Bulgu	n (%)
MEFV GENOTİP DAĞILIMI	
M694V homozigot (en ağır fenotip)	14 (%27,4)
M694V heterozigot	8 (%15,6)
M694V / M680I bileşik heterozigot	7 (%13,7)
M694V / V726A bileşik heterozigot	5 (%9,8)
M694V / E148Q bileşik heterozigot	5 (%9,8)
M680I homozigot	4 (%7,8)
E148Q heterozigot	4 (%7,8)
Diğer (V726A hom., M680I het., A744S het.)	4 (%7,8)
KLİNİK BULGULAR	
Ateş ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	51 (%100,0)
Karın ağrısı / peritonit	44 (%86,2)
Artralji	41 (%80,3)
Artrit (non-destrüktif, asimmetrik)	36 (%70,5)
Göğüs ağrısı (plörit / perikardit)	10 (%19,6)
Erizipel benzeri eritem	3 (%5,8)
Uzamış febril miyalji	1 (%1,9)

Bileşik heterozigot: iki farklı patojenik MEFV varyantının trans konumunda birlikte bulunması.

Hasta grubumuzda M694V mutasyonunu içeren genotiplerin toplamı %76,3 oranına ulaşmaktadır. Bu yüksek oran, Türk popülasyonundaki genotipik örüntüyle –M694V’nin dominant varyant konumunda olmasıyla– uyumludur.⁷ Klinik bulgu dağılımı incelendiğinde hastaların tamamında ateş bulunmakta, bunu sırasıyla karın ağrısı (%86,2), artralji (%80,3) ve artrit (%70,5) izlemektedir. Bu klinik tablo, Türk çocuklarında AAA’nın bilinen fenotipik spektrumuyla uyumlu olmakla birlikte,^{8,9} artrit sıklığımızın (%70,5) literatürde bildirilen ortalama değerlerin (%25–75) üst sınırına yakın olduğu dikkat çekmektedir; bu durum hasta grubumuzun görece yüksek oranda M694V mutasyonu içermesiyle ilişkili olabilir.



AAA hastalar ISSF skorlarına göre üç şiddet grubuna ayrıldı: hafif (ISSF 0-2, n=28), orta (ISSF 3-5, n=20) ve şiddetli (ISSF 6-10, n=3). Üç grubun büyüme parametreleri Tablo 3'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 3. ISSF şiddet gruplarına göre büyüme parametrelerinin karşılaştırması

Parametre	Hafif (ISSF 0-2, n=28) Ort ± SS	Orta (ISSF 3-5, n=20) Ort ± SS	Şiddetli (ISSF 6-10, n=3) Ort ± SS	p
Boy SDS	-0,07 ± 1,13	0,20 ± 0,85	-0,86 ± 1,54	0,010
Kilo SDS	0,02 ± 1,47	0,05 ± 1,09	-1,35 ± 0,53	0,087
BKİ-SDS	-0,03 ± 1,53	-0,14 ± 1,16	-1,38 ± 0,71	0,142

Gruplar arası karşılaştırma için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda (Dunn testi) anlamlı fark hafif ve şiddetli gruplar arasında boy SDS için saptandı ($p = 0,008$). Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

Tablo 3'teki veriler, inflamatuvar yük arttıkça boy SDS'nin belirgin biçimde düştüğünü göstermektedir. Dikkat çekici bir nokta, orta şiddet grubunun boy SDS değerinin (+0,20) hafif gruptan (+0,07) bile yüksek görünmesidir; bu durum olasılıkla orta grup içindeki heterojenlikten ve örneklem büyüklüğündeki farktan kaynaklanmaktadır. Şiddetli hastalık grubunda ise boy SDS -0,86'ya gerilemekte, kilo SDS -1,35 ve BKİ-SDS -1,38 düzeyine inmektedir. Kilo SDS ve BKİ-SDS'deki bu belirgin düşüş eğilimi istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da (sırasıyla $p = 0,087$ ve $p = 0,142$), şiddetli grupta tüm büyüme-nutrisyon parametrelerinin tutarlı biçimde olumsuz yönde seyretmesi klinik açıdan anlamlı bir örüntüye işaret etmektedir. Bu gözlem, yüksek hastalık şiddetinin büyümeyi hem lineer hem de ponderal boyutta etkileyen bütüncül bir katabolik durum yarattığı hipotezini desteklemektedir.

İkili korelasyon analizinde boy SDS ile ISSF skoru arasında negatif yönlü orta kuvvetli bir korelasyon saptandı (Spearman $p = -0,44$, $p = 0,001$). Boy SDS ile yıllık atak sayısı ($p = -0,17$, $p = 0,203$), hastalık süresi ($p = -0,01$, $p = 0,957$) ve SAA düzeyi ($p = -0,22$, $p = 0,116$) arasında ise istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı. Kilo SDS ve BKİ-SDS, incelenen hastalık parametrelerinin hiçbirisiyle anlamlı korelasyon göstermedi.

Tablo 4. Boy SDS için çok değişkenli lineer regresyon analizi (AAA grubu, n=51)

Değişken	β (std.)	%95 Güven Aralığı	t istatistiği	p
ISSF toplam skoru ★	-0,687	-0,97 - -0,41	-5,01	< 0,001
Serum amiloid A (mg/L)	-0,201	-0,45 - 0,05	-1,60	0,116
Yıllık atak sayısı	-0,132	-0,34 - 0,07	-1,29	0,203
Hastalık süresi (ay)	-0,006	-0,25 - 0,24	-0,05	0,957

★ Anlamlı bağımsız yordayıcı ($p < 0,001$). Düzeltilmiş $R^2 = 0,412$; $F(4,46) = 9,87$; $p < 0,001$. Bağımlı değişken: boy SDS.

Çok değişkenli lineer regresyon modelinde (Tablo 4) yalnızca ISSF skoru istatistiksel olarak anlamlı ve bağımsız bir yordayıcı olarak öne çıktı ($\beta = -0,687$, %95 GA: -0,97 ile -0,41 arası, $t = -5,01$, $p < 0,001$). Bu bulgu, ISSF skorundaki her bir puanlık artışın boy SDS'de 0,687 birimlik bir azalmayla ilişkili olduğunu; yani hastalık şiddetinin lineer büyümeyi doğrudan ve bağımsız biçimde baskıladığını ortaya koymaktadır. Model toplam boy SDS varyansının %41,2'sini açıkladı; bu değer, hastalık şiddetinin büyüme üzerindeki belirleyici rolünü güçlü bir şekilde doğrulamaktadır. Yıllık atak sayısı ($p = 0,203$), hastalık süresi ($p = 0,957$) ve SAA düzeyi ($p = 0,116$) ise modelde anlamlılık eşiğine ulaşmadı.

TARTIŞMA

Çalışmamızın ilk ve temel bulgusu, modern kolşisin tedavisi altındaki AAA'lı çocuklarda ortalama boy, kilo ve BKİ SDS değerlerinin sağlıklı yaşıtlarıyla büyük ölçüde benzer seyrettiğidir. Bu sonuç, AAA'da büyüme üzerine odaklanan bazı önemli önceki çalışmalarla uyum içindedir. Padeh ve Berkun,²⁰ 51 AAA'lı çocuk ve 42 sağlıklı kontrolü prospektif olarak inceleyen bir çalışmada kolşisin



tedavisi altındaki hastaların büyüme hızı ve serum IGF-1 düzeylerinin yaş uyumlu sağlıklı bireylerden anlamlı şekilde farklı olmadığını bildirmiştir. Benzer biçimde, 140 çocuğu kapsayan retrospektif kesitsel bir analizde de düzenli kolşisin kullanımıyla büyümenin korunabildiği ortaya konmuştur.²¹

Kolşisinin büyüme koruması üzerindeki bu dolaylı etkisini açıklayan birkaç mekanizma öne sürülmektedir. Kolşisin; mikrotübül polimerizasyonunu bozarak nötrofil aktivasyonunu ve kemotaksisini engellemekte,²⁵ NLRP3 inflamazom aktivasyonunu kırmakta ve IL-1 β salgılanmasını azaltmaktadır. Bu yolla proinflamatuvar sitokin yükü düşmekte, GH-IGF-1 aksı üzerindeki baskı hafifletmekte ve ataklar arasındaki nutrisyonel durum iyileşmektedir. Öte yandan çalışmamızın kolşisin tedavisinin büyüme koruyucu etkisine ilişkin gözlemi; tedaviye uyumun kritik önemini de dolaylı biçimde vurgulamaktadır. Kolşisine dirençli ya da tedavi uyumu düşük olgularda kontrolsüz inflamasyonun sürdüğü ve büyüme kısıtlılığı riskinin belirgin biçimde arttığı öngörülebilir.

Çalışmamızın en özgün ve klinik açıdan en önemli katkısı, **ISSF skorunun boy SDS'nin tek bağımsız belirleyicisi olduğunun çok değişkenli analizle kanıtlanmasıdır** ($\beta = -0,687$, $p < 0,001$; düzeltilmiş $R^2 = 0,412$). Bu büyüklükteki bir β katsayısı; ISSF skorunun boy SDS üzerindeki etkisinin hem istatistiksel açıdan güçlü hem de klinik açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. Şiddetli hastalık grubundaki hastaların boy SDS'si $-0,86$ 'ya gerilemiş olup bu değer, hafif gruptan yaklaşık 0,93 SDS birimi daha düşüktür; bu fark, ortalama boy üzerinde yaklaşık 4–6 cm'lik bir sapmayla klinikopatolojik anlamda yorumlanabilir.

Bu ilişkinin biyolojik alt yapısı çok katmanlıdır ve mevcut literatürün ışığında şu biçimde çerçevelenebilir: Birinci katmanda, **IL-1 β ve IL-6 kaynaklı hepatik GH direnci** yer almaktadır. IL-6'nın JAK2-STAT5 yolağı aracılığıyla karaciğer düzeyinde GH reseptör ekspresyonunu azalttığı ve post-reseptör sinyal iletimini bozduğu; buna bağlı olarak hepatik IGF-1 sentezinin baskılandığı deneysel olarak kanıtlanmıştır.¹⁴ İkinci katmanda, **hipotalamik-hipofizer GH sekresyonunun baskılanması** yer almaktadır: IL-1 β 'nin GHRH salınımını inhibe ederken somatostatin salınımını artırdığı bilinmektedir.¹⁵ Üçüncü katmanda, **IGF-1 biyoyararlanımının azalması** gelir; yüksek inflamatuvar aktivitede artan IGFBP-3 proteolizi serbest IGF-1'in dokulara erişimini kısıtlamaktadır.¹⁶ Dördüncü katmanda ise **epifizer kondrosit proliferasyonu üzerindeki doğrudan baskı** yer almaktadır; proinflamatuvar sitokinlerin büyüme plakasındaki kondrosit matürasyonunu geciktirdiği deneysel çalışmalarla gösterilmiştir.²⁶

Bu çok katmanlı mekanizma, büyüme kısıtlılığının **yalnızca atak dönemleriyle sınırlı olmadığını**; ataksız dönemdeki subklinik inflamasyonun –ISSF skoru üzerinden bütüncül biçimde yansıyan kümülatif inflamatuvar yükün– de büyüme üzerinde kronik bir baskı oluşturduğunu düşündürmektedir. Başka bir deyişle ISSF; tek bir atağın şiddetini değil, hastalığın gidişatı boyunca biriken toplam inflamatuvar hasarı temsil etmektedir ve bu bütüncül nitelik, onun boy SDS üzerindeki güçlü belirleyicilik gücünü açıklıyor olabilir.

Yıllık atak sayısının ($p = 0,203$) ve hastalık süresinin ($p = 0,957$) boy SDS ile bağımsız ilişki göstermemesi; ilk bakışta şaşırtıcı gelebilecek, ancak kavramsal açıdan son derece önemli bir bulgudur. Bu sonuç, büyüme kısıtlılığını belirleyen unsurun **ataklarının nicel sıklığından değil; her atağın yoğunluğu, süresi ve toplam inflamatuvar yükünden** ibaret olduğu hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir. Basit bir analogi kurulacak olursa: yılda bir kez son derece şiddetli atak geçiren bir çocuk, ayda bir kez hafif atak yaşayan bir çocuğa kıyasla büyümesi üzerinde çok daha büyük bir inflamatuvar baskıyla karşı karşıya kalabilmektedir. ISSF skoru tam da bu niteliksel boyutu yakalayan, yani hem atak sıklığını hem tutulum çeşitliliğini hem de akut faz reaktanlarını bütünleştiren bir ölçüm aracıdır.²⁴

Hastalık süresinin anlamlı bir yordayıcı olmaması ayrıca şunu da düşündürmektedir: uzun süredir hastalığı olan ancak etkin tedavi alan ve hastalık aktivitesi kontrol altında tutulan bir çocukta büyüme korunabilmektedir. Bu bulgu, **erken ve etkin tedavinin** kümülatif inflamatuvar yük birikimini önleyerek büyüme üzerindeki olumsuz etkileri sınırlayabileceğini ve uzun dönem boy sonucunu belirleyebileceğini ima etmektedir. Nitekim kolşisin tedavisinin, yalnızca akut atakları değil subklinik inflamasyonu da baskılayarak SAA düzeylerini normalize ettiği ve bu normalizasyonun büyüme korumasıyla ilişkili olduğu bilinmektedir.^{11,20}



Hasta grubumuzda M694V mutasyonunu içeren genotiplerin %76,3 oranına ulaşması; bu çalışmada saptanan hastalık şiddetinin nispeten yüksek seyreden ISSF ortalamasını ve klinik tablo ağırlığını kısmen açıklamaktadır. M694V varyantı, özellikle homozigot formda,⁷ daha genç başlangıç yaşı, daha sık ve uzun ateş atakları, daha yüksek artritis riski ve amiloidoz eğilimiyle ilişkilendirilmektedir. 126 AAA'lı çocuğu inceleyen bir kohort çalışmasında M694V homozigot genotipine sahip ve orta-şiddetli hastalık aktivitesi olan olgularda boy SDS'nin diğer genotiplerden belirgin biçimde düşük seyrettiği gösterilmiştir.²² Çalışmamızda genotip, bağımsız değişken olarak regresyon modeline alınmamıştır; dolayısıyla ISSF skoru üzerinden yakalanan inflamatuvar yükün bir bölümünün M694V genotipine özgü daha ağır fenotipik örüntüyü yansıtır olabileceği göz ardı edilemez. Bu ilişkiyi daha kesin biçimde çözümlmek için genotip-ISSF-büyüme üçgenini aynı anda değerlendiren daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kronik inflamasyonun büyüme üzerindeki etkisi; yalnızca GH-IGF-1 aksı aracılığıyla değil, aynı zamanda **nutrisyonel mekanizmalar** üzerinden de gerçekleşmektedir. Yüksek SAA ve IL-1 β düzeyleri iştahsızlığı (anoreksiyi) artırmakta, protein katabolizmasını hızlandırmakta ve bağırsak epitelinde inflamasyon zemininde mikronütrient emilimini bozmaktadır.²⁷ Bu mekanizmaların toplamı; büyüme için gerekli olan enerji ve yapıtaşı substratlarının yetersiz kalmasına yol açmakta ve inflamatuvar büyüme baskısını beslenme boyutuyla pekiştirmektedir. AAA'lı çocuklarda beslenme bozukluğunun yaygınlığını ve kolşisin tedavisinin bu durumu nasıl düzelttiğini inceleyen çalışmalar; tedavinin biyolojik etkisinin doğrudan GH aksı baskılamasını azaltmakla sınırlı kalmayıp aynı zamanda nutrisyonel durumu normalleştirdiğini de ortaya koymaktadır.

Mevcut çalışmamızda SAA'nın bağımsız bir yordayıcı olarak anlamlılık eşiğine ulaşmaması, tedavi uyumunun görece iyi olduğu bir grupta subklinik inflamasyonun baskılanmış olmasıyla ve SAA'nın anlık bir kesitsel ölçüm olması nedeniyle kümülatif inflamatuvar yükü ISSF'ye kıyasla daha sınırlı temsil etmesiyle açıklanabilir. Bu bulgu, bütüncül ve dinamik bir ölçüm aracı olarak ISSF'nin anlık biyobelirteçlere üstünlüğünü bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızın bulguları, AAA'lı çocukların uzun dönem izlemine ilişkin birkaç önemli klinik mesaj içermektedir. **Birincisi:** büyüme izlemi, AAA poliklinik ziyaretlerinin ayrılmaz bir bileşeni olmalıdır. Her kontrolde boy ve kilo ölçümü SDS cinsinden kaydedilmeli, Tanner evresi değerlendirilmeli ve gerektiğinde hedef boy SDS ile karşılaştırılmalıdır. **İkincisi:** atak sayısını saymak tek başına yeterli değildir; her kontrolde ISSF ya da benzeri kapsamlı aktivite skorlaması yapılmalı, inflamatuvar yükün bütünsel değerlendirmesi ihmal edilmemelidir. **Üçüncüsü:** hastalık şiddeti yüksek ya da boy SDS'si beklenenin altında kalan olgularda kolşisin dozu optimize edilmeli; kolşisine dirençli ya da yetersiz yanıt veren vakalarda **IL-1 blokajı** (anakinra, kanakinumab) gibi biyolojik tedavi seçenekleri zamanında gündeme alınmalıdır.²⁸

Çalışmanın güçlü yönleri arasında Eurofever/PRINTO kriterlerinin kullanılması, SDS hesaplamalarında Türkiye'ye özgü referans değerlerine²³ dayanılması, hastalık şiddetinin ISSF üzerinden bütüncül değerlendirilmesi ve çok değişkenli regresyon analizinin uygulanması sayılabilir. Sınırlılıklar ise kesitsel tasarım, görece sınırlı örneklem büyüklüğü –özellikle şiddetli hastalık grubunda n=3–, kolşisin dozuna ilişkin sistematik verinin yokluğu ve IGF-1, IGFBP-3 gibi büyüme hormonu aksı biyobelirteçlerinin ölçülmemiş olmasıdır. Longitudinal tasarımı, daha büyük kohortlarda GH-IGF-1 aksını, genotip-fenotip etkileşimini ve kolşisin doz-yanıt ilişkisini birlikte değerlendiren çalışmalar; AAA'da büyüme patofizyolojisinin daha bütüncül biçimde aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Bu çalışma; kolşisin tedavisi altındaki AAA'lı çocuklarda ortalama büyüme parametrelerinin sağlıklı akranlarıyla büyük ölçüde örtüştüğünü, ancak artan hastalık şiddetinin –ISSF skoru üzerinden ölçülen kümülatif inflamatuvar yükün– lineer büyümeyi bağımsız ve güçlü biçimde kısıtladığını ortaya koymaktadır. Atak sıklığının ve hastalık süresinin bağımsız belirleyici olmaması; boy gelişimini asıl tehdit eden unsurun atakların nicel sıklığından değil, her bir atağın şiddetinden ve bütünsel inflamatuvar yükten kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu bulgular, AAA izleminin yalnızca atak kontrolüne değil; ISSF gibi kapsamlı aktivite skorlamasına, düzenli büyüme takibine ve yüksek inflamatuvar yük saptandığında proaktif tedavi optimizasyonuna dayandırılması



gerektiğini vurgulamaktadır. Erken ve etkin inflamasyon kontrolünün hem akut atakları hem de büyüme üzerindeki kronik baskıyı önlemek açısından çifte fayda sunduğu; bu nedenle büyüme takibinin AAA yönetiminde birincil bir izlem parametresi olarak benimsenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Siegal S. Benign paroxysmal peritonitis. *Ann Intern Med.* 1945;23(1):1-21.
2. Ben-Chetrit E, Touitou I. Familial Mediterranean fever in the world. *Arthritis Rheum.* 2009;61(10):1447-1453.
3. French FMF Consortium. A candidate gene for familial Mediterranean fever. *Nat Genet.* 1997;17(1):25-31.
4. International FMF Consortium. Ancient missense mutations in a new member of the RoRet gene family are likely to cause familial Mediterranean fever. *Cell.* 1997;90(4):797-807.
5. Martinon F, Tschopp J. Inflammatory caspases and inflammasomes: master switches of inflammation. *Cell Death Differ.* 2007;14(1):10-22.
6. Booth DR, et al. *The genetic basis of autosomal dominant familial Mediterranean fever.* *QJM.* 2000;93(4):217-221.7. Touitou I. The spectrum of familial Mediterranean fever (FMF) mutations. *Eur J Hum Genet.* 2001;9(7):473-483.
8. Ozen S, Demirkaya E, Erer B, et al. EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(4):644-651.
9. Ben-Chetrit E, Levy M. Familial Mediterranean fever. *Lancet.* 1998;351(9101):659-664.
10. Sari İ, Birlik M, Kasifoğlu T. Familial Mediterranean fever: an updated review. *Eur J Rheumatol.* 2014;1(1):21-33.
11. Duzova A, Bakkaloglu A, Besbas N, et al. Role of A-SAA in monitoring subclinical inflammation and in colchicine dosage in familial Mediterranean fever. *Clin Exp Rheumatol.* 2003;21(4):509-514.
12. Gattorno M, Hofer M, Federici S, et al. Classification criteria for autoinflammatory recurrent fevers. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(8):1025-1032.
13. Bechtold S, Ripberger P, Dalla Pozza R, et al. Growth hormone axis in children with chronic inflammatory diseases. *Horm Res.* 2005;64(Suppl 2):62-67.
14. De Benedetti F, Alonzi T, Moretta A, et al. Interleukin 6 causes growth impairment in transgenic mice through a decrease in insulin-like growth factor-I. *J Clin Invest.* 1997;99(4):643-650.
15. Dinarello CA. Interleukin-1 in the pathogenesis and treatment of inflammatory diseases. *Blood.* 2011;117(14):3720-3732.
16. Wong SC, Dobie R, Altowati MA, et al. Growth and the growth hormone-insulin like growth factor 1 axis in children with chronic inflammation. *Endocr Rev.* 2016;37(1):62-110.
17. De Benedetti F, Brunner HI, Ruperto N, et al. Randomized trial of tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med.* 2012;367(25):2385-2395.
18. Ballinger AB, Savage MO, Sanderson IR. Delayed puberty associated with inflammatory bowel disease. *Pediatr Res.* 2003;53(2):205-210.
19. Simon D, Lucidarme N, Prieur AM, et al. Treatment of growth failure in juvenile chronic arthritis. *Horm Res.* 2002;58 (Suppl 1):28-32.
20. Savgan-Gürol E, Kasapçopur O, Hatemi S, Ercan O, Caliskan S, Sever L, Ozdogan H, Arisoy N. Growth and IGF-1 levels of children with familial Mediterranean fever on colchicine treatment. *Clin Exp Rheumatol.* 2001 Sep-Oct;19(5 Suppl 24):S72-5. PMID:11760406.
21. Bayrak Demirel O, Arik SD, Kandemir T, Akgun O, Kardelen AD, Yildiz M, Poyrazoglu S, Aktay Ayaz N, Darendeliler F, Bas F. Growth and pubertal development in children with familial Mediterranean fever under colchicine therapy. *Eur J Pediatr.* 2025 Dec 29;185(1):45. doi: 10.1007/s00431-025-06711-7. PMID: 41460254.
22. Kişla İkinci RM, Balci S, Akay E, Doğruel D, Altıntaş DU, Yılmaz M. Disease Severity and Genotype Affect Physical Growth in Children With Familial Mediterranean Fever. *Arch Rheumatol.* 2019 Jan 28;34(3):288-293. doi: 10.5606/ArchRheumatol.2019.7198. PMID: 31598594; PMCID: PMC6768778.
23. Neyzi O, Günöz H, Furman A, et al. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2008;51(1):1-14.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



24. Mor A, Shinar Y, Zaks N, et al. Evaluation of disease severity in familial Mediterranean fever. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;35(1):57-64.
25. Cerquaglia C, Diaco M, Nucera G, et al. Pharmacological and clinical basis of treatment of familial Mediterranean fever (FMF) with colchicine or anakinra. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy.* 2005;4(1):117-124.
26. Hochberg Z, et al. *Mechanisms of growth retardation in chronic diseases.* *Horm Res.* 2002.
27. Aksentijevich I, Kastner DL. Genetics of monogenic autoinflammatory diseases: past successes, future challenges. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7(8):469-478.
28. Gül A. Approach to the patients with inadequate response to colchicine in familial Mediterranean fever. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(2):296-303.



SS-069

AYAKTAN VE YATAKLI SAĞLIK HİZMETLERİNDE ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARININ PDQI-9 İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

İlknur Arslan¹, Mehmet Deniz Erhan², Serdar Kula³

1 – Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

2 – Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

3 – Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Gazi Üniversitesi Bilişim Enstitüsü Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Elektronik sağlık kaydı (ESK) sağlık hizmeti alan kişilerin fiziksel durumu, ruh sağlığı veya hastalıkları ile ilgili elektronik sistemler kullanılarak elde edilen, saklanan, iletilen, erişilen, ilişkilendirilen ve işlenen her türlü bilgidir. ESK düşük maliyetli yüksek kalitede sağlık hizmeti gerçekleştirmeyi hedefler. Ancak ESK'nın sağladığı olumlu etkiler içerdiği verinin kalitesi ile ilişkilidir. Kalitesiz ve uygunsuz veriler fayda sağlamayacağı gibi hatalı karar verilmesine yol açabilir. Veri kalitesi sorunlarının maliyeti yüksektir, hasta güvenliği, kaynak yönetimi ve klinik çalışmaların güvenliğini olumsuz yönde etkiler. Birçok tıbbi hatanın temelinde veri hataları vardır. Bu çalışmada ayakta ve yataklı sağlık hizmetlerinde ESK sistemine hekimler tarafından işlenen hasta kabul notlarının PDQI-9 (Physician Documentation Quality Instrument) ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 01.Eylül.2025 ve 31.Ekim.2025 tarihleri arasında, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, genel çocuk polikliniğine ve çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilmiş olan hastaların kabul notları PDQI-9 ile değerlendirildi (Resim 1). PDQI-9 daha önceki benzer çalışmalarda kullanılmış, kabul görmüş ve farklı klinik koşullara uyumlu, pratik bir yöntem olması nedeni ile seçilmiştir.



Hekim dokümantasyon kalite aracı (Physician Documentation Quality Instrument, PDQI-9).

Tarih:		Yazar:		Gözden Geçiren:		
Not türü	(daire)	Kabul et	İlerleme	Deşarj		
Talimatlar:	Lütfen notu değerlendirmeden önce tabloyu gözden geçirin. Sonra notu değerlendirin					
Özellik	Puan					İdeal Notun Açıklaması
1. Güncel	Hiç de değil				Son derece	Not, en son test sonucu önerilerini içerir.
	1	2	3	4	5	
2. Doğru	Hiç de değil				Son derece	Not doğru. Yanlış bilgi içermez.
	1	2	3	4	5	
3. Kapsamlı	Hiç de değil				Son derece	Not eksiksizdir ve hasta için önemli olan tüm konuları belgelemektedir.
	1	2	3	4	5	
4. Yararlı	Hiç de değil				Son derece	Not, değerli bilgiler ve/veya analiz sağlayarak son derece alakalıdır.
	1	2	3	4	5	
5. Organize	Hiç de değil				Son derece	Not, okuyucunun hastanın klinik seyrini anlamasına yardımcı olacak şekilde iyi biçimlendirilmiş ve yapılandırılmıştır.
	1	2	3	4	5	
6. Anlaşılabilir	Hiç de değil				Son derece	Not açık, belirsizlik veya anlaşılması zor bölümler olmadan.
	1	2	3	4	5	
7. Özlü	Hiç de değil				Son derece	Not kısa, öz ve fazlalıksız.
	1	2	3	4	5	
8. Sentezlenmiş	Hiç de değil				Son derece	Not, yazarın hastanın durumu ve bir bakım planı geliştirme yeteneği hakkındaki anlayışını yansıtıyor.
	1	2	3	4	5	
9. Dahili olarak tutarlı	Hiç de değil				Son derece	Notun hiçbir kısmı başka bir kısmı görmezden gelmez veya çelişmez.
	1	2	3	4	5	
Toplam Puan:						



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bulgular: Yatarak ve ayakta sağlık hizmetlerinde kabul notlarında 'doğru, kapsamlı, özlü ve sentezlenmiş' açısından farklılık saptanmıştır. 'Güncel yararlı, organize, anlaşılır ve dahili olarak tutarlı' göstergelerinde ve genel izlenim puanlarında fark gözlenmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Ayaktan ve yatan sağlık hizmeti alan hastalara ait kabul notlarımız orta ve yüksek düzeyde kalitelidir. Yatan hastalara ait kabul notları doğru, kapsamlı, özlü, sentezlenmiş göstergelerinde yüksek kaliteli iken ayakta hizmet alan hastaların kabul notları orta düzeyde kalmıştır. Ayaktan sağlık hizmetlerinde hastaya ayrılan süre belirli ve kısıtlıdır, hekimler öykü alırken aynı anda notları yazmak zorunda kalabilir. Bu durumda notlar güncel, yararlı, organize ve anlaşılır olabilir, hem özlü aynı anda kapsamlı ve sentezlenmiş olmayabilir. Aksine yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalarda kabul notları için daha uzun zaman ayrılır, hastaların kritik hastalar olması nedeni ile daha doğru, kapsamlı ve aynı anda hastalığa odaklanacak şekilde özlü not yazılması mümkün olabilir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmak, veri analizini kolaylaştırmak ve klinik karar verme süreçlerini desteklemek için yüksek kalitede ESK gereklidir. ESK'nın düzenli olarak değerlendirilmesi, sistemde aksayan yönlerin belirlenmesi, iş akışının düzenlenmesi ve düzeltici faaliyetlerin yapılması için PDQI-9'un sık ve yaygın olarak kullanılmasını gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Elektronik sağlık kayıtları, sağlık teknolojileri, PDQI-9



SS-070

PICU'YA YATIŞ GEREKTİREN RSV ENFEKSİYONLARININ KLİNİK ŞİDDETİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ: COVID-19 SONRASI DÖNEMDE YAŞANAN DEĞİŞİKLİKLER

Güntülü Şık¹, Gamze Başak¹, **Tuğba Kanar¹**, Nihal Akçay², Özge Umur³, Muhterem Duyu⁴, Abdurrahman Özer⁵,
Demet Tosun², Ayşe Aşık⁴, Agop Çıtak³

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Pediatrik Yoğun Bakım Anabilim Dalı

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Yoğun Bakım Anabilim Dalı

3 – Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Pediatrik Yoğun Bakım Anabilim Dalı

4 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Pediatri Anabilim Dalı Pediatrik Yoğun Bakım

5 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Yoğun Bakım Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: COVID-19 sonrası dönemde RSV enfeksiyonu nedeniyle PICU'ya yatırılan bebeklerin epidemiyolojik ve klinik özelliklerini tanımlamak, solunum desteği gereksinimleri ve pediatrik akut solunum sıkıntısı sendromu (PARDS) dahil olmak üzere hastalığın ciddiyetini değerlendirmek ve ciddi sonuçlarla ilişkili faktörleri belirlemek.

Yöntem: Bu çok merkezli retrospektif kohort çalışması, Eylül 2024 ile Nisan 2025 tarihleri arasında İstanbul, Türkiye'deki beş üçüncü basamak PICU'ya RT-PCR ile doğrulanmış RSV enfeksiyonu nedeniyle yatırılan 1 ay ile 24 ay arası bebekleri içermektedir. Demografik özellikler, klinik özellikler, laboratuvar parametreleri, solunum desteği yöntemleri, PARDS şiddeti (PALICC-2) ve sonuçlar analiz edilmiştir. Biyobelirteçler ile klinik şiddet skorları (PRISM III, Phoenix) arasındaki ilişkiler değerlendirildi. PARDS'ın bağımsız belirleyicilerini tanımlamak için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Toplam 131 RSV pozitif bebek dahil edildi (medyan yaş 3 ay); %59,5'i daha önce sağlıklıydı. Genel olarak, %63'ü ileri solunum desteğine ihtiyaç duydu ve %28,2'si PARDS geliştirdi. Hastaların %8,4'ünde invaziv mekanik ventilasyon gerekiyordu ve bu durum, PICU'da kalış süresinin önemli ölçüde uzaması ve apne, PARDS ve sepsis oranlarının artmasıyla ilişkiliydi. Serum C-reaktif protein ve laktat düzeyleri, PRISM III ve Phoenix skorları ile orta derecede korelasyon gösterdi. Çok değişkenli analizde, daha yüksek PRISM III skorları ($\beta=0,31$, $p=0,026$) ve yüksek laktat seviyeleri ($\beta=0,37$, $p=0,045$) PARDS gelişimini bağımsız olarak öngörürken, Phoenix skorları bunu öngörmedi; ayrıca bakteriyel koenfeksiyon, invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacıyla anlamlı bir şekilde ilişkiliydi ($p=0,001$).

Tartışma ve Sonuç: COVID-19 sonrası dönemde, PICU'ya yatırılan bebeklerde RSV enfeksiyonu, önemli klinik ciddiyet, yüksek solunum desteği gereksinimi ve dikkat çekici PARDS sıklığı ile karakterizedir. Global hastalık ciddiyet skorları ve metabolik belirteçler, özellikle PRISM III ve serum laktat, erken risk sınıflandırması için değerlidir. Bakteriyel ko-enfeksiyon, invaziv ventilasyon riskini artıran önemli bir klinik ağırlaştırıcı faktör olarak işlev görür. Bu bulgular, pandemiden sonra daha şiddetli bir RSV klinik fenotipine doğru bir kayma olduğunu vurgulamakta ve RSV enfeksiyonu olan kritik durumdaki bebeklerde daha sıkı bir gözetim ve optimize edilmiş yönetim stratejilerinin gerekliliğini altını çizmektedir.

Anahtar Kelimeler: Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV), Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi (PICU), COVID-19



SS-071

ANNE SÜTÜ MELATONİN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dudu Şahin Kırnay¹, Özge Aydemir¹, Meltem Dinleyici¹

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Anne sütündeki melatonin, yenidoğana sirkadiyen “gece” bilgisini taşıyan kronobiyotik bir sinyal olarak kabul edilir. Bu çalışmada, doğum şekline (vajinal/sezaryen) göre anne sütü melatonin düzeylerinin gün içi değişiminin laktasyon (kolostrum, geçiş sütü ve matür süt) evrelerine göre değerlendirilmesi ve melatonin düzeyleri ile bebek uyku parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi planlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli, prospektif ve gözlemsel çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Ocak-Aralık 2025 tarihleri arasında yürütüldü ve sağlıklı 35 anne-term bebek çifti dahil edildi (12 vajinal doğum, 23 sezaryen doğum). Anne sütü örnekleri kolostrum, geçiş sütü (7–14. gün) ve matür süt (≥ 28 . gün) dönemlerinde 10.00 ve 22.00 saatlerinde toplandı. Anne sütü melatonin düzeyleri ELISA yöntemi ile değerlendirildi.

Bulgular: Vajinal doğum grubunda kolostrum, geçiş sütü ve matür süt evrelerinin tümünde 22.00 örneklerinde melatonin düzeyleri 10.00 örneklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (tüm süt örneklerinde $p < 0.05$). Sezaryen doğum grubunda ise hiçbir laktasyon evresinde 10.00–22.00 karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmadı (kolostrum $p = 0.520$; geçiş sütü $p = 0.280$; matür süt $p = 0.267$). Gruplar arası karşılaştırmada yalnızca geçiş sütü döneminde 10.00 melatonin düzeyi sezaryen grubunda daha yüksek bulundu ($p = 0.039$). Tüm örneklemde geçiş sütü döneminde 22.00 melatonin düzeyi ile bebeklerde gece uyanma sayısı arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptandı. Vajinal doğum grubunda melatonin ile gece uyanma sayısı arasındaki negatif ilişki kolostrum ve geçiş sütü dönemlerinde daha belirgin izlendi.

Tartışma ve Sonuç: Bulgular, vajinal doğum yapan annelerde anne sütü melatonininin gün içi ritminin laktasyon evreleri boyunca daha tutarlı biçimde izlenebildiğini; sezaryen doğum grubunda ise ritmin istatistiksel olarak gösterilemediğini düşündürmektedir. Anne sütü melatonin düzeyleri ile bebek uyku parametreleri arasındaki ilişkiler, özellikle erken laktasyon döneminde melatoninin uyku sürekliliğine katkıda bulunabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, melatonin, doğum şekli, sirkadiyen ritim, uyku



SS-072

BİRİNCİ BASAMAKTA ERKEN NÖROGELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME: AİLE HEKİMLERİNİN BİLGİ DÜZEYİ, KLİNİK UYGULAMALARI VE KARŞILAŞTIKLARI ENGELLER

Özden Aksu Sayman¹, Duygu Çalışkan², Günce Başarır³, Cansu Turan², Semra Özal Özkan Alpaslan², Arife Uslu Gökçeoğlu²

- 1 – Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Doktora Programı
2 – Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
3 – SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi

Giriş ve Amaç: Araştırmalar, erken çocukluk döneminde nörogelişimsel değerlendirmenin ve erken tanının önemini vurgulamaktadır. Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin erken çocukluk döneminde nörogelişimsel değerlendirmeye ilişkin bilgi düzeylerini, klinik uygulamalarını ve uygulamayı etkileyen engelleri sistematik olarak incelemektir.

Yöntem: Antalya iline bağlı iki ilçede en az altı aydır aktif olarak çalışan 121 aile hekimi ile yürütülmüştür. Veriler, literatür temel alınarak geliştirilen 23 maddelik yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket; sosyodemografik özellikler, gelişimsel değerlendirme sıklığı ve yöntemi, bilinen ve kullanılan tarama testleri, öznel yeterlilik algısı ve erken çocukluk dönemine ait 10 gelişimsel “kırmızı bayrak” maddesinden oluşmaktadır. Kırmızı bayrak sorularına verilen doğru yanıtlar üzerinden toplam bilgi puanı hesaplanmıştır. Kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak kurgulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların tamamı rutin çocuk sağlığı izlemi yaptığını bildirmiştir; ancak 17 hekim (%14,0) klinik pratiğinde gelişimsel değerlendirme gerçekleştirmediğini belirtmiştir. Gelişimsel değerlendirme yapan hekimlerin büyük çoğunluğu bu süreci klinik gözlem ve fizik muayeneye dayalı olarak yürütmektedir. Yalnızca 2 hekim (%1,9) standart bir tarama aracı (M-CHAT) kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %33,0’ü herhangi bir gelişimsel tarama testini daha önce duymadığını bildirmiştir. En sık bildirilen engel yetersiz muayene süresi (%60,3) olup, bunu bilgi eksikliği (%25,6) ve ailelerin değerlendirmeye yönelik isteksizliği (%19,0) izlemiştir. Çalışmaya katılan doktorların yalnızca yüzde 5’i (n=6) nörogelişimsel değerlendirme yapma konusunda kendilerini tamamen yetkin hissettiklerini bildirmiştir. Gelişimsel kırmızı bayraklara ilişkin bilgi düzeyi genel olarak orta seviyede bulunmuş; daha önce eğitim almış olmak ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,3). Farklı eğitim almış aile hekimlerinin kırmızı bayrak ile ilgili aldıkları toplam puan karşılaştırığında anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0,7). Aile hekimi olarak çalıştıkları yıl (p=0,8) ile kendilerini nörogelişimsel değerlendirmede yetkin hissetme puanında (p=0,35) ve kırmızı bayrak sorularına yönelik toplam skorlarda (p= 0,87) anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Birinci basamakta erken nörogelişimsel değerlendirme uygulamaları değişkenlik göstermekte ve standart tarama araçlarının kullanımı son derece sınırlı kalmaktadır. Nörogelişimsel değerlendirmeye yönelik eğitim almış olmanın bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, mevcut eğitim modellerinin uygulamaya aktarım kapasitesinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Klinik iş akışına entegre edilmiş, kısa ve yapılandırılmış tarama araçlarıyla desteklenen ve uygulama becerisine odaklanan eğitim programlarının geliştirilmesi, birinci basamakta erken tanı ve yönlendirme süreçlerinin güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Nörogelişimsel değerlendirme, birinci basamak sağlık hizmetleri, erken çocukluk dönemi, gelişimsel tarama



SS-073

EBEVEYN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLK ÜÇ YAŞ ÇOCUK BAKIMI ÜZERİNE ETKİSİ

Sıla Kafaoğlu Yurdakoş¹, Emel Örün¹

1 – Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Bir çocuğun gelişiminin desteklenmesinde sağlık, beslenme, temiz ve güvenli çevre, erken öğrenme olanakları ve duyarlı bakım prensiplerine(geliştiren bakım) uyulması çok önemlidir. Bu konuda ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı önemli bir belirleyicidir. Bu çalışmada ebeveyn sağlık okuryazarlık ve özyeterlilik düzeyinin ilk üç yaş çocuk bakımına ilişkin tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı, kesitsel bir tasarımla 01.03.2024-31.09.2024 tarihleri arasında 6 ay- 3 yaş arası çocuğu olan, 18-60 yaş aralığında 220 ebeveyn ile (anne ve baba) yürütülmüştür. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri, çocuk bakımına ilişkin özellikler yapılandırılmış anket formu ile toplanmış, ebeveynlere Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HÜ-SOY) kısa formu uygulanmıştır. İstatiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %93,2'si anne idi.HÜSOY ölçeğine göre ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puan (SOYP) ortalaması 19.1 ± 5.6 ; öz yeterlilik puan (ÖYP) ortalaması $42,6 \pm 3,5$ idi. Analizler sonucunda ebeveynlerin öğrenim durumunun 12 yıl ve daha az olması, çalışmıyor olması, aylık aile gelirinin düşük olması, kardeş sayısının ikiden fazla olması, hanedeki kişi sayısının 4'den fazla olması, ailenin araç sahibi olmaması, çocuğun tablet kullanmaması, evdeki çocuk kitabı sayısının 5'den az olması ve evde çocuğa kitap okunmaması ebeveynin düşük SOY ve ÖY puanı ile ilişkiliydi.Ayrıca ailede çocuk kaybının olması, ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme, evde televizyon maruziyetinin olması da düşük SOYP ile ilişkiliydi. Annenin sağlık çalışanı olması, bebeğine proflaktik D vitamini-demir takviyesi kullanması ve araç koltuğu kullanımı yüksek ÖYP puanı ile ilişkiliydi. Çoklu regresyon analizinde SOYP puanının 19'dan düşük olma ihtimalini anne eğitim süresinin 12 yıl ve daha az olması 8,5 kat, doğum zamanının 38 haftadan küçük olması 2,5 kat, tamamlayıcı beslenme başlama yaşının 6.ayın sonrasına ertelenmesinin 4,7 kat, D vitamini desteği verilmemesi 5,9 kat, evdeki çocuk kitabı sayısının 5'ten az olması 4,4 kat arttırdığı bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Ebeveynlerin erken çocukluk döneminde çocuklarının bakımını sağlama konusunda pediatristlerin önerilerine uymaları çocuk sağlığı için kritik öneme sahiptir. Bu nedenle ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını ve öz yeterlilik düzeylerini artırmaya yönelik "geliştiren bakım ilkelerini benimseyen" eğitim ve destek programlarının yürütülmesi erken çocukluk döneminde bakım kalitesini iyileştirmede önemli bir katkı sağlayacaktır.Aynı zamanda ebeveynlerin SOY ve öz yeterlilik düzeylerini ilk planda etkileyen başta anne olmak üzere her iki ebeveynin zorunlu eğitim sürelerini tamamlamaları konusunda çabalar devam ettirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk bakımı, ebeveynler, erken çocukluk gelişimi, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik



SS-074

KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ ÇOCUKLARDA DAVRANIŞSAL PROBLEMLER VE UYKU SORUNLARIYLA İLİŞKİSİ

Ebru Altınok¹, Hatice Ezgi Barış², Perran Boran², Harika Alpay³

1 – Akçakale Devlet Hastanesi , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Sosyal Pediatri Bilim Dalı

3 – Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında uyku bozuklukları %20-30 sıklıkla görülmektedir. Altta yatan çeşitli kronik hastalıklarla birlikte uyku bozukluklarının sıklığı artabilmekte, kronik hastalıklarda eşlik edebilecek davranışsal sorunlar uyku sağlığını etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, kronik böbrek hastalığı (KBH) tanılı çocuklarda uyku bozukluklarını sağlıklı çocuklarla kıyaslayarak değerlendirmek ve davranışsal sorunların uyku bozukluklarına etkisini incelemektir.

Güçler ve Güçlükler anketi

EK 4: Güçler ve güçlükler anketi 4-17 yaş ebeveyn formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kollarından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncakını, kalemini v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynamaya eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyorsa ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdamp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaktadır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):



Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi hastanesi Çocuk Nefroloji polikliniğinden takipli 6-16 yaş aralığındaki 49 adet KBH tanılı çocuk hasta ile aynı hastanenin çocuk polikliniğine başvuran kronik hastalık tanısı almamış 6-16 yaş aralığındaki 103 çocuk dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Anketi , Çocuk Uyku Bozuklukları Ölçeği (ÇUBÖ) , DSMV Düzey 2 Uyku Bozuklukları Anketi , Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) uygulanmıştır.

dsmv düzey2 ölçeği

İsim: Yaş: Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın Tarih:

Eğer ölçek bilgi veren kişi tarafından tamamlanmıyorsa, bu kişinin bakım alan kişi ile yakınlığı nedir?

Sıradan bir hafta içerisinde, bakım alan kişiyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz? Saat/hafta

Hastaya Açıklamalar: Tamamladığınız DSM-5 birinci düzey kesitsel anketi, geçtiğimiz iki hafta boyunca uykuya ilgili problemlerin sizin uyku kalitenizi etkileme şiddetini hafif veya ağır olarak değerlendirir. Aşağıdaki sorular **geçtiğimiz yedi gün boyunca** bu duyguları detaylandırır ve özellikle listelenen bulguların sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini sorar. **Lütfen her bir maddeyi sadece bir kutucuğu işaretleyerek (✓ veya x) yanıtlayınız.**

						Klinisyen İçin
Geçtiğimiz yedi (7) gün içerisinde....						
	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça sık	Çok sık	
1. Uyum huzursuzdu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
2. Uyumdan memnundum.	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	
3. Uyum dinlendiriciydi.	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	
4. Uykuya dalmakta zorluk çektim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
Geçtiğimiz yedi gün içerisinde....						
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	
5. Uykuyu sürdürmekte zorluk çektim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
6. Uykuda sorun yaşadım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
7. Yeterince uyudum.	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	
Geçtiğimiz yedi gün içerisinde....						
	Çok kötü	Kötü	İdare eder	İyi	Çok iyi	
8. Uyku kalitem...	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	
Toplam/parsiyel Ham Puan:						
Eşit olarak dağıtılmış toplam ham puan:						
t-skoru:						



Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyse ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Tarih :

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bulgular: Çalışmada çocukların uyku sorunları , ÇUBÖ puanlarına göre değerlendirildiğinde kronik böbrek hastalığı olan çocuklar ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p:0,05$). Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük puanları incelendiğinde, KBH olan çocukların sağlıklı akranlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek güçlük yaşadıkları görüldü ($p < 0,001$). Yapılan regresyon analizinde, GGA toplam güçlük puanı uyku problemlerinin artışını anlamlı düzeyde öngörmekteydi ($p < 0,001$). KBH tanılı çocukların toplam güçlük puanından bağımsız olarak daha düşük ÇUBÖ puanı saptandı ($p:0,007$). Grup ile GGA toplam güçlük puanı arasındaki etkileşim terimi modele eklendiğinde, GGA ile uyku problemleri arasındaki ilişkinin sağlık durumu açısından farklılık göstermediği bulundu ($p:0,304$). Yapılan aracı değişken analizinde GGA toplam güçlük puanının, kronik hastalık durumu ile uyku problemleri arasındaki ilişkiyi kısmen açıkladığı görüldü. Ters yönlü yapılan aracı modellemede ise (uyku problemlerinin grup ile GGA arasındaki ilişkiyi aracılıdığı model), dolaylı etki anlamlı bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Uyku bozukluğu düzeyleri benzer olmasına rağmen ; KBH olan çocuklar, daha fazla duygusal ve davranışsal güçlük göstermiştir. KBH yönetiminde zorunlu olan yapılandırılmış günlük rutinler ve yakın ebeveyn takibi , bu çocuklarda uyku düzenini olumlu yönde etkiliyor olabilir. Ayrıca duygusal ve davranışsal zorluklar, uyku problemlerine kıyasla ebeveynler tarafından daha kolay fark edilebilir olup, bu durum uyku sorunlarının ebeveynlerce yeterince bildirilmemesine neden olabilir. KBH takibi ve yönetiminde uyku sağlığı değerlendirilirken psikososyal sağlık da bütüncül bir şekilde ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uyku bozuklukları, Davranış sorunları, Kronik böbrek hastalığı, Çocuk sağlığı



SS-075

EBEVEYNLERİN MEDYA OKURYAZARLIĞINA İLİŞKİN TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR SAĞLIK MERKEZİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN KESİTSEL ÇALIŞMA

Elif Betül Keskin Çetinkaya¹, Aysu Türkmen Karaağaç¹

1 – T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Dijital teknolojilerin gündelik yaşamdaki yaygınlığı, aile içi medya kullanım pratiklerini belirgin biçimde değiştirmiş; çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimleri üzerindeki etkileri akademik ve toplumsal tartışmaların odağı hâline gelmiştir. Erken yaşlardan itibaren artan medya maruziyeti, ebeveyn rehberliğini zorunlu kılmakta; ancak ebeveynlerin bilgi düzeyleri ile uygulamaya yansıyan davranışları arasında uyumsuzluklar gözlenmektedir. Bu bağlamda medya okuryazarlığı, ebeveynlerin medya içeriklerini eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilme ve çocukların medya deneyimlerini daha sağlıklı biçimde yönlendirebilme becerilerini kapsayan temel bir yetkinlik alanı olarak öne çıkmaktadır. Medya okuryazarlığı; bireyin medya mesajlarını bilişsel, duyuşsal, etik ve estetik boyutlarıyla analiz edebilmesini içeren bütüncül bir kavramdır. Türkiye’de yapılan araştırmalar, çocukların önemli bir bölümünün kişisel medya araçlarına sahip olduğunu, televizyon izleme sürelerinin uzun olduğunu ve medya kullanımına ilişkin kararların büyük ölçüde çocuklar tarafından verildiğini göstermektedir (RTÜK, 2013a). Ebeveynlerin özellikle erken çocukluk döneminde medya araçlarını sakinleştirme ve günlük bakım süreçlerini kolaylaştırma amacıyla; ilerleyen yaşlarda ise meşgul etme, koruma ve ödül-ceza aracı olarak kullandıkları bilinmektedir (UNESCO, 2006). Ebeveynlerin medya kullanımına yönelik tutum ve davranışları, çocuklar için güçlü bir model oluşturduğundan, ebeveyn medya okuryazarlığı çocukların korunması açısından kritik önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de yaşayan ebeveynlerin çocuklarının medya kullanımına ilişkin algı, kaygı ve uygulamalarını incelemek; özellikle düzenleyici davranışlar ve eleştirel medya okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırma, Ocak–Mayıs 2025 tarihleri arasında Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniklerine başvuran 18 yaş altı 2400 çocuk arasından seçilen

3–12 yaş aralığındaki 480 çocuğun ebeveyni ile yürütülmüştür. Çalışmaya kritik hastalığı olmayan ve anket uygulamasına katılmayı kabul eden aileler dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, literatür taraması temelinde geliştirilen 32 soruluk Likert tipi bir anket kullanılmıştır.

Anket, ebeveynlerin medya araçlarına yönelik tutumlarını, çocuk gelişimi üzerindeki etkilerine dair algılarını ve medya okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yanıtlar “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a uzanan beşli Likert ölçeği üzerinden alınmıştır. Anketin güvenilirliği, daha önce Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi tarafından test edilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış, tanımlayıcı istatistiklerle analiz edilmiş ve yüzde-frekans dağılımları hesaplanmıştır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bulgular: Ebeveynlerin medya konusundaki görüşlerinde belirgin bir kutuplaşma dikkat çekmiştir. Katılımcıların %33,3'ü medyasız hayatın anlamsız olacağını güçlü biçimde ifade ederken, %41,7'si bu görüşe katılmamıştır. Medya etkilerine dair kaygı yüksektir: %82,5'i medya mesajlarının çocukları etkilemediği fikrini reddetmiş, %81,3'ü medyanın ödül olarak kullanılmasına karşı çıkmıştır. Düzenleyici eğilimler yaygın olmakla birlikte daha çok kısıtlayıcı niteliktedir; örneğin, %82,9'u yemek sırasında medya kullanımına izin vermediğini belirtmiş, %78,3'ü televizyonun zekâ gelişimine olumsuz etkisi olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte, medya okuryazarlığına yönelik proaktif yaklaşımların daha zayıf olduğu görülmüştür. %58,6'sı çocuklarıyla birlikte dijital oyun oynadığını bildirmiştir, ancak 59,7'si dijital araçları önceden hazırlama ya da değerlendirme davranışına katılmadığını belirtmiştir. Ebeveynler medya kaynaklarını karşılaştırma (%64,8) ve uygunsuz içerikleri bildirme (%64,3) konularında daha olumlu tutum sergilerken, medyanın eğitsel değerine dair daha kararsız kalmışlardır.

Sonuç: Çalışma sonuçları, ebeveynlerin çocuklarının medya kullanımına yönelik yaklaşımlarının ağırlıklı olarak reaktif ve sınırlayıcı olduğunu göstermektedir. Bu durum, ebeveynlerin medya okuryazarlığı alanında desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Eleştirel medya okuryazarlığının güçlendirilmesi, ebeveynlerin yalnızca denetleyici değil; aynı zamanda rehberlik eden, açıklayıcı ve katılımcı roller üstlenmesini sağlayabilir. Ebeveynlere yönelik yapılandırılmış eğitim programları, çocukların sağlıklı bilişsel ve duygusal gelişimini destekleyen dengeli medya kullanım alışkanlıklarının kazandırılmasında önemli katkılar sunacaktır.



SS-076

OKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA BAZAL OKSİTOSİN DÜZEYLERİ İLE EMZİRME, ERKEN YAŞAM DENEYİMLERİ VE EBEVEYN ETKİLEŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mukaddes Kılıç Sağlam¹

1 – Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Oksitosinin insan davranışları, sosyal bağlanma ve fizyolojik süreçler üzerindeki etkileri geniş ölçüde araştırılmış olsa da, bazal düzeylerini belirleyen faktörler tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada, okul çağındaki çocuklarda emzirme uygulamaları, erken yaşam deneyimleri, ebeveyn etkileşimleri ve sosyodemografik faktörlerin bazal serum oksitosin düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya 6–14 yaş aralığında 100 sağlıklı çocuk dahil edilmiştir. Annelerle yüz yüze yapılandırılmış anketler uygulanarak emzirme öyküsü, anne sütüyle beslenme süresi, sıklığı, sadece anne sütü ile beslenme süresi, ek gıdaya geçiş zamanı, perinatal değişkenler (doğum şekli, gebelik yaşı, yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatışı), ebeveyn demografik özellikleri ve ebeveyn–çocuk etkileşim örüntüleri değerlendirilmiştir. Oksitosin düzeyleri, açlık venöz kan örneklerinden enzim bağlı immünosorbent analiz (ELISA) yöntemi ile ölçülmüş ve elde edilen veriler ilgili değişkenlerle ilişkili olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Bakımda babaların katkısı olan ve babalarıyla daha sık zaman geçiren, oyun oynayan çocuklarda bazal oksitosin düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukların gestasyon haftaları arttıkça serum oksitosin düzeylerinin de arttığı görülmüş, annenin yaşı ile bazal oksitosin düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunduğu belirlenmiştir. Gestasyon yaşı 38 haftanın altında olan, sezaryen ile doğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü bulunan çocuklarda bazal oksitosin düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, doğum sırası ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma süresi ile oksitosin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna karşılık, sadece anne sütü ile beslenme süresi, ilk altı ay yalnızca anne sütü alma durumu, günlük emme sayısı ve süresi, toplam emzirme süresi ile ek gıdaya başlama ayı gibi emzirme ile ilişkili değişkenler ile bazal oksitosin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Erken yaşam deneyimleri ve ebeveyn–çocuk etkileşimleri oksitosin düzeylerinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Çocuk bakımında babaların aktif katılımının desteklenmesi ve vajinal doğumun teşvik edilmesi, optimal oksitosin regülasyonu ve buna bağlı çocuk gelişim çıktılarının desteklenmesinde önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Oksitosin, emzirme, anne sütü, ebeveyn etkileşimi



SS-077

AİLELERİN YENİDOĞAN TARAMA PROGRAMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ

Merve Tosyalı¹, Feyza Koç¹, Mahmut Çoker²

1 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

2 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ulusal yenidoğan tarama programı, yenidoğan döneminde klinik belirti vermeyen ancak tanı ve tedavide gecikildiğinde ağır morbidite ve mortaliteye yol açan kalıtsal ve metabolik hastalıkların erken dönemde saptanmasını amaçlamaktadır. Bu program sayesinde hastalıklar semptom ortaya çıkmadan önce belirlenebilmekte, böylece zamanında başlanan tedavi ile geri dönüşümsüz komplikasyonlar önlenmekte ve çocuk ile ailesi üzerindeki uzun dönemli sağlık yükü azaltılmaktadır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Mart 2022 ile Ekim 2025 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Çocuk sağlığı izlemi amacıyla düzenli takip edilen 0-5 yaş arası tüm çocukların ailelerine, çocuklarının demografik özelliklerini ve yenidoğan tarama programı hakkındaki bilgilerini ölçen bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 1000 sağlıklı çocuğun ebeveyni dâhil edildi. Çocukların yaşları 0-5 yaş arasında değişmekte olup, ortalanca yaş 6,9 ay olarak saptandı. Vakaların %57'si erkek, %43'ü kızdı. Katılımcıların %78'ini anneler oluşturdu ve annelerin ortalanca yaşı 30 yıl idi (minimum: 18 – maksimum: 51). Annelerin %34'ünün lise, %42'sinin ise üniversite diplomasına sahip olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %69'u yenidoğan tarama programı hakkında bir sağlık profesyonelinden bilgi aldığını bildirdi. Vakaların %55,8'inde çocuk ailenin ilk çocuğuydu ve ilk çocuğu olan ailelerin yenidoğan tarama programı konusunda daha fazla bilgiye sahip olduğu görüldü. Anket sonuçlarına göre, annelerin yenidoğan tarama programı hakkındaki bilgi düzeyi babalardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p = 0,003$). Ailenin ekonomik durumu ve annenin eğitim düzeyi, yenidoğan tarama programına ilişkin bilgiyle anlamlı olarak ilişkili bulundu ($p < 0,001$). Ebeveynlerin %10'unun akraba evliliği yaptığı, kan bağı bulunan ebeveynlerin ise yenidoğan tarama programı hakkında daha az bilgiye sahip olduğu saptandı ($p = 0,004$). Ailelerin büyük çoğunluğu (%80,2) yenidoğan tarama programında topuktan alınan örneklerle hangi hastalıkların tarandığını bilmediğini belirtmiştir.



Tablo 1: Olguların sosyodemografik özellikleri

	n(%)
Cinsiyet	
Kız	424(42.4)
Erkek	576 (57.6)
Doğum şekli	
Sezeryan	656 (65.6)
Normal Vajinal yolla doğum	344 (34.4)
Ailedeki çocuk sayısı (min-maks)	1-5
İlk çocuk olma oranı	558 (55.8)
Ekonomik durum	
İyi	36 (3.6)
Normal	878 (87.8)
Kötü	86 (8.6)
Annenin eğitimi	
Okur yazar değil	6 (0.6)
İlköğretim	232 (23.2)
Lise	338 (33.8)
Üniversite	424 (42.4)
Babanın eğitimi	
Okur yazar değil	0 (0)
İlköğretim	246 (24.6)
Lise	180(18)
Üniversite	574 (57.4)
Annenin çalışma durumu	
Çalışmıyor	612 (61.2)
Çalışıyor	388 (38.8)
Babanın çalışma durumu	
Çalışmıyor	28 (2.8)
Çalışıyor	972 (97.2)
Ebeveyn akrabalığı	
Var	100 (10)
Yok	900 (90)

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, ailelerin çoğunun yenidoğan tarama programlarının farkında olmasına rağmen, önemli bir kısmının aldıkları bilgilerin yetersiz olduğunu ve hangi spesifik hastalıkların tarandığı konusunda net bir anlayışa sahip olmadıklarını göstermiştir. Bu bilgi eksikliği, mevcut iletişim uygulamalarındaki kritik bir zayıflığı vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin ebeveynlere yenidoğan tarama programlarının kapsamı ve amacı hakkında kapsamlı, açık ve zamanında bilgi vermeleri zorunludur. Özellikle çocuk doktorları, bu süreçte aktif ve dikkatli bir rol üstlenmeli, her ziyarette önerilen tüm taramaların tamamlanıp tamamlanmadığını sistematik olarak doğrulamalı ve ebeveynlerin sonuçları ve bunların etkilerini tam olarak anlamalarını sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, tarama programı, sağlık hizmetleri



SS-078

PEDİATRİ UZMANLIK EĞİTİMİ ÖĞRENCİLERİNİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ HAKKINDA FARKINDALIĞI VE BAKIŞ AÇISI

Selin Dinç Aktekin¹, Hatice Ezgi Barış², Perran Boran²

1 – Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

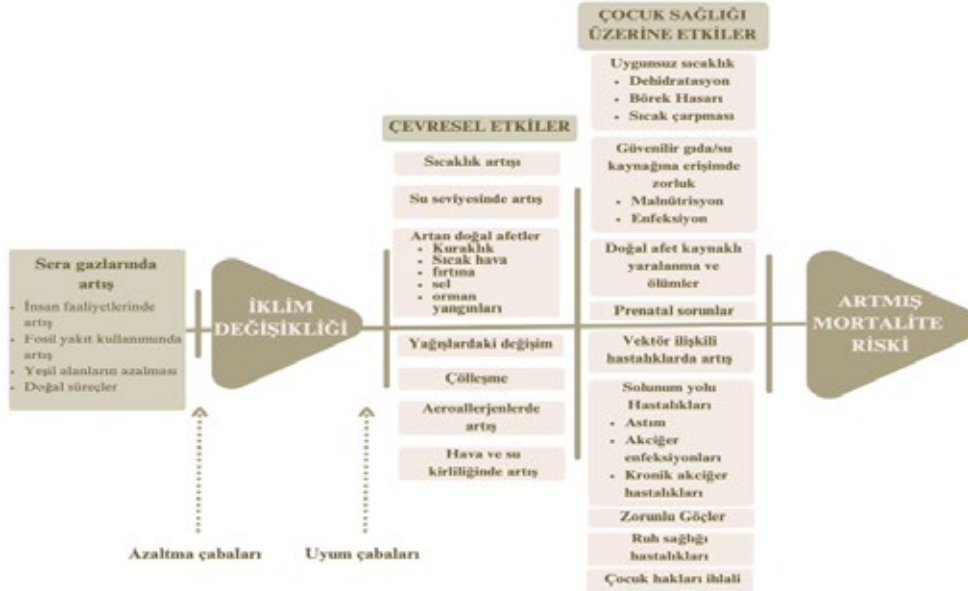
Giriş ve Amaç: İklim değişikliği 21. yüzyılda küresel sağlığın en büyük tehdidir. Çocuklar gelişmekte olan nörogelişimsel ve fiziksel özellikleri nedeni ile iklim değişikliğinin sonuçlardan en çok etkilenmesi beklenen gruptur. Pediatristlerin iklim değişikliğinin çocuklar üzerine etkilerini bilmesi ve önleyici danışmanlık hizmetleri sunabilmesi beklenmektedir. Ancak ülkemizde, pediatristlerin iklim değişikliği hakkındaki eğitim ve farkındalık düzeyleri bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, pediatri eğitimi almakta olan uzmanlık öğrencilerinin iklim değişikliğiyle ilgili farkındalık ve bakış açılarını saptamaktır.

Yöntem: Çalışmada niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemleri birlikte kullanıldı. Araştırmaya İstanbul’da pediatri uzmanlık eğitimi almakta olan öğrenciler sosyal medya grupları aracılığıyla davet edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere onamları alındıktan sonra iklim değişikliği ve farkındalıkları hakkındaki çevrimiçi anket uygulandı. Anketi dolduran öğrencilerden niteliksel görüşmelere onam verenlerle, katılımcıların uygunluk durumuna göre odak grup görüşmesi veya bireysel derinlemesine görüşme gerçekleştirildi. Niteliksel görüşmeler için araştırmacılar tarafından hazırlanan tema rehberi kullanıldı ve veri doygunluğu sağlanana kadar devam edildi. Niteliksel görüşmelerde katılımcıların görüş ve fikirleri onam alındıktan sonra ses kaydı alınarak kaydedildi, yazıya döküldü. Oluşturulan metinler iki kere okunarak alt tema ve temalar belirlendi. Niteliksel veriler COREQ kontrol listesi kullanılarak raporlandı.

Bulgular: Çalışmaya 270 uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların çoğu (%83,7) iklim değişikliğinin kişisel yaşamlarına etkileri olduğunu ve %93’ü bu etkilerden endişe duyduğunu belirtmiştir. Katılımcılar, iklim değişikliğinin çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerin farkındadır (%95,2). Niteliksel bulgular, katılımcıların yüksek farkındalığını desteklemiştir. Eko-kaygı ve ruhsal durumdaki değişikliklerle ilgili temalar ortaya çıkmıştır. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi çocuk doktorları olarak iklim değişikliğiyle mücadeledeki rollerini (%72,6) vurgulamış ve %63,1’i mesleki uygulamaları sırasında iklim değişikliği ve etkilerini ele alma konusunda kendilerini sorumlu hissetmiştir. Sorumlulukların yerine getirilmesindeki en yaygın engeller iş yükü, zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği ve ikna becerilerinin eksikliği olarak sıralanmıştır. Katılımcıların, %37,8’i üniversite esnasında iklim değişikliği hakkında eğitim aldığını belirtilmiş olup bu oran pediatri uzmanlık eğitimi esnasında daha da düşmektedir (%6,7). Uzmanlık öğrencilerinin %90’dan fazlası küresel iklim değişikliği konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmiş ve bu konunun hem tıp fakültesi hem de uzmanlık müfredatında yer alması gerektiğini belirtmiştir.



Figür 1



İklim Değişikliğinin Çocuk sağlığı ve Üzerine Etkileri

Tartışma ve Sonuç: Pediatri uzmanlık öğrencileri iklim değişikliğinin ve etkilerinin farkındadır. Katılımcılar özellikle çocukları ilgilendiren mesleki uygulamaları sırasında bu konuyu ele alma konusunda kendilerini sorumlu hissetmektedir. Bu çalışma, pediatri uzmanlarının eğitim ihtiyaçlarını vurgulamaktadır. Eğitimler, teorik bilgi ve klinik uygulama ihtiyaçlarına göre uyarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, Pediatri, Uzmanlık Öğrencisi, Eğitim



SS-079

GELECEĞİN SAĞLIK KARNESİ: ÇOCUKLARDA B12 VE D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN ANALİZİ

Mertkan Yıldırım¹, Pınar Önal², Ece Orbay Suner², Hanife Büşra Küçük Bilici², Sinem Oral Cebeci³, Adem Karbuz²,
Fatma Deniz Aygün²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı, büyüme ve nörogelişimsel olgunlaşmanın yanı sıra bağışıklık sisteminin şekillendiği kritik dönemdir. Bu dönemde vitamin yeterliliği, yalnızca büyüme ve gelişmeyi değil, enfeksiyonlara karşı immün yanıtın etkinliğini ve hastalık seyrini belirleyen önemli bir faktördür. Vitamin B12, hücresel proliferasyon ve hematopoezin yanında immün sistem fonksiyonlarında rol oynarken eksikliği enfeksiyonlara yatkınlık ve klinik iyileşmede gecikmeyle ilişkilendirilmektedir. Vitamin D ise doğal ve kazanılmış immün yanıtı düzenleyerek enfeksiyon sıklığı, inflamatuvar yanıt ve hastalık şiddeti üzerinde belirleyici etkilere sahiptir. Çalışmada, çocuk enfeksiyon servisinde farklı nedenlerle hastaneye yatırılan olgularda serum Vitamin B12 ve Vitamin D düzeylerinin değerlendirilmesi, eksiklik prevalansının belirlenmesi ve enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma retrospektif, tek merkezli olgu-kontrol çalışması olarak planlandı. Ocak 2023 – Aralık 2025 tarihleri arasında farklı endikasyonlarla Çocuk Enfeksiyon Servisi'ne yatırılan 175 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenerek yatışta ölçülen serum Vitamin B12 ve Vitamin D düzeyleri ile hastaneye yatış tanıları kaydedildi. Tanı grupları ile vitamin düzeyleri arasındaki ilişki Pearson ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışma döneminde serviste izlenen 175 hastanın 122'sinde (%69) serum Vitamin B12, 120'sinde (%68) Vitamin D düzeyinin ölçüldüğü saptandı. Kohortun ortalama Vitamin B12 ve Vitamin D düzeyleri sırasıyla 498pg/mL ve 22,06ng/mL olarak bulundu. Vitamin B12 düzeylerinin genel olarak fizyolojik sınırlarda olduğu, Vitamin D düzeylerininse eksiklik sınırlarında olduğu görüldü. Hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde en sık tanının sepsis olduğu, bunu sırasıyla selülit ve mastoiditin izlediği belirlendi. Tüberküloz tanısı olan hastamız yoktu. Tanı grupları karşılaştırıldığında, mastoidit ve selülit tanılı hastalarda Vitamin D düzeylerinin kohort ortalamasına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmada çocuk enfeksiyon servisinde izlenen hastalarda Vitamin B12 düzeylerinin genel olarak normal sınırlarda olduğu, buna karşın Vitamin D eksikliğinin yaygın olduğu saptandı. Mastoidit ve selülit hastalarında Vitamin D düzeylerinin anlamlı olarak düşük bulunması, Vitamin D'nin immün yanıt ve enfeksiyonların klinik seyri üzerindeki olası etkisini düşündürmektedir. Vitamin D eksikliğinin deri ve mukozal savunma mekanizmalarını zayıflatarak invaziv enfeksiyonlara yatkınlığı artırabileceği, ayrıca akut enfeksiyon sürecine bağlı serum düzeylerinde geçici düşüşlerin de bu duruma katkıda bulunabileceği değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda Vitamin D düzeylerinin değerlendirilmesi ve eksikliklerin erken dönemde düzeltilmesi klinik yönetim açısından önem taşıyabilir. Enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda Vitamin D eksikliği göz ardı edilmemesi gereken, erken tanı ve destek tedavisiyle yönetilebilecek potansiyel bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: B12, D vitamini, Toplum Sağlığı



SS-080

ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINDA KARARSIZLIK EĞİLİMLERİ: HEKİM VE EBEVEYN ÜZERİNDEN ÇOK BOYUTLU BİR ANALİZ

Samed Cihad Çelik¹, Emel Gür¹, Övgü Büke¹, Ömer Faruk Beşer¹, Kenan Barut¹,
Haluk Çokuğraş¹, Fügen Çullu Çokuğraş¹

1 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Aşı kararsızlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019'da küresel sağlığa yönelik en büyük on tehditten biri olarak ilan edilmiştir. Türkiye'de aşı reddeden çocuk sayısı 2011'de 183 iken 2018'de 23.000'e ulaşarak yedi yılda 125 katın üzerinde artış göstermiştir. Mevcut literatürde aşı kararsızlığı çoğunlukla yalnızca hekim ya da yalnızca ebeveyn perspektifinden incelenmiş; iki grubu eş zamanlı kapsayan veriler oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de aşı kararsızlığının nedenlerini hekim ve ebeveyn perspektiflerinden eş zamanlı olarak değerlendirmek, iki grup arasındaki algısal uyum ve uyumsuzlukları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel ve çok merkezli bir anket çalışması olarak tasarlanan araştırma, pandemi öncesi 2019-2020 döneminde gerçekleştirilmiştir (İÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu No:28202, 20.01.2020). Çalışmaya 1.347 çocuk hekimi ve 1.191 aile hekimi olmak üzere 2.538 hekim ile 0-10 yaş aralığında çocuğu olan 3.104 ebeveyn dahil edilmiştir. Ebeveyn anketi DSÖ-SAGE Aşı Kararsızlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasından, hekim anketi ise araştırmacılar tarafından özgün olarak oluşturulmuştur. İstatistiksel analizler SPSS 21.0 yazılımında ki-kare, Fisher exact, Kruskal-Wallis ve Cramer V testleri ile gerçekleştirilmiş; anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin %88,5'i mesleki pratiğinde aşı konusunda kararsız aile ile karşılaştığını bildirmiştir. Çocuk hekimleri, aile hekimlerine kıyasla rutin aşı sorgulamasını (%76,3'e karşı %64,4) ve takvim dışı aşı önerisini (%96,6'ya karşı %83,8) daha sistematik biçimde uygulamaktadır ($p<0,001$). Günlük hasta yükü 20'nin üzerine çıkan hekimlerde rutin aşı sorgulama oranı anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p<0,05$). Ebeveynlerin %35,8'i aşılarla karşı herhangi bir tereddüt, %12,4'ü gecikme, %6,8'i en az bir aşıyı reddetme bildirmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe tereddüt oranı %18'den (ilkokul) %39'a (üniversite ve üstü) yükselmiştir. Hekimler ebeveyn kararsızlığının temel nedenini otizm/kısırlık inancı (%33,4) olarak algıırken, ebeveynler en sık sosyal medyadaki olumsuz bilgi (%21,3) ve yan etki kaygısını (%20,5) öne çıkarmıştır. Olumsuz bilgi kaynakları arasında sosyal medya (%41,4) ve arkadaş/sosyal çevre (%32,5) ilk sıralarda yer almıştır. HPV ve influenza aşılarına güven, sırasıyla yaklaşık %35 ve %27,6 ile en düşük düzeyde saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'de aşı kararsızlığı klinik açıdan anlamlı bir halk sağlığı sorunudur. Hekim algısı ile ebeveyn gerçekliği arasındaki belirgin asimetri, mevcut müdahale stratejilerinin neden yeterince etkili olmadığını açıklamaktadır. Sosyal medya kaynaklı dezenformasyonun merkezi rolü dijital sağlık iletişimi müdahalelerini öncelikli kılmakta; HPV aşısının ulusal takvime alınması ve takvim dışı aşı erişiminin güçlendirilmesi halk sağlığı açısından gereklilik arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, çocukluk aşıları, hekim tutumu, ebeveyn algısı, sosyal medya



SS-081

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA MUAYENE ÖNCESİ 360° SANAL GERÇEKLİK HAZIRLIĞININ HUZURSUZLUK VE MUAYENE SÜRECİNE ETKİSİ

Zeynep Üze Okay¹, Tahir Aydın³, **Cansu Tatar Atamanalp¹**, Berker Okay²

1 – SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

2 – SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

3 – İstanbul Atlas Üniversitesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Okul öncesi dönemde poliklinik muayeneleri, çocuklar için çoğu zaman kaygı verici bir deneyim olmakta; bu durum muayene sırasında huzursuzluğa, artmış stres yanıtına ve değerlendirme sürecinin güçleşmesine yol açabilmektedir. Bu çalışmada, muayene öncesinde uygulanan kısa süreli 360° video ile sanal gerçeklik hazırlığının, küçük çocuklarda muayene sırasındaki huzursuzluk ve hekimin muayeneye ilişkin değerlendirmesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlandı. Ayrıca muayene öncesi kaygı düzeyi, fizyolojik stres yanıtı, ebeveyn memnuniyeti ve çocuğun muayene sonrası rahatsızlık algısı da değerlendirildi.

Yöntem: Bu prospektif randomize kontrollü çalışma, üçüncü basamak bir hastanenin çocuk polikliniğinde yürütüldü. Yaşları 3–5,5 yıl arasında değişen 100 çocuk müdahale ve kontrol gruplarına 1:1 oranında randomize edildi. Müdahale grubundaki çocuklara muayene öncesinde, gerçek poliklinik ortamında çocuğun göz hizasından kaydedilmiş yaklaşık 3 dakikalık 360° video, akıllı telefon tabanlı sanal gerçeklik gözlüğü ile izletildi. Kontrol grubunda ek bir hazırlık uygulanmadı. Her iki grupta muayene öncesi ve muayene sırasında kaygı düzeyi, huzursuzluk ve fizyolojik stres yanıtı standart ölçekler ve klinik parametrelerle değerlendirildi. Muayene sonrasında çocukların rahatsızlık algısı, ebeveyn memnuniyeti ve hekimin muayene kolaylığına ilişkin değerlendirmesi kaydedildi.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grupları demografik özellikler ve muayene öncesi değerlendirme bulguları açısından benzerdi. Muayene öncesi kaygı düzeyindeki değişim bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Buna karşın, muayene sırasında değerlendirilen Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama ve Teskin Edilebilirlik (FLACC) skorları müdahale grubunda daha düşük bulundu (medyan 3, IQR 1–4; kontrol grubunda medyan 5, IQR 3–8; $p < 0,001$). Ağlama süresi müdahale grubunda daha kısa saptandı (11 ± 3 saniye; kontrol grubunda 28 ± 9 saniye; $p < 0,001$). Muayene sırasında kalp hızı ve solunum sayısındaki artış da müdahale grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (her ikisi için $p < 0,001$). Ayrıca muayene sonrası Wong-Baker Yüz Ağrı Derecelendirme Ölçeği skorları daha düşük, ebeveyn memnuniyeti ve hekimin muayene kolaylığına ilişkin değerlendirme puanları daha yüksek bulundu (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Muayene öncesinde uygulanan 360° video ile sanal gerçeklik hazırlığının, okul öncesi çocuklarda muayene sırasındaki huzursuzluğu ve fizyolojik stres yanıtını azaltabileceği düşünüldü. Elde edilen bulgular, bu yaklaşımın pediatrik polikliniklerde muayene öncesi destekleyici bir hazırlık yöntemi olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sanal gerçeklik, okul öncesi çocuk, fizik muayene, muayene anksiyetesi



SS-082

PREMATÜRE DOĞUM ÖYKÜSÜ BULUNAN 1,5-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DUYGUSAL VE DAVRANIŞAL ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gaye Kocatepe¹, Tuba Kasap¹, Ferhat Yaylacı², Şahin Takçı¹

1 – Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı

2 – Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Prematüre doğan bebeklerin nörolojik gelişimi ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, erken çocukluk dönemindeki duyu ve davranış gelişimlerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, 24-34. gebelik haftaları arasında doğan prematüre çocuklarda 1.5-5 yaş dönemindeki duyu ve davranış durumunun değerlendirilmesi; bu durumun perinatal faktörler, prematüriteye bağlı uzun dönem komplikasyonlar ve kronik hastalıklar ile ilişkisinin incelenmesi ve anne kaygısının çocukların duyu ve davranış durumu üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 2014-2018 yılları arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenmiş, 24-34. gebelik haftaları arasında doğmuş ve çalışma sırasında 1.5-5 yaş aralığında olan çocuklar ile anneleri dahil edildi. Çocukların duyu ve davranış durumu Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanılarak değerlendirildi. Annelerin kaygı düzeyi Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ile ölçüldü. Çocuklara ve ailelere ait demografik, sosyal ve klinik özellikler kaydedildi ve bu değişkenler ile ÇDDÖ ve STAI ölçek sonuçları arasındaki ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 62 çocuk ve anneleri dahil edildi. Hastaların ortalama gebelik haftası 31.9 ± 2.18 , ortalama doğum ağırlığı 1850 ± 483.80 gr idi. Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında karşıt olma-karşı gelme davranış bozukluğu, kaygı bozukluğu ve çökkünlük puan türlerinin daha yüksek olduğu bulundu. Geç sepsis geçirme öyküsü olan çocuklarda uyku problemleri puanı; prematüre retinopatisi saptanan ve birden fazla transfüzyon yapılanlarda dikkat sorunları puanı daha yüksek bulundu. Annede gestasyonel diabetes mellitus ve çocukta intrauterin büyüme kısıtlılığı olanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanının daha yüksek olduğu saptandı. İntraventriküler kanama evresinin kaygı, otizm spektrum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu puanları ile pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. Ayrıca çocuğunda prematüre retinopatisi öyküsü olan ve kırsal kesimde yaşayan annelerin kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu.



Prematüre doğum öyküsü olan çocuklarda Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ile ilişkili demografik ve klinik faktörler

Değişkenler	Bulgular	ÇDDÖ ile ilişki
Anne ve aile özellikleri		
Anne yaşı (yıl), ortalama (min-maks)	27.6 ± 6 (18-41)	NS
Kronik hastalık varlığı, n (%)	14 (%21)	NS
Gestasyonel DM, n (%)	6 (%9.7)	↑ DEHB alt puanı (p=0.042)
Aile gelir durumu düşük, n (%)	18 (%29)	↑ Karşıt olma-karşı gelme (p=0.039) ↑ Kaygılı/çökkün duygudurum (p=0.026) ↑ Kaygı (p=0.034) ↑ Çökkünlük (p=0.001) ↑ Toplam sorunlar (p=0.016)
Kırsal yerleşim, n (%)	20 (%32.3)	NS
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi yok, n (%)	12 (%19.4)	İçe dönüklük ↑ (p=0.027)
Neonatal klinik özellikler		
Doğum haftası	31.98±2.18 (26-34)	
İntrauterin büyüme kısıtlılığı (IUBK), n (%)	4 (%6.5)	↑ DEHB (p=0.005) ↑ Saldırgan davranışlar (p=0.038) ↑ Dışa yönelim sorunları (p=0.014)
SGA, n (%)	10 (%16.1)	↑ DEHB (p=0.022)
Respiratuvar distres sendromu (RDS), n (%)	32 (%51.6)	NS
Sepsis, n (%)	12 (%19.3)	NS
Geç sepsis, n (%)	—	↑ Uyku problemleri (p=0.045)
Prematüre retinopatisi (PR), n (%)	8 (%12.9)	↑ Dikkat problemleri (p=0.002)
PDA, n (%)	7 (%11.3)	↑ Dikkat problemleri (p<0.001)
İntraventrüküler kanama (İVK), n (%)	5 (%8.1)	NS
Tedavi ve izlem özellikleri		
Mekanik ventilasyon ihtiyacı, n (%)	30 (%48.4)	NS
Kafein tedavisi ≥1. gün sonrası başlanan, n (%)	10 (%16.1)	↑ Dikkat problemleri (p=0.023)
Antenatal steroid (2 kür), n (%)	—	↑ Saldırgan davranışlar (p=0.038)
Birden fazla kan transfüzyonu, n (%)	—	↑ Dikkat problemleri (p=0.014)
Yenidoğan YBÜ yatış süresi (gün), ortalama	20.69 ± 17.20	ns
ÇDDÖ ana sonuçları		
Toplam sorunlar	—	↑ Düşük gelir düzeyi (p=0.016)

Veriler ortalama ± standart sapma veya n (%) olarak sunulmuştur, n (%) yalnızca temel özellikler için verilmiştir. ÇDDÖ: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği; DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; YBÜ: Yoğun bakım ünitesi; RDS: Respiratuvar distres sendromu; PDA: Patent duktus arteriozus; PR: Prematüre retinopatisi; İVK: İntraventrüküler kanama; NS: istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tartışma ve Sonuç: Prematürite ve/veya düşük doğum ağırlığı, erken çocukluk döneminde duygu ve davranış sorunlarının gelişimi ile ilişkilidir. Bu çocuklarda bilişsel ve davranışsal gelişimin yakından izlenmesi ve olası psikiyatrik sorunların erken dönemde saptanması, erken müdahale açısından önemlidir. Ayrıca prematüre bebeğe sahip annelerin artmış kaygı düzeyleri nedeniyle psikososyal açıdan desteklenmesi, hem annenin hem de çocuğun sağlıklı psikolojik gelişimi için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, Duygu ve davranış durumu, Anne kaygısı, Perinatal faktörler, Uzun dönem komplikasyonlar



SS-083

BEKLE-GÖR STRATEJİSİ ÖNCESİNDE HEMODİNAMİK ANLAMLI PATENT DUKTUS ARTERİYOZUS NEDENİYLE MEDİKAL TEDAVİ VERİLEN YENİDOĞANLARDA İNFLAMATUVAR İNDEKSLERİN ZAMANSAL PROFİLİ VE PATENT DUKTUS ARTERİYOZUS İLE KORELASYONU

Demet Türkeli¹, İlkay Er¹, Hikmet Kızıtanır¹, Medeni Arpa¹

1 – Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Patent duktus arteriyozus (PDA), preterm yenidoğanlarda hemodinamik ve inflamatuvar süreçlerin eşlik ettiği önemli bir klinik sorundur. İnflamatuvar indeksler neonatal hastalıklarda potansiyel biyobelirteçler olarak giderek daha fazla ilgi görsen de PDA yönetimindeki karşılığı henüz net değildir. Bu çalışmada, inflamatuvar indekslerin hemodinamik anlamlı PDA'da tanı ve tedavi sürecindeki değişimleri yanında PDA ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Retrospektif çalışmamıza, 2022-2025 yılları arasında hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmış, postnatal 48-72. saatlerde hemodinamik anlamlı PDA tanısıyla medikal tedavi verilmiş, sonrasında ekokardiyografiyle tekrar değerlendirilmiş olan yenidoğanlar alındı. Postnatal 1. gün (tanı öncesi), 3. gün (tanı sırasında) ve 7. gün (tedavi sonrası) alınmış tam kan sayımlarından nötrofil/lenfosit oranı (NLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), platelet inflamasyon indeksi (PIV), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) ve immatür granülosit (IMG) parametreleri hesaplandı. Zamansal değişimleri ve PDA ile korelasyonu analiz edildi. Konjenital anomali, hipoksik iskemik ensefalopati, nekrotizan enterokolit ve sepsis tanısı olanlar çalışmadan çıkarıldı.

Bulgular: Çalışmada %50,7'si erkek, medyan gestasyonel yaşı 30 hafta ve medyan doğum ağırlığı 1400 gram olan 71 yenidoğan yer aldı. Maternal koryoamnionit oranı %14,1'di. Çoğunluğu (%93) ilk medikal tedavi olarak parasetamol almıştı. Tekrarlayan medikal tedavilere yanıtız 3 bebeğe kapatma cerrahisi uygulanmıştı. Hemodinamik anlamlı PDA'da tanı anı ile tedavi sonrası NLR, MLR ve PLR'de anlamlı zamansal değişim görüldü; 3. günde artmışlar, 7. günde gerileme göstermişlerdi ($p < 0.05$). SII ve SIRI artışları da 3. günde gözlemlendi, 7. günde 3. güne benzer düzeylerde seyretmişlerdi. PIV değerleri ise kademeli artış göstererek 7. günde belirgin olarak yükselmişti ($p < 0.001$). IMG değerlerinde ise anlamlı değişiklik izlenmedi. İlk uygulanan medikal tedaviye yanıt veren (%64,7) ve vermeyen olgular arasında inflamasyon indeksleri açısından anlamlı fark yoktu. Ancak grup içi karşılaştırmada, tedaviye yanıt verenlerde 3. günden 7. güne NLR ve PLR'nin anlamlı olarak azaldığı ($p < 0.001$), aynı süreçte tedaviye yanıtızlarda PIV, SIRI, IMG değerlerinin anlamlı olarak arttığı görüldü ($p < 0.05$). Duktus varlığı ile 1. günde %IMG ($r = -0,251$; $p = 0,035$), 3. günde MLR ($r = -0,259$; $p = 0,029$) arasında zayıf negatif korelasyonlar mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda inflamatuvar indekslerin seri ölçümlerinin hemodinamik anlamlı PDA'nın tanı ve tedavi sürecinde izlem amaçlı yardımcı göstergeler olarak değerlendirilebileceği, ancak tedavi başarısını öngörmede tek başına sınırlı role sahip olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar İndeks, Patent Duktus Arteriyozus, Yenidoğan, Biyobelirteç



SS-084

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM YATIŞ ENDİKASYONU OLAN 35 HAFTA VE ÜZERİ DOĞAN YENİDOĞANLARDA SİSTEMİK İNFLAMATUVAR RESPONS İNDEKS PARAMETRELERİNİN ARAŞTIRILMASI

Muhsin Özdemir², Meltem Karabay¹, İbrahim Caner¹

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Neonatoloji

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Yenidoğan sepsisi ve yenidoğanın geçici takipnesi (TTN), 35 hafta ve üzeri doğan bebeklerde yenidoğan yoğun bakım yatışlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sepsisin özgül olmayan klinik bulgularla seyretmesi ve laboratuvar doğrulamasının zaman alıcı olması, erken tanıyı güçleştirmektedir. Tam kan sayımı parametrelerinden türetilerek hesaplanan sistemik inflamatuvar indekslerin yenidoğan dönemindeki tanısal değerine ilişkin bilgiler sınırlıdır. Bu nedenle çalışmada, klinik sepsis, şüpheli sepsis ve TTN gruplarında inflamatuvar indeks düzeylerinin değerlendirilmesi ve erken tanıya olası katkılarının araştırılması amaçlanmıştır

Yöntem: Prospektif olarak planlanan çalışma, 01.12.2024–01.10.2025 tarihleri arasında üçüncü düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yürütülmüştür. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 173 bebek, klinik sepsis, şüpheli sepsis ve TTN olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedilmiş; tam kan sayımı parametrelerinden nötofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), monosit-lenfosit oranı (MLR), sistemik inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamatuvar yanıt indeksi (SIRI) ve pan-immün inflamasyon değeri (PIV) hesaplanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında birinci ve yedinci gün hematolojik ölçümler karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizler nonparametrik yöntemlerle gerçekleştirilmiştir

Bulgular: Kruskal–Wallis analizi, NLR, MLR, SII, SIRI ve lenfosit düzeylerinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir. Şüpheli sepsis grubunda SIRI değerleri daha düşük bulunurken, klinik sepsis ve TTN gruplarında benzer düzeyler saptanmıştır. TTN ile klinik+şüpheli sepsis gruplarının karşılaştırılmasında SIRI ve diğer indekslerin çoğunda anlamlı fark izlenmemiştir. C-reaktif protein (CRP) düzeyleri klinik sepsis grubunda en yüksek değerleri göstermiştir



Hasta grubu Değişkenine göre gruplar arası Kruskal Wallis H testi

Hasta grubu	Klinik sepsis ¹	Şüpheli sepsis ²	TTN ³	G.A ⁴	p*
Doğum Haftası	38 (37-39)	37 (35-38)	37 (36-38)	1-2	0,001*
Doğum kilosu (gram)	3242 (2852-3585)	2950 (2673-3318)	3025 (2755-3450)	1-2	0,046*
Anne Yaş	29 (25-33)	29 (24-33)	29 (27-34)		0,550
Hasta Yatış (gün)	8 (7-10)	7 (7-9)	4 (3-5)	1-3,2-3	<0,001*
APGAR skor (1. Dakika)	9 (9-9)	9 (8-9)	9 (8-9)		0,056
APGAR skor (5. Dakika)	10 (10-10)	10 (9-10)	10 (9-10)	1-2,2-3	0,024*
Solunum Sıkıntısı Skoru	5 (2-6)	6 (4-7)	5 (4-6)	1-2,1-3	0,006*
FiO2	30 (30-30)	30 (30-30)	26 (25-30)	1-3,2-3	<0,001*
Ventilasyon Süresi (gün)	2 (1-3)	2 (1-3)	1 (1-1)	2-3	<0,001*
NLR	2,40 (1,57-3,7)	1,57 (0,96-2,49)	2,13 (1,40-3,60)	1-2,2-3	0,007*
PLR	65,48 (50,39-82,47)	61,54 (44,29-84,23)	70,44 (52,80-90,00)		0,225
MLR	0,21 (0,14-0,34)	0,17 (0,13-0,28)	0,25 (0,17-0,35)	2-3	0,008*
PIV	554,61 (211,28-1011,04)	495,11 (203,41-787,68)	521,26 (302,53-1446,53)		0,109
SII	585,72 (327,28-960,02)	461,81 (257,98-762,52)	579,12 (366,81-1129,65)	1-2,2-3	0,045*
SIRI	1,90 (1,11-4,02)	1,42 (0,67-2,67)	1,95 (1,15-5,04)	1-2,2-3	0,037*
WBC	14,74 (12,01- 19,53)	14,46 (10,88- 18,68)	14,88 (11,58- 19,39)		0,561
PLT	275 (218-318)	308 (237-352)	286 (242-331)		0,056
NEU	9,25 (6,96-12,16)	7,38 (5,12-11,73)	9,03 (6,32-12,96)		0,078
LYM	3,83 (3,15-4,92)	4,87 (3,91-6,03)	3,86 (3,10-4,98)	1-2,2-3	0,002*
MONO	0,92 (0,55-1,39)	0,91 (0,60-1,21)	0,94 (0,76-1,23)		0,232
CRP	32,23 (19,59-48,55)	3,30 (1,49-7,79)	2,03 (0,95-4,57)	1-2,2-3,1-3	<0,001*

Tartışma ve Sonuç: Sistemik inflamatuvar indekslerin tek başına sepsisi doğrulamak için yeterli olmadığı; ancak özellikle şüpheli sepsis grubunda SIRI değerlerinin düşük seyretmesinin enfeksiyon olasılığının dışlanmasında destekleyici şekilde kullanılabileceği görülmüştür. Klinik sepsis ve TTN gruplarında indeks düzeylerinin benzer olması, bu parametrelerin enfeksiyon dışı perinatal süreçlerden etkilenebildiğini göstermektedir. CRP'nin çalışmada en yüksek tanısal güce sahip biyobelirteç olduğu belirlenmiştir. Sistemik inflamatuvar indekslerin klasik inflamasyon belirteçleri ile birlikte kullanılmasının tanısal değerlendirmeye katkı sağlayabileceği ve tedavi sürecinin izlenmesinde yararlı olabileceği düşünülmüştür

Anahtar Kelimeler: Sistemik inflamatuvar indeks, Yenidoğan sepsisi, Yenidoğanın geçici takipnesi



SS-085

MERKEZİMİZDE İZLENEN ERKEN PREMATÜRE BEBEKLERDE NEKROTİZAN ENTEROKOLİT SIKLIĞI VE PREDİSPOZAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Nilüfer Deda İnce¹, Cüneyt Tayman², Yunus Emre İnce³

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi

2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yenidoğan

3 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

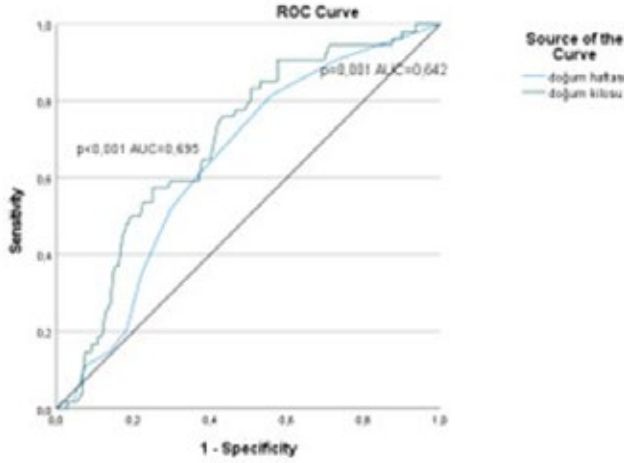
Giriş ve Amaç: Nekrotizan enterokolit, özellikle prematüre yenidoğanlarda sık görülen gastrointestinal sistem acillerinden olup, yüksek morbidite ve mortalite oranları ile seyretmektedir. Hastalığın etyolojisi multifaktöriyel olup tam olarak aydınlatılamamıştır. Çalışmamızın amacı NEK'e sebep olduğu bilinen ya da sebep olabilecek antenatal, natal ve postnatal parametrelerin incelenmesi, hastalığın prognozu ve sağkalımı üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, tedavi sonrası izlemleri, hastalığın bazı komplikasyonlarının sıklığının ve mortalite oranlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmamızda 01/01/2019-31/12/2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatmış 109 NEK hastası ve 252 kontrol grubunun verileri retrospektif olarak incelendi. Grupların antenatal, natal ve postnatal verileri, beslenme özellikleri, ek hastalıkları, tanı öncesi ve sonrası aldıkları tedaviler, hasta grupta gelişen komplikasyonlar ve mortalite oranları incelendi. Hastalar, modifiye Bell kriterlerine göre evre 2 ve evre 3 olarak ayrılarak birbirleriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Çalışmamızda tekli ve çoklu regresyon analizleri, ROC analizlerinden de yararlanıldı.

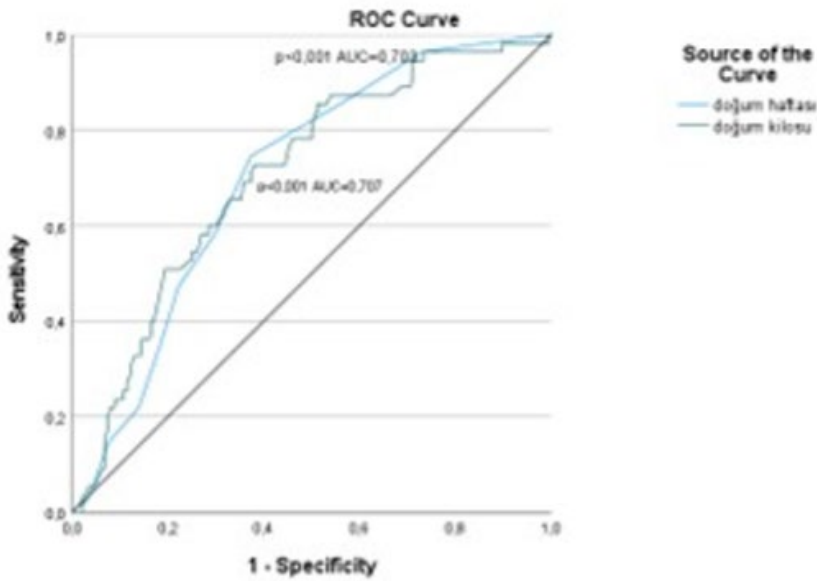
Bulgular: Hastalarımızın %49,5'i evre 2 NEK, %50,4'ü evre 3 NEK'ti. 23-28 gestasyonel haftada doğma, < 1000 gr doğum ağırlığı, 1. ve 5. dakika APGAR değerlerinin düşük olması, kafein kullanımı, UVK ve UAK katater varlığı ve sürfaktan kullanımı NEK grubunda kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Enteral beslenmeye geçişteki bir günlük gecikmenin NEK gelişimini artırdığı saptandı. Anne sütü güçlendirici kullanımının çoklu regresyon analizinde NEK riskini azalttığı saptandı. Hastaların ilk yatışında bakılan IL-6 değerleri, evre 3 NEK gelişen hastalarda daha yüksekti. Antenatal steroid kullanımının NEK gelişimini etkilemediği saptanırken evre 2 NEK'te mortaliteyi azalttığı saptandı. Evre 2 NEK'i tahmin etmede kullanılan ROC analizinde doğum haftası 29,5 (AUC= 0,642, %95CI: 0,568–0,716, duyarlılık: %61,1 ve özgüllük: %62,7, p=0.001), doğum ağırlığı 1235 gr (AUC= 0,695, %95CI: 0,623–0,767, duyarlılık: %64,8 ve özgüllük: %61,9, p < 0.001) saptandı. Evre 3 NEK'i tahmin etmede kullanılan ROC analizinde doğum haftası 29,5 (AUC= 0,703, %95CI: 0,636–0,771, duyarlılık: %74,5 ve özgüllük: %72,7, p < 0.001) ve doğum ağırlığı 1235 gr (AUC= 0,707, %95CI: 0,635–0,779, duyarlılık: %69,1 ve özgüllük: %64,7, p < 0.001) saptandı.



Evre 2 hastalığı tahmin etmede ROC analizi sonuçları



Evre 3 hastalığı tahmin etmede ROC analizi sonuçları



Tartışma ve Sonuç: C/s'nin NEK gelişimine etkisi saptanmamış ancak mortaliteden koruyucu etkisi çoklu regresyon analizinde bulunmuştur. Anne sütü fortifier kullanımı, Evre 3 NEK gelişme riskini %81,4 azaltmıştır (OR: 0,286). İnsan sütü destekleri laktoferrin, oligosakkarit ve büyüme faktörleri içeriği sayesinde mukozal immüniteyi destekler. Diğer bulgular literatür ile uyumludur. Yapılan ROC analiziyle hastalığı öngörmeye dair bazı parametrelere bakılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan enterokolit, morbidite, mortalite, komplikasyon, prematürite



SS-086

PREMATÜRE BEBEKLERDE BRONKOPULMONER DİSPLAZİNİN ERKEN TANISI VE ŞİDDET SINIFLANDIRILMASI: YAPAY ZEKÂ TABANLI AKCİĞER GRAFİSİ ANALİZİ VE KLİNİK VERİ ENTEGRASYONU

Esra Kurt¹, Arif İsmet Çatak¹, Mahir Kaya, Erhan Karaaslan

1 – Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

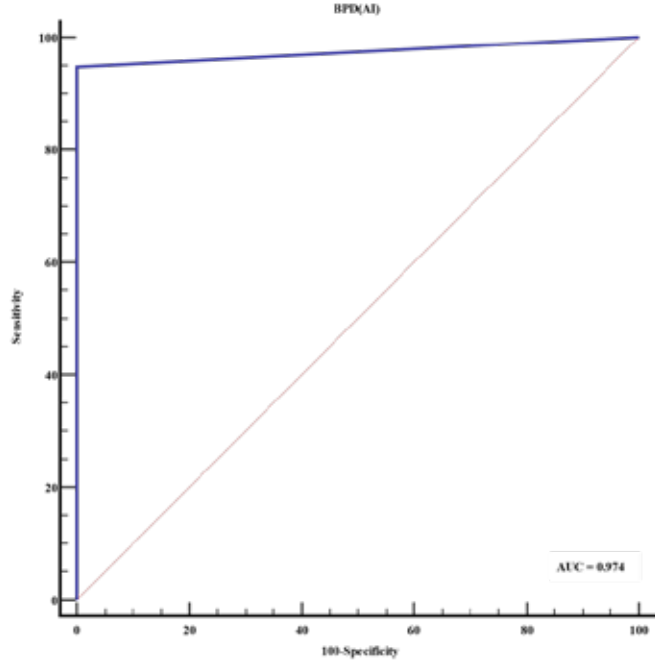
Giriş ve Amaç: Bronkopulmoner displazi (BPD), prematüre bebeklerde uzun dönem solunumsal ve nörogelişimsel morbiditeye yol açan önemli bir kronik akciğer hastalığıdır. Bu çalışma, yapay zekâ (YZ) tabanlı derin öğrenme mimarileri kullanarak prematüre bebeklerde BPD'nin erken tanısını ve şiddet sınıflandırmasını gerçekleştirmeyi; aynı zamanda hastalık gelişimiyle ilişkili klinik risk faktörlerini analiz ederek bir karar destek mekanizması oluşturmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırma, Mart 2023 – Ekim 2025 tarihleri arasında bir üçüncü basamak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen, gestasyonel yaşı ≤ 34 hafta olan 98 prematüre bebeğin verileriyle yürütülen retrospektif bir model geliştirme çalışmasıdır. Yaşamın ilk 28 günü içinde kaybedilen olgular ve majör konjenital anomalisi bulunan hastalar dışlandı. Postnatal 1., 7., 14., 21. ve 28. günlerde çekilen akciğer grafileri ile klinik veriler analiz edildi. BPD tanısı ve evrelemesi NICHD 2018 kriterlerine göre yapıldı. Derin öğrenme tabanlı evrimsel sinir ağı modelleri (DenseNet201, ResNet50, MobileNetV3 ve EfficientNet_B0) kullanılarak ikili sınıflandırma (BPD var/yok) ve çoklu sınıflandırma (hafif-orta-ağır) gerçekleştirildi. Model performansı ROC eğrileri, AUC değerleri ile ölçülmüş; açıklanabilir yapay zekâ kapsamında Grad-CAM ve Layer-CAM tabanlı ısı haritaları kullanılmıştır. Klinik risk faktörleri ayrıca istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışma kohortunun medyan gestasyon haftası 30, medyan doğum ağırlığı 1427,5 g olarak saptandı. BPD insidansı %70,4 (n=69) olup; bu olguların %55,1'i hafif, %11,6'sı orta ve %33,3'ü ağır BPD olarak sınıflandırıldı (Tablo 5). Yapay zekâ modelleri hasta bazlı ikili sınıflandırmada yüksek ayırt edici performans gösterdi. En yüksek performans DenseNet201 modelinde elde edilerek %96,49 doğruluk ve 0,989 AUC değeri sağlandı (Şekil 1). Çoklu sınıflandırmada doğruluk oranı orta BPD grubunda %80,0, ağır BPD grubunda %83,3, hafif BPD grubunda ise %53,3 olarak saptandı. Özellikle orta BPD grubunda sınıflar arası karışıklık izlendi. Isı haritası (heatmap) analizleri, modelin karar mekanizmasında özellikle parankimal heterojenite ve bazal dansite artışlarına odaklandığını doğruladı (Şekil 2). Klinik risk faktörleri analizinde prematürite derecesi ve uzamış solunum desteği süresi BPD gelişimi ile anlamlı ilişkili bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise erken sürfaktan tedavisi gereksinimi BPD gelişimi için tek bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (OR: 6,88; %95 GA: 2,22–21,28; p=0,001).

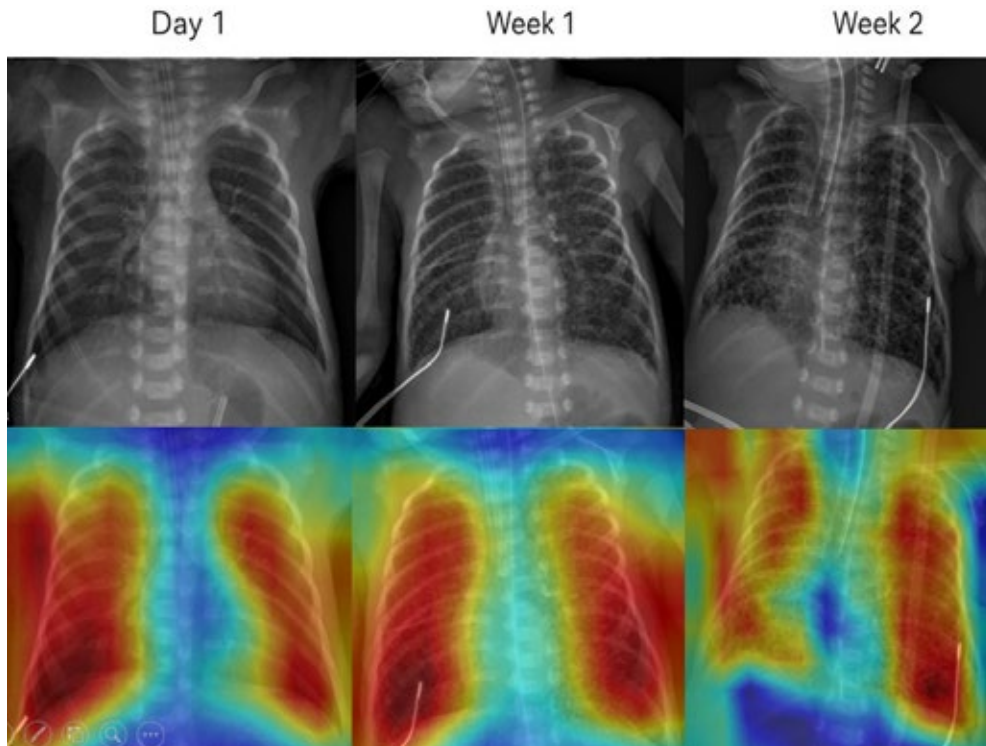


Şekil 1.ROC analizi sonuçları ve performans metrikleri



Eğri altında kalan alan (AUC) değeri 0.974 olarak hesaplanmış olup, bu değer modelin mükemmel yakın bir sınıflandırma performansına sahip olduğunu göstermektedir. %95 güven aralığının (0.881-0.999) dar olması, tahmin gücünün güvenilirliğini desteklemektedir.

Şekil 2. Şiddetli(Ağır) BPD Olgusu





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tablo 1.BPD Gelişen Olgularda Hastalık Şiddetinin Dağılımı

BPD Şiddeti	n	%
Hafif	38	55,1
Orta	8	11,6
Şiddetli	23	33,3
Toplam	69	100,0

Tabloda BPD tanısı alan olguların şiddet sınıflarına göre dağılımı sunulmaktadır.

Tartışma ve Sonuç: DenseNet201 tabanlı derin öğrenme modeli, BPD'nin erken öngörülmesi ve şiddetinin (özellikle orta-ağır formlar) sınıflandırılmasında yüksek tanısal doğruluk sunmaktadır. Geliştirilen kullanıcı dostu arayüz, invaziv olmayan akciğer grafileri üzerinden klinisyenlere hızlı, objektif ve güvenilir bir karar destek sağlama potansiyeline sahiptir

Anahtar Kelimeler: Akciğer grafisi, Bronkopulmoner displazi, Derin öğrenme, Prematüre bebek, Tanısal doğruluk , Yapay zekâ



SS-087

YENİDOĞAN SARILIĞINDA FOTOTERAPİ GEREKSİNİMİNİN ERKEN RİSK TAHMİNİ: MAKİNE ÖĞRENMESİ YAKLAŞIMI

Tuğba Söyler Kılıç¹, Funda Yavanoğlu Atay², İsrail Söyler³, İlke Mungan Akın²

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye

3 – Yıldız Teknik Üniversitesi, Makine Mühendisliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yenidoğan hiperbilirubinemisi, term bebeklerin yaklaşık %60'ını, preterm bebeklerin ise %80'ini etkileyen yaygın bir klinik durumdur. Sarılık tanısı alan olguların yaklaşık %10–20'si fototerapi gereksinimi nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır. Bu çalışmada, maternal ve neonatal veriler kullanılarak makine öğrenmesi algoritmaları aracılığıyla fototerapi gerektiren yenidoğan sarılığının erken dönemde öngörülmesi; böylece gereksiz hastane başvurularının ve yatışların azaltılması, düşük riskli yenidoğanların gereksiz hastane başvurularından korunması amaçlanmıştır

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ocak–Temmuz 2024 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğan 1320 yenidoğan dahil edildi. Otuz yedi gebelik haftasının altında doğan, majör konjenital anomalisi bulunan, postnatal ilk 10 gün içinde exitus olan ve eksik verisi bulunan olgular dışlandıktan sonra toplam 1114 hasta analiz edildi. Bebeklere ait demografik veriler, kordon kanı bilirubin düzeyi, maternal risk faktörleri, taburculuk öncesi kilo kaybı ve bilirubin değerleri kaydedildi. Hastalar fototerapi alan ve almayan olmak üzere iki grupta değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS Statistics 27 programı kullanılarak gerçekleştirildi. Makine öğrenmesi modelleri Python 3.14 ortamında kodlandı ve model performansı uygun sınıflandırma metrikleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada cinsiyet dağılımı dengeli olup (%46 kız, %54 erkek), hastaların %86,1'i Türk, %13,9'u yabancı uyrukluydu. Fototerapi gereksinimi oranı %12,5 (n=139) olarak saptandı. Ki-kare ve bağımsız örneklem t-testi analizlerinde; ABO uyumsuzluğu, direkt Coombs pozitifliği, beslenme tipi, enfeksiyon varlığı, kord bilirubini, taburculuk öncesi kilo kaybı ve bilirubin düzeyleri fototerapi ihtiyacı ile anlamlı ilişkili bulundu ($p < 0,05$). Veri setindeki sınıf dengesizliği nedeniyle klinik gerçekliği koruyan "class weight='balanced'" parametresi kullanıldı ve beş farklı makine öğrenmesi algoritması test edildi: Logistic Regresyon, Support Vector Machine, Random Forest, XGBoost ve Neural Network. Lojistik regresyon modeli temel karşılaştırma (baseline) amacıyla kullanıldı (AUC=0,879). Random Forest modeli en yüksek performansı ve genelleme kapasitesini gösterdi. Yüzlerce karar ağacının oy birliği ile karar vermesi sayesinde overfitting (ezberleme) riski minimize edildi. Test setinde modelin ayırt edici gücü yüksekti (AUC: 0,9457). Özgüllük %98,5, negatif öngörü değeri %96 ve duyarlılık %71,4 olarak saptandı. SSHAP analizi ile değişkenlerin modele katkısı değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada, yenidoğanlarda fototerapi gereksinimini henüz taburculuk öncesinde, hatta doğum anında kord bilirubini ile öngörebilen yüksek doğruluklu bir makine öğrenmesi modeli geliştirilmiştir. Çalışmamızın en dikkat çekici sonucu, optimize edilmiş Random Forest modelinin 0.9457 AUC değeri ile literatürdeki güncel ve geniş ölçekli çalışmalardan daha üstün bir performans sergilemesidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan Sarılığı, Fototerapi, Makine öğrenmesi, Random Forest



SS-088

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN GEÇ PRETERM BEBEKLERDE GÖZLENEN MORBİDİTELERİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Serap Ece Orhan¹, Kudret Ebru Erol¹, Serdar Cömert¹, Didem Arman¹

1 – İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

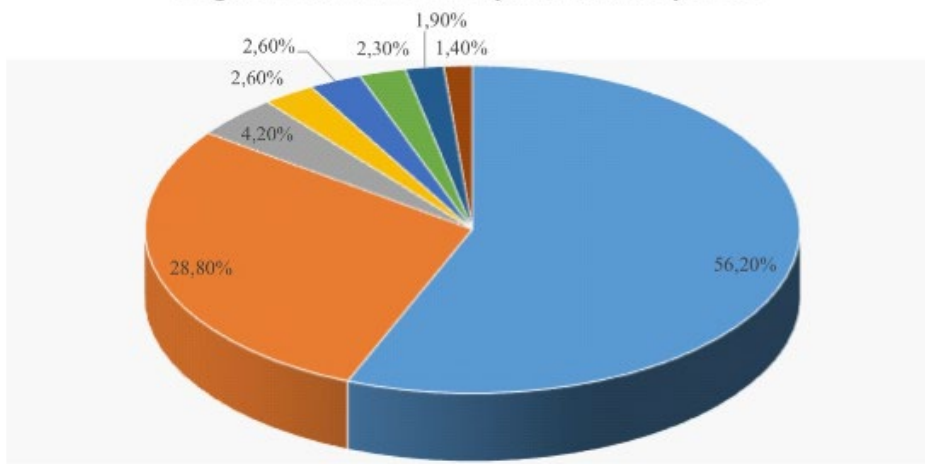
Giriş ve Amaç: Geç preterm bebekler, term bebeklere benzer görünmelerine rağmen fizyolojik immatürite nedeniyle artmış morbidite riski taşırlar. Çalışmamızda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) izlenen geç preterm bebeklerde görülen morbiditelerin ve YYBÜ yatış risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 34⁷/₇–36⁶/₇ gebelik haftasında doğmuş 427 geç preterm bebek ile aynı dönemde doğan ve YYBÜ yatışı gerekmeyen 51 geç preterm bebek dahil edildi. Olgular, gebelik haftasına göre (≤ 35 hafta ve ≥ 35 hafta) ve klinik izlem durumuna göre (YYBÜ'ye yatırılanlar ve yatış gerekmeyenler) gruplandırıldı. Gruplar, demografik ve maternal özellikler, klinik seyir ve tedavi gereksinimleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların ortalama gestasyon yaşı $35,69 \pm 0,92$ hafta olup, çalışma grubunun %55'i erkekti. ≤ 35 hafta doğan bebeklerde antenatal steroid uygulanma oranı ($p < 0,01$) ve erken membran rüptürü sıklığı ($p = 0,018$) anlamlı olarak daha yüksekti. Aynı grupta YYBÜ'ye yatış (%31,4), solunum desteği gereksinimi (%73,9), invaziv mekanik ventilasyon destek ihtiyacı (%35,1), yenidoğanın geçici taşipnesi, pnömoni sıklığı artmış bulundu. Hipotermi, hipoglisemi ve beslenme güçlüğü oranları da anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,05$). Kangazı analizlerinde ≤ 35 hafta grubunda daha düşük pH ve daha yüksek PCO_2 değerleri izlendi ($p < 0,05$). Tam enteral beslenmeye geçiş süresi bu grupta anlamlı olarak daha uzundu ($p < 0,001$). YYBÜ'de izlenen bebeklerin 1. ve 5. Dakika APGAR skorları anne yanında izlenenlere göre daha düşüktü ($p < 0,01$). Lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde, ≤ 35 hafta doğumun YYBÜ yatış riskini yaklaşık 8 kat (OR: 8,11; %95 GA: 2,17–30,21; $p = 0,002$), paritedeki artışın ise 1,9 kat artırdığı bulunmuştur (OR: 1,878; $p = 0,008$).

Yoğun bakım ünitesine yatış endikasyonları

Yoğun bakım ünitesine yatış endikasyonları



- Solunum sıkıntısı
- Sarılık
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Sepsis
- Hipoglisemi
- Patolojik tartı kaybı
- Bronşiolit
- Polisitemi



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, geç preterm bebeklerin homojen bir popülasyon olmadığını ve özellikle ≤ 35 gestasyon haftasında doğanların klinik açıdan belirgin derecede daha hassas bir alt grup oluşturduğunu göstermektedir. Bu bebeklerde YYBÜ'ne yatış oranları, solunumsal sorunlar ve beslenme ile ilişkili morbiditeler anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gestasyon yaşının YYBÜ yatışı için bağımsız bir belirleyici olarak saptanması, klinik sonuçlarda temel belirleyicilerinden birinin gebelik haftası olduğunu desteklemektedir. Özellikle 34-35. gebelik haftasında doğan bebekler doğum sonrası dönemde ayrı bir risk grubu olarak değerlendirilmeli ve daha yakın bir izlem stratejisi ile takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, geç preterm, morbidite, yenidoğan yoğun bakım, gestasyon yaşı



SS-089

RİSKLİ GEBELİKLERDEN DOĞAN YENİDOĞANLARIN SEYRİNİ ÖNGÖRÜSÜNDE AMNİYOTİK SIVIDA ENFLAMASYON VE HİPOKSİ BELİRTEÇLERİNİN ROLÜ

İpek Dokurel Çetin¹, Mine Özdi², Orkun Çetin³

1 – Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

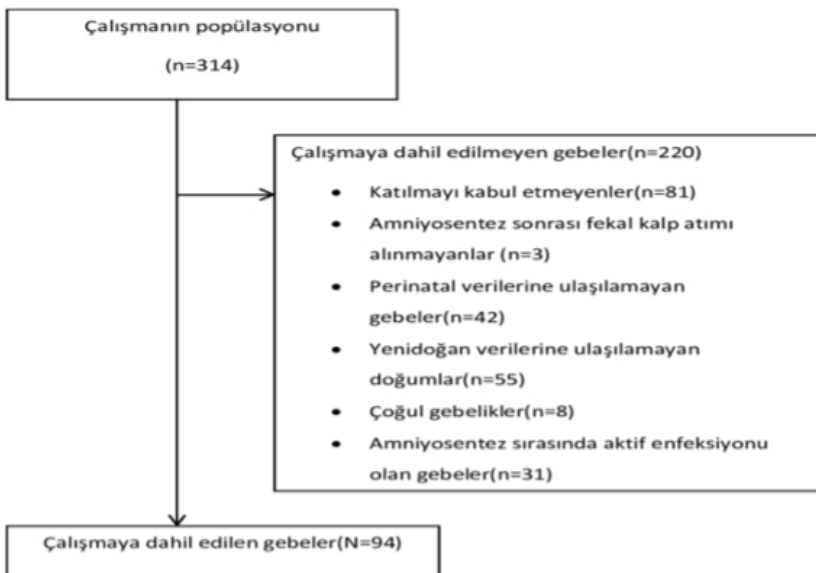
2 – Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

3 – Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: İleri anne yaşı, parental dengeli translokasyon, tekrarlayan düşük ve kromozom anomalili çocuk öyküsü, anormal maternal AFP düzeyi veya üçlü test sonucu ile öncesinde fetal anomali varlığı riskli gebelik olarak değerlendirilir ve tanısal amniyosentez endikasyonlarıdır. Amaç, riskli gebelik saptanan annelerden tanısal amaçlı alınan amniyon sıvısından HIF1alfa, TNFalfa, IL6, IL1a ve progranulin düzeylerini analiz ederek bu gebeliklerden morbidite ve mortalitesi olan yenidoğanların sonuçlarını belirlemede geçerliliğini incelemektir.

Yöntem: Tıbbi nedenlerden dolayı ikinci trimesterin başlarında amniyosentez yapılan 314 kadından amniyotik sıvı örnekleri toplanan 94 annenin gebelikleri retrospektif olarak taranmıştır. Gebelik yaşı, ilk trimesterde yapılan rutin ultrason muayenesi ile doğrulanan son adet tarihi kullanılarak belirlenmiştir. Amniyosentez için belirlenen endikasyonlar; ileri anne yaşı, tarama testlerinde yüksek risk grubunda yer alma, anormal fetal muayene bulguları, ve maternal anksiyete olarak belirlenmiştir. Gebelikler doğuma kadar takip edilerek annenin demografik verileri (yaş, gravide, parite, doğum şekli, kronik hastalık) ve yenidoğanın verileri (doğum ağırlığı, kord kan gazı, Apgar skoru) retrospektif olarak kaydedildi. Yenidoğan bebeklerin prognozuna dair ölçütler erken doğum, düşük doğum ağırlığı, düşük 1. Ve 5. dk Apgar skoru (< 7), yenidoğan ünitesine kabul ve doğum sonrası yenidoğan ölümü olarak incelenmesi planlanmıştır. Sürekli değişkenler, Mann-Whitney testi ve ANOVA ile, kategorik değişkenler ise Kruskal-Wallis testiyle analiz edilmiştir. P değeri < 0.05 olduğunda, farklılıklar, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Şekil 1

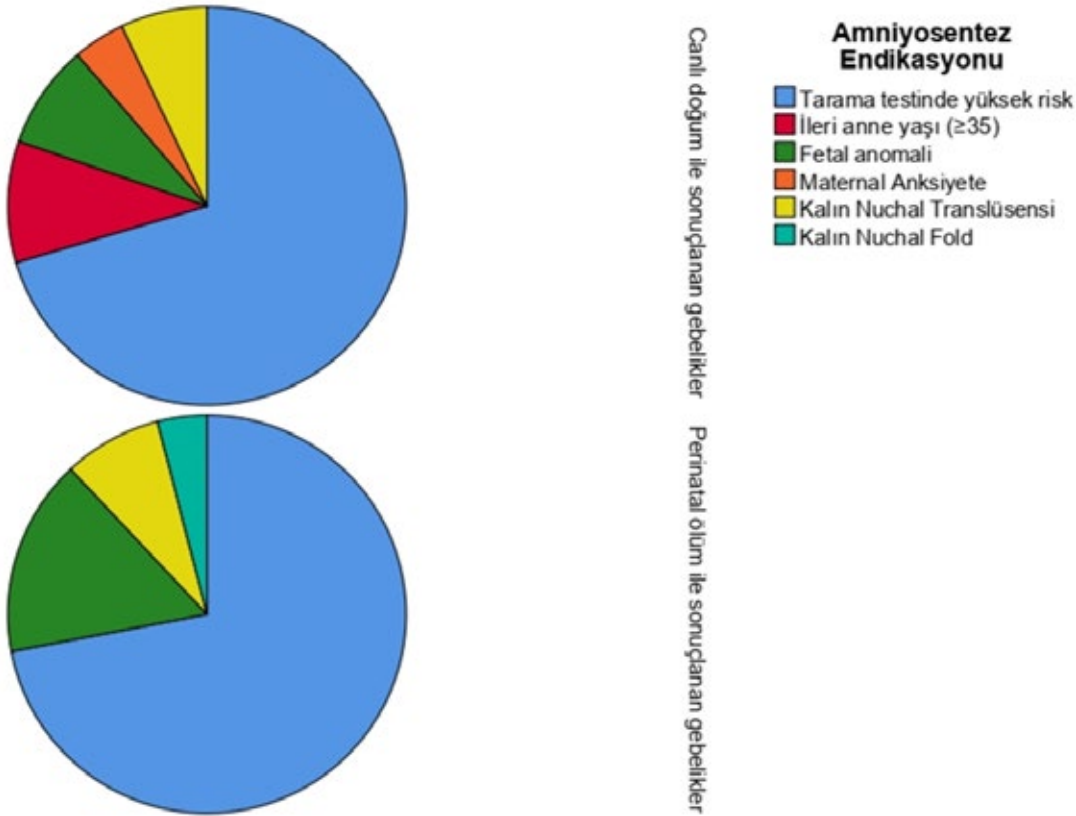


Çalışmanın akış şeması



Bulgular: Ortalama anne yaşı 32yıl (IQR: 10)yıl idi.Gebelik sırası 2(IQR:2) idi.En sık amniyosentez endikasyonu tarama testinde yüksek risk tespitiydi(%70,8).Amniyosentez uygulanma haftası 113±21.5 haftaydı. Gebeliklerin % 26'sı perinatal ölüm ile sonlanmıştı. Canlı doğum ile sonuçlanan gebelikler ile perinatal ölüm ile sonuçlanan gebelikler kıyaslandığında anne yaşı, anne kilosu ve gebelik sırası açısından fark saptanmadı.

Şekil 2



Gebelik sonuçlarına göre amniyosentez endikasyonlarının dağılımı

Tartışma ve Sonuç: HIF1alfa, inflamatuvar sitokinlerle etkileşime girerek, annenin sistemik inflamatuvar yanıtında özel bir role sahiptir.Progranülin ise doku büyümesi, yara onarımı, tümör oluşumu ve inflamatuvar yanıt dahil olmak üzere çeşitli biyolojik süreçlerde rol oynar. Çalışmamız, bu biyobelirteçlerin yenidoğanın morbiditesi ile ilişkisi saptanmasında, riskli gebelerde doğum zamanlamasının ve şeklinin planlanmasının yanı sıra yenidoğan bebeği bekleyen riskler açısından öngördürücü olabilmektedir. Bulgularımız riskli gebeliklerin amniyon sıvısına lokalize immün ve inflamasyon kaskadının mekanizmasına ışık tutabilir. Çalışmamız ile riskli gebelik olarak tanımlanmasına rağmen doğum sonrası herhangi bir sorun yaşamayan bebekler ile ciddi yenidoğan morbiditesi ile sonuçlanan riskli gebeliklerin kıyaslanmasında inflamatuvar biyobelirteçlerinin rolü kıyaslanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amniyon sıvısı, amniyosentez, HIF1alfa, progranulin, riskli gebelik



SS-090

32 GESTASYON HAFTASI ALTINDAKİ PREMATÜRELERDE İNTRAVENTRİKÜLER KANAMA GELİŞİMİ İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sezin Ünver Aktaş¹, Zeynep Alp Ünkar¹, Atalay Demirel¹, Ersin Ulu¹, Zekeriyya Mehmet Vural¹, Leyla Aliyeva¹, Ayşe Kalyoncu Uçar¹

1 – İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi

Giriş ve Amaç: İntraventrüküler kanama (IVK), özellikle < 32 gestasyon haftasında doğan prematürelerde önemli morbidite ve nörolojik sekellere yol açabilen ciddi bir komplikasyondur. Yenidoğan yoğun bakım koşullarındaki gelişmelere rağmen IVK insidansı klinik önemini korumaktadır. Bu çalışmada, < 32 gestasyon haftasında doğmuş prematüre bebeklerde IVK insidansının belirlenmesi, kanama evrelerinin dağılımının incelenmesi ve IVK gelişimi ile ilişkili risk faktörleri ile klinik olarak modifiye edilebilir etkenlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2020–Aralık 2024 tarihleri arasında Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenen ve < 32 gestasyon haftasında doğmuş 156 prematüre bebek retrospektif olarak incelendi. Kraniyal ultrasonografi ile IVK tanısı alan 57 bebek IVK grubunu, IVK saptanmayan 99 bebek kontrol grubunu oluşturdu. Demografik özellikler, perinatal veriler, klinik seyir ve laboratuvar parametreleri karşılaştırıldı. IVK evreleri Volpe sınıflamasına göre değerlendirildi.

Bulgular: IVK insidansı %36,5 olarak saptandı. IVK evre dağılımı; %38,6 Evre I, %17,5 Evre II, %29,8 Evre III ve %14,0 Evre IV şeklindeydi. IVK gelişen bebeklerde ortalama gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,001$; $p < 0,01$). Çoğul gebelik, doğumda resüsitasyon gereksinimi, uzamış mekanik ventilasyon, erken neonatal sepsis, yaşamın ilk haftasında kan transfüzyonu ve inotrop kullanımı IVK ile anlamlı ilişkili bulundu. Ağır IVK (Evre III–IV) gelişen bebeklerde gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı daha düşük olup, ventriküler dilatasyon ve cerrahi girişim gereksinimi daha yüksek oranda izlendi.

Tartışma ve Sonuç: Düşük gestasyon yaşı, düşük doğum ağırlığı, hemodinamik instabilite, sepsis ve erken dönem kan transfüzyonu gereksinimi IVK gelişimi ile ilişkili başlıca faktörlerdir. Bu nedenle yüksek riskli prematürelerde hemodinamik stabilitenin sağlanması, enfeksiyonların erken ve etkin yönetimi ile dikkatli transfüzyon uygulamaları IVK insidansının azaltılmasında önem taşımaktadır. Bu bulgular, IVK açısından riskli hasta grubunun erken dönemde tanınmasının ve yakın izlem stratejilerinin klinik sonuçları iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanama, Prematürite, İntraventrüküler, Yenidoğan, Germinal matriks, Yoğunbakım



SS-091

TRANSİENT TAKİPNE TANILI YENİDOĞANLARDA ANTİBİYOTİK SÜRESİNİN KLİNİK ŞİDDET VE YOĞUN BAKIM YATIŞ SÜRESİ İLE İLİŞKİSİ: STRATİFİYE TEK MERKEZ ANALİZİ

Melisa Gürbüz¹, Leyla Aliyeva¹, Ersin Ulu¹, Atalay Demirel¹, Zeynep Alp Ünkar¹, Mehmet Vural¹

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş ve Amaç: Transient takipne (TTN), genellikle kendini sınırlayan ve kısa sürede gerileyen bir yenidoğan solunum sıkıntısı nedenidir. Ancak klinik pratikte TTN tanılı olgulara ampirik antibiyotik tedavisi sıklıkla başlanmakta ve tedavi süreleri değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada TTN tanılı yenidoğanlarda antibiyotik süresinin klinik şiddet göstergeleri, inflamatuvar belirteçler ve yoğun bakım yatış süresi ile ilişkisi değerlendirildi.

Yöntem: Ocak 2023–Ocak 2026 tarihleri arasında yenidoğan yoğun bakım ünitesine TTN tanısı ile yatırılan 90 hasta geriye dönük olarak incelendi. Antibiyotik süresi net belirlenebilen 87 hasta analizlere dahil edildi. Hastalar üç gruba ayrıldı: 1. Antibiyotik almayanlar (n=34) 2. < 7 gün antibiyotik alanlar (n=25) 3. ≥7 gün antibiyotik alanlar (n=28) Demografik veriler, maksimum solunum desteği düzeyi (NIPPV/entübasyon ileri destek olarak tanımlandı), ilk CRP ve prokalsitonin (PCT) değerleri ile YYBÜ yatış süresi kaydedildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik veya non-parametrik testler kullanıldı. Taburculuk tanısında sepsis eşlik eden olgular (n=18) ayrı analiz edilerek stratifiye değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Gruplar arasında gebelik haftası ve doğum ağırlığı açısından anlamlı fark saptanmadı. YDYBÜ yatış süresi ≥7 gün antibiyotik alanlarda belirgin olarak daha uzundu (medyan 10 gün) ve diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksekti. İlk CRP ve PCT değerleri gruplar arasında farklılık gösterdi; ≥7 gün antibiyotik alan grupta antibiyotik almayanlara göre daha yüksek bulundu. Ancak < 7 gün antibiyotik alanlar ve ≥7 gün antibiyotik alanlar arasında anlamlı fark izlenmedi. İleri solunum desteği gereksinimi oranları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Stratifiye analizde, sepsis eşlik eden 18 hastanın tamamının antibiyotik aldığı ve büyük çoğunluğunun ≥7 gün tedavi aldığı görüldü. Buna karşılık sepsis eşlik etmeyen TTN olgularında, ≥7 gün antibiyotik kullanımı daha uzun YDYBÜ yatışı ile ilişkili olmasına rağmen, klinik şiddet göstergeleri ve biyobelirteçlerde anlamlı farklılık saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Bu üç yıllık analiz, TTN tanılı yenidoğanlarda antibiyotik süresinin klinik şiddet göstergeleri ile güçlü ve tutarlı bir korelasyon göstermediğini ortaya koymuştur. İleri solunum desteği gereksinimi antibiyotik süresini açıklamazken, ≥7 gün tedavi daha çok eşlik eden enfeksiyon tanıları ve uzamış yatış süresi ile ilişkilidir. Bu bulgular, TTN’de antibiyotik kararlarının rutin yaklaşımlar yerine objektif klinik kriterler ve biyobelirteçler doğrultusunda yeniden yapılandırılması gerektiğini düşündürmektedir. Daha seçici ve kanıta dayalı antibiyotik kullanımı, gereksiz tedavi maruziyetini azaltarak yenidoğan yoğun bakım pratiğinde hasta güvenliğini artırıp sağlık kaynaklarının etkin kullanımı ile daha sürdürülebilir hale getirebilir.

Anahtar Kelimeler: Transient Takipne, Yenidoğan, Sepsis, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Antibiyotik



SS-092

ÇOCUKLARDA ROTAVİRÜS GASTROENTERİTİNDE SİLİKA BAZLI ENTEROSORBENT KULLANIMININ DİYARE SÜRESİNE ETKİSİ: ÇOK MERKEZLİ, MULTİSENTRİK, İKİ GRUP KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Vefik Arıca¹, Eren Güzeloğlu¹, Taner Adıgüzel², **Letisya Anna Polatoğlu¹**, Aysun Boğa³, Tolga Köle⁴, Ali Rıza Akgün⁵, Sevilay Kök¹, Hüseyin Dağ¹, Emine Gözde Yıldız Öz drama¹, Şirin Güven³

- 1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
- 2 – Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
- 3 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
- 4 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
- 5 – Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, rotavirüs antijen testi pozitif akut gastroenteritli 2–14 yaş çocuklarda ayaktan standart tedaviye Kolloidal Silisyum Dioksit eklenmesinin klinik seyir üzerine etkisini değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Rotavirüs pozitif ayaktan izlenen çocuklarda iki gruplu karşılaştırmalı analiz yapıldı (Standart tedavi: sıvı + çinko + probiyotik; Standart+ Kolloidal Silisyum Dioksit. Çalışma toplam 5 ayrı hastanede standart tedavi verilen 150 ve standart tedaviye ek olarak Kolloidal Silisyum Dioksit kullanan 150 Rotavirüs tanılı çocuk dahil edildi. Çalışmamız çok merkezli, multisentrik ve iki grup karşılaştırmalı olarak planlandı. Çalışma Takip penceresi Gün 0–7 idi. Primer sonlanım ishalin düzelmesine kadar geçen süre olarak tanımlandı (ilk kez dışkı sayısı ≤ 3 /gün ve Bristol ≤ 5 sağlanması). İkincil sonlanımlar toplam dışkı sayısı, dışkı tipi, dışkı kıvamı, ateş seyri, hastaneye başvuru, okul ve işgücü kaybı ve ürün güvenliği idi. Sürekli değişkenlerde uygun parametrik/parametrik olmayan testler; ikili değişkenlerde Fisher kesin testi; ishal düzelme için Kaplan-Meier ve log-rank testi kullanıldı ($p < 0,05$).

Bulgular: Toplam 300 çocuk (Standart $n=150$; Standart+ Kolloidal Silisyum Dioksit $n=150$) analiz edildi. Yaş ortalaması her iki grupta 6,6 yıl idi. İshal düzelme süresi Standart grupta 7,0 (6,0–8,0) gün iken Kolloidal Silisyum Dioksit grubunda 2,0 (1,0–2,0) gün bulundu (log-rank $p = < 0,001$); 7. gün sonunda düzelme oranı sırasıyla %60,0 (90/150) ve %100,0 (150/150) idi. 0–7 gün dışkı yükü Kolloidal Silisyum Dioksit grubunda daha düşüktü ($p < 0,001$). Ateşli gün sayısı ve son lapa/sulu dışkı günü Kolloidal Silisyum Dioksit grubunda anlamlı olarak daha kısa bulundu ($p < 0,001$). İV sıvı ihtiyacı ve tekrar başvuru oranları Kolloidal Silisyum Dioksit grubunda daha düşüktü.

Tartışma ve Sonuç: Rotavirüs pozitif ayaktan çocuklarda standart tedaviye Kolloidal Silisyum Dioksit eklenmesi semptom yükünü ve sağlık hizmeti kullanımını azaltmış, klinik iyileşmeyi hızlandırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Rotavirüs; akut gastroenterit; çocuk; enterosorbent; kolloidal silisyum dioksit



SS-093

AKUT BRONŞİOLİT OLGULARINDA UYGUNSUZ ADH SENDROMU GELİŞİM SIKLIĞI

Nilay Lemay¹, Fatih Durak², Hacer Örsdemir Hortu¹, Gamze Gökalp³, Emel Berksoy⁴, İnanç Karakoyun⁵, Ali Kanık¹

- 1 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- 2 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Yoğunbakım
- 3 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Acil
- 4 – İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil
- 5 – İzmir Şehir Hastanesi Tıbbi Biyokimya

Giriş ve Amaç: Akut bronşiolit süt çocukluğu döneminde sık hastane yatışına neden olan ve klinik seyri değişken bir hastalıktır. Akut bronşiolit sırasında gelişen hiponatreminin önemli bir bölümünün uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (SIADH) ile ilişkili olabileceği düşünülmekle birlikte, bu birlikteliği tüm tanı kriterleriyle değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada, orta ve ağır şiddetli akut bronşiolit tanısı ile hastaneye yatırılan çocuklarda SIADH gelişim sıklığının belirlenmesi ve SIADH'nin klinik özellikler, akut bronşiolit şiddeti ve hastanede yatış süresi ile ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışma Aralık 2023–Aralık 2025 tarihleri arasında İzmir Şehir Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmaya 1–24 ay arası, normovolemik ve klinik olarak akut bronşiolit tanısı alan hastalar dahil edildi. SIADH tanısı; serum sodyum düzeyinin < 135 mEq/L, serum osmolalitesinin < 280 mOsm/kg, idrar sodyumunun > 40 mEq/L ve idrar osmolalitesinin > 100 mOsm/kg olması ile birlikte hipovolemi bulgularının bulunmaması kriterleri birlikte değerlendirilerek konuldu. Klinik özellikler, laboratuvar parametreleri, solunum viral panel sonuçları, radyolojik bulgular ve hastanede yatış süresi kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 368 orta ve ağır şiddetli akut bronşiolit olgusu dahil edildi. Olguların ortalanca yaşı 6 ay (IQR: 3–11) olup %68,5'i ağır şiddetli akut bronşiolit tanısı aldı. Hiponatremi sıklığı %17,9, SIADH gelişim sıklığı %13,3 olarak saptandı; hiponatremik olguların %74,2'si SIADH tanı kriterlerini karşıladı. SIADH gelişimi; beslenmede azalma ($p < 0,001$), düşük oksijen saturasyonu ($p < 0,001$), yoğun bakım yatışı ($p < 0,001$), atelectazi varlığı ($p=0,030$) ve ağır şiddetli akut bronşiolit ($p=0,014$) ile anlamlı ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizde ağır şiddetli akut bronşiolit, SIADH gelişimi için bağımsız bir belirleyici olarak saptandı (OR: 2,59; %95 GA: 1,15–5,81; $p=0,021$). Ayrıca hiponatremi ve SIADH varlığı, uzamış hastanede yatış süresi ile ilişkili bulundu (sırasıyla $p=0,007$ ve $p=0,046$).

Tartışma ve Sonuç: Akut bronşiolit olgularında SIADH gelişimi azımsanmayacak sıklıkta olup, hastalığın klinik şiddeti ile yakından ilişkilidir. Bulgularımız, orta ve ağır şiddetli akut bronşiolit olgularında hiponatreminin klinik seyri ve yatış süresini etkileyebilen önemli bir komplikasyon olduğunu ve SIADH'nin erken tanınarak sıvı-elektrolit yönetiminin dikkatle yapılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut bronşiolit, hiponatremi, hastalık şiddeti, SIADH



SS-094

HASTANEYE ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU NEDENİYLE YATIRILAN PEDIATRİK OLGULARDA SOLUNUM VİRAL PANEL BULGULARININ KLİNİK VE LABORATUVAR PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

Hacer Örsdemir Hortu¹, Nilay Lemay¹, İlkay Yurtseven¹, Özlem İnce Bağ¹, Ali Kanık¹

1 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Alt solunum yolu enfeksiyonları, pediatrik yaş grubunda hastaneye yatışların önemli nedenlerinden biri olup, etiolojide viral ajanlar ön planda yer almaktadır. Bu çalışmada, bir yıllık süre içerisinde alt solunum yolu enfeksiyonu ön tanısı ile hastaneye yatırılarak solunum viral panel (SVP) testi uygulanan pediatrik hastalarda saptanan viral etkenlerin klinik özellikler ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: 01.09.2024–01.09.2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yatırılan ve SVP testi yapılan 1 ay–18 yaş arası hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, SVP sonuçları, hastanede yatış süresi, yoğun bakım gereksinimi, oksijen desteği ihtiyacı ve laboratuvar bulguları (CRP, lökosit, mutlak nötrofil ve lenfosit sayıları, trombosit, AST, ALT) kaydedildi. Viral etken türleri ile klinik tablo ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya ortalanca yaşı 12,5 ay (IQR: 5–28 ay) olan ve 182'si (%58) erkek olmak üzere toplam 314 hasta dahil edildi. Hastaların 176'sı (%56,1) akut bronşiolit, 138'i (%43,9) bronşiolit dışı akut alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldı. Olguların %57,3'ünde en az bir viral etken saptandı. Çalışmamızda en sık tespit edilen etken Rhinovirüs (n=83, %26,4) olup, bunu RSV ve influenza A izledi. Rhinovirüs pozitif olgularda oksijen ihtiyacı anlamlı derece yüksek saptandı (p= 0.012) ancak yoğun bakım gereksinimi açısından fark izlenmedi. RSV pozitif olgularda AST ve mutlak lenfosit sayısı anlamlı derecede yüksek; lökosit ve mutlak nötrofil sayısı anlamlı derecede düşük bulundu (sırasıyla p=0,004; p < 0,001; p=0,013; p < 0,001). İnfluenza pozitif hastalarda ise lökosit ve trombosit değerleri anlamlı derecede düşük, prokalsitonin düzeyleri anlamlı derecede yüksek saptandı (sırasıyla p=0,018; p=0,011; p=0,044).

Tartışma ve Sonuç: Solunum viral panel testleri, pediatrik hastalarda viral etkenlerin hızlı ve güvenilir biçimde saptanmasına olanak sağlayarak, hastalık şiddetinin öngörülmesinde ve klinik yönetim kararlarının desteklenmesinde potansiyel olarak anlamlı katkı sunabilir. Özellikle RSV ve influenza gibi bazı viral etkenlerin daha ağır klinik seyirle ilişkili olabileceğine dair bulgular, bu testlerin tanısal süreçlerde kullanımının klinik açıdan değerli olabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, etkenin erken dönemde viral olarak ortaya konması, uygun hasta grubunda antibiyotik başlanma kararının yeniden değerlendirilmesine imkân tanıyabilir ve böylece gereksiz antibiyotik kullanımının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Solunum Viral Panel, Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, RSV, İnfluenza, Akut Bronşiolit



SS-095

PEDİATRİ HEKİMLERİNİN HASTA VE HEKİM HAKLARI HAKKINDA FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Alptuğ Güngör¹, Kaan Çelebier², Halil İbrahim Yakut²

1 – Gerze Şehit Dr. Sena Sakin Devlet Hastanesi

2 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, pediatri hekimlerinin hasta ve hekim hakları konusundaki farkındalık düzeylerini saptamak ve bu farkındalığın mesleki tecrübe, akademik unvan ve eğitim durumu ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, 01.12.2025-01.02.2026 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılan 211 pediatri hekimi (158 asistan, 53 öğretim üyesi) çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen; hasta haklarına yönelik 10 ve hekim haklarına yönelik 10 olmak üzere toplam 20 maddeden oluşan farkındalık testi ile toplanmıştır. Puanlamada her doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan olarak değerlendirilmiş; toplam farkındalık puanı 0-20 aralığında hesaplanmıştır. İstatistiksel analizlerde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve değişkenlerin bağımsız etkilerini belirlemek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %74,9'u asistan, %25,1'i öğretim üyesidir (Tablo 1). Öğretim üyelerinin farkındalık puanları ($16,32 \pm 2,49$), asistan hekimlerden ($14,56 \pm 3,05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$; Tablo 2). Hasta ve hekim hakları konusunda daha önce eğitim alan hekimlerin puanları ($16,59 \pm 2,59$), eğitim almayanlara ($14,12 \pm 2,88$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek seyretmiştir ($p < 0,001$; Tablo 2). Mesleki tecrübe süresi arttıkça farkındalık puanlarının yükseldiği, özellikle 15 yıl üzeri tecrübeye sahip hekimlerin ($16,35 \pm 2,62$) diğer gruplardan anlamlı şekilde ayrıştığı görülmüştür ($p = 0,001$; Tablo 3). Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda, eğitim almanın farkındalık puanını unvan ve kıdemden bağımsız olarak 2,23 birim artırdığı saptanmıştır ($\beta = 2,23$; %95 GA: 1,39-3,08; $p < 0,001$; Tablo 4). Mesleki kıdem ve eğitim kontrol edildiğinde, öğretim üyesi olmanın farkındalık puanı üzerindeki bağımsız etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,965$; Tablo 4). Ayrıca, 5-10 yıl kıdeme sahip olmanın mesleğe yeni başlayanlara göre farkındalık puanını 1,66 birim artırdığı belirlenmiştir ($\beta = 1,66$; %95 GA: 0,34-2,99; $p = 0,014$; Tablo 4).



Tablo 1. Demografik Özellikler

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleki Kıdem	0-1 yıl	35	16.6
	1-5 yıl	87	41.2
	5-10 yıl	32	15.2
	10-15 yıl	11	5.2
	>15 yıl	46	21.8
Akademik Unvan	Asistan	158	74.9
	Doçent	46	21.8
	Profesör	7	3.3
Eğitim Alma Durumu	Hayır	136	64.5
	Evet	75	35.5
Beyaz Kod Deneyimi	Hayır	155	73.5
	Evet	56	26.5
Şikayet Edilme Deneyimi	Hayır	127	60.2
	Evet	84	39.8
İdari Görev Deneyimi	Hayır	186	88.2
	Evet	25	11.8
Malpraktis Davası Deneyimi	Hayır	203	96.2
	Evet	8	3.8

Tablo 2. Kategorilere göre Hekim ve Hasta Hakları Farkındalık Puanları Karşılaştırması

Değişken	Kategori	n	Puan Ortalaması ± SS	p-değeri
Unvan	Asistan	158	14.56±3.05	<0.001 ¹
	Doç./Prof.	53	16.32±2.49	
Eğitim	Evet	75	16.59±2.59	<0.001 ¹
	Hayır	136	14.12±2.88	
Mesleki Kıdem		211	(Gruplar arası fark için bkz. Tablo 3)	<0.001 ²
1- Bağımsız Örneklem T-Testi 2- One Way ANOVA				



Tablo 3. Meslekteki Tecrübeye Göre Hasta ve Hekim Hakları Farkındalık Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Ortalama $\pm$ SS	p-değeri
Mesleki Tecrübe	0-1 yıl	35	13.77 $\pm$ 3.38 ^a	0.001 ¹
	1-5 yıl	87	14.59 $\pm$ 2.87 ^a	
	5-10 yıl	32	15.22 $\pm$ 2.84 ^b	
	10-15 yıl	11	15.91 $\pm$ 3.11 ^b	
	> 15 yıl	46	16.35 $\pm$ 2.62 ^c	

1- Tukey post-hoc

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları mesleki tecrübeye göre farkındalık puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Yapılan post-hoc testine göre, farklı üst simge harfleri taşıyan gruplar birbirinden anlamlı derecede farklıdır. Buna göre, mesleğinin ilk 5 yılındaki hekimlerin (a) farkındalık puanları, 15 yıl üzeri tecrübeye sahip hekimlerden (c) anlamlı derecede düşüktür. Orta tecrübeli gruplar (b) ise mesleğinin ilk 5 yılındaki hekimlerden daha fazla puana sahipken (a), 15 yıl üzeri tecrübeye sahip hekimlerden (c) daha düşük puana sahiptir.

Tablo 4. Farkındalık Puanını Etkileyen Bağımsız Faktörlerin Analizi

Değişken	Katsayı (β)	Standart Hata	t değeri	p-değeri
Referans*	13.133	481	27.281	< 0.001 ¹
Eğitim (Evet)	2.235	432	5.177	< 0.001 ¹
Öğretim Üyesi Olma (Doç/Prof)	-76	1.731	-44	0.965 ¹
Kıdem (1-5 yıl)	888	551	1.611	0.109 ¹
Kıdem (5-10 yıl)	1.667	675	2.471	0.014 ¹
Kıdem (10-15 yıl)	1.808	1.453	1.245	0.215 ¹
Kıdem (>15 yıl)	1.736	1.833	947	0.345 ¹

*Referans: Asistan hekim, 0-1 yıl, Hasta ve hekim hakları konusunda eğitim almamış grup

1- Çok Değişkenli Regresyon Analizi

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda hasta ve hekim hakları hakkındaki farkındalığı belirleyen temel unsurun akademik unvandan ziyade eğitim olduğu saptanmıştır. Özellikle asistan hekimlerin farkındalık düzeylerini artırmak amacıyla, uzmanlık eğitiminin erken dönemlerinde hasta ve hekim hakları hakkında eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, Hasta Hakları, Hekim Hakları, Tıp Eğitimi



SS-096

ÇOCUK PALYATİF SERVİS VE EVDE BAKIMDA TAKİP EDİLEN OLGULARIN AŞILANMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Çelikkıran¹, Nilgün Harputluoğlu¹, Tanju Çelik¹

1 – SBÜ İTF Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ciddi kronik sorunları nedeniyle çocuk palyatif servis ve evde bakım birimlerince izlenen çocuklarda, rutin ve özel aşılanma oranları ile aşı eksikliğinin sıklığını ve nedenlerini saptamak; bu hassas grupta bağışıklamanın enfeksiyon kaynaklı morbidite ve mortaliteyi önlemedeki kritik önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2019 - Aralık 2021 tarihleri arasında SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH bünyesinde takip edilen 250 olgu dahil edilmiştir. Olguların verileri; Sağlık Bakanlığı aşı takip sistemi, hasta dosyaları ve ailelerle yapılan anketler aracılığıyla toplanmıştır. Ayrıca 90 olguda ELİSA yöntemiyle B.Pertusis IgG antikor düzeyleri incelenmiş; sonuçlar NovaTec Test Unit (NTU) birimine çevrilerek yorumlanmıştır (< 9 sonuçlar negatif, 9-11 sınırdaki değer, > 11 pozitif). Tanımlayıcı durumlarının değerlendirilmesinde frekans analizi, bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $7,8 \pm 4,9$ yıl olup, en sık görülen kronik hastalık grubu %61,6 (n=154) ile nörolojik hastalıklardır; bunu %15,2 ile metabolik/sendromik hastalıklar takip etmektedir. Olguların %86'sı (n=215) tam aşı, %14'ü (n=35) eksik aşıdır. Eksik aşı grubunda en sık atlanan aşılarda Suçiçeği ve Hepatit A olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe (özellikle 12. ay ve sonrası) aşı takviminden sapmalar artmaktadır. Aşıların yapılamama nedenleri incelendiğinde, %62,8 oranında sağlık sistemi kaynaklı (bilgilendirme eksikliği, yönlendirme yapılmaması, takip yetersizliği) durumlar tespit edilmiştir. %25,7 oranında ise aile bakımında takipsizlik ilişkili sebepler saptanmıştır. %11,4 oranında ise aşı reddi sebebi ile eksiklik saptanmıştır. Özel aşılanma oranı sadece %8 düzeyinde kalırken, bu durumun temel nedeni %93,6 oranında hekim tarafından bilgilendirme yapılmamasıdır. Boğmaca antikor düzeyi bakılanların %67'sinde koruyuculuk saptanmamıştır. Aşılarını sağlık ocaklarında yaptıranların tam aşı olma olasılığı, hastanelerde yaptıranlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Kronik hastalığı olan çocuklarda mükerrer yatışları ve mortaliteyi önlemek için tam bağışıklama hayati önemdedir. Çalışmamız, bu gruptaki eksik aşılanmanın büyük oranda sağlık sistemi kaynaklı rehberlik eksikliğinden ve hastane yatışları sırasında kaçırılan "fırsatlardan" kaynaklandığını göstermektedir. Eksik aşılanma oranlarını azaltmak için evde sağlık birimleri, aile hekimliği ve takip merkezleri arasında koordinasyon güçlendirilmeli; her hastane başvurusu bir aşı sorgulama fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca boğmaca gibi bağışıklığın zamanla azaldığı etkenler için hastalar ve bakım verenlere rapel dozlar önerilmesi morbidite ve mortalite noktasında bir önlem olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşılanma, Palyatif Bakım, Kronik Hastalık, Boğmaca



SS-097

PREMATÜRE RETİNOPATİSİNDE HEKİMLERİN HUKUKİ BİLGİ VE FARKINDALIĞI: PEDIATRİ VE OFTALMOLOJİ UZMANLARI ARASINDA KESİTSEL ANKET ÇALIŞMASI

Nevin Cambaz Kurt¹, Yakup Gökhan Doğramacı²

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

2 – Nevvar Salih İsgoren Hastanesi

Background

Artificial intelligence (AI) is increasingly entering clinical practice, yet safe implementation requires clinicians to possess adequate readiness. In pediatrics, this is particularly complex due to developmental variability, caregiver-mediated decision-making, limited pediatric datasets, and heightened ethical concerns. Evidence on AI readiness among practicing pediatricians remains limited. This study evaluated perceived AI readiness among pediatricians in Türkiye and examined associated demographic, professional, experiential, and training-related factors.

Methods

This cross-sectional, web-based survey was conducted between September 30 and November 27, 2025, to evaluate artificial intelligence readiness and related educational priorities among practicing pediatricians in Türkiye. A total of 485 practicing pediatricians were recruited through digital professional platforms. AI readiness was assessed using the Medical Artificial Intelligence Readiness Scale for Medical Students (MAIRS-MS). Total scores were analyzed as a continuous outcome, and multiple linear regression was performed to identify associated factors.

Results

The mean MAIRS-MS total score was 67.9 ± 15.8 out of 110, modestly above the theoretical midpoint. Per-item scores were highest in the ability and ethics domains and lowest in cognition. Only 6.4% of participants had received formal AI training, while 93.2% expressed willingness to participate. In multivariable analysis, frequency of AI use was the strongest correlate of readiness; physicians who never used AI had substantially lower scores than those using AI several times per week. The adjusted R^2 of the model was 0.090.

Conclusions

Pediatricians in Türkiye demonstrated perceived AI readiness scores modestly above the theoretical midpoint, with a notable imbalance between higher perceived ability and ethical awareness and lower cognition-related readiness. Despite strong motivation, formal AI training remains scarce. These findings support the development of structured, competency-based AI education programs emphasizing conceptual literacy and pediatric-specific applications. Longitudinal and interventional studies are needed to evaluate the effectiveness of such programs.



SS-098

PEDIATRİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ TERCİHLERİNDEN MEMNUN MU?

Adem Aydın¹, Özlem Üzüm², Özgür Kasapçopur³, Sabahattin Ertuğrul⁴, Ayhan Dağdemir⁵, Filiz Tütüncüler⁶, Rıza Dinçer Yıldızdaş⁷, Tayfun Uçar⁸, Elif Ünver Korğalı⁹, Alper Köker¹⁰, Can Balkan¹¹, Ayben Leblebici¹², Hasan Çetin¹³, Emine Yurdakul¹⁴, Ayşegül Bükülmez¹⁵, Bumin Nuri Dünder¹⁶, Nihal Olgaç Dünder¹⁷, Vefik Arıca¹⁸, Murat Tutanc¹⁹, Nilüfer Okur²⁰, Özge Eren Korkmaz²¹, Belgin Ünal²¹

- 1 – Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri, İzmir, Türkiye
- 2 – Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
- 3 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi, İstanbul, Türkiye
- 4 – Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji, Diyarbakır, Türkiye
- 5 – Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Samsun, Türkiye
- 6 – Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi, Edirne, Türkiye
- 7 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım, Adana, Türkiye
- 8 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi, Ankara, Türkiye
- 9 – Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
- 10 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım, Antalya, Türkiye
- 11 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, İzmir, Türkiye
- 12 – Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, İzmir
- 13 – Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji, Isparta, İzmir
- 14 – Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ordu, Türkiye
- 15 – Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenterolojisi, Afyonkarahisar, Türkiye
- 16 – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir Türkiye
- 17 – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi, İzmir Türkiye
- 18 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
- 19 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
- 20 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji, Diyarbakır, Türkiye
- 21 – Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye’de çocuk sağlığı ve hastalıkları tıpta uzmanlık öğrencilerine pediatri konusundaki yaklaşımlarını sorarak, memnuniyet ölçekleri üzerinden uzmanlık eğitimi tercihlerini etkileyen değişkenlerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kasım 2025-Ocak 2026 tarihleri arasında, 18 farklı hastanede görev yapan 391 uzmanlık öğrencisine Google anket üzerinden; olgu raporu, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Bölüm Değerlendirme Ölçeği (Alt ölçekler: eğitim, iletişim, bilimsel faaliyetler, ölçme değerlendirme) ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurum Değerlendirme Ölçeği (Alt ölçekler: ortam-iliskiler, sosyal ortamlar, eğitim ortamı) uygulandı.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Bulgular: Katılımcıların %66,8'i kadın, yaş ortalaması $29,2 \pm 3,4$, asistanlık süresi $28,2 \pm 16,8$ aydı. Asistanların %66,8'i pediatri seçiminden memnun olduğunu belirtirken, %49,6'sı sınava tekrar girse aynı branşı seçeceğini ifade etti. Pediatri seçme sebeplerinde %47,8'i erişkin hasta yerine çocuk hasta ile ilgilenmenin daha iyi olduğunu belirtti ancak %10,2'si sadece puanı yetmesi sebebiyle seçtiğini iletti. Asistan hekimlerin %71,6'sı uzmanlık sonrası bir yan dal seçmeyi düşünürken, en fazla tercih edilen yan dal çocuk alerjisiydi (%12). Katılımcıların %75,4'ü eğitim süreçlerinin bir döneminde istifa etmeyi düşündüklerini belirtti. Asistanlık sürecinde gördükleri problemlerden ilk sırada nöbet sayısı ve yoğunluğu (%51,4), ikinci sırada ise maaşın yetersiz olması (%18,2) yer aldı. Ölçek puanları değerlendirildiğinde kadın, erkek arasında ve tekrar sınava girse pediatri tercih edecek/etmeyecek hekimler arasında fark saptanmadı. Asistanlık süresi 24 ayın altında olan grupta kurumsal sosyal imkanlar ve bölüm bilimsel faaliyet ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Asistanlık süreçlerinden memnun olmadığını belirtenlerin kurum sosyal imkanlar ve kurum eğitim ortamı ölçek puanları memnun olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksekti. İstifa etmeyi düşünmüş olan asistanların kurum eğitim ortamı, bölüm eğitim, bölüm iletişim ve bölüm ölçme değerlendirme ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Sonuç olarak hekimler ilk yıllarında daha yüksek memnuniyet ile gelse de, yıllar içerisinde memnuniyetlerinin azaldığı, istifa sürecine girseler de kalmaya karar verdiklerinde memnuniyet süreçlerinin arttığı görüldü. Hekimlerin önerileri sorulduğunda isteyerek geldikleri asistanlık sürecinde iş yükünün azaltılarak, eğitim saatlerinin artırılması ve maaş düzenlemelerinin yapılması yönünde idi. Ardından gelen öneri ise hekime olan şiddet yaklaşımlarının önüne geçilmesi idi.

Tartışma ve Sonuç: Uzmanlık eğitiminin sürdürülebilir olması için iş yükünün azaltılması, çalışma ortamlarının fiziksel olarak iyileştirilmesi, maaş düzenlemeleri ve hekimlik değerinin korunması gerekmektedir. Uzman hekimlere düşen temel görev, bu zorlu süreçte asistanların yanında yer alarak mesleki hayallerinden vazgeçmemelerini sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Asistan, çocuk, hekim, memnuniyet



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

POSTER
BİLDİRİLER



PS-001

HİPOHİDROTİK EKTODERMAL DİSPLAZİDE PARŞİYEL DİSHARMONİK PUBERTE: MEME GELİŞİM GERİLİĞİ İLE BAŞVURAN BİR OLGU

Mert Hatipoğlu¹, Nazan Kaymaz¹

1 – Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hipohidrotik ektodermal displazi(HED), saç, diş ve ter bezleri gibi ektoderm kökenli yapıların gelişim bozukluğu ile karakterize, en sık görülen ektodermal displazi tipidir. Bu olgu sunumunda, klasik triadı oluşturan hipotrikoz, hipodonti ve anhidroza ek olarak, ektoderm kökenli diğer doku ve organların etkilenebileceği; özellikle pubertal meme gelişiminde yetersizlik görülebileceği vurgulanmıştır.

Olgu Sunumu: On dört yaşında kız hasta, menarş gerçekleşmiş olmasına rağmen meme gelişiminin olmaması nedeniyle ergen sağlığı polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, boyu 159cm(50p), kilosu 41kg(10p), vücut kitle indeksi 16,2 kg/m²(7p) olup ideal ağırlık yüzdesi %84 idi. Saçları ince ve seyrek olup mandibular kesici dişleri yoktu, mevcut dişler konik yapıdaydı ve kserostomisi mevcuttu. Pubertal değerlendirmede meme gelişimi Tanner evre-2(hipoplastik), pubik kıllanma Tanner evre-3 olarak saptandı; aksiller kıllanmanın ise belirgin derecede seyrek olduğu gözlemlendi. Menarşı 12,5 yaşında gerçekleşmiş olup başvuru sırasında jinekolojik yaşı yaklaşık 1,5 yıl idi. Hastanın ayda bir düzenli adet gördüğü ve adetlerinin yaklaşık 5gün sürdüğü öğrenildi. Laboratuvar incelemesinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile serum IgA düzeyi, doku transglutaminaz IgA ve antigliadin IgA sonuçları normal sınırlarda saptandı; ayrıca vitamin B12, folik asit ve D-vitamini düzeyleri normal bulundu. Meme ultrasonografisinde bilateral olarak retroareolar bölgede fibroglandüler dokunun belirgin derecede azalmış olduğu saptanmış ve bulgular glandüler hipoplazi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Hormon profili ve pelvik ultrasonografi bulguları hipotalamo-hipofizer-gonadal aksın aktif olduğunu ve primer over yetmezliği ya da santral hipogonadizm lehine bulgu olmadığını göstermekte olup, hormon profili erken-orta puberte ile uyumlu bulunmuş ve meme gelişim geriliğinin hormonal yetersizlikten ziyade hedef dokuya ait hipoplazi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür(Tablo1).



Kserostomi



Hipodonti ve konik diş yapısı



Meme hipoplazisi



Hormon Profili ve Pelvik Ultrason Bulguları

Hormonal değerler		
Estradiol	29 ng/L	Faz ile uyumlu
FSH	4.13 IU/L	Faz ile uyumlu
LH	3.85 IU/L	Faz ile uyumlu
DHEA-S	196 µg/dL	Normal
Total Testosteron	0.10 ng/mL	Normal
TSH	2.05 mIU/L	Normal
sT4	1.02 ng/dL	Normal
Prolaktin	12.50 µg/L	Normal
Ultrasonografi bulguları		
Uterus	68×37×51 mm	Normal
Endometrium	3 mm	Faz ile uyumlu
Overler	10 cc / 8.5 cc	Normal, milimetrik foliküller

Sonuç: HED olgularında klasik triad ön planda olmakla birlikte,ektoderm kökenli diğer yapıların etkilenimi de görülebilmektedir. Meme dokusu ektodermal kökenli olduğundan, pubertal dönemde gelişim yetersizliği ortaya çıkabilmektedir. Bu olguda menarşın gerçekleşmiş ve menstruasyonların düzenli olması, hipotalamo-hipofizer-gonadal aksın fonksiyonel olduğunu düşündürmektedir. Hormon profilinin yaş ve puberte evresi ile uyumlu bulunması, primer over yetmezliği veya santral hipogonadizmi dışlamaktadır. Dolayısıyla meme gelişim geriliğinin endokrin bir bozukluktan ziyade hedef organ düzeyinde yapısal hipoplaziye bağlı olabileceği değerlendirilmektedir. Literatürde hipohidrotik ektodermal displazide meme hipoplazisine ilişkin bildirimler oldukça sınırlı olup, çoğu olgu sunumu düzeyindedir. Mevcut veriler meme gelişim yetersizliğinin genellikle bilateral ve glandüler doku hipoplazisi şeklinde ortaya çıktığını düşündürmekle birlikte,sistematik ve geniş serili çalışmalar bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ektodermal displazi, ergen kız, pubertal gelişim, meme hipoplazisi



PS-004

BİRDEN FAZLA MIKNATISLI BİLYE YUTULMASI SONUCUNDA GELİŞEN AKUT BATIN VAKASI

Müşerref Banu Yazıcı¹, Seyhan Perihan Saf¹, Gülcan Çetin²

1 – Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Abd

2 – Ataşehir Florence Nightingale Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü

Giriş ve Amaç: Bebeklerde ve çocuklarda yabancı cisimlerin kazara yutulması sık görülen bir sorundur, ancak mıknatıslı oyuncakların yutulması nadirdir. Yıllık insidansı 100 000 çocukta 3.06 vaka bildirilirken son 10 yılda popüler mıknatıslı oyuncakların artmasıyla bu oran 5 kat artmıştır. Birden fazla mıknatısın yutulması barsak duvarında birbirlerini çekerek nekroza, perforasyona, fistül oluşumu ve barsak tıkanıklığına neden olabilmektedir. Biz bu vakada 26 adet mıknatıslı boncuk yutulması nedeniyle gelişen intestinal perforasyonu bildirmek istiyoruz

Yöntem: 8 y7ay erkek hasta, 5 gün önce aralıklı karın ağrısı şikayetiyle başvurmuş, ÜSYE, gastroenterit ve mezenterik LAP düşünülerek sefiksime ve probiyotik başlanmış, ancak hastanın şikayetlerine kusma ve ishal eklenince hastanemize başvurmuş,

Bulgular: Genel durum orta, ateş: 37.8, rengi soluk, halsiz, devamlı yatmak isteği, karın ağrısı nedeniyle huzursuzluk, farenx doğal, akciğer ve kalp sesleri doğal, batın distandü, tahta karın tablosu mevcut, barsak sesleri alınmıyor, defans+, rebound +, Murphy+. Hasta müşahedeye alındı, hemogram, CRP ve batın USG istendi. TİT:N, WBC:14BİN, CRP:-, Batın USG: Perişekal enflamasyon, apendikte şüpheli perforasyon, sağ alt kadranda 20mm hipoekoik lezyon (flegmon) Çocuk cerrahisine danışılarak Batın BT çekildi, Batın BT: distal jejunal anslar düzeyinde çok sayıda milimetrik hiperdens yabancı cisim ve bunlara bağlı yaygın metalik artefaktlar (mıknatıs), perişekal alanda reaktif LAP ve ılımlı perişekal enflamasyon bulguları, pelviste minimal serbest sıvı saptandı. Hastaya mıknatıslı boncukları ne zaman yuttuğu ile ilgili geniş bir anamnez sonucunda 8 gün öncesinde aldığını öğrenildi. Hasta çocuk cerrahisi servisine yatırıldı, 24 saat gözlem sonrasında kontrol grafi çekildi, ilerleme olmaması üzerine açık laparotomi ve gastroduodenoskopi ve kolonoskopi ile yapılarak mıknatıslar çıkarıldı.



Batın Bt Görüntüsü



Mıknatıslı Boncuk



İntestinal Perforasyon Bölgesi



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Yabancı cisim yutma, çocuklarda çok sık görülen bir sorundur, vakaların %80'i 6ay ile 3 yaş arasındadır, sıklıkla yutulan cisimler madeni para, oyuncak parçaları, takılar, pillerdir, Vakaların %80-90'ında yabancı cisim ince barsağa girdikten sonra gastroentestinal sistemden kendiliğinden geçer, bu nedenle genellikle cerrahi müdahaleye gerek kalmaz, ancak birden fazla mıknaşın yutulması tehlikelidir, çünkü tek tek mıknaşlar barsak duvarı yoluyla etkileşime girer, GIS komplikasyonlarına neden olur. Literatürde 2-3 yaşlarındaki çocuklarda tıkanıklık, perforasyon, fistül oluşumu ve yapışıklıkların meydana geldiği gösterilmiştir, 2014'de R.Hesketh'in yayınladığı bir vakada 10 yaşında bir çocuğun 16 adet mıknaş puzzle parçası yutmasıyla gelişen perforasyon anlatılmaktadır. Sonuç olarak mıknaşlı oyuncaklar çocuklar tarafından yanlış kullanılarak yutmalara neden olmaktadır. Aileler çocuklarına oyuncak alırken bu durumların gözetmelidir, hekimler de karın ağrısı ile başvuran hastalarda geniş anamnez ve ayrıntılı bir muayene yapmalı, gerektiğinde görüntüleme yöntemlerine başvurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karın ağrısı, yabancı cisim yutulması, mıknaşlı boncuk, gastrointestinal komplikasyon



PS-005

TÜRKİYE'DE MEYDANA GELEN 6 ŞUBAT 2023 DEPREMLERİ SONRASI BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN TRAVMATİK OLMAYAN ADLİ OLGULARIN ADLİ TIBBİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Pelin Arslan¹, Mehmet Aslan¹, **Vildan Rana Yalçın²**

1 – İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Çocuk Acil Servisi

2 – İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, 6 Şubat 2023 depremlerini takiben Malatya ilinde yer alan üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisine başvuran travmatik olmayan adli olguların sosyodemografik, klinik ve adli tıbbi özelliklerinin değerlendirilmesi; afet sonrası erken ve geç dönemlerdeki başvuru paternlerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmada, 6 Şubat 2023–31 Aralık 2023 tarihleri arasında çocuk acil servisine başvurup adli olgu bildirimi yapılan 18 yaş altındaki hastalar değerlendirildi. Travmatik nedenlerle başvuran olgular çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, klinik sonuçları, yatış durumları ve adli bildirim süreçleri hastane bilgi sistemi kayıtlarından elde edildi. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 127 hasta dâhil edildi; olguların %49,2'si erkek, %50,8'i kızdı. Yaş ortalaması 8,3±5,9 yıl olup, medyan yaş 6,5 yıl olarak saptandı. En sık adli başvuru nedenleri ilaç intoksikasyonu (%17,7), akrep sokması (%14,6), koroziv madde alımı (%10,8) ve inhalasyon zehirlenmeler (%10,0) idi. İlaç intoksikasyonları küçük çocukluk döneminde, intihar girişimi, madde kullanımı ve gebelik olguları adolesan dönemde yoğunlaştı. Olguların %72,3'ü taburcu edilirken, %26,2'si yatırıldı ve %1,5'inde mortalite gözlemlendi. Afet sonrası erken dönemde inhalasyon zehirlenmeler ön plandayken, geç dönemde akrep sokmaları ve adolesanlara özgü adli nedenlerde artış izlendi.

Erken ve geç dönemde adli başvuru nedenlerinin dağılımı

	Erken dönem (n)	Geç dönem (n)
Kazara ilaç intoksikasyonu	5	18
İntihar girişimi	2	9
Akrep sokması	0	19
Koroziv madde alımı	4	10
Inhalasyon zehirlenmesi	9	4
Elektrik çarpması	0	10
Kimyasal zehirlenme	3	7
Gıda zehirlenmesi	0	6
Yabancı cisim aspirasyonu	1	5
Gebelik	0	5
Madde kullanımı	0	4
İstismar	1	2
Diğer*	1	2
Toplam	27	100

Veriler tanımlayıcı niteliktedir; erken ve geç dönemler arasında istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Çalışmada, 6 Şubat 2023 depremleri sonrası üniversite hastanesi çocuk acil servisine başvuran ve adli bildirim yapılan 127 pediatrik olgunun demografik, klinik ve adli özellikleri ile erken ve geç dönem dağılımları değerlendirilmiştir. Cinsiyet dağılımı benzer bulunurken, ortalama yaşı 8,3 yıl olması özellikle okul öncesi ve erken okul çağı çocuklarının önemli risk grubunu oluşturduğunu göstermiştir. En sık başvuru nedeni zehirlenmeler, özellikle küçük çocuklarda kazara ilaç alımlarıdır. Koroziv madde alımının daha çok adölesanlarda görülmesi kasıtlı alım olasılığını düşündürmektedir. Erken dönemde inhalasyon zehirlenmeleri ve ev içi güvenlik sorunları ön plandayken, geç dönemde akrep sokmaları, elektrik çarpmaları ve adölesanlara özgü psikososyal sorunlarda artış saptanmıştır. Özellikle ergenlerde intihar girişimi, madde kullanımı ve gebelik olguları afet sonrası psikososyal kırılganlığı göstermektedir. Çalışma, tek merkezli ve retrospektif tasarım ise başlıca sınırlılıkları oluşturmaktadır. Deprem sonrası çocuk adli olgu profilini ortaya koyan önemli yerel veriler sunmaktadır. Bu çalışma; aktif deprem kuşağında yer alan bölgelerde sürecin bir halk sağlığı felaketine dönüşmemesi için özellikle çocuklara yönelik kapsamlı bir "adli koruma ve güvenli yaşam" stratejisine ihtiyaç duyulduğunu somut verilerle kanıtlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Çocuk Acil Servis, Adli Olgular, Zehirlenme, Doğal Afet



PS-006

ÇOCUK ACİLDE ANTİEPİLEPTİK İLAÇ YAN ETKİLERİ

Murat Doğan¹, Selcan Öztürk¹, **Talha Durna¹**, Doğukan Susam¹

1 – Kayseri Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Epilepsi çocukluk çağının sık rastlanan kronik nörolojik hastalığıdır. 0-16 yaş arasındaki Türk çocuklarında epilepsi yaygınlığını %0.8 olarak bildirilmiştir. Epilepsi tedavisi, nöbetlerin durdurulmasını veya kontrolünün sağlanmasını ve ilaçların yan etkilerinin önlenmesini kapsamaktadır. Epilepsi tedavisinde öncelikli tedavi yaklaşımı olarak antiepileptik ilaç (AEİ) tedavisi tercih edilir. Epilepside AEİ uzun süre ya da yaşam boyu kullanılması nedeniyle yan etki oranı daha fazladır. Yan etkiler geliştiğinde doz şemasının değiştirilmesi ve toksisitenin önlenmesi önemlidir. En sık görülen yan etkiler; baş dönmesi, dengesizlik, bulantı, görme bozukluğu, baş ağrısı, uyuklama iken, daha nadir görülen fakat ciddi yan etkiler ise; pankreatit, solunum depresyonu, polikistik over ve hepatik bozukluklardır. Literatürde çocuklarda AEİ tedavisi yan etkileri açısından yeterli çalışma yoktur. Çalışmamızın amacı; epilepsili çocuklarda kullanılan antiepileptiklerin yan etkilerinin gözden geçirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışmamız Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisinde 1.3.2025-2026 tarihleri arasında epilepsi ile takipli ve çeşitli nedenlerle başvuran ve sonuç olarak AEİ yan etkisi düşünülen 38 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda 38 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş aralığı 4-16 yılı ve 28'si erkekti. 24 hasta çoklu ilaç kullanıyordu. En sık tespit edilen yan etkiler sırasıyla döküntü, karın ağrısı, kusma, ajitasyon ve yürüme bozukluğuydu ve en sık yan etki gösteren ilaç sırasıyla levetirasetam, karbamazepin ve valproik asit. 3 hastada trombositopeni mevcuttu ve valproik aside bağlıydı. Ajitasyon yan etkisi sadece karbamazepin kullanımına bağlı tespit edildi. En sık kullanılan ilaç levetirasetamdı. Fenitoin kullanan hasta yoktu. Hastaların şikayetleri anında enfeksiyon vb semptomları yoktu. Hiçbir hastada anafilaksi vb mortal yan etki gözlenmedi.

Çocuk Acilde Antiepileptik İlaç Yan Etkileri

Özellikler		
Yaş (yıl)	4-16	
Cinsiyet (kız/erkek) (n)	10/18	
Çoklu ilaç (n)	24	
Yan etki ilacı	Levetirasetam	14
	Kabamazepin	9
	Valproik asit	5
Yan etkiler	Döküntü	11
	Karın ağrısı	8
	Kusma	7
	Ajitasyon	3
	Yürüme Bozukluğu	3
	Uyku bozukluğu	3
	Huzursuzluk	3
	Trombositopeni	3



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Çocuklarda epilepsi tedavisindeki ilaçlara bağlı; santral sinir sistemi, retiküloendotelial sistem ve kemik iliği, gastrointestinal sistem, hepatobiliyer sistem, deri ve kutanöz dokularda yan etkiler, motor hareket bozuklukları, uyku bozukluğu, duyu durum ve ruh hali değişikliği, allerjik gibi birçok yan etkilerinin olduğu bilinmektedir. Yan etkileri kesinleşen ilaçların bir standardizasyonla sistematik hale getirilmesi ve bir rehber aracılığıyla bu yan etkileri paylaşılması Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (ILAE) tarafından önerilmektedir. Bizim çalışmamızda en sık karşılaştığımız yan etki döküntü ve en sık yan etki gösteren ilaç levetirasetamdı. Bu sonucu en sık kullanılan AEİ olarak levetiresetam kullanımı olmasına bağladık. Ajitasyonlu epilepsi hastasında karbamazepin kullanımı dikkatli sorgulanmalıdır. Çocuklarda AEİ yan etkilerini araştırarak geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Antiepileptikler, epilepsi, yan etki



PS-010

AĞIZDA PATLAYAN BİBER GAZI KAPSÜLÜ: OLEORESİNCAPSİCUM MARUZİYETİ

Ümmühan Firdevs Karayığit¹, Ceren Altıntaş Meşe¹, Çağatay Nuhoğlu¹

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune SUAM Çocuk Kliniği

Amaç: Oleoresincapsicum, kalabalık kontrol ajanları arasında yer alan kimyasal bir maddedir. Maruziyeti sonrası solunum sistemi, göz ve ciltte irritasyon bulguları gelişebilir. Risk faktörleri yokluğunda etkiler çoğunlukla geçici ve kendini sınırlayıcıdır. Bu bildiride, pediatrik yaş grubunda olağan dışı bir öyküyle gelişen kazara oleoresincapsicum maruziyeti sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Altı yaşında erkek hasta acil servise şüpheli maddenin ağız teması sonrasında gözlerde yaşarma-kızarıklık, öksürük ve bulantı-kusma şikâyetleriyle başvurdu. Hastanın, paketli satış olup olmadığı bilinmeyen bir çerez karışımındaki kırmızı bir materyali ısırmasını takiben beyaz bir tozun açığa çıktığı ve şikâyetlerinin başladığı öğrenildi. Maruziyet alanından uzaklaştırıldığı, ağız ve göz dâhil etkilenen bölgelerin yıkandığı ve kıyafetlerinin değiştirildiği bildirildi. Getirilen materyalin (Fotoğraf 1), koruyucu ekipman olmaksızın inceleyen sağlık çalışanlarında da öksürüğü tetiklediği gözlemlendi. Özgeçmişinde kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı veya alerji öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde ağız ve göz çevresinde hafif kızarıklık dışında patoloji saptanmadı. Vital bulguları stabil ve GKS'si 15 idi. Solunum sıkıntısı, bronkospazm, uvula ödemi/anjiyoödem bulgusu yoktu. EKG, kan gazı ve PA akciğer grafisi normaldi (Fotoğraf 2). Hemogram, biyokimya ve tam idrar tetkikleri olağandı. Ulusal Zehir Danışma Merkezi önerisiyle yakın klinik izlem ve gereklilik halinde semptomatik kısa etkili β 2-agonist ve kortikosteroid tedavileri planlandı. Takibinde destek tedavisiyle semptomları gerileyen hasta izlem önerilerine rağmen acil servisten izinsiz ayrıldı. Sonradan yapılan değerlendirmede maruz kalınan materyalin; hava basınçlı silahlarla uyumlu, 17,27 mm çapında ve 2,7–3,5 g ağırlığında, ölümcül olmayan oleoresincapsicum içeren biber gazı mühimmatı olduğu belirlendi (Fotoğraf 3). İçeriğinde bentonit (%90), nişasta (%4), siyah polikarbon (%4) ve oleoresincapsicum (%2) bulunduğu saptandı. Kısa süreli temasla gelişen geçici irritasyon bilgisi, olgunun klinik seyriyle uyumluydu. Biber gazı kapsülünün çerez karışımına nasıl karıştığı ise belirsizdir; çerezlerin açıkta satıldığı/tezgâhta hazırlandığı bir ortamda, aynı yüzeyde bulunan ve kırmızı kaplı kuruyemişe benzerliği nedeniyle fark edilmeyen bir kapsülün yanlışlıkla karışıma dahil olmuş olması olasıdır. Benzer şekilde, evde veya satış noktasında çocukların erişebildiği yerlerde muhafaza edilen kapsüllerin, çerezlerin aktarıldığı kaba istemsizce düşmesi de akla gelebilir.

Fotoğraf 1



Isırılarak parçalanmış kırmızı kaplı materyal



Fotoğraf 2



Akciğer grafisi

Fotoğraf 3



Biber gazı kapsülü örneği

Sonuç: Oleoresincapsicum maruziyetlerinin büyük kısmı hafif ve geçicidir; maruziyetten uzaklaştırma, dekontaminasyon ve destekleyici bakımla düzelme beklenir. Ciddi etkilenme riski; altta yatan akciğer hastalığı, kapalı alanda ve yakın mesafeden maruziyet gibi durumlarda artar. Bu olgu, çocuklarda beklenmedik öykülerle ortaya çıkabilen kimyasal ajan maruziyetlerinin ayırıcı tanısında oleoresincapsicumun akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oleoresincapsicum, Kimyasal maruziyet, Oral alım, Biber gazı mühimmatı



PS-011

ÇOCUKLAR İÇİN TEKRARLAYAN YÜKSEK RİSKLİ EV MARUZİYETLERİ: YABANCI CİSİM İNGESTİYONU VE İLAÇ İNTOKSİKASYONU

Büşra Dilara Karabulut¹, Metin Uysalol²

1 – İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Anabilim Dalı

GİRİŞ

Erken çocukluk döneminde yabancı cisim yutma ve ilaçintoksikasyonu, çocuk acil servisinin sık karşılaştığı pediatrikaciller arasında yer almaktadır. Bu maruziyetlerin bir kısmıkomplikasyonsuz seyreitse de, ciddi komplikasyonlara yol açanvakalar görülebilmektedir. Çoklu mıknaş yutulması cerrahi acilolarak değerlendirilmektedir. Mıknaşların gastrointestinal sistemin farklı segmentlerinde bulunması, aradaki dokuyu sıkıştıran bir manyetik çekim kuvveti oluşturarak dokuda iskemi, nekroz, perforasyon, fistülizasyon veya obstrüksiyon gibi tablolarla sonuçlanabilmektedir. Benzer bir tablo olarak ilaç intoksikasyonları, alınan miktar ve farmakolojik etkileri göz önüne alındığında multisistemik komplikasyonlara yol açabilmekte ve hayatı tehdit edebilmektedir. Hastaların ev kazası sonrası kısa bir süre içerisinde benzer şikayetle başvurması ve maruziyet yaşaması öncü olay kapsamında değerlendirilmektedir. Bu olgu, intestinal perforasyonla sonuçlanan bir cerrahi sürecinin ardından, aynı hastanın tekrar başvurusunda kaza ile ilaç alımı üzerinden, akut tedavinin yanı sıra koruyucu hekimlik yaklaşımının önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

OLGU

İki yaşında erkek hasta, başvurusundan yarım saat önce iki adet mıknaş yutma şikayetiyle çocuk acile başvurmuştur. Hastanın genel durumu iyi, vital bulguları stabil iken fizik muayenesinde akut batın bulguları görülmemiştir. Direkt batın grafisindeintestinal anslar seviyesinde birbirine birleşik olarakdeğerlendirilen iki adet radyoopak yabancı cisim (mıknaş) izlenmiştir. Mıknaşların potansiyel risklerinedeniyle hasta çocuk cerrahi ekibi tarafından cerrahi ek splorasyona alınmıştır. Yapılan enterotomi ile birbirine yapışmış iki adet mıknaş eksize edilmiştir. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, koruyucu önerilerle taburcu edilmiştir.

Bir yıl sonra, aynı hasta levosetirizin (2,5 mg) ve montelukast (4 mg) içeren beş adet kombine preparat alımı sonrası çocuk acile başvurmuştur. Fizik muayenesinde Glasgow Koma Skoru 15 saptanmış; toksidrom ve nörolojik defisit izlenmemiştir. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram, hepatorenal fonksiyontestleri, elektrolitler ve kardiyak belirteçleri referans aralığında izlenmiştir. Ulusal Zehir Danışma Merkezi'ne danışılarak 1 g/kg aktif kömür uygulanmıştır.

Hasta önerildiği üzere antikolinerjikyan etkiler ve merkezi sinir sistemi depresyonu açısından 8 saat monitorize izlem sonrası herhangi bir semptom ve bulgu gelişmemiştir. Hasta koruyucu önlemler anlatılarak ve sosyal hizmet desteği verilerek taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Pediyatrik hasta popülasyonunda mıknaş yutma, "bekle ve gör" yaklaşımının en riskli olduğu durumlardandır. Bu vakada, hastanın başvurusunda asemptomatik olması ve batın grafilerindeki mıknaşların yan yana görüntüsü, intraabdominalperforasyonu saklama riskine sahiptir. Klinik ve radyolojik değerlendirme birlikte ele alınmalı, perforasyon riski göz önünde bulundurularak cerrahi yaklaşım düşünülmelidir. Vakanın dikkat edilmesi gereken boyutu ise tekrarlayan maruziyettir. Opere edilen bir hastanın, bir yıl sonra ilaç intoksikasyonu ile ikinci yüksek riskli maruziyetinin gerçekleşmiş



olması ev içi tedbirlerin yetersizliğini vurgulamaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi, bu vakaları çocuk güvenliği açısından kırmızı bayrak olarak kabul etmektedir. Küçük parçalı ve mıknatıs içeren oyuncakların tercih edilmemesi ilaçların kilitli dolaplarda saklanması, çocuklar için tehdit oluşturan nesnelerin erişimden uzak tutulması ve ebeveyn gözetiminin güçlendirilmesi, ikincil korunmanın temel bileşenlerini oluşturur.

SONUÇ

Tekrarlayan yüksek riskli ev kazaları, multi disiplinler bir yaklaşım gerektirir. Medikal ve cerrahi tedavi, tek başına yeterli değildir; ikinci bir kazanın önlenmesi için aile eğitimi verilmelidir. Bu olgu, koruyucu hekimlik yaklaşımının çocuk acil servisinde sistematik olarak yer alması halinde morbiditenin ve mortalitenin azalmasında ve çocuk güvenliğinin sağlanmasında en az medikal ve cerrahi tedavi kadar gerekli olduğunu göstermektedir.

REFERANSLAR

1. Uchida K, Otake K, Iwata T, et al. Ingestion of multiple magnets: hazardous foreign bodies for children. J Pediatr Surg. 2006;41(5):e9-e11.
2. Morrongiello BA, McArthur BA, Bell M. Managing children's risk of injury in the home: parental supervision and home safety practices. J Pediatr Psychol. 2014;39(8):842-851.
3. Nezhentsev A, et al. Diagnosis and management of paediatric magnet ingestion: a systematic review of clinical practice guidelines. Pediatr Surg Int. 2024.
4. Forrester MB. Pediatric montelukast ingestions reported to Texas poison control centers, 2000-2005.





PS-012

ÇOCUK ACİL SERVİSTE NADİR BİRVAKA: SEROTONİN SENDROMU

Narmina Mirzayeva¹, Fatma Nur Çetinkaya², Gözde Atasever Yıldırım², Ahmet Yöntem³, Sevcan Bilen²,
Hayri Levent Yılmaz²

1 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

2 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

3 – Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

Amaç: Öz kıyım amacıyla çoğul ilaç alımları, çocuk acil servislerinde giderek artan sıklıkta karşılaşılan, mortalite ve morbidite riski yüksek acillerden birisidir. Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kullanımının çoğalmasıyla bu ilaç grubu ile zehirlenme vakalarında artış görülmektedir. Serotonin sendromu, merkezi sinir sisteminde artmış serotonerjik aktiviteye bağlı olarak gelişen, yaşamı tehdit edebilen klinik bir tablodur. SSRI ve farklı gruplardan ilaç alımı sonrası çeşitli klinik belirtilerle 'serotonin sendromu' tanısı alan olgu, özellikle çoğul ilaç alımlarında erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın klinik seyri belirlemede ki önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Olgu Sunumu: 17 yaş kız hasta özkiyım amacıyla çoğul ilaç alımı sonrası 112 eşliğinde kliniğimize getirildi. İlaçlar sorgulandığında, başvurusundan 2-3 saat önce sertralin (serotonin geri alım inhibitörü-SSRI) (31 mg/kg), parasetamol (227 mg/kg), ibuprofen (90 mg/kg), aspirin (68 mg/kg), naproksen (100 mg/kg), metronidazol (227 mg/kg), betahistin (8,1 mg/kg), amoksisilin (300 mg/kg), dimenhidrat (13 mg/kg) içtiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci hafif sedatize, pupiller midiyat, oküler klonusu, diaforezi ve ekstremitelerde tremoru mevcuttu. Nabız 116/dk, tansiyon 120/80mmHg, vücut ısısı 36,6°C ve SpO₂ % 99 idi. Mide lavajı yapıldı. Aktif kömür verildi. Toksik dozda parasetamol alan hastaya N-asetilsistein(NAC) tedavisi başlandı. Tam kan sayımı, kan biyokimyası, kardiyak markerlar, parasetamol düzeyi, koagülasyon parametreleri, kan gazı ve kan şekeri normal sonuçlandı. Elektrokardiyografisinde (EKG) QTc:0,38 ms'idi ve sinüs taşikardisi ile uyumluydu (Resim 1). Klinik ve fizik muayene bulguları hastada serotonin sendromu gelişmiş olabileceğini düşündürdü. Terleme, ekstremitelerde istemsiz tremor ve çenede kasılma şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine hastaya antidot olarak siproheptadin uygun dozda verildi. Takibinde metabolik asidozu (pH:7.29, PaCO₂:37.8 HCO₃:18.2, BE:-7.3) gelişmesi nedeniyle bikarbonat infüzyonu verildi. Tetkik ve tedavisinin devamı için çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi. Serotonin sendromu semptomlarından terleme, oküler klonus, tremoru ve taşikardisinde gerileme olmaması nedeniyle hastaya plazmaferez uygulandı.

Sonuç: Sertralin doz aşımı olgularında genellikle taşikardi, ajitasyon, hipertermi ve konvülsiyonlar bildirilirken, oküler klonus, tremor, diaforez ve metabolik asidoz gelişmiş, tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle plazmaferez gerekmiş ve bu tablo, tek ilaç alımlarındaki klasik bulgulardan farklı seyretmiştir. Olgumuzda ortaya çıkan mental değişiklik, otonomik hiperaktivite ve nöromotor anormalliklerin zamanında fark edilip uygun tedavinin uygulanması, hastanın bulgularının ilerlemeden düzelmesini sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: İntoksikasyon, Çoklu İlaç Alımı, Serotonin Sendromu



PS-014

TANISAL YANILGIDAN GERÇEĞİ: ATEROM PLAĞI SANILAN KABAK ÇEKİRDEĞİ ASPIRASYONU

Özge Aydoğan Tozan¹, Merve Yıldırım², Gözde Atasever Yıldırım², Sevcan Bilen², Hayri Levent Yılmaz²

1 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

2 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu(YCA), çocukluk çağında önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Klinik bulgular obstrüksiyonun yeri ve derecesine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu yazıda, üç ay önce gerçekleşen aspirasyon öyküsüne rağmen geç tanı alan ve başlangıçta farklı bir kardiyovasküler patoloji ile karışan yabancı cisim aspirasyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan, 6 yaşında erkek hasta son 3 ayda öksürük yakınmasıyla çeşitli merkezlere başvurmuş. Son iki gündür nefes darlığı, çarpıntı şikayeti eklenince dış merkez sağlık kuruluşunda çekilen toraks tomografisinde koroner arter ve aortada aterom plakları saptanması üzerine hastanemiz Çocuk Acil Servisi'ne yönlendirilmiş. İlk muayenesinde oda havasında satürasyon: %90, nabız:114/dk, vücut ısı: 37°C, solunum sayısı:28/dk, tansiyonu: 100/60 mmHg idi. Hastaya geri solumasız rezervuarlı maske ile oksijen verildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral kaba ve yaygın ronküsleri mevcuttu. Biyokimya ve tam kan sayımı değerlendirildiğinde CRP 65,2 mg/L olması dışında patolojik değer yoktu. Hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsü sorgulandığında dış merkez görüntülemesinde bahsedilen aterom plakları açısından ailesel bir risk faktörü olmadığı öğrenildi. Hasta başı toraks ultrasonografisinde pnömoni ve atelektazi ile uyumlu alanlar tespit edildi. Değerlendirme sonucunda yabancı cisim aspirasyonundan şüphelenildi. Aile tekrar ayrıntılı sorgulandığında hastanın, yaklaşık 3 ay önce kabak çekirdeği yerken öksürme ardından kustüğünü ve kabak çekirdeği parçası çıkardığı hatırlandı. Radyoloji hekimine klinik bilgi verildi ve toraks tomografisi hastanemiz radyoloji bölümü tarafından "sağ bronшта mukus tıkaçı mevcuttur, aterom plağı izlenmemiştir" olarak değerlendirildi. Hasta bronkoskopi için yönlendirildi ve bir adet kabak çekirdeği sağ ana bronшта izlendi. Hasta yabancı cismin çıkarılmasının ardından taburcu edildi.



Toraks tomografisindeki mukus tıkaçı



Bronkoskopi ile çıkarılan kabak çekirdeği



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonu, özellikle üç yaş altında ani çocuk ölümleri ile sonuçlanabilen ciddi bir klinik tablodur. Klinikte en sık ani başlayan öksürük, hışıltı ve tek taraflı azalmış solunum sesleri ile görülmektedir. Tekrarlayan öksürük, solunum sıkıntısı gibi non-spesifik bulgular, yabancı cisim aspirasyonunun astım, bronşiolit, pnömoni veya diğer solunum yolu hastalıklarını taklit edebileceğini göstermektedir. Bu olgu, yabancı cisim aspirasyonunun üç ay sonra persistan öksürük, hipoksemi, bilateral kaba solunum sesleri ve ronküs gibi non-spesifik solunum bulguları ile prezente olabileceğini ve radyolojik olarak kardiyovasküler patoloji ile karışabilecek yanıltıcı sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Persistan solunum semptomları ve açıklanamayan radyolojik bulgular varlığında yabancı cisim aspirasyonu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmeli; şüpheli durumlarda bronkoskopinin tanısal ve terapötik açıdan altın standart olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim aspirasyonu, Bronkoskopi, Solunum sıkıntısı



PS-017

ÇOCUK ACİL SERVİSTE KAN VE KAN ÜRÜNÜ KULLANIMINDA KARAR SÜREÇLERİ: ENDİKASYONLAR, ZAMANLAMA VE SONUÇLAR

Gülçin Tüfekçi Kılınç¹, Toghrul Ahmadgil², Caner Turan², Eylem Ulaş Saz²

1 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocuk acil servislerde kan ve kan ürünleri kullanımı, yaşamı tehdit eden kanama, şok ve ağır enfeksiyon gibi durumlarda kritik ve zaman duyarlı müdahaledir. Ancak bu ürünlerin uygun endikasyonlarla ve rasyonel şekilde kullanımı, hem hasta güvenliği hem de sınırlı kaynakların etkin yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır. Amacımız, çocuk acil serviste (AS) kan ve kan ürünlerinin ne sıklıkta kullanıldığı, acil ve elektif endikasyonları, transfüzyon süreçleri, advers olay sıklığı ve klinik sonuçların değerlendirilmesidir.

Yöntem: Ocak 2021–Aralık 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak çocuk AS'e kan ve kan ürünü alan tüm çocuklar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, başvuru semptomları, kronik hastalıkları, AS'te aldıkları tanılar, kullanılan kan ürünleri, transfüzyon endikasyonu [acil (sepsis, şok, kanama vb.) / elektif], kan ürününe ulaşım süresi ve advers olaylar analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 159 hasta dahil edildi; %50.9'u erkek, ortalama yaş 7.5 yıldı. Hastaların %71.1'inde kronik hastalık mevcuttu; en sık hemofili A (%10.7), malignite (%11.3) ve karaciğer hastalığı (%7.5) saptandı. Başvuru yakınmaları ateş yüksekliği (%19.5), solukluk (%17.6) ve travma (%13.8) iken; en sık görülen semptom taşikardi idi (%44.7). En sık tanılar demir eksikliği anemisi (%13.8), travma (%12.6) ve sepsisi (%10.1). En sık eritrosit süspansiyonu (ES) (%40.9), intravenöz immünoglobulin (IVIG) (%19.5), trombosit süspansiyonu (%17.0; %88.9'u aferez) ve albumin %20 (%16.4) kullanılmıştı. Taze donmuş plazma (TDP) %8.8, rekombinant faktör VIIa %10.7 oranında kullanıldı. Transfüzyon endikasyonlarından %74.8'i acil, %25.2'si ise elektifti. Başvurudan transfüzyon başlanmasına kadar geçen süre acil grupta elektif gruba göre anlamlı derecede daha kısaydı (sırasıyla, 1.9 vs 4.6 saat) ($p=0.007$). Acil grupta IVIG kullanımı (%24.4 vs %5.0), TDP kullanımı (%10.1 vs %5.0) ve albumin kullanımı (%17.6 vs %12.5) daha yüksekti. Hastaların AS'te ortalama kalış süresi 11.5 ($SD\pm 13.8$) saattir. Transfüzyon sırasında yalnızca 1 hastada (%0.6) advers etki gelişti. Hastaların %44.0'ı taburcu edilirken; %44.7'si servise, %6.9'u çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve %3.1'i (n=5) eksitus oldu.

Tartışma ve Sonuç: Çocuk AS'te kan ve kan ürünleri kullanımı büyük ölçüde gerçek acil endikasyonlara dayanmakta olup, özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda hayat kurtarıcı bir tedavi bileşeni olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, elektif endikasyonlarla yapılan transfüzyonların belirli bir oranda yer alması, çocuk AS'te kan ürünü kullanımının rasyonel ve endikasyon temelli olarak düzenlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kan transfüzyonu, kan ürünleri, acil transfüzyon, advers olay, eritrosit süspansiyonu



PS-018

UYUNDAN ACİL SERVİSE: ÇOCUKLARDA SU MAYMUNU YUTULMASININ KLİNİK BULGULARI VE SONUÇLARI

Özlem Sümer Coşar¹, Hakan Öztürk¹, Ayla Akça Çağlar², Okşan Derinöz Güleriyüz²

1 – Gazi Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı

2 – Gazi Üniversitesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Su maymunları, çocuklar için duyuşsal oyun malzemesi olarak yaygın olarak pazarlanan polimer bazlı malzemelerdir ve suya maruz kaldıklarında yaklaşık 0,2 mm'den 50 mm'nin üzerine kadar genişleyebilirler. Bu nesneler, tıkanıklık, delinme ve hatta ölüm de dahil olmak üzere önemli gastrointestinal komplikasyonlara neden olabilir. Bu çalışma, su maymunlarını yutan çocukların acil servis başvuru özelliklerini, gastrointestinal klinik seyrini ve tedavi sonuçlarını değerlendirmeyi ve erken tanı ve yönetim stratejilerine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır

Yöntem: 2019–2025 yılları arasında Gazi Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'ne su maymunu yutma şikâyetiyle başvuran çocuk hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik veriler, başvuru sırasındaki klinik semptomlar, görüntüleme bulguları, uygulanan tedavi yöntemleri ve klinik sonuçlar elektronik tıbbi kayıtlardan elde edildi.

Bulgular: Yabancı cisim yutma nedeniyle değerlendirilen 684 pediatrik olgunun 15'inde (%2,2) etkenin su maymunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %67'si (10/15) kız olup, ortalama yaş 69,4 ay (aralık: 12–146 ay) olarak hesaplanmıştır. Başvuru sırasında olguların %73'ü (11/15) asemptomatiktir. Üç hastada (%20) karın ağrısı, bir hastada (%7) ise kusma mevcuttu. Yutma öyküsü hastaların %60'ında (9/15) tekli, %40'ında (6/15) ise çoklu su maymunu yutma şeklindeydi. Direkt grafi incelemelerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı ve hiçbir olguda komplikasyon gelişmedi. Olguların %33'ünde (5/15) cerrahi konsültasyon istendi. Hastaların %60'ı (9/15), çoğunlukla çoklu su maymunu yutma öyküsü veya semptom varlığı nedeniyle, acil serviste gözlem altında tutuldu; %40'ı (6/15) ise değerlendirme sonrası taburcu edildi. Hiçbir hastada hastaneye yatış gereksinimi olmadı ve izlem sürecinde komplikasyon ya da mortalite görülmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Su Maymunu Yutan Çocukların Klinik ve Demografik Özellikleri

Değişken	Değer, n (%)
Toplam hasta sayısı, n/N (%)	15/684 (2,2)
Yaş (ay), ortalama (min–maks)	69 (12–146)
Cinsiyet, kız	10 (66)
Başvuru Semptomları	
• Asemptomatik	11 (73)
• Karın ağrısı	3 (20)
• Kusma	1 (7)
Yutulan Su Boncuğu Sayısı	
• Tekli	9 (60)
• Çoklu	6 (40)
Radyolojik Bulgular	Patolojik bulgu saptanmadı
Komplikasyonlar	Yok
Sonuç	
• Değerlendirme sonrası taburcu	6 (40)
• Acil serviste gözlem	9 (60)
• Hastaneye yatış	0
• Ölüm	0



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Su maymunlarının yutulması genellikle asemptomatiktir; ancak, literatürde özellikle küçük çocuklarda, birden fazla yutma durumunda veya ilerleyici semptomları olan vakalarda ciddi komplikasyonlar bildirilmiştir. Radyolüsen yapıları, tanısal görüntülemenin değerini sınırlamakta ve dikkatli klinik izlemenin önemini vurgulamaktadır. Semptomlarda herhangi bir ilerleme veya birden fazla su maymunu şüphesi, erken uzman konsültasyonunu gerektirmektedir. Ebeveyn farkındalığının artırılması kritik öneme sahiptir; potansiyel riskler dikkate alındığında, daha kapsamlı halk sağlığı stratejileri ve düzenleyici önlemler gündeme alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Su maymunu, acil servis, gastrointestinal bulgular, farkındalık



PS-019

OLGU SUNUMU: HİPERTANSİYON VE AYAKTA DİREKT BATIN GRAFİSİNDE RASTLANTISAL SKLEROTİK ODAKLAR SAPTANAN ADOLESAN HASTA

Duran Halil Yılmaz¹, Harun Çatak¹, İzzettin Kaya¹, Meltem Erol¹, Fatih Mete¹

1 – Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Karın ağrısı ve baş dönmesi ile başvurup hipertansiyon saptanan 16 yaşındaki bir kız hastada, ayakta direkt batın grafisindeki sklerotik alanlar nedeniyle oluşan “metastatik malignite” şüphesinin, ayırıcı tanıda osteopoikilozis ile nasıl dışlandığını ve renal arter varyasyonunun klinik önemini sunmaktır.

Olgu Sunumu: 16 yaş 3 aylık kız hasta, ani gelişen karın ağrısı ve baş dönmesi şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yapılan ilk değerlendirmede hastanın kan basıncı 193/115 mmHg (hipertansiyon) olarak saptandı. Karın ağrısı etiyolojisine yönelik çekilen ayakta direkt batın grafisinde; her iki iliak kanat, asetabulum ve femur başlarında yaygın, milimetrik boyutlarda, noktasal ve düzgün sınırlı sklerotik odakların olduğu görüldü. Bu radyolojik görünüm başlangıçta, genç yaşta nadir görülen Renal Hücreli Karsinom (RCC) veya Feokromasitoma kaynaklı bir kemik metastazı şüphesi uyandırdı. Ancak hastanın laboratuvar incelemelerinde kalsiyum, alkalen fosfataz ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hipertansiyonun nedenini araştırmak için yapılan Doppler USG’de; sağ böbrekte anatomik bir varyasyon olarak renal arter duplikasyonu saptandı ve bu aksesuar arterlerde akım hızının belirgin derecede azaldığı (LRI:0.42) görülüp renal arter stenozu tanısı koyuldu. Kemiklerdeki yaygın tutulum için Ortopedi kliniği ile konsülte edilen hastada, lezyonların tipik “benekli” dağılımı ve klinik sessizliği göz önüne alınarak rastlantısal Osteopoikilozis tanısı konuldu.

Sonuç: Bu vaka, hipertansiyon gibi sistemik bir bulguya eşlik eden radyolojik kemik anomalilerinin her zaman bir metastaza işaret etmediğini hatırlatmaktadır. Ayakta direkt batın grafisinde saptanan noktasal sklerotik alanların osteopoikilozis olarak tanımlanması, hastayı malignite şüphesinin getirdiği psikolojik yükten ve gereksiz ileri görüntüleme (kemik sintigrafisi, biyopsi) yöntemlerinden korumuştur. Hastanın hipertansiyon tedavisi, saptanan renal arter duplikasyonu ve stenozu üzerinden planlanarak multidisipliner bir başarı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Osteopoikilozis, Hipertansiyon, Metastaz



PS-021

PARADOKSAL İRRİTABİLİTE VE PULSATİL FONTANEL: BİR MENİNGOKOKSEMİ OLGUSU

**Yağmur Diri Asar¹, Fatma Betül Mahioğlu², Betül Öztürk², Muhammed Furkan Oduncu¹, Ayşe Kaman³,
Pınar Yükkaldıran³, Nilden Tuygun²**

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Kliniği

3 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Sadece insanlarda patojenik olan *Neisseria meningitidis*, öncesinde sağlıklı bireylerde menenjitte veya hızla sepsise neden olabilir. İnvaziv meningokok hastalığının görülme sıklığı bebeklerde ve küçük çocuklarda yüksektir. Bu sunumda, Çocuk Acilde menenjit ön tanısı ile değerlendirilen ve sonrasında meningokoksik menenjit tanısı konulan 7 aylık bir süt çocuğu olgusunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde menenjit ön tanısı ile değerlendirilen yedi aylık bir hastanın klinik, laboratuvar ve beyin omurilik sıvısı bulguları incelenmiş, tanı süreci literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yedi aylık kız hasta, üç gündür devam eden ateş ve bir gün önce başlayan ellerde titreme şikayetiyle çocuk acile başvurdu. Hastanın eş zamanlı ateş, kusma, ishal ve idrarda renk/koku değişikliği tariflenmekteydi. Başvuruda vücut ısısı 38°C, kalp tepe atımı 150/dk, solunum sayısı 35/dk, kan basıncı 70/31 mmHg ve SpO2 %98 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde ön fontanelinin pulsatil olduğu ve paradoksal iritabilite paterni saptandı. Laboratuvarında; kan gazı, hemogram, biyokimya ve elektrolit, kanama parametreleri ve tam idrar tetkiki değerleri normal aralıktaydı. C-reaktif protein 224.16 mg/L (0-5 mg/L), Prokalsitonin 18.6 µg/L (< 0.5 µg/L) yüksekti. Hastaya santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısı ile Lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde glukoz 0.2 mg/dL, total protein 1268 mg/L, LDH 236 U/L, hücre sayısı 0.166 x10³/µL (%30 nötrofil, %70 mononükleer) olarak sonuçlandı. Eş zamanlı kan glukoz düzeyi 72 mg/dl olan hastaya ampirik seftriakson tedavisi verildi. Menenjit tanısı ile servis yatışı yapılan hastanın, BOS kültüründe *N. meningitidis* üredi.

Tartışma ve Sonuç: Tartışma ve Sonuç:Acil servis zamanın ve hızlı karar vermenin kritik olduğu alanlardır. Pulsatil fontanel tespiti ve ailenin tariflediği spesifik ağlama paterninin birleştirilmesi, progresyonu son derece hızlı ve mortalitesi yüksek olan meningokoksik hastalıklarda hayat kurtarıcıdır. Bu olgu sunumunda, pediatri pratiğinde detaylı anamnez ve hedefe yönelik fizik muayenenin tanısal öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meningokoksemi, paradoksal iritabilite, pulsatil fontanel, çocuk acil



PS-024

COVID-19 PANDEMİSİNİN, 6-18 YAŞ ARASI ATOPIK ÇOCUK HASTALARDA EV İÇİ ALERJEN DUYARLILIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Necla Burcu Koçer Ahmadov¹, İlke Baş², Handan Duman Şenol², Figen Gülen²

1 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Alerji BD

Giriş ve Amaç: Covid-19 pandemisi ile yaygınlaşan karantinaların 6-18 yaş arası çocuk hasta grubunda ev içi alerjenlerine karşı duyarlılıkları üzerindeki etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Böylelikle pandemi sonrası dönemde değerlendirilen, takip ve tedavileri planlanan hastaların alerji duyarlılık profilinde olan değişiklikleri tanımak hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Çocuk Alerji polikliniğine 2018 - 2019 ve 2022 - 2023 arası başvuran ve deri prick testi uygulanan 6-18 yaş arası çocuk hastalar dahil edildi. Hastaların öz-soygeçmiş özellikleri, demografik özellikleri, laboratuvar tetkikleri (total IgE, spesifik IgE, eozinofil sayı ve yüzdesi) ve deri prick test sonuçları kaydedildi. Yaş, cinsiyet ve pandemi yıllarına göre sonuçlar yorumlandı.

Bulgular: Retrospektif olarak; 1280 adet pandemi öncesi ve 1035 adet pandemi sonrası döneme ait deri prick testi (DPT) incelendi. Hastaların medyan yaşı 10,87 idi. Alerjik hastalık tanılarına göre; astım-hışıltılı çocuk tanılı %38,8, alerjik rinit-rinokonjonktivit tanılı %48,2, atopik dermatit tanılı %5,7 ve ürtiker-anjioödem tanılı %11,6 hasta saptandı. Anne ve/veya babada atopi öyküsü olması ile hastanın alerjik rinit-rinokonjonktivit tanısı olması arasında ilişki saptandı ($p:0,033$, $p:0,001$). Annede ve babada atopi öyküsü ile DPT (+) saptanması arasında anlamlı ilişki görüldü ($p < 0,001$, $p:0,024$). Evde kedi veya köpek besleyen hastaların pandemi sonrası kedi/köpek epitel duyarlılığında artış anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Pandemi sonrası dönemde, ortalama total IgE değeri ve ortalama mutlak eozinofil sayısı artışı anlamlı idi ($p:0,036$, $p:0,003$). DPT sonuçlarına göre, tüm popülasyonda en fazla duyarlılık; ev tozu akarları (%28,6), kedi epiteli (%28,6) ve alternaria alternata (%13,4) alerjenlerine karşı görüldü. Pandemi sonrasında, ev tozu akarlarına karşı duyarlılık oranlarında artış saptandı. Astım-hışıltılı çocuk tanısı ile ev tozu akarı ve Aspergillus fumigatus duyarlılığı ($p:0,035$, $p:0,017$), alerjik rinit-rinokonjonktivit tanısı ile kedi epiteli ve köpek epiteli duyarlılığı ($p < 0,001$, $p:0,001$), atopik dermatit tanısı ile ev tozu akarı ve köpek epiteli duyarlılığı ($p:0,012$, $p:0,008$) ve ürtiker-anjioödem tanısı ile Alternaria alternata ve kedi epiteli duyarlılıkları arasında güçlü ilişki görüldü ($p:0,038$, $p:0,002$).

Tartışma ve Sonuç: Covid-19 pandemisi döneminde alınan karantina önlemleri ile yaşam tarzı değişiklikleri atopik çocuk hastalarda ev içi alerjen duyarlılık profillerini değiştirmiştir. Evde kalma süreleri ve ev tozu akarlarına temas süresi artmıştır; sonucunda ev tozu akar duyarlılığı artmıştır. Evcil hayvan epiteline maruziyet artışı pandemi sonrası dönemde hayvan epitel duyarlılıklarında artışın ana sebeplerinden görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, deri prick testi, çocukluk çağı alerjen duyarlılığı, ev içi alerjen, karantina



PS-025

ÇOCUK HASTALIKLARI POLİKLİNİKLERİNDE ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU NEDENİYLE ANTİBİYOTİK REÇETELEME PATERNİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Özge Yılmaz¹, Eylül Özden Yuvarlakoglu², Hasan Yüksel³

1 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Allerji İmmunoloji BD

2 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

3 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Çocuk Allerji İmmunoloji BD ve Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında akılcı antibiyotik kullanımı, antibiyotik direnci, yan etkileri azaltmak ve maliyeti açısından önemlidir. Araştırmanın amacı, en sık antibiyotik reçetelemesinin yapıldığı, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olan olgularda, antibiyotik reçetelemeyi etkileyen klinik faktörleri ve bunun tekrar başvuru sıklığı ile ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Retrospektif kesitsel araştırmaya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine Ekim, Kasım, Aralık ve Ocak aylarında ÜSYE ile başvuran olguların başvuruda bildirdikleri solunum yolu yakınmaları, fizik muayene bulguları, başvurudan önce ve sonrası farklı bir merkezde antibiyotik reçetelenme durumu dosya kayıtlarından incelendi. Başvurudaki klinik bulgular ile antibiyotik reçetelenmesi ve tekrar başvuru sıklığı arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Araştırmaya 320 olgu dahil edildi. Olguların en sık başvuru semptomu öksürük (%63,3), ardından burun akıntısı (%53,8) ve başvuru sırasında ateş (%49,4) olarak saptandı. Başvuruda %22,5'i başka bir merkezde başlanmış bir antibiyotik kullanmaktaydı. Bu olguların klinik değerlendirmesi ile, %29,7'sinde yeni antibiyotik başlandığı, %5,9'unda mevcut tedavinin sürdürüldüğü ve %16,6'sında antibiyotiğin kesildiği saptandı. Başvuruda antibiyotik kullanımı ile başvuruda ateş yakınmasının varlığı (ateşi olan ve olmayan hastalarda başvuruda antibiyotik kullanım sıklığı sırasıyla %28,4 ve %16,7, $p=0,031$), boğaz ağrısı (sırasıyla %29,7 ve %18,1, $p=0,031$) ve orofarengeal hiperemi (sırasıyla %24,7 ve %9,4, $p=0,044$) anlamlı ilişkili bulundu. Klinik değerlendirme sonrasında antibiyotik reçetelenmesi en sık boğaz ağrısı, kulak ağrısı, tonsillit varlığı ve pürülan nazal akıntı bulgularında gözlemlendi (sırasıyla $p < 0,001$; $p=0,002$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Antibiyotik tercihlerine bakıldığında en sık tercih edilen ajan amoksisilin-klavulanat olup, özellikle ateş varlığında ve tonsillit bulgusu olan hastalarda daha yüksek oranda reçetelendi ($p=0,002$). Tekrar başvuru oranı %18,1 olarak saptandı. Muayene sonrası antibiyotik reçetelenen hastalarda tekrar başvuru oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla %26,5 ve %13,6, $p=0,014$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda antibiyotik reçeteleme oranının, tonsillit ve pürülan postnazal akıntı gibi bakteriyel enfeksiyon düşündürülen klinik bulguların varlığında arttığı görülmüştür. Antibiyotik verilen hastalarda tekrar başvuru oranının daha yüksek olması, klinisyenlerin daha ağır seyreden veya komplikasyon riski taşıyan olgularda antibiyotiği tercih ettiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, antibiyotik kullanımının tekrar başvuruları azaltmadığı; aksine daha komplike klinik tabloya sahip ya da daha yakın izlem gerektiren hastalarda hem antibiyotik kullanımının hem de tekrar başvurunun daha sık olduğu izlenmiştir. Bulgularımız, çocuklarda antibiyotik reçeteleme davranışının tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ÜSYE, antibiyotik kullanımı, tekrar başvuru, tonsillit



PS-027

SIK ENFEKSİYON VE ERKEN DİŞ KAYBI İLE BAŞVURAN BİR HASTADA DOĞUŞTAN BAĞIŞIKLIK KUSURU OLARAK PAPİLLON-LEFÈVRE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Ecem Kahveci¹, Emin Şenol², Muhammed Aydın¹, Dilan Demir Gümüş¹, Simay Buse Gülümser³, Mertkan Yıldırım³, Zeynab Jabarova³, Tuba Kevser Uzunçakmak², Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Papillon-Lefèvre Sendromu (PLS), Katepsin C (CTSC) gen mutasyonuna bağlı gelişen, otozomal resesif geçişli ve nadir görülen bir hastalıktır. Klinik olarak avuç içi ve ayak tabanında hiperkeratoz ile erken yaşta başlayan ağır diş eti hastalığı ve diş kaybı ile karakterizedir. CTSC mutasyonuna bağlı nötrofil fonksiyon bozukluğu enfeksiyon yatkınlığına yol açabilir. 2024 IUIS doğuştan bağışıklık kusurları sınıflamasında PLS, fagosit fonksiyon bozuklukları arasında yer almaktadır. Bu olguda sık enfeksiyon öyküsü ile başvuran bir hastada PLS'nin klinik ve immünolojik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: On bir yaşında erkek hasta, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde avuç içi ve ayak tabanlarında belirgin hiperkeratoz saptandı. Ağız içi değerlendirmede ağır periodontal hastalık bulguları ve erken diş kaybı öyküsü mevcuttu. Ailede benzer dermatolojik ve dental bulguların bulunması üzerine Papillon-Lefèvre Sendromu ön tanısı düşünüldü ve CTSC gen analizi için örnek gönderildi; sonuç henüz raporlanmadı. Alerjik değerlendirmede deri prik testinde ev tozu akarları ve polenlere karşı duyarlılık saptandı. Spesifik IgE düzeyleri Dermatophagoides pteronyssinus için > 100 kU/L, Dermatophagoides farinae için 73 kU/L idi. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi (FVC %104, FEV1/FVC %111, PEF %95). PPD testi 0 mm olarak değerlendirildi. Diş hekimliği konsültasyonu yapılarak periodontal izlem planlandı. Solunum semptomları nedeniyle gerekli görülen durumda inhale formoterol/budesonid tedavisi başlandı. Hasta dermatoloji ve diş hekimliği ile birlikte multidisipliner izleme alındı.

Sonuç: Palmoplantar hiperkeratoz ve erken diş kaybı olan çocuklarda Papillon-Lefèvre Sendromu mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu tablo yalnızca dermatolojik bir hastalık olarak değerlendirilmemeli, 2024 IUIS sınıflaması doğrultusunda doğuştan bağışıklık kusuru olarak ele alınmalıdır. Eşlik eden atopik duyarlılık klinik değerlendirmeyi alerjik hastalıklara yönlendirebilir ve altta yatan tanının gecikmesine neden olabilir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, periodontal yıkımın ve enfeksiyon komplikasyonlarının azaltılmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Papillon-Lefèvre Sendromu, CTSC geni, hiperkeratoz



PS-028

TNKG ÇOCUK ALERJİ POLİKLİNİĞİ BESİN YÜKLEME TESTİ SONUÇLARIMIZ

Şeyma Sürmen Tüfekçioğlu¹, Nurşen Cığerci Günaydın¹, Nedim Samancı¹

1 – Tekirdağ Namık kemal üniversitesi , çocuk sağlığı ve hastalıkları A.D

2 – Tekirdağ Namık kemal üniversitesi , çocuk sağlığı ve hastalıkları A.D , Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Giriş ve Amaç: Besin alerjisi çocuklarda sık görülen alerjik reaksiyonlar olup tanıda altın standart test besin yükleme (provokasyon) testleridir. Besin yükleme testleri (BYT), şüpheli besinin giderek artan dozlarda hastaya ağız yoluyla verilerek, hastanın reaksiyon gelişimi açısından gözlemlendiği ve o besinin reaksiyondan sorumlu olup olmadığını belirleyen testlerdir. Besin alerjisi tanısında ve tolerans gelişiminin değerlendirilmesinde besinlerin tolere edilebilir formlarını belirlemek amacıyla yapılır.

Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak 2025-1 Ocak 2026 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi çocuk alerji polikliniğinde besin alerjisi şüphesiyle tanısız amaçlı yada besine karşı tolerans gelişimini değerlendirmek amacıyla değerlendirilen hastalarda uygulanan besin yükleme testi (BYT) sonuçları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda %38,4 (n=43)'ü kız, %61,6 (n=69)'sı erkek olmak üzere 112 hasta dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 28,8 ay (4-114) ay idi. Hasta şikayetleri %93,7 (n=105)'inde vücutta döküntü, %6,3 (n=7)'inde kusma idi. Hastaların %60,7 (n=68)'sinde atopik dermatit, %6,3 (n=7)'ünde ise besin protein ilişkili enterokolit mevcuttu. Hastaların %33 (n=37)'ünde besin protein ilişkili alerjik proktokolit eşlik etmekteydi. Hastaların %31,2 (n=35)'sinde eşlik eden alerjik hastalık mevcuttu. %25,9(n=29) hastada eşlik eden Alerjik Rinit, %12,5 (n=14) hastada eşlik eden astım mevcuttu. Çoklu besin alerjisi ise %67,8 (n=76) hastada saptandı. Besin yükleme testi ile değerlendirilen şüpheli alerjen besinler sıklık sırasına göre %41,9 (n=47) yumurta, %21,4 (n=24) kuruyemiş (ceviz, badem, fındık, kaju, antep fıstığı), %19,6 (n=22) süt veya süt ürünleri, %4,4(n=5) yer fıstığı, %3,5 (n=4) susam, %3,5 (n=4) mercimek, %3,5 (n=4) balık, %1,2 (n=2) yulaf unu, %0,8 (n=1) tavuk eti idi. Tüm hastalarda açık besin yükleme testi protokolü uygulanmış; BYT sırasında reaksiyon yoksa, hasta test bitiminden sonra en az 4 saat izlenmiş; geç reaksiyolar açısından 48 saat sonra tekrar değerlendirilmiştir. Besin yükleme testi sonuçları değerlendirildiğinde en sık saptanan bulgu ciltte döküntü olup; 4 hastada kusma, 2 hastada ise anafilaksi bulguları gelişmiştir. Anafilaksi gelişen hastalarda ilgili besin yumurta beyazı ve susam olup; iki hastada da çoklu besin alerjisi mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç: Besin alerjisi tanısında ve tolerans gelişiminin değerlendirilmesinde, hastayı gereksiz eliminasyon diyetinden korumak için, besin yükleme testi yapılmalıdır. Besin yükleme testleri yapılması zor, zahmetli, zaman alıcı ve ciddi reaksiyon riski olan testlerdir. Bu testler sırasında anafilaksi gelişebileceği akılda tutulmalı ve gerekli önlemlerin alındığı ortamda çocuk alerji uzmanı yönetiminde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Besin allerjisi, besin provakasyon testi, anafilaksi



PS-029

BUĞDAY İLE ANAFİLAKSİ OLGUSU: LABORATUVAR TESTLERİ HER ZAMAN REAKSİYONU ÖNGÖRÜR MÜ?

Nursel Şen Kavrak¹, Nurşen Ciğerci Günaydın², Nedim Samancı¹

1 – Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D

2 – Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Amaç: Besin alerjileri çocukluk çağında sık görülmekte olup tanıda klinik öykü, spesifik IgE düzeyleri ve deri prik testleri yol göstericidir. Deri prik testi ve besin spesifik IgE testleri her zaman klinik reaktiviteyi öngörmeyebilir. Tanıda altın standart yöntem oral besin provokasyon testidir. Bu olguda buğday spesifik IgE düzeyi negatif ve deri prik testinde buğday ile 3x3 mm duyarlılık olan, fırınlanmış buğday ürünü ile besin provokasyon testinde anafilaksi gelişen hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: On yedi aylık kız hasta, erken bebeklik döneminde başlayan mukuslu gaita ve gaz yakınmaları nedeniyle 2 ay-1 yaş arasında süt, yumurta ve buğday eliminasyon diyeti uygulanmış; yakınmalarını devam etmesi nedeniyle bir yaşında dış merkezde çocuk alerji hekimi tarafından yeniden değerlendirilerek deri prik testinde ceviz, yumurta, balık karışımı, muz, patates, badem, antep fıstığı, susam ve tavuk eti duyarlılığı saptanan hastaya bu besinler ile çoklu besin eliminasyonu başlanmış. Hasta takip amacıyla tarafımıza başvurdu. Bir yaşında süt ile besin provokasyon testi negatif saptanan hastanın diyetine süt ve süt ürünleri yeniden eklenmiş. Fizik muayenesi olağan sınırlarda saptanan hastada tartı:8,7 kg (23 persentil), boy: 78 cm (79 persentil) idi. Laboratuvar parametrelerinde Tan kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normal. Total IgE: 85,7 IU/mL, buğday spesifik IgE: 0,10 kU/L idi. Deri prik testinde yumurta beyazı:10x7 mm, yumurta sarısı: 5x3 mm, buğday 3x3 mm saptanan hastada buğday spesifik IgE:0,10 kU/l idi. Tanısal amaçla buğday unu ile hazırlanmış poğaçaya ile oral besin provokasyon testi yapıldı. Besin provokasyon testinde 5.basamakta verilen poğaçadan yaklaşık 15. dakika sonra hastada sırt ve göğüs bölgesinde yama tarzında döküntü, öksürük ve hırıltılı solunum gelişmesi üzerine test sonlandırıldı. Fizik muayenesinde sırt ve göğüste ürtiker ile uyumlu döküntü, solunum seslerinde bilateral vizing ve ekspiryum uzunluğu mevcuttu. Klinik tablo anafilaksi ile uyumlu değerlendirilerek i.m adrenalin ve diğer tedavileri uygulanan hastanın fizik muayene bulguları geriledi. Altı saat izlemde bulguları tekrar etmeyen, provokasyon testi pozitif kabul edilen hasta buğday eliminasyonuna devam edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgu düşük besin duyarlılığına rağmen klinik olarak ciddi sistemik reaksiyon gelişebileceğini göstermektedir. Özellikle çoklu besin duyarlılığı gibi risk faktörü olan hastalarda klinik reaktivitenin yalnızca laboratuvar parametreleri ile öngörülemediği akılda tutulmalı ve oral besin provokasyon testleri deneyimli ekipler tarafından, acil müdahale olanakları hazır bulundurularak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Buğday alerjisi, anafilaksi, besin provokasyon testi



PS-033

DİRENÇLİ NEONATAL HİPOGLİSEMİNİN GEÇİCİ BİR NEDENİ: TRANSİENT HİPERİNSÜLİNEMİK HİPOGLİSEMİ VE DİAZOKSİD TEDAVİSİ

Abbasgulu Baghirov¹, Anıl Chousein¹, Arzu Jalilova²

1 – Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir

2 – Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Bilim Dalı, Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir

Amaç: Yenidoğan döneminde hipoglisemi, erken tanı ve tedavi edilmediğinde kalıcı nörolojik hasara yol açabilen ciddi bir metabolik acildir. Hiperinsülinemik hipoglisemi (HH), yenidoğanda persistan ve ağır hipogliseminin en sık nedenlerinden biri olup genetik formların yanı sıra perinatal stresle ilişkili transient (geçici) formlar şeklinde de görülebilir. Klinik prezentasyonların genetik formlarla benzerlik göstermesi nedeniyle transient HH tanısı çoğu zaman izlem sürecinde netleşmektedir.

Olgu Sunumu: Doğum sonrası solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen term yenidoğan bebeğin yaşamın 2. saatinde ölçülen kan şekeri 20 mg/dL saptanması üzerine intravenöz dekstroz infüzyonu başlandı. İzlemde hipogliseminin dirençli seyretmesi nedeniyle glukoz infüzyon hızı kademeli olarak artırılarak 15 mg/kg/dk'ya çıkarıldı; buna rağmen kan şekeri düzeyleri 40–50 mg/dL aralığında seyretti. Hipoglisemi sırasında alınan kritik örneklerde plazma glukozu 40 mg/dL iken insülin düzeyi 81.7 μ U/mL ve C-peptid 5.36 ng/mL olarak saptandı; idrarda keton negatif bulundu. Kortizol, büyüme hormonu ve kan laktat düzeyleri normal, idrarda keton cisimcikleri, redüktan madde ve aminoasitler negatif olarak değerlendirildi. Bulgular hiperinsülinemik hipoglisemi ile uyumlu bulunarak diazoksid tedavisi başlandı. HH etiyolojisine yönelik yapılan genetik değerlendirme negatif saptandı. Başlangıç dozu 5 mg/kg/gün (3 doza bölünerek) olan oral diazoksid tedavisi, dozun 10 mg/kg/gün'e kademeli artırılması sonrasında normoglisemi sağlanması ile etkili bulundu. Diazoksid tedavisi yaşamın 21. gününde kesildi. Tedavi kesilmesini takiben hasta 4 gün daha yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmiş, bu süreçte ve taburculuk sonrası kontrollerde hipoglisemi atağı gözlenmemiştir.

Sonuç: Bu olgu, perinatal stres öyküsü bulunan yenidoğanlarda transient hiperinsülinemik hipogliseminin ağır ve dirençli hipoglisemi tablosu ile prezante olabileceğini göstermektedir. Erken tanı ve zamanında başlanan diazoksid tedavisi, hipogliseminin hızlı kontrol altına alınmasını sağlayarak komplikasyonsuz bir klinik seyir elde edilmesine olanak tanımıştır. Transient hiperinsülinemik hipoglisemi, genetik formları taklit edebilecek kadar ağır seyredebilir; ancak erken tanı ve uygun diazoksid tedavisi ile tamamen geri dönüşlüdür.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, hipoglisemi, hiperinsülinemik hipoglisemi, diazoksid, transient



PS-037

İZOLE ÖTİROTİROPİNEMİK HİPOTİROKSİNEMİDE ETİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

Alara Arasan¹, Saygın Abalı², Zehra Yavaş Abalı³, Goncagül Haklar⁴, Serap Demircioğlu³

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

2 – Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

4 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, pediatrik popülasyonda normal TSH ve düşük serbest T4 (sT4) düzeyi saptanan olguların etiyolojik dağılımını belirlemeyi ve tekrarlayan ölçümlerde sT4 düşüklüğü sebat eden hastaların klinik veya biyokimyasal olarak ayırt edilebilir bir özellik gösterip göstermediğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz biyokimya laboratuvarında 01.01.2023–31.12.2025 tarihleri arasında 1 ay-18 yaş aralığında düşük sT4 ve normal TSH saptanan 366 olgu olduğu tespit edildi. Altta yatan kronik hastalığa sahip olgular takip edildikleri kliniklere göre sınıflandırıldı, primer hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Tiroid fonksiyon test sonuçlarını etkileyebilecek kronik hastalık veya ilaç kullanımı bulunmayan hastaların izlem sürecindeki sT4 seyirleri analiz edildi. Takipte sT4 değerleri normale dönen ile düşüklüğü sebat eden olgular demografik, klinik özellikler, tiroid fonksiyonları, hipotalamo-hipofizer-tiroid eksenini (HPT), lipid profili, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, kemik ve mineral metabolizması gibi hipotiroidinin periferik biyobelirteçleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Değerlendirilen 366 olgunun 216'sında (%59) altta yatan kronik hastalık saptandı. Epilepsi tanısı ve antiepileptik ilaç kullanımı %24,3 (n=87) hastada mevcuttu. Endokrinoloji kliniğinde takip edilen 29 hasta ise hipotiroidizm nedeni ile levotiroksin tedavisi almakta olup; izole santral hipotiroidizm (n=11), konjenital hipotiroidizm (n=9) ve edinsel primer hipotiroidizm (n=9) tanıları ile izlenmekteydi. 41 hastanın HPT eksenini ile ilişkili hastalığı (çoklu hipofiz hormon eksikliği) mevcuttu. Diğer sık kronik durumlar arasında malignite öyküsü (n=14), psikiyatrik ilaç kullanımı (n=12) ve kronik böbrek hastalığı (n=11) yer almaktaydı. Etiyolojisi açıklanamayan 142 olgu içinde 94 hasta değerlendirilebilmiş olup; 70 hastada sT4 değerinin kontrol ölçümlerde referans aralıkta olduğu, 24 hastada sT4 düşüklüğünün sebat ettiği görüldü. Takipte sT4 değeri normal aralığa dönen olgular ve düşüklüğü sebat eden olgular; hipotiroidinin periferik biyobelirteçleri açısından karşılaştırıldı; klinik ve biyokimyasal açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.



Normal TSH ile sT4 Düşüklüğü Saptanan Olgularda Etiyolojik Değerlendirme ve İzlem Sonuçları

Klinik Kategori	n	%
Toplam olgu	366	100
Gebelik	3	0,8
Eksik veri	3	0,8
Eksitus	2	0,5
Kronik hastalık varlığı	216	59,0
Çocuk nöroloji takibinde olan olgular	91	24,9
Çocuk endokrinoloji takibinde olan olgular	56	15,3
Diğer branşlar	69	18,9
Etiyolojisi belirlenemeyen grup	142	38,8
Kontrol ölçümde sT4 düzeyi normal olgular	70	19,1
Kontrol ölçümde sT4 düzeyi düşük seyreden olgular	24	6,6
İzlem yapılamayan olgular	48	13,1

Etiyolojisi belirlenemeyen grupta kontrol ölçümde sT4 düzeyinin büyük oranda normal sınırlara döndüğü görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Normal TSH ve düşük sT4 biyokimyasal paterni, olguların %59'unda kronik hastalık zemininde gelişmiştir. Etiyolojisi belirlenemeyen olguların önemli bir kısmında sT4 düzeyleri izlemde normale dönmüş; düşüklüğü sebat eden olgularda ise klinik veya biyokimyasal olarak ayırt edici bir özellik gösterilememiştir. Bu veriler, çocukluk çağında izole sT4 düşüklüğünün sıklıkla kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı ile ilişkili olabileceğini ve çoğu zaman primer bir tiroid veya HPT aks disfonksiyonunu yansıtmadığını göstermektedir. Tanısal süreçte ayrıntılı anamnez, eşlik eden hastalıkların ve kullanılan ilaçların dikkatli sorgulanması önemlidir. Klinik bulgularla desteklenmeyen durumlarda tekrarlayan ölçümler ile gereksiz tetkik ve tedavi engellenebilir.

Anahtar Kelimeler: İzole hipotiroksinemi, Serbest T4, Çocukluk çağı, Tiroid fonksiyon testleri



PS-039

ADRENAL KRİZLE BAŞVURAN AIRE İLİŞKİLİ PEDIATRİK OLGU

Beste Karabayır¹, İzzettin Kaya¹, Gözde Gürpınar¹, Özlem Bostan Gayret¹, Meltem Erol¹, Fatih Mete¹

1 – Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Primer adrenal yetmezlik (PAY), çocukluk çağında nadir ancak yaşamı tehdit edici bir endokrin acildir. Hipoglisemi, hiponatremi ve hiperpotasemi triadı adrenal krizin klasik laboratuvar bulgularıdır. Klinik tablo sıklıkla gastroenterit, sepsis veya akut böbrek yetmezliği ile karışabilmektedir. Genetik kökenli olgularda erken tanı, ilerleyebilecek otoimmün endokrinopatilerin öngörülmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: Altı yaşında erkek hasta; bilinen idrar inkontinansı nedeniyle oksibutinin ve trimetoprim-sülfametoksazol kullanmakta iken, 10 gündür bulantı, son 4 gündür kusma, beslenememe ve halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Tüm sistem muayeneleri doğal olan hastanın cilt rengi koyu idi. Ağırlık :19,8 kg (SDS: -0,77, Persentil: 22,06) Boy :117,5 cm (SDS: -0,3, Persentil: 38,21) VKİ :14,34 kg/m² (SDS: -0,9, Persentil: 18,41). Vital bulguları TA:86/57 mm/Hg Ateş:36,5 derece, KTA:100 atım/dk. Laboratuvar bulgularında kan gazı pH:7,24 HCO₃:10,8 mmol/L BE: -15 Na:112 mmol/L K:5,64 mmol/L Glukoz:33 mg/dL Laktat:1,19 mmol/L Kreatinin:1,01 mg/d Üre:73 mg/dL CRP: 33,9 mg/L Prokalsitonin: 3,61ng/mL. Soygeçmişinde anne baba arasında 1. derece akraba evliliği vardı. Hastaya hipoglisemi ve hiperpotasemi için acil serviste ilk tedavisi verildi. Akut böbrek yetmezliği ön tanısıyla çocuk nefrolojiye danışıldı. Hipoglisemi, hiponatremi ve hiperpotasemi birlikteliği ile primer adrenal yetmezlik düşünüldü. Takiplerinde ACTH, kortizol, 17-OH Progesteron alındı. ACTH:1000 pg/mL, 17- OH progesteron: < 0,035 olan hastada KAH dışı primer adrenal yetmezlik ön planda düşünüldü. Hastaya hidrokortizon ve fludrokortizon tedavisi başlandı. Ayırıcı tanıda Adrenolökodistrofi açısından istenen yağ asitleri normal saptandı. Klinik ekzom dizileme analizi sonucunda AIRE gen mutasyonu saptandı. Takipte ACTH düzeyi > 1000 pg/mL'den 16 pg/mL'ye geriledi.

Tartışma ve Sonuç: Bu olgu, başlangıçta akut böbrek yetmezliği ve enfeksiyon ön tanıları ile değerlendirilen ancak ağır hiponatremi nedeni ile adrenal yetmezlik tanısına yönlendirilen öğretici bir vakadır. Çocukluk çağında primer adrenal yetmezliğin en önemli nedenleri arasında konjenital adrenal hiperplazi, otoimmün adrenal destrüksiyon ve genetik sendromlar yer almaktadır. Bu olguda klinik ekzom analizinde AIRE gen mutasyonu saptanmıştır. AIRE gen defektleri, otoimmün poliendokrin sendrom tip 1 (APS-1) patogenezinin sorumludur. Bu hastalarda ilerleyen yıllarda hipoparatiroidi, mukokutanöz kandidiyazis ve diğer otoimmün endokrinopatiler gelişebilir. Bu nedenle erken genetik tanı, uzun dönem izlem planlaması açısından önem taşır.

Anahtar Kelimeler: AIRE gen mutasyonu, primer adrenal yetmezlik



PS-040

ÇOCUKLUK ÇAĞI TIP 2 DİABETES MELLİTUS OLGULARININ KLİNİK VE METABOLİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

**Büşra Çolpan Çınar¹, Kübra Şen Küçük¹, Ayşegül Tekneci², Emel Saralı³, İlkay Bahar Balaban Berber²,
Aslı Sezal Çubukçu², Sercan Öztürk⁴, Tolga Ünüvar², Ahmet Anık²**

1 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

3 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

4 – Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Tip 2 diabetes mellitus (T2DM) tanılı çocukların izlem süreleri boyunca klinik ve metabolik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2015-2025 yıllarında kliniğimizde T2DM tanısı konmuş olan olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Sonuçlar yüzde ve sayı (% , n), ortanca (25p–75p), ortalama $\pm$ standart sapma (SD) olarak verildi.

Bulgular: Son on yılda diyabet tanısı alan toplam 737 hastanın %2'si (n=18) gençlerde başlayan erişkin tip (MODY), %6'sı (n=45) Tip 2, kalanı Tip 1 diyabetti. T2DM'li 45 hastanın %64'ü (n=29) kadın, %96'sı (n=43) pubertaldi; ortalama tanı yaşları 13,8 $\pm$ 2,1 yıldır. Başvuru yakınması %71 (n=32) kilo alımı, %29 (n=13) çok su içme, çok idrara çıkma, kilo kaybıydı. Ailede T2DM öyküsü hastaların %84'ünde (n=38) vardı. Tanıda ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 3,0 $\pm$ 0,9 SDS; %7'si (n=3) fazla tartılı, %93'ü (n=42) obezdi. Obezlerin %55'i (n=23) sınıf I, %21'i (n=9) sınıf II, %24'ü (n=10) sınıf III obezdi. Tanı anında hastaların %33'ünde (n=15) hipertansiyon; %91'inde (n=41) akantozis nigrikans; %69'unda (n=31) hepatosteatoz vardı. Ortanca HbA1c %8,3 (7,1-10,7); açlık glukoz 151 (117-247) mg/dl; açlık insülin 15,8 (14,1-26,1) IU/ml; c-peptit 2,5 (2,1-4,5) ng/ml; HOMA-IR 5,9 (4,3-11,3); HOMA-B %113,5 (57,1-209,7); HOMA-S %8,8 (6,0-17,1) idi. Hastaların %11'i (n=5) diyabetik ketozla tanı almıştı. Hastaların (n=35) diyabet antikorları negatifti. Tedavide tüm hastalara metformin, %44'üne (n=20) bazal ve %18'ine (n=8) bolus insülin başlandı. İnsülin tedavisi başlananlarda tanı anı ortalama HbA1c (p < 0,001), açlık glukoz (p < 0,001), HOMA-IR (p=0,035) başlanmayanlara göre daha yüksek, ortalama HOMA-B (p < 0,001) ve HOMA-S (p=0,037) daha düşüktü. Son kontrol ortalama VKİ SDS 3,1 $\pm$ 1,1; ortalama Δ VKİ SDS -0,1 $\pm$ 0,5 idi (p=0,797). Ortanca HbA1c %6,9 (5,9-9,4); ortalama Δ HbA1c -%1,3 $\pm$ 2,3 idi (p=0,001). İzlemde c-peptit tüm hastalarda yüksekti. Tedavi %80 (n=36) metformin; %39 (n=14) bazal insülin; %19 (n=7) bolus insülin; %8 (n=3) GLP-1 analoguydu. Olguların %82'sinin (n=32) başlangıçta HbA1c'si yedinin üzerinde iken son kontrolde %49'unun (n=19) yedinin üzerindeydi, olguların %36'sının (n=14) HbA1c'si yedinin altına düşerken %3'ünün (n=1) yedinin üzerine çıktı (p < 0,001). Tanı anında insülin başlananlarda son kontrol ortalama açlık glukozu (p=0,002) ve HbA1c (p=0,005) başlanmayanlara göre daha yüksekti.

Tartışma ve Sonuç: T2DM'li çocuklarda tedaviyle disglisemi bir miktar iyileşse de, kilo yönetimi ve yaşam tarzı değişikliklerinin yetersiz kalması nedeniyle metabolik iyileşme sınırlı bulunmuştur. Sonuçlar, çocukluk çağı T2DM'sinde erken tanı, multidisipliner izlem ve davranışsal müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Tip 2 Diyabet, İnsülin direnci



PS-041

TİROİD FONKSİYON TESTLERİNDE ANORMALLİK OLMASI NEDENİYLE YÖNLENDİRİLEN ÇOCUKLARIN TANISAL DAĞILIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Tuna Han Saatci¹, Kübra Şen Küçük², Tolga Ünüvar², Ahmet Anık²

1 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

2 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Aydın

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, dış merkezlerden tiroid fonksiyon testlerinde (TFT) anormallik saptanması nedeniyle yönlendirilen 1 ay–18 yaş arası hastaların klinik ve laboratuvar özellikleriyle nihai tanılarının belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: 01.01.2020 – 31.12.2025 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine anormal TFT sonucu ile başvuran hastalar geriye dönük olarak incelendi. Hastaların sosyodemografik verileri, fizik muayene bulguları, laboratuvar parametreleri, görüntüleme bulguları ve nihai tanıları hastane verilerinden kaydedildi. Kliniğimizde TFT'si normal saptananlar "sağlıklı", anti-TPO/ anti-TG pozitif olanlar ve USG'de tiroidit ile saptananlar "Hashimoto tiroiditi", TRAB pozitif olup hipertiroidi saptananlar "Graves' hastalığı", VKİ $\geq$ 95p üzerinde olup TSH yüksekliği olanlar "obezite ilişkili TSH yüksekliği", VKİ normal olup TSH yüksekliği olanlar "izole TSH yüksekliği" olarak değerlendirildi. Sonuçlar yüzde (%), sayı (n), ortalama $\pm$ standart sapma (SD) ve ortanca (25p-75p) olarak verildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 411 hastanın ortalama başvuru yaşı $11,2 \pm 4,9$ yıl olup olguların %60'ı kızdı (n=248). Hastaların %62'si prepubertal, %38'i pubertal idi. Fizik muayenede 4 (%1) hastada taşikardi, 21 hastada (%5) tremor saptandı. Tiroid muayenesinde %85 olgu normal, %12'sinde evre 1; %3'ünde evre 2 guatr saptandı. Olguların %89'u (n=367) rutin taramada saptanan TFT anormalliği nedeniyle yönlendirilmişti. En sık yönlendirilme nedeni izole TSH yüksekliği (%47, n=192) idi. Nihai tanılar: %55 sağlıklı, %10 ötiroid Hashimoto tiroiditi, %8 izole TSH yüksekliği, %7 hipotiroidik Hashimoto, %3 Graves' hastalığı ve %3 obezite ilişkili TSH yüksekliği idi. Obez olan ve olmayan gruplar arasında TFT parametreleri açısından fark saptanmadı. VKİ-SDS ile TSH arasında zayıf fakat anlamlı pozitif ilişki saptandı ($\rho=0,121$; $p=0,014$).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmayla, çocukluk çağında saptanan hafif TFT anormalliklerinde gereksiz ileri tetkik ve tedaviden kaçınmak için sistematik ve bütüncül bir değerlendirme yaklaşımının gerekliliği ortaya konmuştur. Klinik, antropometrik ve otoimmün belirteçlerin birlikte yorumlanması; uygun izlem stratejilerinin belirlenmesi ve sağlık kaynaklarının doğru ve verimli kullanımı açısından anahtar öneme sahiptir. Bu nedenle, çocukluk yaş grubunda TFT anormalliklerine yaklaşımda standartlaştırılmış algoritmaların geliştirilmesi klinik pratiğe önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anormal TFT, Tiroid USG, Hashimoto, Graves, Tiroidit



PS-042

MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER SENDROMU TANILI OLGULARIN KLİNİK, RADYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Nisa Hergül Ayvat¹, Kübra Şen Küçük², Tolga Ünüvar², Ahmet Anık²

1 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

2 – Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş ve Amaç: Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser (MRKH) sendromu, müllerian kanalların konjenital gelişim bozukluğu sonucu uterus ve vajinanın üst kısmının aplazisi veya hipoplazisi ile karakterize nadir bir anomalidir. Olgular genellikle ergenlik döneminde adet görememe ile başvurur ve ikincil cinsiyet karakterleri çoğunlukla normaldir. Bu çalışmada, MRKH sendromu tanılı olguların klinik, radyolojik, genetik ve psikososyal özelliklerinin tanımlanması amaçlandı.

Yöntem: 01.01.2010-31.12.2025 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinolojisi polikliniğine adet olamama şikayetiyle başvuran 13-18 yaş arası kız olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik ve radyolojik olarak MRKH sendromu tanısı alan olgular çalışmaya dahil edildi. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma (SD), yüzde (%) ve sayı (n) olarak sunuldu.

Bulgular: Son 15 yılda adet olamama yakınmasıyla başvuran toplam 35 kız olgunun %23'üne (n=8) MRKH sendromu tanısı konuldu. Olguların ortalama başvuru yaşı $15,37 \pm 1,24$ yılı. Puberte muayenesinde meme gelişimi bir olguda Tanner evre 3, iki olguda evre 4 ve beş olguda evre 5'ti. Pubik kıllanma 1 olguda Tanner evre 3, 7 olguda evre 5'ti. Tüm olgularda aksiller kıllanma mevcuttu. Tüm olguların dış genital organları normal görünümdeydi ve ek üreme sistemi anomalisi saptanmadı. İki olguda akraba evliliği öyküsü vardı. Hastaların bazal gonadotropin düzeyleri normaldi. Pelvik ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları birlikte değerlendirildiğinde, uterus altı olguda aplazik, iki olguda hipoplazik olarak saptandı. Vajinal yapı değişken derecede hipoplazik veya aplazik olarak raporlandı. Tüm olgularda bilateral overler normal görünümdeydi. Karyotip analizi yapılan yedi olgunun tamamında 46,XX saptandı. Eşlik eden anomaliler açısından değerlendirildiğinde; hidronefroz (n=1), mitral kapak prolapsusu (n=1) ve Hashimoto tiroiditi (n=2) mevcuttu. Hiçbir olguda gastrointestinal, iskelet sistemi anomalisi ve işitme kaybı izlenmedi. Diğer organ sistemlerinde yapısal anomali olmayan olguların hepsi MRKH Tip 1 (izole tip) olarak değerlendirildi. Olgulara vajinal dilatasyon veya cerrahi müdahale uygulanmamıştı. Olguların yarısı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı izleminde olup anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği sosyal çekilme en sık psikopatoloji olarak saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: MRKH Tip 1 tanılı olgular primer amenore ve korunmuş ikincil cinsiyet karakterleri ile başvurmuş olup sistemik anomaliler nadir saptanmıştır. Belirgin psikososyal etkilene, MRKH'nin multidisipliner yaklaşım gerektirdiğini ve erken tanı ile bütüncül izlemin önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser sendromu, MRKH, primer amenore, uterus, çocuk, adolesan



PS-043

KRANİOFARENJİOM SONRASI PANHİPOPİTİTARİZMLİ ÇOCUKTA DESMOPRESSİN KESİLMESİNE BAĞLI HİPERNATREMİ VE İNTRAKRANİYAL KANAMA

Nurdan Yıldırım Acar¹

1 – Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği

Amaç: Bu olgu sunumunda, opere Kraniofarenjiom sonrası gelişen panhipopituitarizm nedeniyle izlenen 10 yaşındaki bir kız hastada, desmopressinin ani kesilmesine bağlı gelişen ağır hipernatremi ve intrakraniyal kanama tablosu sunulmuştur. Panhipopituitarizmlı çocuklarda ani ilaç kesilmesinin yol açabileceği yaşamı tehdit eden komplikasyonların yönetimi ve izlem sürecinin olgu üzerinden tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Kraniofarenjiom nedeniyle dış merkezde iki kez opere edilen ve sonrasında kranial radyoterapi alan 10 yaşındaki hasta, dış merkez çocuk endokrinoloji kliniğinde panhipopituitarizm tanısıyla izlenmekteydi. Son poliklinik kontrolünde sodyum 132 mmol/L saptanması üzerine desmopressin tedavisi kesilmiş; iki gün ilaçsız izlem ve üçüncü gün biyokimyasal kontrol planlanmış. Desmopressin kesilmesinden sonraki günün sonunda hastanın genel durumunda ve bilincinde bozulma gelişmesi üzerine hastanemize başvurdu. Başvuru sırasında genel durumu kötü, Glasgow Koma Skoru 11 olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde; BUN 21,5 mg/dL, kreatinin 0,93 mg/dL, üre 46 mg/dL, AST 163 U/L, ALT 143 U/L, sodyum 175 mmol/L, potasyum 4,4 mmol/L, klorür 137 mmol/L ve CRP 12,2 mg/L olarak saptandı. İdrar tetkikinde idrar dansitesi 1005 olarak belirlendi. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde sol frontal lob komşuluğunda yaklaşık 2 cm boyutunda subakut subdural hemoraji izlendi (Resim 1). Hasta beyin cerrahisi kliniğine konsülte edildi. Ağır metabolik bozukluk ve genel durumunun kötü olması nedeniyle acil cerrahi müdahale planlanmadı; metabolik stabilizasyon sonrası kontrol görüntüleme ile yeniden değerlendirilmesi önerildi. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılarak monitörize edildi. İvedilikle intravenöz sıvı tedavisi ve desmopressin başlandı. Mevcut hidrokortizon tedavisi stres dozuna yükseltildi. Bilinç durumu, kan basıncı ve biyokimyasal parametreler yakın takibe alındı. Serum sodyum düzeyinin günlük 10 mmol/L'yi geçmeyecek şekilde düşürülmesi hedeflendi; sıvı tedavisi ve desmopressin dozu dört saatlik aralıklarla dinamik olarak düzenlendi. İzlem sürecinde hastanın genel durumu ve bilinci belirgin olarak düzeldi. Kontrol beyin tomografisinde hemoraji alanında artış saptanmayan hastaya cerrahi girişim planlanmadı. Genel durumu iyi, bilinci açık ve elektrolitleri normal sınırlarda olan hasta uygun tedavi düzenlemeleri yapılarak taburcu edildi.

Beyin BT



Fotoğraf 1. Subdural Hemoraji



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Panhipopituitarizmlı çocukların tedavisi, yaşam boyu titizlikle ve dinamik biçimde düzenlenmesi gereken bir süreçtir. Küçük doz değişiklikleri dahi ciddi metabolik bozukluklara ve kalıcı nörolojik hasarlara yol açabilir. Özellikle elektrolit dengesizliklerinde desmopressin tedavisinin ani kesilmesi yerine doz azaltımı tercih edilmelidir. Ani ilaç kesilmelerinin 24 saat gibi kısa bir sürede mortal seyredebilecek metabolik komplikasyonlara neden olabileceği unutulmamalı ve klinisyenler bu konuda dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Panhipopituitarizm, Desmopressin kesilmesi, Hipernatremi, Subdural hemoraji, Pediatrik yoğun bakım, Kraniofarenjiom



PS-044

ERKEN NEONATAL HIPOKALSEMİ TANILI YENİDOĞANLARDA ETİYOLOJİNİN, TEDAVİ YANITLARININ VE UZUN DÖNEM İZLEMİNİN ÇOK YÖNLÜ DEĞERLENDİRİLMESİ

Melek Elma¹, Esmâ Şeker², Sena Somuncu¹, Nisa Bozkurt Gül², Cansu Ceren Eryılmaz Çakar³

1 – Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

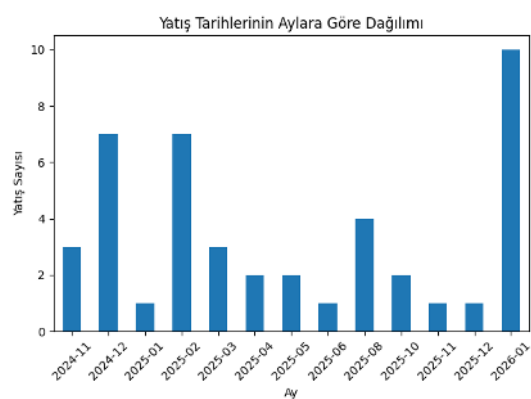
3 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş ve Amaç: Erken neonatal hipokalsemi (ENS), doğumu takiben ilk 48–72 saat içinde gelişen ve serum kalsiyum düzeylerinin normal beklenen aralığın altına düşmesiyle karakterize, ciddi morbiditeye yol açabilen önemli bir metabolik bozukluktur. Çalışmamızda, ikinci basamak yenidoğan yoğun bakım ünitemizde ENS tanısı ile izlenen olguların demografik özelliklerinin, biyokimyasal parametrelerinin ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi; ayrıca uzun dönem büyüme ve nörogelişimsel izlemin planlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya ENS tanısı alan 44 yenidoğan dahil edilmiştir. Olguların demografik özellikleri, doğum antropometrik ölçümleri, tanı anında saptanan laboratuvar parametreleri (serum kalsiyum, fosfor, parathormon ve 25-OH vitamin D düzeyleri), eşlik eden klinik tanılar, uygulanan kalsiyum replasman tedavisi ve hastanede yatış süreleri kaydedilmiştir. Mevsimsel dağılım Eylül–Mart ve Nisan–Ağustos dönemleri arasında karşılaştırılmıştır. Yenidoğanların büyüme ve nörogelişimsel izlemleri prospektif olarak sürdürülmekte olup, uzun dönem sonuçların analiz edilmesi planlanmaktadır. İstatistiksel analizler R Studio yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

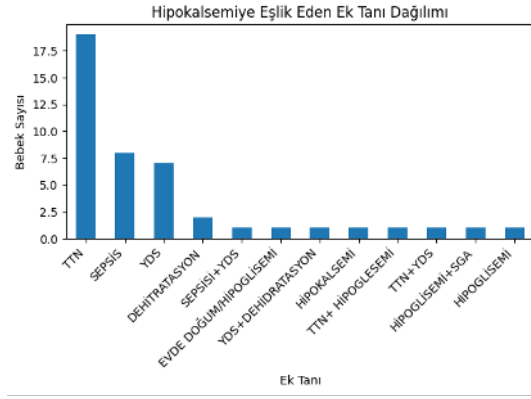
Bulgular: Olguların %63,6'sı erkek (n=28), %36,4'ü kız (n=16) idi. Ortalama gestasyonel yaş 38+1/7 hafta olup, 12 olgu preterm, 32 olgu term idi. Otuz beş bebek gebelik haftasına göre uygun (AGA), 8'i küçük (SGA) ve 1'i büyük (LGA) doğum ağırlıklıydı. Ortalama doğum ağırlığı 3034±601 gram, doğum boyu 49,48±3,41 cm ve baş çevresi 34,23±1,71 cm olarak saptandı. Tanı anındaki ortalama serum kalsiyum düzeyi 7,51±0,85 mg/dL, fosfor 5,56±1,64 mg/dL, parathormon 83,17±56,49 pg/mL ve 25-OH vitamin D 10,94±6,58 ng/mL idi. Hipokalsemiye en sık eşlik eden tanı yenidoğanın geçici taşipnesi (n=22) olup, bunu sepsis (n=9) ve yenidoğan sarılığı (n=9) izledi. Kalsiyum replasman tedavisi 28 olguda yalnızca oral, 2 olguda yalnızca intravenöz ve 14 olguda kombine olarak uygulandı. Ortalama hastanede yatış süresi 8,91±4,25 gün idi. İki yıllık gözlem süresinde Eylül–Şubat dönemindeki yatış sayısının (n=35), yılın geri kalan dönemine (n=9) göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($\chi^2=15,36$; $p < 0,001$).

ENS tanılı bebeklerin yoğun bakım yatışlarının aylara göre dağılımı





Erken Neonatal Hipokalsemi Tanılı Yenidoğanlarda Komorbid Klinik Durumların Dağılımı



Cinsiyete Göre Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması

Cinsiyet/ Klinik & Laboratuvar Bulgular	Erkek (n=28) Ort ± SS	Kız (n=16) Ort ± SS	p değeri*
Serum kalsiyum (mg/dL)	7.33 ± 0.79	7.81 ± 0.89	0.084
Serum fosfor (mg/dL)	5.82 ± 1.77	5.06 ± 1.24	0.120
25-OH vitamin D (ng/mL)	11.52 ± 6.05	10.14 ± 7.60	0.677
İyonize kalsiyum (mmol/L)	0.97 ± 0.25	0.97 ± 0.14	0.971
Kalsiyumun normale dönüş süresi (gün)	3.62 ± 2.57	3.80 ± 1.37	0.784
Hastanede yatış süresi (gün)	9.21 ± 4.14	8.43 ± 4.52	0.595

Tartışma ve Sonuç: Erken neonatal hipokalsemi, uygun tedavi ile düzeltilebilen ancak hastanede yatış süresini uzatarak morbiditeyi artırabilen önemli bir metabolik bozukluktur. Olguların sonbahar ve kış aylarında anlamlı olarak daha sık görülmesi, maternal vitamin D eksikliği sıklığındaki mevsimsel artış ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda saptanan düşük 25-OH vitamin D düzeyleri, gebelik döneminde yeterli vitamin D desteğinin önemini vurgulamaktadır. Uzun dönem büyüme ve nörogelişimsel sonuçların ileri izlem sürecinde prospektif olarak takibi ve değerlendirilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erken neonatal hipokalsemi, konvulsiyon, yenidoğan, büyüme, gelişme izlemi, vitamin D



PS-045

OBEZİTE VE HİPERTANSİYONLA BAŞVURAN 46, XY CİNSİYET GELİŞİM BOZUKLUĞU OLGUSU: 17-ALFA HİDROKSİLİZ ENZİM EKSİKLİĞİ

**Ahsen Çolakoğlu¹, Mert Uçar², Gökçe Velioğlu Haşlak², İlayda Altun², Elvan Bayramoğlu²,
Hande Turan², Saadet Olcay Evliyaoğlu²**

1 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

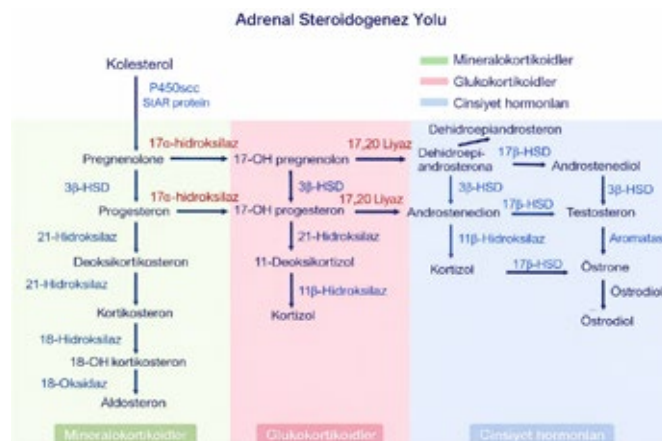
2 – İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: 17-alfa hidroksilaz eksikliği, CYP17A1 genindeki otozomal resesif varyantlara bağlı gelişen konjenital adrenal hiperplazinin (KAH) nadir bir alt tipidir ve yaklaşık 1:50.000–1:100.000 canlı doğumda görülür. Enzim eksikliği sonucu kortizol ve seks steroid sentezi azalırken mineralokortikoid öncüllerinin artışı hipertansiyon ve renin baskılanmasına yol açar. Seks steroid eksikliği 46,XX olgularda primer amenore, 46,XY olgularda ise androjen yetersizliğine bağlı kuşku genital yapı ve puberte gecikmesi ile ortaya çıkabilir. Bu yazıda obezite ve hipertansiyon nedeniyle değerlendirilen ve 17-alfa hidroksilaz eksikliği tanısı alan 46,XY olgu sunulmaktadır.

Yöntem: vaka sunumu

Bulgular: On üç yaşında, kız olarak yetiştirilmiş ve bilinen hastalığı olmayan hasta obezite başvurusunda saptanan hipertansiyon nedeniyle değerlendirildi. Özgeçmişinde bilateral inguinal ve umbilikal herni operasyonu öyküsü ile dört yaşından itibaren hızlı kilo alımı mevcuttu. Anne-baba arasında birinci derece akrabalık bulunmakta, ailede obezite ya da kronik hastalık öyküsü yer almamaktaydı. Fizik muayenede ağırlık 104,6 kg (4,9 SDS), boy 158 cm (-0,72 SDS), VKİ 41,8 kg/m² (4,1 SDS) ve kan basıncı 134/79 mmHg idi. Dış genital yapı kız görünümünde, puberte Tanner evre 1 idi. Laboratuvarda glukoz 97,4 mg/dl, insülin 19,7 mU/ml ve HbA1c %5 idi. Kortizol 0,4 µg/dL, ACTH 199 ng/L saptandı. 17-OH progesteron, DHEA-SO4 ve 11-deoksikortizon düzeyleri düşük bulundu. ACTH uyarı testinde pik kortizol 0,319 µg/dL idi ve primer adrenal yetmezlik düşünülerek hidrokortizon tedavisi başlandı. LH ve FSH yüksek, seks steroidleri düşük olup hipergonadotropik hipogonadizm ile uyumluydu. Pelvik ultrasonografide uterus ve over izlenmedi; bilateral inguinal kanalda testiküler gonad dokusu saptandı. Karyotip 46,XY olarak belirlendi. CYP17A1 (p.Pro35ArgfsTer15) geninde homozigot muhtemel patojenik varyant saptanarak tanı doğrulandı. Spironolakton ve metformin tedavisi eklendi. Malignite riski nedeniyle bilateral orşiektomi yapıldı; sağ testiste intralobüler germ hücreli neoplazi saptandı. Oral östrojen tedavisi başlandı.

Şema





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Hipertansiyon, baskılanmış renin düzeyi ve kortizol eksikliği birlikteliği mineralokortikoid prekürsör fazlalığına bağlı steroidogenez defektini düşündürmelidir. Normokalemi tanıyı dışlamaz. Çocukluk çağında hipertansiyonla başvuran hastalarda puberte gecikmesi veya kuşkulu genital yapı varlığında KAH'ın nadir alt tipleri akılda tutulmalı; ayrıntılı öykü, dikkatli muayene ve uygun hormonal inceleme gecikmeden planlanmalıdır. Erken tanı malignite riskinin azaltılması ve uygun hormon replasmanı açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: 17 alfa hidroksilaz eksikliği, konjenital adrenal hiperplazi, primer aminore, hipertansiyon



PS-046

MASUM GÖRÜNEN BİR HAREKET KISITLILIĞI: SÜT ÇOCUĞUNDA CİDDİ BİR ENFEKSİYON

Ahmet Aygün¹, Aziz Akkurt¹, Hande Yiğit¹, Gökçen Aksoy¹, Furkan Kalaycı¹, Mesude Beyza İşlek¹, Metin Yiğit¹

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi

Amaç: Septik artrit, süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde nadir görülmesine rağmen erken tanı ve tedavi edilmediğinde kalıcı eklem hasarı, büyüme plağı etkilenmesi ve uzun dönem fonksiyon kaybı ile sonuçlanabilen ciddi bir enfeksiyondur. Bu yaş grubunda hastalığa her zaman ateşin eşlik etmemesi, lokal inflamasyon bulgularının silik seyretmesi ve başlangıçta yapılan görüntüleme yöntemlerinin tanısız duyarlılığının sınırlı kalabilmesi tanısız gecikmelere yol açabilmektedir. Özellikle omuz eklemi tutulumu, alt ekstremitte eklemlerine kıyasla daha nadir görülmesi nedeniyle ayırıcı tanıda ilk sıralarda düşünülmeyebilir. Klinik şüphenin devam ettiği olgularda ileri görüntüleme yöntemleri ve multidisipliner yaklaşım tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, yalnızca ekstremitte kullanımında azalma ile başvuran ve ileri tetkikler sonucunda septik artrit ve ona eşlik eden osteomyelit tanısı alan bir süt çocuğu olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Üç aylık erkek hasta, yaklaşık bir haftadır sol kolda palpasyonla olan huzursuzluk ve hareket kısıtlılığı şikâyeti ile hastanemize başvurdu. Öyküsünde yakın zamanda üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği, en son 3 gün önce ateşinin olduğu, dirençli ateşin seyretmediği ve travma öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın sol kolunu belirgin şekilde sakındığı, omuz bölgesinde kızarıklık ve ısı artışı olmadığı, pasif eklem hareketlerinin korunmuş olduğu saptandı. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, trombositoz ve belirgin akut faz reaktan yüksekliği (CRP: 54 mg/L, sedimentasyon: 77 mm/saat) izlendi. İlk yapılan yüzeysel ultrasonografide patolojik bulgu saptanmadı. Klinik şüphenin devam etmesi üzerine tekrarlanan ultrasonografide eklem kapsülü posteriorunda yoğun içerikli koleksiyon izlendi. Sol omuza yönelik yapılan kontrastlı omuz manyetik rezonans görüntülemesinde eklem efüzyonu, sinovyal kontrastlanma artışı, çevre kas planlarında ödem, humerus proksimalinde kemik iliği ödemi ve mikroapse ile uyumlu odaklar saptandı. Septik artrit ve eşlik eden osteomyelit tanıları ile ortopedi tarafından cerrahi debridman uygulandı, eklem içinden kültür ve biyopsi örnekleri alındı. Hasta sefotaksim ve vankomisin tedavisi başlandı. Çocuk enfeksiyon hastalıkları ve ortopedi tarafından izleme alınan hasta tedavisi tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Süt çocukları ve küçük çocuklarda septik artrit, ateş ve belirgin lokal inflamasyon bulguları olmaksızın yalnızca ekstremitte kullanımında azalma ile seyredebilir. Bu nedenle bu yaş grubunda masum görünen hareket kısıtlılıklarında dahi septik artrit akılda tutulmalı; erken ileri görüntüleme, cerrahi müdahale ve uygun antibiyotik tedavisi ile kalıcı eklem ve kemik hasarı önlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hareket kısıtlılığı, osteomyelit, septik artrit, süt çocuğu



PS-048

İKİ KIZ KARDEŞTE HECK HASTALIĞI: NADİR BİR ORAL MUKOZAL LEZYON

Yeşim Coşkun¹, Özlem Mustafaoğlu¹, Elif Betül Keskin Çetinkaya¹, Egemen Uçan¹, Şirin Güven¹

1 – T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Fokal epitelyal hiperplazi (Heck hastalığı), ağız mukozasında gelişen nadir bir proliferatif hastalıktır. Klinik olarak genellikle asemptomatik seyreden ve oral mukoza, diş eti, dil ile dudaklarda papül veya nodüller şeklinde ortaya çıkan lezyonlarla karakterizedir. Olguların büyük bir kısmında etiyolojide insan papilloma virüsü tip 13 veya 32 saptanmaktadır. Hastalığın patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, klinik seyri çoğu zaman benign ve kendini sınırlayıcıdır. Bu sunumda, Heck hastalığı tanısı alan iki kız kardeş olgu sunulmakta ve hastalığın klinik özellikleri kısaca ele alınmaktadır.

Olgu Sunumu: On yaşında kız hasta, yaklaşık bir buçuk yıldır dudak ve yanak bölgesinde ortaya çıkan lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde çeşitli sağlık kuruluşlarında vitamin eksikliği ve enfeksiyon ön tanılarıyla vitamin takviyesi ve topikal tedaviler kullandığı ancak bu tedavilere rağmen lezyonlarda düzelme sağlanmadığı öğrenildi. Yaklaşık altı ay önce, altı yaşındaki kız kardeşinde de benzer lokalizasyonlarda benzer lezyonların ortaya çıkması üzerine hastalar dermatoloji polikliniğine yönlendirildi. Rutin tetkikleri normal sınırlardaydı. Dermatolojik değerlendirme sonrasında büyük kardeşten kulak burun boğaz kliniği tarafından biyopsi alındı ve histopatolojik inceleme sonucunda multifokal epitelyal hiperplazi (Heck hastalığı) ile uyumlu bulgular saptandı. Tanının ardından dermatoloji kliniği tarafından her iki kardeşin lezyonlarına kriyoterapi uygulandı. Hastaların klinik takipleri devam etmektedir.

İşlem Öncesi 1



Büyük kardeşin kriyoterapi öncesi lezyonları

İşlem Öncesi 2



Küçük kardeşin kriyoterapi öncesi lezyonları



İşlem Sonrası 1



Büyük kardeşin kriyoterapi sonrası lezyonları

İşlem Sonrası 2



Küçük kardeşin kriyoterapi sonrası lezyonları

Sonuç: Fokal epitelyal hiperplazi, çocukluk çağında nadir görülen, genellikle asemptomatik seyreden ve klinik olarak farklı oral mukozal lezyonlarla karışabilen bir hastalıktır. Sunulan iki kız kardeş olgusu uzun süredir devam eden oral mukozal lezyonların değerlendirilmesinde ayrıntılı klinik inceleme ve uygun yönlendirmelerin önemini vurgulamaktadır. Erken tanı ile gereksiz tedavi girişimlerinin önlenebileceği ve uygun tedavi yöntemleriyle başarılı klinik sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fokal epitelyal hiperplazi, Heck hastalığı, oral mukozal lezyonlar, insan papilloma virüsü, çocukluk çağı



PS-049

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA MENINGOKOKSEMI: FARKLI KLİNİK SEYİRLER GÖSTEREN İKİ OLGU SUNUMU

Merve Soysal Bilgin¹, Ayşe Tekin Yılmaz¹, Mehmet Özgür Arslanoğlu¹

1 – Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Çocukluk Çağında Meningokoksemi:

Farklı Klinik Seyirler Gösteren İki Olgu Sunumu

Giriş

Meningokoksemi, *Neisseria meningitidis*'in neden olduğu, çocukluk çağında ani başlangıçlı ve hızla ilerleyerek septik şok, çoklu organ yetmezliği ve ölüme yol açabilen invaziv bir enfeksiyon hastalığıdır. Klinik tablo, hafif ateşli bir hastalıktan fulminan (yıldırım hızıyla ilerleyen) purpurik döküntülere kadar geniş bir yelpazede değişebilir.

Amaç

Ateş ve döküntü şikayetiyle başvuran çocuklarda ayırıcı tanıda hayati öneme sahip olan meningokoksemiye, benzer başlangıç bulgularına rağmen farklı klinik seyir ve sonuçlarla izlenen iki olgu üzerinden incelemek; erken tanı ve hızlı müdahalenin önemini vurgulamaktır.

Olgu Sunumu

• Olgu 1 :

- **Klinik Tablo:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 6 aylık erkek hasta, bir gün önce başlayan ateş ve vücutta basmakla solmayan döküntü şikayetiyle acil servise başvurdu.
- **Bulgular:** Başvuruda ateşi 38°C, genel durumu çökkün ve tüm ekstremitelerde yaygın menekşe moru rengine döküntüleri mevcuttu.
- **Yönetim:** Meningokoksemi ön tanısıyla Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne (ÇYBÜ) yatırılan hastaya hemen damar yolu açıldı, BOS PCR ve kültürleri alındı. Noradrenalin ve geniş spektrumlu antibiyotik (Seftriakson, Meropenem) tedavisi başlandı.
- **Sonuç:** Tedaviye hızlı yanıt veren hastanın hemodinamik bulguları düzeldi, noradrenalin kesildi ve tedavisi tamamlanarak sekelsiz iyileşme ile Çocuk Enfeksiyon servisine devredildi.

• Olgu 2 :

- **Klinik Tablo:** 8 yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden dirençli ateş, halsizlik, kusma ve boğaz ağrısı şikayetleriyle başvurdu.
- **Bulgular:** Fizik muayenesinde yaygın peteşiyal döküntüler, hipotansiyon ve dolaşım bozukluğu saptandı. Laboratuvarında lökopeni (WBC: 1450) ve trombositopeni (PLT: 15.000) izlendi.
- **Yönetim:** Fulminan meningokoksemi tanısıyla yoğun bakıma alınan hastaya agresif sıvı resüsitasyonu, Seftriakson ve Meropenem tedavileri uygulandı.
- **Sonuç:** İleri yoğun bakım desteğine rağmen, çoklu organ yetmezliği ve kardiyak arrest gelişen hasta, yatışının ilk gününde kaybedildi.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma

Meningokoksemi tanısında klinik şüphe en kritik basamaktır. İlk olguda semptomların başlamasından kısa süre sonra (12 saat) başvurulması ve hızlıca başlanan vazoaktif destek ile antibiyotik tedavisi sağkalımı belirlemiştir. İkinci olguda ise semptomların 2. gününde başvurulması, dirençli ateş ve döküntülerin yaygınlığı fulminan seyri tetiklemiş; erken müdahaleye rağmen progresyon durdurulamamıştır. Her iki olgu, hastalığın "zamanla yarışan" doğasını kanıtlamaktadır.

Sonuç

Ateş ve purpurik döküntü ile başvuran çocuklarda, saatler içinde ölümcül olabilen meningokoksemi mutlaka dışlanmalıdır. Erken dönemde spesifik olmayan bulgular tanı güçlüğü yaratsa da, klinik şüphe oluşur oluşmaz örnekler alınıp ampirik antibiyotik ve destek tedavisine başlanması mortaliteyi azaltan en önemli faktördür. Erken tanı hayat kurtarıcıdır.



PS-051

AŞIYA RAĞMEN GELİŞEN (BREAKTHROUGH) PNÖMOKOK SEROGRUP 3'E BAĞLI KOMPLİKE PNÖMONİ OLGUSU

Gkioultzan Moustafa Basa¹, Damla Seyhanlı², Esmâ Tuğba Kaşıkçı Mermer², Eda Karadağ Öncel², Nurşen Belet²

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

Amaç: Streptococcus pneumoniae, yaşamın ilk aylarından sonra çocukluk çağına tipik bakteriyel pnömoninin en sık etkenidir (1). Ülkemizde pnömokok aşısı 2008 yılından bu yana Ulusal Bağışıklama Programı'nda yer almaktadır. Dünyada pnömokok aşılama yaygın bir şekilde uygulanması ile pnömoni insidansında azalmalar görülse de halen pnömokoklar pnömoninin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Bu bildiride pnömokoklara karşı aşı olan bir çocukta, aşının içerisinde bulunan serogrup 3'e bağlı gelişen komplike pnömonili bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında kız hasta, üç gündür devam eden ateş, yaygın vücut ağrısı ve burun akıntısı nedeniyle oseltamivir tedavisi kullanmaktayken, ateşinin devam etmesi üzerine hastanemize başvurdu. Ateşe eşlik eden iki kez kusma, halsizlik, oral alımda azalma, aralıklı göğüs ağrısı ve öksürük mevcuttu. Posteroanterior akciğer grafisinde sol orta zonda konsolidasyon saptanması üzerine çekilen kontrastlı toraks BT'de sol üst lob ve sağ alt lobda konsolidasyon alanları ile sağ hemitoraksta yaklaşık 1 cm kalınlıkta plevral efüzyon izlendi. Bu bulgular doğrultusunda komplike pnömoni tanısı ile intravenöz antibiyotik tedavisi seftriakson ve klindamisin olarak başlandı. İzlemin ikinci gününde solunum distresinde artış ve septasyonlu plevral efüzyon saptanması üzerine pigtail kateter takılarak intraplevral tPA tedavisi 3 gün süre ile verildi. Hastanın başvurusunda alınan kan kültüründe Streptococcus pneumoniae üredi; izolatin penisiline duyarlı olduğu görülünce tedavisi sadece seftriakson olarak düzenlendi. Serogrup tiplendirmesi sonucu serogrup 3 olarak raporlandı. İmmün yetmezlik açısından yapılan tetkiklerde patoloji saptanmadı. Hastanın pnömokok aşılarının ulusal aşı takvimine uygun ve eksiksiz olduğu öğrenildi. Klinik ve radyolojik iyileşme üzerine hasta, intravenöz tedavinin 10. gününde oral antibiyotikle taburcu edildi.

Sonuç: Aşılama programları pnömokoklara bağlı invaziv hastalıkların önlenmesinde kritik öneme sahip olmakla birlikte, serogrup 3 Streptococcus pneumoniae hem kapsül yapısının mikrobiyolojik özellikleri, hem de aşıya karşı düşük antikor yanıtı oluşturmaları nedeniyle önemli bir pnömoni etkeni olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir (2). Kaynaklar: 1- Türk Toraks Derneği Çocuklarda Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı, Tedavi ve Uzlaş Raporu Cep Rehber 2024. 2- Lodi L, Ricci S, Nieddu F, Moriondo M, Lippi F, Canessa C, Mangone G, Cortimiglia M, Casini A, Lucenteforte E, Indolfi G, Resti M, Azzari C. Impact of the 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine on Severe Invasive Disease Caused by Serotype 3 Streptococcus Pneumoniae in Italian Children. Vaccines (Basel). 2019 Sep 24;7(4):128. doi: 10.3390/vaccines7040128. PMID: 31554213; PMCID: PMC6963450.

Anahtar Kelimeler: Streptococcus pneumoniae, Serogrup 3, Çocuk, Komplike pnömoni



PS-053

DRESS SENDROMU SONRASI ANTİ-TÜBERKÜLOZ TEDAVİNİN YÖNETİMİ: BİR ADÖLESAN OLGU

Abdulsamet Güneş¹, Özge Kaba², Burak Kocaağa², Mehmet Halil Çeliksoy³, Nurhayat Yakut²

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği

3 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği

Amaç: Tüberküloz (TB) tedavisinde kullanılan çoklu ilaç rejimleri, nadir ancak potansiyel olarak hayatı tehdit edici aşırı duyarlılık reaksiyonlarına yol açabilmektedir. Bu tabloların en ağır formlarından biri DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) sendromudur ve özellikle alternatif tedavi seçeneklerinin kısıtlı olduğu enfeksiyonlarda önemli bir klinik sorun oluşturur. Standart tedavinin temel bileşenleri olan izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid kombinasyonunun kesintiye uğraması; tedavi başarısını, hastalık kontrolünü ve direnç gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sunumda, kaviter akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi başlanan, DRESS sendromu gelişen ve tam doz bolus uygulamayı tolere edemeyen; tedavisi evde günlük altı basamaklı desensitizasyon protokolü ile sürdürülen 15 yaşındaki bir adölesan olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: On beş yaşında kız hasta; üç haftadır süren öksürük, kilo kaybı ve hemoptizi yakınmaları ile dış merkeze başvurdu. Toraks BT'de kaviter lezyon saptanması üzerine yatırılarak incelemeye alındı. Açlık mide sıvısında ARB ve TBC PCR pozitifliği üzerine dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin 9. gününde ateş ve yaygın döküntü gelişmesi üzerine DRESS sendromu (RegiSCAR: 3) tanısı konularak tüm ilaçlar kesildi ve sistemik steroid tedavisi başlandı. Hasta merkezimize sevk edildi. Antitüberküloz ilaçlar haftalık aralarla tek tek yeniden başlanarak yakın izlem altında değerlendirildi. İzoniazid, rifampisin ve etambutol sorunsuz tolere edildi. Pirazinamid için uygulanan graded challenge sırasında ürtiker gelişmesi üzerine altı basamaklı hızlı desensitizasyon protokolü uygulandı. Basamaklar tolere edilmesine rağmen, ilacın takip eden günlerde tam doz (bolus) verilmesi sonrasında ürtikerin tekrarladığı gözlemlendi. Pirazinamid kesilerek streptomisin denendi; ancak benzer reaksiyon gelişmesi üzerine tedaviden çıkarıldı. Pirazinamidin vazgeçilmez olması nedeniyle hastanın ilacı evde her gün altı basamaklı artan bölünmüş dozlar şeklinde ve antihistaminik profilaksisi altında almasına karar verildi. Aileye epinefrin oto-enjektörü kullanımı ve acil durum yönetimi öğretildi. İzlemde ilacın sorunsuz tolere edildiği ve klinik iyileşmenin sürdüğü gözlemlendi.

Sonuç: DRESS sendromu, uzun süreli ve alternatifsiz tedavi gerektiren enfeksiyonlarda önemli bir yönetim sorunudur. Bu olguda, basamaklı dozlar tolere edilirken tam doz bolus uygulamanın reaksiyonu tetiklemesi dikkat çekicidir. Uygun hasta seçimi, multidisipliner yaklaşım ve yakın takip ile evde günlük desensitizasyon tedavinin sürekliliğini sağlamada etkili bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: DRESS sendromu, Desensitizasyon, Anti-tüberküloz tedavi, Adölesan



PS-054

SÜT ÇOCUĞUNDA PNÖMONİ SEYRİNDE GELİŞEN LOKÜLE AMPİYEM: OLGU SUNUMU

Buse Kılıç Öztürk¹, Ayşenur Bostan Kantarcı², Gizem Mardinoğlu², Pari Khalilova³, Ömer Kılıç², Ener Çağrı Dinleyici¹

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

3 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç: Pnömoni, süt çocukluğu döneminde sık görülen, plevral efüzyon ve ampiyem gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen önemli bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu olgu sunumunda, uzamış ve tedaviye yanıtı geciken pnömoni seyri sırasında loküle plevral efüzyon ve ampiyem gelişen bir süt çocuğunun klinik seyri sunularak, bu tür olgularda olası komplikasyonların erken tanınması ve yakın izlemin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: On bir aylık erkek hasta, iki hafta önce başlayan ateş ve öksürük, iki gündür artan hırıltılı solunum ve nefes alıp vermede zorlanma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde takipneik ve taşikardik olduğu görülen ve subkostal çekilmeleri olan hastanın sol akciğerde solunum sesleri azalmış duyuldu. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 11.6 g/dL, lökosit 25080/mm³ (nötrofil 17680/mm³, lenfosit 4680/mm³), trombosit 541.000/mm³, C-reaktif protein 228.4 mg/L bulundu. Akciğer grafisinde sol akciğerde pnömoni ile uyumlu konsolidasyon alanları saptandı. Kostodiafragmatik sinüslerin kapalı olması nedeniyle toraks ultrasonografisi yapıldı, atelektazik alanlar olduğu plevral sıvı olmadığı belirtildi. İntravenöz vankomisin ve sefotaksim tedavileri başlandı. Klinik izlem süresince antibiyotik tedavisine ek olarak destekleyici tedavi ve oksijen desteği sağlandı. Tedavinin dördüncü gününde klinik ve radyolojik iyileşmenin yetersiz olması nedeniyle ileri değerlendirme amacıyla toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Sol hemitoraksta loküle plevral sıvı, yaygın atelektazik konsolidasyon alanları ve peribronşial enfektif dansite artışları izlendi. Bu bulgular üzerine meropenem tedavisine geçildi. Hastaya toraks tüpü yerleştirilerek plevral drenaj sağlandı ve intraplevral alteplaz tedavisi uygulandı. Kan kültüründe ve plevral sıvı örneklemede üreme saptanmayan hastanın plevral sıvıdan çalışılan polimeraz zincir reaksiyonunda Streptococcus pneumoniae saptandı. Öyküsünde tekrarlayan oral kandidiyazis bulunması nedeniyle immün yetersizlik açısından değerlendirildi. İlk başvuruda düşük immünglobulin düzeyleri saptanmış olmakla birlikte izlemde immünglobulinler, lenfosit alt grupları ve kompleman düzeyi normal sınırlarda bulundu. Bu durumun geçici hipogamaglobulinemi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Uygulanan antibiyotik tedavisi ve girişimsel işlemler sonrası hastada klinik ve radyolojik düzelme sağlanarak taburcu edildi.



BAŞVURU ANI GRAFİSİ



LOKALİZE AMPİYEM



JENERALİZE AMPİYEM



Sonuç: Süt çocuklarında uzamış ve tedaviye yanıtı geciken pnömoni seyri varlığında plevral efüzyon ve ampiyem gibi komplikasyonlar açısından yakın izlem büyük önem taşımaktadır. Kültürlerde üreme saptanmayan olgularda etkenin belirlenebilmesi amacıyla plevral sıvıdan polimeraz zincir reaksiyonu çalışılması, tanı ve tedavi yönetimine önemli katkı sağlamaktadır. Erken tanı, uygun antibiyotik tedavisi ve gerektiğinde girişimsel yaklaşımlar ile başarılı klinik sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, ampiyem, *Streptococcus pneumoniae*, polimeraz zincir reaksiyonu



PS-055

ADÖLESAN HASTADA ORŞİEKTOMİ SONRASI TANI ALAN NADİR BİR EKSTRAPULMONER TUTULUM: TESTİKÜLER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Yüksel Öztürk¹, Gizem Mardinoğlu², Ayşenur Bostan Kantarcı², İyimser Üre³, Ömer Kılıç², Ener Çağrı Dinleyici¹

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

2 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Eskişehir

3 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Tüberküloz çocukluk çağında en sık akciğer tutulumu ile görülmekle birlikte akciğer dışı formları da önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Genitoüriner sistem tüberkülozu nadir olup testis tutulumu oldukça seyrek ve klinik olarak sıklıkla testis tümörleri ile karışabilmektedir. Burada, orşiektomi sonrası histopatolojik inceleme ile testiküler tüberküloz tanısı alan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 17 yaşında erkek hasta yedi aydır devam eden skrotal akıntı, sağ testiküler ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Kronik orşit ve fistül ön tanıları ile üroloji bölümü tarafından yapılan skrotal eksplorasyonda normal testis dokusunun tamamen deforme olduğu ve testis parankiminden pü geldiğinin görülmesi nedeniyle sağ orşiektomi uygulandı. Çıkarılan doku histopatolojik olarak incelendi ve Ehrlich Ziehl Neelsen boyama yapıldı. Patolojik incelemede nekrotizan granümatöz inflamasyon saptandı ve aside dirençli basiller görüldü. Bulgular mikobakteriyel granümatöz orşiepididimit ile uyumlu bulundu. Tüberküloz açısından yapılan sistemik değerlendirmede toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lobunda sekel fibrotik alan dışında aktif enfeksiyon bulgusu izlenmedi. Üç gün ardışık alınan balgam ve idrar örneklerinde aside dirençli basil, kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu negatifti. Tüberkülin deri testi 17 mm bulundu. Hastaya 2 ay süreyle izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol içeren dördümlü tedavi uygulandı. Bunu takiben, 4 ay süreyle izoniazid ve rifampisin içeren ikili idame tedavisi verildi. Tedavi süresince istenmeyen etki gelişmedi.

Sonuç: Testiküler tüberküloz nadir görülmekle birlikte özellikle kronik epididimoorşit ve fistül varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Mikrobiyolojik incelemelerin negatif olması tanıyı dışlamaz. Histopatolojik değerlendirme tanıda belirleyici olup erken ve uygun tedavi ile başarılı klinik sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Granümatöz epididimoorşit, ekstrapulmoner tüberküloz, genitoüriner tüberküloz



PS-056

BAZAL MENİNGEAL TUTULUM İLE SEYREDEN İNFLUENZA A ENSEFALİTİ: TÜBERKÜLOZ MENENJİTİ İLE AYIRICI TANI

Zhala Bahramlı¹, Emine Hafize Erdeniz¹

1 – Ondokuz Mayıs Üniveristesi

Amaç: Ensefalit, beyin parankiminin inflamasyonu ile karakterize olup bilinç değişikliği, nöbetler ve fokal nörolojik defisitlerle seyreden önemli bir klinik tablodur. Viral etkenler çocukluk çağı ensefalitlerinin başlıca nedenleri arasında yer alırken, influenza virüsü nadir fakat klinik açıdan dikkat edilmesi gereken etiyolojik ajanlardan biridir. Bu olgu sunumunun amacı, influenza A enfeksiyonu ile ilişkili gelişen pediatrik ensefalit olgusunun klinik, laboratuvar ve nöroradyolojik bulgularını vurgulayarak ayırıcı tanıda influenza ensefalitinin önemine dikkat çekmektir.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında kız hasta, iki gündür devam eden baş dönmesi, mide bulantısı ve 38–38,5°C ateş şikâyeti ile başvurdu. Ateşli dönemlerde anlamsız konuşma ve dalgın bakışlar tariflenen hastada nöbet ve senkop öyküsü yoktu. Fizik muayenede bilinç açık olmakla birlikte oryantasyon ve kooperasyon zayıf, GKS 14 olarak değerlendirildi; meningeal irritasyon bulgusu saptanmadı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde açılış basıncı 17 cmH₂O, eritrosit 100/mm³, lökosit 20/mm³ (%50 PMNL), protein 20 mg/dL, glukoz 61,5 mg/dL (eş zamanlı kan glukozu 105 mg/dL) olarak bulundu. Başlangıçta menenjit, ensefalit ön tanısıyla vankomisin, seftriakson, asiklovir ve oseltamivir başlandı. Solunum viral panelinde Influenza A pozitif saptandı ve tedavisi yeniden düzenlenilerek seftriakson 10 gün ve oseltamivir 7 gün uygulandı. BOS kültüründe üreme olmadı. Klinik ve radyolojik iyileşme gözlenen hasta sekelsiz olarak taburcu edildi,

BOS Bulguları

Tablo1.	Geliş BOS
BOS direk bakı/mm ³	100
BOS PMNL %	50
BOS Protein mg/dL	20
BOS Glukoz mg/dL	61.5
BOS Gram-boyama	Mikroorganizma görülmedi
Eş zamanlı kan şekeri mg/dL	105
BOS kültürü	Üreme olmadı

Sonuç: İnfluenza A, çocukluk çağı ensefalitlerinin nadir ancak önemli nedenlerinden biridir. Ateşle ilişkili konfüzyon ve davranış değişikliği olan pediatrik olgularda influenza ensefaliti ayırıcı tanıda düşünülmeli ve erken tanı ile uygun antiviral tedavi prognozu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Olgumuzda MRG’de bazal sisternal ve pial yüzeylerde kontrastlanma izlenmesi tüberküloz menenjitini açısından ayırıcı tanıyı gündeme getirmiştir. Bununla birlikte bazal sisternal kontrastlanma tüberküloz menenjitini için tipik kabul edilse de özgül değildir ve diğer enfeksiyöz menenjit ve meningoensefalitlerde de görülebilir. BOS glukozunun normal sınırlarda olması, düşük hücre sayısı, İnfluenza A PZR pozitifliği, kültür negatifliği ve hızlı klinik iyileşme birlikte değerlendirildiğinde olgumuz influenza meningoensefalit lehine yorumlanmıştır. Bu nedenle radyolojik bulgular tek başına tanısız kabul edilmemeli, klinik, BOS ve mikrobiyolojik verilerle birlikte bütüncül değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza A, Ensefalit, Tüberküloz menenjit



PS-058

PEDİATRİK KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ OLGULARININ KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLERİ; TEK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

Halenur Özbek Keskin¹, Ragıp Afşin Alay¹, Turgay Aras¹

1 – Atatürk Üniveristesi Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Nairoviridae ailesine ait RNA virüsünün neden olduğu, ateş, sitopeniler ve kanama bulgularıyla seyreden önemli bir zoonotik enfeksiyondur. Ülkemizde özellikle İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Pediatrik hastalarda klinik seyir çoğunlukla erişkinlere kıyasla daha hafif olmakla birlikte, bazı olgularda ağır hematolojik ve hepatik tutulum gelişebilmektedir. Bu çalışmada merkezimizde izlenen pediatrik KKKA olgularının klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve hastalık şiddeti ile ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif, tek merkezli çalışmaya PCR veya serolojik yöntemlerle doğrulanmış 54 pediatrik hasta dahil edilmiştir. Demografik veriler, yatış süresi ve hematolojik ile biyokimyasal parametreler analiz edilmiştir. Hemogloblin, trombosit, nötrofil, lenfosit, AST, ALT, LDH, albümin, fibrinojen, INR ve aPTT değerleri kaydedilmiş; ribavirin tedavisi ve hastalık şiddet skoru (SSI) değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $12,1 \pm 4,1$ yıl, ortalama yatış süresi $7,8 \pm 3,1$ gün olarak saptanmıştır. Ortalama trombosit değeri $133.511 \pm 104.185/mm^3$ (minimum $10.000/mm^3$) olup belirgin varyasyon dikkat çekmiştir. AST düzeyleri (142 ± 199 U/L), ALT'ye (84 ± 134 U/L) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. LDH 473 ± 279 U/L olarak saptanmıştır. Yirmi altı hastaya ribavirin uygulanmış ve bu grupta yatış süresi anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p=0,0003$). SSI arttıkça yatış süresinin arttığı ve aralarında orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir ($p=0,001$; $r=0,422$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda mortalite gözlenmemiştir; bu durum pediatrik olguların görece iyi prognozunu desteklemektedir. Bununla birlikte belirgin trombositopeni ve AST yüksekliği, hastalık şiddeti açısından dikkatle izlenmesi gereken parametrelerdir. AST'nin ALT'ye göre daha yüksek seyretmesi hepatoselüler hasarın ciddiyetini yansıtabilir. SSI ile yatış süresi arasındaki anlamlı ilişki, pediatrik hastalarda da erken risk sınıflandırmasının klinik yönetimi yönlendirebileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, pediatrik KKKA'da laboratuvar parametrelerinin yakından izlenmesi ve şiddet skorlarının kullanımı, prognozun öngörülmesi ve tedavi stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir araç olabilir. Daha geniş ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Trombositopeni, Hepatoselüler hasar, Kırım kongo Kanamalı ateşi



PS-061

ÇOCUKLUK ÇAĞI DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLARINDA YAPAY ZEKA MODELLERİNİN TANISAL DOĞRULUĞU

Mustafa Gençeli¹, Gonca Başak Soran², Talha Üstüntaş², Özge Metin Akcan²

1 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

2 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Döküntülü hastalıklar benzer semptomlarla karakterize oldukları için birbirinden ayırt etmek çoğu zaman zordur. Bundan yola çıkarak konsültan doktorun, asistan doktorun ve farklı AI modellerinin (ChatGPT 5, Gemini, Copilot) doğru tanı koyabilme başarısını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2024-Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde döküntülü hastalık nedeniyle izlenen 291 hasta çalışmaya dahil edildi. Yapay zeka modellerine önce sadece görüntü verildi sonra görüntüyle birlikte klinik bulguları verildi ve tanı koymaları istendi. Konsültanın, asistan doktorun ve farklı AI modellerinin koyduğu tanıları kesin tanıyla karşılaştırıldı.

Bulgular: Kesin tanıya göre doğruluk oranları başarıları sırasıyla konsültan %96,6, ChatGPT-klinikli %86,9, Copilot-klinikli %81,4, Gemini-klinikli %78,7, asistan doktor %72,5 iken en düşük Copilot-kliniksiz %30,6 idi. Konsültan göre ChatGPT-klinikli AUC değeri 0,898 (GA: 0,778-1,000; $p < 0,001$), Copilot-klinikli AUC değeri 0,818 (GA: 0,672-0,964; $p < 0,001$), Gemini-klinikli AUC değeri 0,856 (GA: 0,744-0,968; $p < 0,001$) ve asistan doktorun AUC değeri 0,875 (GA: 0,821-0,930; $p < 0,001$) olup iyi düzeyde tanısal güce sahipti. ChatGPT-kliniksiz orta düzeyde tanısal güce sahipti. Copilot-kliniksiz ve Gemini-kliniksiz modeli konsültana göre tanı koymada anlamlı olmadığı belirlendi. Konsültana göre yapılan değerlendirmede, ChatGPT-klinikli duyarlılığı %89,7 ve özgüllüğü %90,0, Copilot-klinikli duyarlılık %83,6, özgüllük %80,0; Gemini-klinikli duyarlılık %81,1, özgüllük %90,0; asistan doktorun duyarlılık %75,1, özgüllük %100,0 olarak saptandı. ChatGPT-kliniksiz duyarlılık %51,6, özgüllük %90,0; Gemini-kliniksiz duyarlılık %33,5, özgüllük %100,0; Copilot-kliniksiz ise duyarlılık %31,7 ve özgüllük %100,0 olarak bulundu. Konsültan ile diğer yorumlayıcı/model karşılaştırmalarında tüm modeller için $p < 0,001$ olarak bulundu. Konsültan tüm yorumlayıcı/modellerden daha başarılı bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma farklı AI modellerinin döküntülü hastalıkların tanısındaki potansiyellerini vurgulamaktadır. Değerlendirilen modeller arasında ChatGPT 5, klinik bilgi verildiğinde en iyi performansı göstermiştir. Bu sonuçlar, döküntülü hastalıkların tanısında AI modellerinin kullanılabileceğini vurgulamakla birlikte, halen konsültan doktorun gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Döküntülü hastalıklar, yapay zeka, tanı, Çocuk



PS-062

MYCOPLASMA PNEUMONIAE ENFEKSİYONUNUN EKSTRAPULMONER BİR MANİFESTASYONU: MUKOZİT OLGUSU

Sena Abdulhayoğlu¹, Pınar Yükkaldıran¹, Fatma Nur Öz¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Mycoplasma pneumoniae sıklıkla üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan atipik bir bakteridir. Enfeksiyonun ekstrapulmoner komplikasyonları da klinik açıdan önem taşır. Son yıllarda özellikle mukozal tutulum ile seyreden ve pnömoni bulgusu olmaksızın ortaya çıkabilen tablolar tanımlanmıştır. Bu durum literatürde M. pneumoniae ilişkili mukozit olarak yer almakta ve Stevens-Johnson sendromundan (SJS) klinik olarak ayırım gerektirmektedir. Olguların %94'ünde oral mukozit, %82'sinde oküler mukozit ve %63'ünde ürogenital mukozit bildirilmiştir. Bu olgu ile solunum sistemi bulgusu olmaksızın gelişen mukozitte hastalığın ekstrapulmoner manifestasyonlarına dikkat çekmek ve ayırıcı tanı sürecindeki önemini vurgulamak istedik.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: On iki yaşında erkek hasta iki gündür devam eden ateş şikayeti nedeniyle dış merkezde değerlendirilmiş ve akut tonsillit tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmış. Tedavinin ikinci gününde ateşinin sürmesi ve ağız içi ağrılı lezyonların ortaya çıkması, oral alımın belirgin azalması ve ateşin devam etmesi nedeniyle hastanemize başvurdu. Fizik incelemesinde ateş 38 °C, vital bulguları normal, ağız içinde yaygın sarı-beyaz renkli büllöz lezyonlar (Şekil 1) ve bilateral 1x1,5 cm'lik hassas servikal lenfadenopatisi mevcuttu. Diğer sistem bulguları doğaldı. Laboratuvarında; hemoglobin 12 gr/dL, beyaz küre sayısı 7250/mm³, C-reaktif protein 8,49 mg/L, sedimentasyon hızı 18 mm/sa, solunum yolu viral paneli (RSV, adenovirüs, influenza, grup A streptokok) negatif idi. Hastanın üst solunum yolu enfeksiyonuna sekonder ağır mukozit bulgularının olması nedeniyle istenen M. pneumoniae serolojisi IgM (> 200 U/ml) pozitif, IgG (116,5 U/ml) pozitif saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgular doğrultusunda M. pneumoniae ilişkili mukozit düşünülerek destek sıvı tedavisi, ağız bakımına ek olarak azitromisin tedavisi kilosuna uygun başlandı. İzlemde yatışının beşinci gününde oral alımının düzeldiği ve mukozal lezyonların belirgin gerilediği gözlemlendi. Hastanın dört hafta sonra bakılan M. pneumoniae IgG titresinde 4 kat artış görüldü.

Şekil 1



Ağız içinde yaygın sarı-beyaz renkli büllöz lezyonlar



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: M. pneumoniae'ye bağlı mukozit, immün aracılı mekanizmalarla geliştiği düşünülen nadir bir klinik tablodur. Klasik SJS'den farklı olarak deri tutulumu minimal ya da hiç yoktur ve prognoz genellikle daha iyidir. Tanı klinik bulgular, serolojik testler ve diğer enfeksiyöz ya da ilaç ilişkili nedenlerin dışlanması ile konur. Erken tanı gereksiz ilaç kesintilerinin ve agresif tedavilerin önlenmesi açısından önemlidir. Uygun antibiyotik tedavisi ve destekleyici yaklaşım ile çoğu olguda tam iyileşme sağlanmaktadır. Bu nedenle, mukozit ile başvuran hastalarda M. pneumoniae akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner, Mukozit, Mycoplasma pneumoniae



PS-063

AKUT EBV ENFEKSİYONU İLE EŞ ZAMANLI REKÜRREN PERİTONSİLLER ABSE

Salih Işık¹, Gül Arga², Hülya Akat², Elif Somuncu², Esra Amine Yıldırım², Halil Özdemir², Ergen Çiftçi²

1 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

2 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Peritonsiller abse (PTA), çocukluk çağında en sık görülen derin boyun enfeksiyonudur. Çoğunlukla akut bakteriyel tonsillitin komplikasyonu olarak gelişir. Bununla birlikte, Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonu sırasında ortaya çıkan belirgin lenfoid hiperplazi ve mukozal bariyer hasarı, sekonder bakteriyel invazyonu kolaylaştırarak abse gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu yazıda, akut EBV enfeksiyonu ile eş zamanlı gelişen ve rekürren PTA öyküsü bulunan 14 yaşında bir kız olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 14 yaşında kız hasta, iki gündür devam eden şiddetli boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ve konuşma zorluğu şikâyetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 9 yaşında PTA nedeniyle hastanede yatış ve drenaj öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede sol tonsil grade 3 hipertrofik ve kriptik görünümdeydi; uvula sola deviye ve belirgin trismus, splenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde lökosit sayısı 13.200/mm³, CRP 18,2 mg/L olarak bulundu. Serolojik değerlendirmede EBV VCA IgM ve IgG pozitifliği tespit edildi. Kontrastlı boyun BT'de sol peritonsiller alanda yaklaşık 2x1,5 cm boyutlu, periferi kontrastlanan koleksiyon ile uyumlu abse görünümü ve multipl servikal lenfadenopatiler izlendi. Kulak Burun Boğaz kliniği tarafından peritonsiller abse drenajı uygulandı. Hastaya intravenöz sulbaktam-ampisilin (200 mg/kg/gün) ve tonsiller ödemi azaltmak amacıyla prednizolon (1 mg/kg/gün) başlandı. Abse kültüründe üreme saptanmayan hasta yatışının 3. gününde taburcu edildi.

Kontrastlı Boyun BT



Peritonsiller apse (ok) ile uyumlu hipodens alan

Sonuç: Peritonsiller abse tedavisinde drenaj antibiyotik tedavisi temel yaklaşımdır. Bu olguda radyolojik olarak koleksiyon saptanması ve drenaj gereksinimi bakteriyel süreci desteklemektedir. Bununla birlikte, eş zamanlı akut EBV enfeksiyonu varlığı dikkat çekicidir. EBV'ye bağlı tonsiller hipertrofi ve mukozal bütünlük kaybı, sekonder bakteriyel invazyon için uygun bir zemin oluşturabilir. Dolayısıyla bu olguda absenin primer viral bir süreçten ziyade, akut EBV enfeksiyonunun kolaylaştırdığı sekonder bakteriyel bir komplikasyon olduğu düşünülmektedir. EBV enfeksiyonu sırasında gelişen belirgin tonsiller ödem ve klinik kötüleşme varlığında PTA açısından dikkatli olunmalı ve erken dönemde uygun antibiyoterapi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Peritonsiller abse (PTA), Epstein-Barr Virüsü (EBV), rekürren enfeksiyon



PS-065

SAĞLIKLI ADÖLESANDA VZV ENSEFALİTİ

Muhammed Alperen Yurddaş¹, Ceylan Cura¹, Salih Demirhan¹, Binnaz Çelik¹

1 – Kayseri Şehir Hastanesi

Amaç: Varisella-Zoster virüsüne bağlı ensefalit, özellikle immünitesi sağlam adölesanlarda oldukça nadir görülmektedir. Daha önce sağlıklı olan 15 yaş bir erkek hastada gelişen VZV ensefalitinin klinik seyri, tanısız yaklaşım ve tedavi süreci sunularak bu yaş grubunda farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: On beş yaşında, bilinen hastalığı olmayan erkek hasta; boyun sol tarafında kaşıntılı, kızamık veziküler döküntü, hafif ateş ve aralıklı baş ağrısı şikâyetleriyle başvurdu. İlk değerlendirmede zona ön tanısıyla oral/topikal antiviral tedavi başlanmıştı. Lezyonların boyundan sol omuza doğru yayılması, konjonktivada hiperemi, boyun hareketlerinde ağrıya bağlı kısıtlılık ve şikâyetlerin artması üzerine hasta servise yatırıldı. Yatışında bakılan tam kan sayımı ve C-reaktif protein değerleri normal aralıktaydı. İlk gün meningeal irritasyon bulgusu yoktu; ancak takipte şiddetlenen baş ağrısı, ateş ve bulantı olması nedeniyle yapılan muayenede meningeal irritasyon bulgusu olması üzerine lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS incelemesinde glukoz normal, protein hafif artmış olup 12 lenfomonosit hâkimiyetinde hücre görüldü. Menenjit panelinde VZV PCR pozitif bulundu; BOS kültüründe üreme olmadı. Hastanın kraniyal MR görüntülemesi de normal raporlandı. Bu bulgular üzerine aldığı parenteral asiklovir santral sinir sistemi enfeksiyonu dozuna çıkarıldı. Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı. Tedavi sonunda yapılan kontrol LP'de protein normal, hücre yok ve VZV PCR negatifleşmişti. Genel durumu düzelen, ateşi olmayan, nörolojik muayenesi tamamen normal olan hasta ayaktan takibine devam edilmek üzere taburcu edildi.

Resim 1. Lezyonların lateralden görüntüsü



Boynun sol tarafından oksipitale doğru uzanım gösteren içleri pü dolu veziküler lezyonlar



Resim 2. Lezyonların arkadan görüntüsü



Boyundan saçlı deriye doğru uzanım gösteren içleri pü dolu veziküller

Sonuç: Bu olgu, sağlıklı bir adölesanda VZV'ye bağlı ensefalitin atipik başlayabileceğini ve dermatolojik bulguların nörolojik tutulumdan önce ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Klinik gidişte baş ağrısında artış, ateş ve davranış değişiklikleri geliştiğinde erken lomber ponksiyon tanı açısından kritik öneme sahiptir. Zamanında başlanan ve yeterli süre devam ettirilen IV asiklovir tedavisi, immünkompetan hastalarda hızlı iyileşme sağlayarak prognozu belirgin şekilde iyileştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Varisella Zoster virüs, Ensefalit



PS-067

SUBAKUT, ATEŞSİZ AKSİLLER LENFADENİT: KEDİ TIRMIĞI HASTALIĞI OLGUSU

Engin Tosun¹, **Deniz Ocak¹**, Nurten Tosun², Elif Afat¹, İhsan Gül¹

1 – SBÜ İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

2 – İstinye Üniversitesi

Amaç: Kedi tırmağı hastalığı, Bartonella henselae etkenli, çocukluk çağında en sık subakut bölgesel lenfadenopati ile seyreden zoonotik bir enfeksiyondur. Çoğu olgu benign ve kendini sınırlayıcı olmakla birlikte, ateş ve belirgin inflamatuvar yanıt olmaksızın progresyon gösterebilir. Bu olguda, ateşsiz ve minimal akut faz yanıtı ile seyreden subakut aksiller lenfadenit sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Beş yaşında erkek hasta, sağ aksillada üç haftadır devam eden ve giderek büyüyen şişlik şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık bir ay önce kedi tırmalaması öyküsü mevcuttu. Ateş yoktu. Hastanın bilinen alerjik astım tanısı bulunmakta olup dönemsel olarak inhaler tedavi kullanmaktaydı. Laboratuvar incelemelerinde hemogram normal, C-reaktif protein (CRP) 7 mg/L olarak saptandı. Hasta başvuru öncesinde iki hafta süreyle amoksisilin-klavulanat kullanmış, ancak klinik yanıt alınamamıştı. Fizik muayenede sağ aksillada 3×3 cm boyutlarında hassas, mobil lenfadenopati saptandı; servikal bölgede patoloji yoktu. Yüzeyel ultrasonografide en büyüğü 26×18 mm olan, kalın korteksli ve hiler kanlanması izlenen lenf nodları görüldü; başlangıçta abse ile uyumlu koleksiyon saptanmadı. Eşlik eden astım öyküsü ve öksürük yakınması nedeniyle tüberküloz ayırıcı tanısı açısından yapılan değerlendirmede interferon gama salınım testi negatif bulundu ve akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Klinik olarak Kedi Tırmağı Hastalığı ön tanısıyla serolojik inceleme istendi ve ampirik olarak azitromisin tedavisi başlandı. Bartonella henselae serolojisi pozitif olarak raporlandı. Tedavi sürecinde lenf nodu boyutunda kısmi gerileme izlenmekle birlikte tam klinik düzelme sağlanmadı. Bunun üzerine tedavi trimetoprim-sulfametoksazol ile düzenlenerek hasta izleme alındı. İzlem sürecinde klinik bulguların gerilediği ve hastanın tam iyileşme gösterdiği saptandı. Şekil 1. Sağ aksillada eritemli nodüler lezyon.

Şekil 1. Sağ aksillada eritemli nodüler lezyon.





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Çocukluk çağında ateşsiz ve düşük inflamatuvar yanıtla seyreden tek taraflı aksiller lenfadenopatilerde Kedi Tırmağı Hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıntılı temas öyküsü ve uygun serolojik değerlendirme tanıda belirleyicidir. Klinik seyir çoğunlukla benign olmakla birlikte, uzamış veya tedaviye yanıtız olgularda yakın izlem gereklidir. Özellikle eşlik eden kronik solunum hastalığı bulunan çocuklarda persistan lenfadenopatilerde tüberküloz ayırıcı tanısının dikkatle değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kedi tırmağı hastalığı, Aksiller lenfadenopati, Bartonella henselae, Çocuk



PS-070

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR GÖRÜLEN EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ: CİLT TÜBERKÜLOZU OLGUSU

Emine Erdemsiz¹, Emine İremnur Topbaş¹, Elif Afat², Gamze Özgürhan¹

1 – İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

Amaç: Tüberküloz (Tbc), çocukluk çağında halen önemli bir enfeksiyon hastalığı olup farklı klinik bulgularla prezente olabilmektedir. Ekstrapulmoner ya da atipik başlangıç formları tanıyı güçleştirebilmekte ve klinik şüphe gerektirmektedir. Eritema nodosum; enfeksiyöz, inflamatuvar ve sistemik hastalıklarla ilişkili olabilen nonspesifik bir pannikülit tablosu olup altta yatan hastalıkların ilk belirtisi olabilir. Özellikle tüberküloz prevalansının görece yüksek olduğu ülkelerde eritema nodosum etiyolojisinde tüberküloz mutlaka akılda tutulmalıdır. Cilt tüberkülozu, tüberkülozun nadir görülen klinik formlarından biri olup pediatrik yaş grubunda daha seyrek bildirilmektedir. Bu olguda, alt ekstremitelerde eritema nodosum ile başvuran ve yapılan ileri incelemeler sonucunda tüberküloz tanısı alan adölesan hastanın sunulması ve eritema nodosum etiyolojisinde tüberkülozun öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Alt ekstremitelerde kızarıklık ve ağrılı nodüler lezyonlar nedeniyle başvuran 15 yaş kız hastanın fizik muayenesinde eritema nodosum ile uyumlu bulgular saptandı. Ayrıntılı anamnezde ev içi tüberküloz temas öyküsü bulunması üzerine tüberküloz açısından ileri inceleme yapıldı. PPD testi 17 mm olarak ölçüldü. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografi çekildi, balgam örnekleri alındı ve alt ekstremitedeki nodüler lezyonlardan biyopsi örnekleri alınarak tüberküloz yönünden mikrobiyolojik inceleme yapıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde akciğerde nodül ve mediastinal lenfadenopati saptandı. Diğer organ tutulumlarına yönelik değerlendirmelerde ve romatolojik tetkiklerde özellik saptanmadı. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin birinci ayında balgam örneklerinin mikrobiyolojik incelemesinde kültürde Mycobacterium tuberculosis üremesi saptanarak tanı doğrulandı. Nodüler lezyonlardan alınan biyopsi örneklerinde ise ARB, PCR ve kültür sonuçları negatif olarak değerlendirildi. Tedavisi 6 aya tamamlanan hastanın ekstremitelerde lezyonlarında belirgin gerileme izlendi.

Eritema Nodosum İle Başvuru





Tedavi Sonrası



Sonuç: Eritema nodosum çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte altta yatan enfeksiyöz etiyolojilerin ilk belirtisi olabilir. Özellikle temas öyküsü bulunan olgularda tüberküloz ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir. Negatif mikrobiyolojik testler tüberkülozu dışlamaz; klinik ve radyolojik bulgular tanıda yol göstericidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile klinik düzelme sağlanabilir. Bu olgu, eritema nodosum ile başvuran çocuk hastalarda nadir de olsa tüberkülozun akılda tutulması gerektiğini vurgulaması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: eritema nodosum, tüberküloz, cilt tüberkülozu



PS-072

MALİGNİTEYİ TAKLİT EDEN TİROİD LOJ KİSTİK LEZYONU: İKİ YAŞINDA BİR TİROİD ABSESİ OLGUSU

Ahmet Mansur Sırakaya¹, İzzettin Kaya¹, Gözde Gürpınar², Leyla Beşel³, Özlem Bostan Gayret¹, Meltem Erol¹, Fatih Mete¹

1 – İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi

3 – İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

Amaç: Tiroid absesi çocukluk çağında oldukça nadir görülmekle birlikte, tanının gecikmesi durumunda hava yolu basısı, mediastinal yayılım ve sepsis gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilen ciddi bir klinik tablodur. Pediatrik hastalarda tiroid lojunda saptanan kistik veya solid-kistik lezyonlar çoğunlukla hemorajik nodül veya malignite şüphesi ile değerlendirilmekte, enfeksiyöz etiyoloji ise sıklıkla ikinci planda kalabilmektedir. Özellikle küçük yaş grubunda malignite kaygısı gereksiz invaziv girişimlere yol açabilirken, enfeksiyonun gözden kaçması morbidite riskini artırmaktadır. Bu nedenle akut başlangıçlı boyun şişliği ve sistemik inflamasyon bulguları bulunan olgularda tiroid absesi ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Olgu Sunumu: İki yaş iki aylık kız hasta, bir gün önce fark edilen boyun ön bölgede şişlik nedeniyle Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurmuş ve ileri değerlendirme amacıyla çocuk acil servise yönlendirilmiştir. Öyküsünde yaklaşık on gün önce başlayan ateş yüksekliği mevcuttu. İlk başvuruda diş çıkarma ile ilişkilendirilerek amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanmış, klinik düzelme sağlanamaması üzerine pnömoni ön tanısıyla üç gün süreyle intramüsküler seftriakson uygulanmıştı. Başvuru sırasında genel durumu orta, vücut ısısı 38 °C idi. Boyun ön ve sol lateral bölgede yaklaşık 2 cm çapında, palpasyonla hassas ve mobilitesi kısıtlı kitle saptandı. Solunum sıkıntısı ve stridor izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde C-reaktif protein düzeyi 189 mg/L olarak yüksek bulundu. Yüzeysel doku ultrasonografisinde sol tiroid lojunda 21×24 mm boyutlarında, heterojen içerikli, vaskülarite izlenmeyen hipoeoik kistik lezyon saptandı ve başlangıçta hemorajik tiroid nodülü olarak değerlendirildi. Ancak ateşin devam etmesi, inflamatuvar belirteçlerin yüksekliği ve kitlenin progresyon göstermesi üzerine enfeksiyöz etiyoloji ön plana alındı. Kontrastlı boyun manyetik rezonans görüntülemesinde kalın duvarlı, septasyonlar içeren, kontrast tutan ve diffüzyon kısıtlılığı gösteren kistik lezyon saptandı. Hasta intravenöz seftriakson ve klindamisin tedavisi altında yatırılarak izlendi ve girişimsel drenaj uygulandı. Aspirasyon materyalinin sitopatolojik incelemesinde nekrotik debris ve yoğun polimorfonükleer lökosit varlığı izlenmiş, malignite lehine bulgu saptanmamıştır. Bulgular tiroid absesi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Pediatrik yaş grubunda tiroid lojunda hızlı büyüyen kistik lezyonların yalnızca neoplastik süreç olarak değerlendirilmesi tanısız gecikmeye yol açabilir. Ateş ve belirgin inflamatuvar yanıtın eşlik ettiği olgularda tiroid absesi erken dönemde akılda tutulmalı, uygun görüntüleme ve zamanında drenaj ile ciddi komplikasyonların önüne geçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tiroid absesi, akut süpüratif tiroidit, boyun kitleleri



PS-073

COXIELLA BURNETII ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ: NADİR VE HAYATİ TEHDİT EDEN BİR OLGU

Aise Chouse Memet¹

1 – İstanbul Üniversitesi Çeremhpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Hemofagositik lenfositiositoz (HLH), immün sistemin kontrolsüz aktivasyon sonucu gelişen, ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu mortalitesi yüksek bir hiperinflatuvar sendromdur. Primer formları genetik kökenli olmakla birlikte, çocukluk çağında daha sık olarak enfeksiyonlar, maligniteler ve romatolojik hastalıklara ikincil gelişmektedir. Enfeksiyon ilişkili olgularda erken tanı güç olup klinik bulgular sıklıkla sepsis veya malignite ile karışabilmektedir. En sık enfeksiyöz tetikleyiciler arasında Epstein-Barr virüsü, sitomegalovirüs, influenza virüsü, parvovirüs B19 gibi viral etkenler ile Mycobacterium tuberculosis ve çeşitli bakteriyel enfeksiyonlar yer almaktadır. Coxiella burnetii enfeksiyonuna sekonder HLH ise pediatrik yaş grubunda oldukça nadir bildirilen bir durumdur. Bu yazıda, uzamış ateş ve multisistem tutulum bulguları ile başvuran, Coxiella burnetii enfeksiyonuna sekonder gelişen bir adolesan HLH olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan 16 yaş erkek hasta, boğaz ağrısı, ateş ve halsizlik şikayetiyle dış merkeze başvurmuş, 8 gün antibiyoterapi verilmiş, ateşinin gerilemesiyle üzerine taburcu edilmiş. İki gün sonra ateşinin tekrarlaması ve yaygın döküntülerinin gelişmesi nedeniyle tekrar yatışı yapıldığında akut faz belirteçleri, transaminaz ve ferritin düzeyleri yüksek saptanmış, uzamış ateş, malinite öntanılarıyla yapılan kemik iliği değerlendirilmesinin HLH ile uyumlu bulunması ve genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle üniversitemizin çocuk yoğun bakım ünitesine gönderilmiş. Fizik muayenesinde sağda solunum sesleri azalma ve hepatomegali dışında bulgusu yoktu. Laboratuvar değerlendirmesinde; WBC: 7880/mm³, nötrofil: 2800 /mm³, lenfosit: 4100 /mm³, trombosit:26000 /mm³, hemogloblin:8.4 g/dL, ferritin: 58909 ng/mL, fibrinojen:136 mg/dL, LDH:1528 U/L, AST:189 U/L,ALT:244 U/L, trigliserit:426 mg/dL saptandı. Sonuçlar HLH ile uyumlu olarak değerlendirildi, pulse steroid, siklosporin, anakinra ve antibiyoterapi tedavileri başlandı, plazmaferez uygulandı. Etiyolojiye yönelik yapılan ayrıntılı değerlendirilmesinde Coxiella burnetii IgG FazII 1/64 titrede pozitif sonuçlanması üzerine olgu enfeksiyona sekonder HLH olarak değerlendirildi.

Sonuç: Coxiella burnetii, Q ateşine neden olan obligat intraselüler bir bakteri olup çocukluk çağında çoğunlukla nonspesifik klinik bulgularla seyretmesi nedeniyle tanısı güçtür. Nadir olmakla birlikte immün sistem aktivasyonunu tetikleyerek HLH gelişimine yol açabilmektedir. Enfeksiyon ilişkili HLH olgularında klinik bulguların sepsis ve maligniteler ile benzerlik göstermesi tanıda gecikmeye neden olabilmektedir. Olgumuzda uzamış ateş, sitopeni ve belirgin hiperferritinemi varlığında yapılan ileri etiyolojik inceleme ile Coxiella burnetii enfeksiyonu saptanmış ve enfeksiyona sekonder HLH olarak değerlendirilmiştir. Bu olgu, açıklanamayan hiperinflatasyon tablolarında Coxiella burnetii'nin nadir ancak önemli bir etken olarak akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemofagositik Lenfositiositoz, Sekonder HLH, Coxiella Burnetii, Ateş



PS-075

KIZILDAN TOKSİK ŞOKA: 24 SAATTE GELİŞEN FULMİNAN STREPTOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU

Ece Orbay Suner¹, Büşra Bilici¹, Büşra Atik², Tuğba Kanar³, Güntülü Şık³, Pınar Önal¹, Deniz Aygün¹, Adem Karbuz¹

- 1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı
- 2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- 3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Streptococcus pyogenes, çocukluk çağında bakteriyel tonsillofarenjitin en sık etkenidir ve enfeksiyona kızıl tablosu eşlik edebilmektedir. Streptokokal toksik şok sendromu (STŞS), bakteriyel süperantijenlere bağlı gelişen, hipotansiyon ve çoklu organ yetmezliği ile seyreden yaşamı tehdit eden bir klinik durumdur. Başlangıçta basit üst solunum yolu enfeksiyonu veya kızıl tablosu şeklinde ortaya çıkabilmesi tanıyı güçleştirebilmektedir.

Yöntem: Bu olguda, kızıl benzeri başlangıç bulgularını takiben hızla streptokokal toksik şok sendromuna ilerleyen bir çocuk hastanın klinik seyri sunulmuştur.

Bulgular: Daha önce sağlıklı olan 9 yaşında kız hasta; 4 gündür olan 38 derece ateş, boğaz ağrısı ve yaygın eritemli döküntü şikâyeti ile başvurdu. Orofarenks muayenesinde tonsillerde eksüda ve çilek dili görünümü mevcuttu, gövdede zımpara tarzında döküntü ve kollarda Pastia çizgileri izlenmekteydi. Laboratuvar değerlendirilmesinde lökosit: 24140/ mm³, nötrofil: 21320/ mm³, lenfosit: 1680/ mm³, trombosit: 290000/ mm³, C-reaktif protein (CRP): 315 mg/L, prokalsitonin (PCT): 4 ng/ml saptandı, diğer parametreleri normaldi. Genel durumu düşkün, oral alımı yeterli olmaması nedeniyle yatışı yapıldı, intravenöz ampicilin-sülbaktam ve hidrasyon tedavileri başlandı. İzleminde halsizlikte artış, taşikardi ve hipotansiyon gelişen olgunun kontrol laboratuvar değerlendirilmesinde CRP:324 mg/dl, PCT:12.5 ng/ml, laktat: 3.8 mmol/L idi, böbrek fonksiyon bozukluğu (üre: 47 mg/dl, kreatinin: 0.76 mg/dl) ve koagülopati (INR:1.32, aPTT:27.7 sn) gelişmişti. Ferritin: 690 ug/L, trigliserid: 235 mg/dl, pro-BNP: > 35000 pg/ml, troponin: 0.0415 ng/ml, D-dimer: 9.15 mg/L saptandı. Hasta mevcut bulgularla toksik şok sendromu, hiperinflamatuvar sendrom ön tanılarıyla yoğun bakıma transfer edildi. Ekokardiyografide biventriküler kasılma azalmıştı, 5 mm perikardiyal efüzyon vardı, EF: %48 idi. Hastaya sıvı resüsitasyonu ve vazopressör desteği başlandı antibiyoterapisine klindamisin eklendi. Kardiyak tutulum şüphesi nedeniyle düşük doz asetilsalisilik asit (80 mg/gün); refrakter şok ve belirgin inflamatuvar yanıt nedeniyle sistemik kortikosteroid (1 mg/kg/gün) verildi, intravenöz immunglobulin tedavisi uygulandı. Kan kültürü steril sonuçlanan hastanın boğaz kültüründe Streptococcus pyogenes üredi. Olgunun klinik, laboratuvar ve mikrobiyolojik bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastaya Streptococcus pyogenes enfeksiyonuna bağlı gelişen streptokokal toksik şok sendromu tanısı konuldu.



Çilek dil



Şekil 1. Kızıl tanısı alan hastada belirgin çilek dili görünümü (lingual papilla hipertrofisi ve eritem)

Pastia çizgileri



Şekil 2. Dirsek fleksör bölgede belirginleşen Pastia çizgileri



Ekzanter



Şekil 3. Gövdede yaygın eritemli makülopapüler döküntü ile uyumlu ekzanter.

Skarlatiniform döküntü



Şekil 4. Deride palpasyonla belirgin zımpara kâğıdı hissi veren tipik skarlatiniform döküntü görünümü.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Streptokokal toksik şok sendromu, başlangıçta hafif seyirli görülebilen *Streptococcus pyogenes* enfeksiyonlarını takiben hızla gelişebilen yaşamı tehdit eden bir tablodur. Bu olgu, kızıl benzeri bulgularla başlayan hastalarda ani klinik kötüleşme durumunda streptokokal toksik şok sendromunun akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve yoğun bakım desteği mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Streptokokal toksik şok sendromu, Kızıl, Süperantijen, Sitokin fırtınası



PS-078

OTOİMMÜN HEPATİTE SEKONDER GELİŞEN APLASTİK ANEMİ OLGU

İsmail Yüksek¹, Derya Altay¹

1 – Kayseri Erciyes Üniversitesi

Amaç: Hepatit ilişkili aplastik anemi (HAAA), akut hepatit atağını takiben gelişen nadir ancak hayatı tehdit edebilen bir kemik iliği yetmezliği tablosudur. Çoğunlukla viral enfeksiyonlar sonrası ortaya çıkmakta olup patogeneğinde immün aracılı mekanizmalar suçlanmaktadır. Bu çalışmada sarılık ile başvuran ve izleminde hepatite sekonder aplastik anemi gelişen pediatrik bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Sekiz yaşında kız hasta, gözlerde ve vücutta sararma şikâyeti ile başvurdu. Başvurusundan bir hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle ibuprofen, psödoefedrin ve klorfeniramin maleat kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ikter, hepatomegali (kot altı 4 cm) ve splenomegali (3 cm) saptandı. Laboratuvar incelemelerinde total bilirubin 9.61 mg/dL, direkt bilirubin 7.49 mg/dL, AST 1939 U/L ve ALT 1598 U/L olarak bulundu. Viral hepatit serolojileri ve otoimmün hepatit belirteçleri negatifti hastanın yatışının 5.gününde hemoglobin ve lökopeni bulgularının yanında trombositopeninin derinleşmesi üzerine hematoloji bölümü ile konsülte edildi. Hastaya kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde TCR AB+T hücrelerde CD8 klon hakimiyeti mevcuttur. Klinik takipleri iyi olan hasta. Klinik ve laboratuvar bulgularla birlikte değerlendirilerek hastaya otoimmün hepatite sekonder aplastik anemi tanısı konuldu. Hastaya kemik iliği transplantasyonu yapıldı. Prognozu iyi seyretti.

Sonuç: Hepatit ilişkili aplastik anemi nadir görülmekle birlikte pediatrik hastalarda akut hepatit sonrası gelişebilen önemli bir komplikasyondur. Sarılık ve hepatit bulguları ile izlenen hastalarda gelişebilecek sitopeniler açısından yakın hematolojik takip yapılması erken tanı ve tedavi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün Hepatit, Aplastik Anemi, Kemik İliği Transplantasyonu



PS-079

ÇOCUKLARDA KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ SÜREÇLERİNİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Sultan Aslınur Hazan¹

1 – Buldan Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi, Denizli

GİRİŞ

Karın ağrısı, çocukluk çağı hastane başvurularının en sık nedenlerinden biridir. Çoğu olguda ağrı genellikle fonksiyonel kökenlidir. Bununla birlikte, akut karın ağrısı; apandisit, gastroenterit, idrar yolu enfeksiyonu veya paraziter hastalıklar gibi önemli organik nedenlere bağlı gelişebilir. Bu nedenle çocuk hastalarda karın ağrısının doğru şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada, karın ağrısı şikâyeti ile başvuran çocuk hastaların başvuru şikâyetleri, klinik özellikleri ve tedavileri prospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; tek merkezli, prospektif ve gözlemsel niteliktedir. Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüş ve Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Çalışmaya karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 3-18 yaş arası çocuk hastalar dâhil edilmiştir. Bilinen kronik hastalığı bulunan, yakın dönemde abdominal cerrahi geçiren, akut batın tanısı konulan veya klinik verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Başvurusı sırasında hastaların demografik özellikleri, karın ağrısının süresi ve eşlik eden semptomlar (bulantı, kusma, ishal, kabızlık vb.) kaydedilmiştir; tüm hastalara ayrıntılı fizik muayene yapılmıştır. Gerekli durumlarda hastalar tam kan sayımı, CRP, eritrosit sedimentasyon hızı, biyokimya, tam idrar tahlili ve abdominal ultrasonografi ile değerlendirilmiştir. Tanı ve tedavi yaklaşımları ESPGHAN kılavuzlarına göre planlanmıştır. Fonksiyonel karın ağrısı tanısı Roma IV kriterlerine göre konulmuştur. İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılmış ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 332 çocuk hasta dâhil edildi. Hastaların 173'ü kız (%52.1), 159'u erkekti (%47.9).

En sık eşlik eden semptomlar bulantı (103 hasta, %31.0) ve kusma (99 hasta, %29.8) idi. Hastaların 117'sinde (%35.2) ishal saptandı. Ayrıca 61 hastada (%18.4) kabızlık, 88 hastada (%26.5) kolik tarzı ağrı ve 16 hastada (%4.8) mide yanması bildirildi. Tanısal değerlendirmeler sonrası çalışmada en sık tanı akut gastroenterit (%37.7) olup, bunu fonksiyonel karın ağrısı (%30.4), kabızlık (%18.4) ve idrar yolu enfeksiyonu (%13.6) izlemiştir.

Taniya yönelik uygun tedavi yaklaşımları güncel kılavuzlar doğrultusunda uygulanmıştır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



TARTIŞMA

Bu çalışmada karın ağrısı yakınması ile başvuran çocuk hastalarda en sık tanının akut gastroenterit (%37.7) olduğu, bunu fonksiyonel karın ağrısı (%30.4), kabızlık (%18.4) ve idrar yolu enfeksiyonunun (%13.6) izlediği saptandı. Bu tanı sıklıkları mevcut literatür bilgisi ile uyumlu bulundu.

En sık eşlik eden semptomların bulantı ve kusma olduğu; ishal ve kabızlık gibi semptomların da sıkça rastlandığı görüldü. Bu bulgular literatür bilgisi ile uyumludur.

Sonuç olarak; çocuklarda karın ağrısının en sık nedenleri gastrointestinal enfeksiyonlar ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıklardır. Ancak akut batın sebepleri de göz önünde bulundurulmalı, tedavi yaklaşımları etiyolojiye yönelik verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Korterink J, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12:159-171.
2. Korterink J, et al. Functional abdominal pain in children. Pediatrics. 2015;135:e152-159.
3. Hyams JS, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Rome IV criteria. Gastroenterology. 2016;150:1456-1468.
4. Robin SG, et al. Prevalence of pediatric functional gastrointestinal disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16:103-109.
5. Bundy DG, et al. Pediatric abdominal pain: clinical approach. Pediatrics 2017; 139:e20170340.
6. Saps M, et al. Functional abdominal pain disorders in children. J Pediatr. 2018;199:39-43.
7. Korterink JJ, et al. Gender differences in pediatric abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016; 63:158-162.
8. Guarino A, et al. European guidelines for acute gastroenteritis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;67:586-593.



PS-080

ÇOCUKLARDA HELICOBACTER PYLORI GASTRİTİ VE TANI KOYMADA HİSTOPATOLOJİDE OPTİMAL GASTRİK MUKOZAL BİYOPSİ BÖLGESİNİN BELİRLENMESİ: REHBERLERDEN FARKLI MI DÜŞÜNÜYORUZ?

Fatih Işık¹, Günsel Kutluk²

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Helicobacter pylori (H. pylori), çoğunlukla çocukluk çağında edinilen ve tedavi edilmediği takdirde ömür boyu sürebilen, ciddi gastrointestinal patolojilere yol açan bir bakteridir. Çalışmamızda H. Pylori gastriti saptanan pediyatrik yaş grubundaki hastaların sosyo-demografik, klinik, laboratuvar özelliklerinin incelenmesi ve tanı koymada histopatolojide optimal gastrik mukozal biyopsi bölgesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Güncel rehberlerde antrum ve korpustan biyopsi alınması gerektiği önerisine karşın, çalışmamız sadece antrumdan biyopsi alınmasının histopatolojik olarak H. pylori tanısını koymada yeterli olacağını göstermeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği'ne 2020-2024 yılları arasında çeşitli yakınmalar ile başvuran ve özofagogastroduodenoskopi yapılmış olan 2752 hastanın fiziki ve dijital sağlık kayıtları retrospektif olarak incelendi. Çalışmada hem antrum hem de korpus bölgelerinden biyopsi alınmış ve bu örneklerin en az birinde histopatolojide H. pylori pozitifliği saptanmış olan toplam 763 hastanın sosyodemografik ve antropometrik verileri, başvuru semptomları, endoskopi ve histopatoloji bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda H. pylori prevalansı %36,6 olarak saptandı. Olguların yaş ortalaması $12,16 \pm 4,3$ yıl olarak bulundu. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde olguların %54,3'ü kız, %45,7'si erkekti. H. pylori pozitif olguların en sık başvuru nedeni epigastrik ağrı (%53,6) idi. Antropometrik incelemede hastaların %13,3'ünde boy kısalığı, %18,7'sinde zayıflık bulundu. Endoskopide en sık antral hiperemi (%89,8) ve nodülerite (%54,1) izlendi; duodenal ülser oranı %8 idi. Histopatolojik incelemede H. pylori yoğunluğu, inflamasyon ve aktivite skorlarının antrumda belirgin şekilde daha yüksek olduğu, atrofi ve intestinal metaplazi oranlarının ise çocukluk çağında oldukça düşük seyrettiği görüldü. Antrum biyopsisinin tanısal performansı yüksek olup duyarlılık %94,4, özgüllük %100 ve negatif prediktif değer %97,1 olarak hesaplandı. Phi korelasyon katsayısı +0,957 bulunarak sadece antrum biyopsisi ile toplam H. pylori pozitifliği arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki gösterildi ($p < 0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, H. pylori enfeksiyonu üzerine Türkiye'den bildirilen en geniş pediatrik serilerden birini oluşturmaktadır. En önemli sonuçlarından biri, yalnızca antrumdan alınan biyopsilerin H. pylori enfeksiyonunun tanısında yüksek tanısal performans sergilediğinin ortaya konulmuş olmasıdır. Antrum biyopsisinin duyarlılık, özgüllük ve prediktif değerlerinin oldukça yüksek bulunması, çocukluk çağında enfeksiyonun saptanmasında bu yaklaşımın büyük ölçüde yeterli olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Helicobacter pylori, çocuk, endoskopi, biyopsi, histopatoloji



PS-081

KONJENİTAL İSHAL TANILI OLGUDA NADİR ETİYOLOJİ: PERCC1 MUTASYONU

Emine Çelik², **Zeynep Dinç¹**, İbrahim Bağcı², Ahsen Dönmez Türkmen², Bilge Şahin Akkelle², Saliha Esra Olgun³,
Çiğdem Çelikel⁴, Deniz Ertem²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Anabilim Dalı

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

4 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Konjenital ishaller, intrauterin ya da erken postnatal dönemde başlayan ve farklı derecelerde intestinal yetmezliğe yol açan kronik hastalıklardır. Konjenital ishaller bağırsaktaki epitel, enteroendokrin, inflamatuvar hücrelerin yapısal veya fonksiyonel olarak etkilenmesi sonucu gelişir. Genetik alanındaki gelişmelerle, konjenital ishallerle ilişkili giderek artan sayıda mutasyon tanımlanmıştır. Konjenital ishal etiyolojisinde rol aldığı anlaşılan PERCC1 gen mutasyonu yakın geçmişte tanımlanmış olup, az sayıda olguda raporlanmıştır. Konjenital ishali olan bu olgu nadir görülen homozigot PERCC1 mutasyonu saptandığı için sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Aralarında 1.derece akrabalık olan anne babadan term ve 3700 gr. olarak doğan olgu, postnatal 55. gününde bol-sulu dışkılama yakınmasıyla acil servise başvurdu. Öyküde ishalin postnatal 14. günde başladığı, bu nedenle farklı hastanelerde tekrarlayan yatışlarının olduğu öğrenildi. Başvuruda genel durum düşkün, dehidratasyon bulguları bulunan olguda büyüme geriliği ve perianal dermatit dışında patolojik muayene bulgusu saptanmadı. Başvuruda belirgin metabolik asidozu olan hasta, klinik ve laboratuvar bulguları stabilize edildikten sonra yapılan enteral beslenme denemelerinde ön planda osmotik ishali olduğu ve farklı kompozisyondaki enteral formulları tolere edemediği anlaşıldı. Kronik ishal etiyolojisinde yer alan enfeksiyöz, anatomik, metabolik, immünolojik nedenlere yönelik incelemeler normal sonuçlandı. Fekal elastaz düşüklüğü saptanan olguda kistik fibrozis dışlandı ve bulgu izole pankreatik ekzokrin yetmezliği olarak değerlendirildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinin histopatolojik incelemesi enteroendokrin hücre hasarı ile uyumlu bulunan hastanın elektron mikroskopisi incelemesi normal sonuçlandı. Tüm ekson sekanslama analizinde PERCC1 homozigot mutasyonu saptanan olgu, genetik geçişli konjenital ishal tanısını aldı. Olgunun, total parenteral nutrisyon, nazogastrik yolla kısıtlı miktarda aminoasit bazlı formula ile devamlı enteral nutrisyon, vitamin-mineral desteği ve pankreatik enzim replasmanı ile yakın klinik ve laboratuvar izlemi devam etmektedir.

Sonuç: Olgu deneyimimiz, PERCC1 mutasyonunun enteroendokrin hücre hasarı ile karakterize, büyüme geriliği, intestinal yetmezlik, ekzokrin pankreas yetmezliği, konjenital osmotik diyare ile seyreden bir fenotip ortaya koyduğunu göstermiştir. Ülkemiz gibi akraba evliliğinin yaygın olduğu toplumlarda, konjenital ishal etiyolojisinde genetik nedenler öncelikle akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital ishal, PERCC1 homozigot mutasyon, büyüme gelişme geriliği, osmotik ishal, akraba evliliği, total parenteral nutrisyon



PS-083

HİRSCHSPRUNG HASTALIĞI İLE BİRLİKTE FİSTÜLİZAN CROHN HASTALIĞINA BAĞLI VERTEBRAL OSTEOMİYELİT: MEN2A MUTASYONU SAPTANAN NADİR BİR OLGU

Övgü Taner¹, Ahsen Dönmez Türkmen², Emine Çelik², İbrahim Bağcı², Ayten Ceren Bakır³, Adnan Dağçınar⁴,
Bilge Şahin Akkelle², Deniz Ertem Şahinoğlu²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı

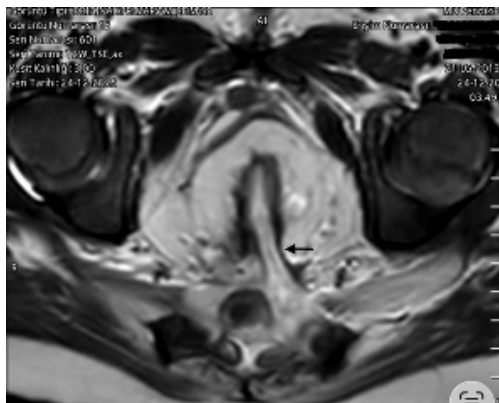
3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı

4 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Ana Bilim Dalı

Amaç: Hirschsprung hastalığı (HH), bağırsakların sinir plexuslarında ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterize, nadir görülen konjenital bir hastalıktır. Olguların çoğu yenidoğan döneminde ilk mekonyum çıkışının gecikmesi, karın distansiyonu ve kusmayla tanı alır. HH tanılı hastalarda enterokolit atakları görülebilmekle birlikte tekrarlayan atakları olanlarda inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) riskinin olduğu yayınlar bulunmaktadır. Bu bildiride, HH tanılı olup, kronik vertebral osteomiyelit ile araştırılan fistülizan Crohn hastası sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Total kolonik aganglionez tipinde HH nedeniyle 2 yaşında total kolektomi ve ileorektal anastomoz operasyonu geçirmiş olan 12 yaşındaki kız hasta; ishal, kusma, karın ağrısı, perianal bölgede şişlik ve bel ağrısı ile çocuk acil servisine başvurdu. Hasta 3 ay önce benzer şikayetlerle osteomiyelit tanısı aldığı ve hastanede yatarak tedavi edildiği öğrenildi. Fizik muayenede yaşa göre boy Z skoru -3,8; VKİ Z skoru -1,2, batında cerrahi insizyon skarları olan hastanın perianal bölgede skatrize fistül ağzı izlendi. Tetkiklerde anemi, sedimentasyon ve CRP yüksekliği saptanan hastanın perianal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde rektumdan sakruma uzanan, apse ile komplike fistül traktı ve sakrum düzeyinde kontrast tutan kemik lezyonu izlendi. Anamnezinde dört yıl önce de perianal apse nedeniyle antibiyotik tedavisi almış olan hastanın batın MR'ında ileal segmentlerde yer yer duvar kalınlaşması izlendi. İBH açısından yapılan incelemelerde fekal kalprotektin yüksek ve ASCA (+) saptandı. Kolonoskopide anal girişten itibaren yaklaşık 60 cm'ye kadar aralıklı normal mukoza alanları ile seyreden atlamalı vasıfta aftöz ve derin ülserler ve rektumda bir fistül ağzı izlendi. Histopatolojik incelemeleri Crohn hastalığı ile uyumlu bulunan hastaya Çocuk Cerrahisi tarafından ileostomi, eş zamanlı olarak Nöroşirürji tarafından S1-S2 total laminektomi uygulandı. Klinik ve histopatolojik bulgularla penetran karakterde CH tanısı konularak postoperatif dönemde anti-TNF tedavisi başlandı. HH ve İBH birlikteliği nedeniyle yapılan genetik incelemede MEN2A ile uyumlu mutasyon saptanan hasta Çocuk Endokrinoloji bölümü ile birlikte takibe alındı.

Fistül Traktı





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: HH'da tekrarlayan enterokolit atakları, perianal apse ve büyüme-gelişme geriliği İBH açısından uyarıcı bulgulardır. Bu durumda İBH tanısının gecikmemesi ve erken tedavi başlanması komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Hastamızda olduğu gibi HH ve İBH birlikteliği saptanan hastalarda eşlik edebilecek genetik hastalıklar dikkate alınarak olgularda genetik değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hirschsprung Hastalığı, Vertebral Osteomyelit, Fistülizan Crohn Hastalığı



PS-085

SMA TİP 1 HASTASINDA AKUT SÜPÜRATİF GASTRİT: OLGU SUNUMU

Zeynep Candan Mohiuddin¹, Ferhat Yüksel², Sevgen Başaranoğlu³, Gökhan Baysoy¹

1 – İstanbul Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

2 – İstanbul Medipol Üniversitesi Tıbbi Patoloji ABD, İstanbul

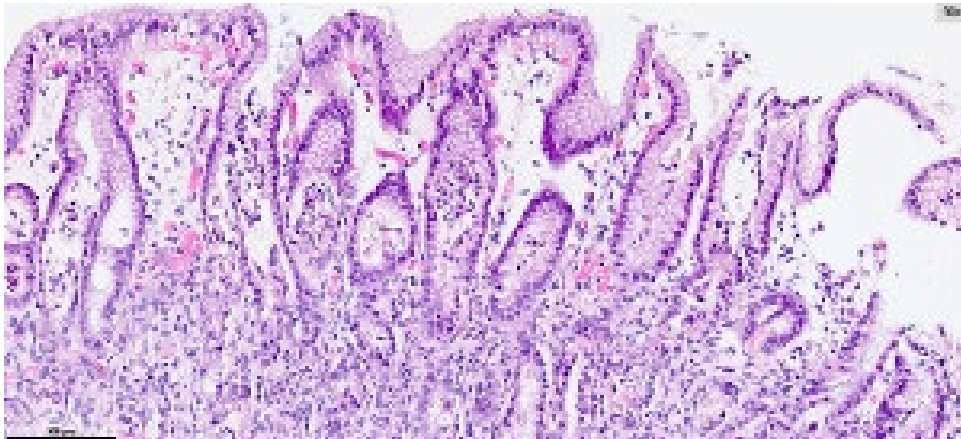
3 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

Giriş ve Amaç: Akut süpüratif gastrit (ASG), gastrik duvarın nadir görülen, bakteriyel kaynaklı invaziv enfeksiyonudur ve pediatrik yaş grubunda oldukça seyrek. İmmünsüpresyon ve mukozal bariyer hasarı önemli risk faktörleridir.

Yöntem: Olgu Sunumu

Bulgular: Spinal musküler atrofi-tip 1 (SMA) tanılı altı aylık erkek hasta, nazogastrik sondasından siyah-kırmızı renkli aspirat gelmesi üzerine hastaneye yatırıldı. Başvuru sırasında genel durumu iyi olan hastanın kusma, melen, ateş ve solunum sıkıntısı yoktu. NSAID kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın CRP: 20 mg/L, lökosit: 19.000/mm³ (%68 nötrofil), trombosit: 600.000/mm³, hemoglobin: 9,7 g/dL ve koagülasyon parametreleri normal saptandı. Üst gastrointestinal kanama tanısıyla gastroskopi yapıldığında antrum ve korpus beyaz renkli membranlar gözlemlendi ve biyopsi alındı (Fotoğraf 1). Endoskopi sonrası solunum sıkıntısı ve ateş nedeniyle hastaya seftriakson başlandı. Histopatolojik incelemede korpus ve antrumda çok sayıda çok çekirdekli lökosit infiltrasyonu, çomak ve kok şeklinde mikroorganizmalar görüldü (Fotoğraf 2). İmmunhistokimyasal incelemede H. pylori ve CMV negatif olarak saptandı. Hasta akut süpüratif gastrit olarak değerlendirildi. Ateşli dönemde alınan kan kültüründe Acinetobacter pittii üremesi üzerine çocuk enfeksiyon hastalıkları önerisiyle antibiyogram sonucuna göre tedavi meropenem+amikasin olarak düzenlendi. Hastanın lenfosit alt grupları normal saptanırken IgG düzeyi düşük bulundu, çocukluk çağı geçici hipogamaglobulinemisi düşünülerek tek doz (1g/kg) IVIG uygulandı. Batın BT normal olarak saptandı. Hastanın antibiyotik tedavisi 1 aya tamamlandıktan sonra tekrarlanan endoskopide hafif derecede özofajit ve midede hafif yüzeysel inflamasyon görüldü, süpüratif gastrit bulgularının düzeldiği görüldü.

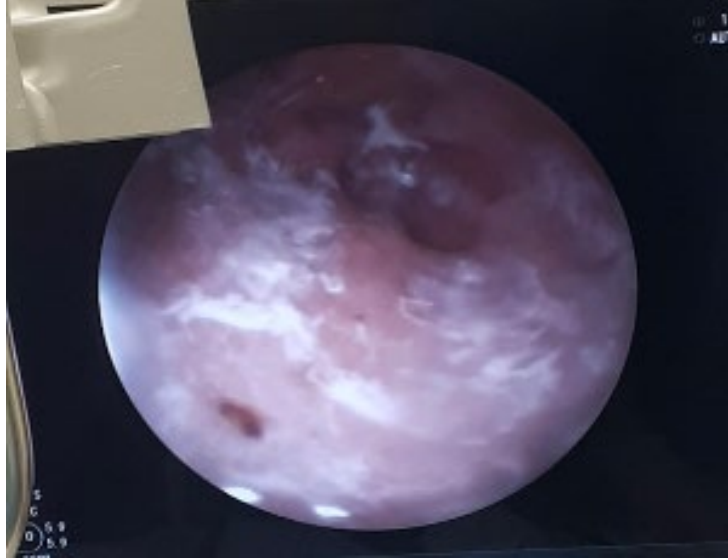
Antrum Biyopsi Materyali



Akut süpüratif gastrit; antrum mukozasında gastrik pit lümenleri içerisinde yoğun nötrofil lökosit toplulukları (pit abseleri), lamina propria ödem ve glandüler aktif inflamatuvar infiltrasyon izlenmektedir (H&E, x300)



Antrum Endoskopik Görüntü



Antrumda beyaz membran

Tartışma ve Sonuç: SMA tip 1 hastalarında enfeksiyon sıklığı çoğunlukla solunum kas zayıflığı, enteral beslenme gereksinimi ve hastane yatışları ile ilişkilidir. Hayvan modellerinde SMN protein eksikliğinin timusta korteks incilmesi, dalakta atrofiye sebep olarak immün disfonksiyona yol açabileceği ileri sürülmüştür. Akut süpüratif gastrit, infantlarda nadir ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit edebilen bir enfeksiyondur. Gastrointestinal kanama bulguları varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Olası immün disfonksiyon ve invaziv girişimler enfeksiyon gelişimine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: SMA tip 1, Akut Süpüratif Gastrit, immün disfonksiyon



PS-084

TEKRARLAYAN İNVAJİNASYONDAN ÇÖLYAK KRİZİNE: İMMÜN DİSREGÜLASYON OLGUSU

Talha Üstüntaş¹, Aylin Yücel¹

1 – Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme

Amaç: Bu olgu invaginasyon kliniği ile başvuran bir çölyak krizi olgusunun multisistemik tutulumla muhtemel immün disregülasyona dönüşen hikayesinden klinisyenlerin aklında bir pencere açmayı amaçlamaktadır.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan 18 aylık erkek hasta; 10 gündür devam eden sulu ishal ve ayak bileklerinden başlayarak alt ekstremitelere yayılan ödem şikayetiyle başvurdu. Hastanın ileus ön tanısıyla 4 gün takip edildiği öğrenildi. Fizik muayenede hastanın malnütre ve dehidrate görünümü dikkat çekiyordu, skrotal, periorbital ödemi yoktu ve tibia ön yüzünde gode bırakan +1 ödemi mevcuttu. Sodyum 134 mg/dL ve albümin 2,8 g/dL iken idrar tetkiklerinde proteinüri işaret eder bulgusu yoktu. Ultrasonografisinde ileokolik düzeyde 3cm ebatlarında invajinasyon uyumlu segment izlenmesi üzerine cerrahiye devredildi. Klinik uyumsuz invajinasyon görünümünün gerilemesine rağmen hipoalbumineminin devamı nedeniyle hasta kliniğimize devralınarak etyolojik inceleme yapıldı. Bu dönemde gaitada yağ gözlenen ve fekal elastaz (65 mg/dl (< 100))düşük olan hastanın ter testi de yüksek geldiği için pankreatik enzim tedavisi ile takibi devam etti. Doku transglutaminaz IgA değerinde de 200 üstü değer saptanınca hastaya biyopsi yapıldı ve çölyak tanısı doğrulanarak glutensiz diyet başlandı. Ayrıca bazal immünolojik değerlendirmesinde hipogammaglobulinemi görülmesi nedeniyle trimetoprim/sulfametoksazol profilaksisi başlandı fakat kontrollerinde ayakları üzerine basamama şikayeti ve derin tendon refleksleri alınamaması nedeniyle yapılan tetkiklerde santral bir neden bulunamazken periferik nöropati doğrulandı. Bu dönemde de hipoalbuminemi nedeniyle albümin tedavisi ihtiyacı oldu. İmmünolojik açıdan multisistem tutulumu, atipik seyirli çölyak gidişi ve çölyak krizi ile prezente olması nedeniyle immün disregülasyon düşünülerek hastaya intravenöz immunoglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. IVIG tedavisiyle dramatik yanıt alınan ve hipoalbuminemi, ishal kliniğinde belirgin yanıt alınan hastanın (HLA DQ2+), IPEX ve diğer immün yetmezlikler açısından genetik incelemesi devam etmektedir.

Sonuç: Olgumuzdaki klinik süreç akılda tutulması gereken birkaç noktayı ilginç şekilde bir araya getirmektedir. Çölyak hastalığı ile invaginasyon ilişkisi nadir olmakla birlikte literatürde birçok vaka sunumu ile desteklenmiştir. Çölyak enteropatisinin bağırsak motilitesini ve inflamasyonunu etkileyebileceği, bunun da transiyent veya tekrarlayan invaginasyonlara yol açabileceği bilinmektedir. Kliniğin çölyak krizi olarak görülmesi vakayı daha zor kılmaktadır. Ayrıca hastanın multisistemik eşlikçileri glutensiz diyetle net bir yanıt alınamaması immünolojik müdahale ihtiyacı oluşturmuştur. Literatürde immün disregülasyon olgularının gastrointestinal ve endokrinolojik sistemlerle beraber nadiren nörolojik sistemi tutabileceği bildirilmiştir. Bununla beraber IVIG tedavisine yanıt olgunun yine nadir multisistemik tutulumla giden immün disregülasyon tanısını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Çölyak krizi, hipoalbuminemi, immün disregülasyon, IPEX



PS-086

GASTROENTERİT İZLEMİNDE GELİŞEN AKUT GASTRİK DİLATASYON: BİR OLGU SUNUMU

Nazan Tekin Çakar¹, Mehmet Koşar¹

1 – Eskişehir Özel Ümit Batıkent Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ,Radyoloji

Giriş ve Amaç: Akut gastroenterit, dünya genelinde çocukluk çağının en yaygın enfeksiyon hastalıklarından biridir. 5 yaş altındaki çocuklarda yılda yaklaşık 1,7 milyar ishal atağı meydana geldiği; bunun 9 milyon hastaneye yatış ve yaklaşık 1,34 milyon ölüm ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Bu ölümler, çocukluk çağı ölümlerinin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır ve büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Hastalığın şiddeti büyük ölçüde dehidratasyon derecesine bağlıdır. Bu nedenle sıvı-elektrolit dengesinin doğru değerlendirilmesi mortalitenin azaltılmasında temel yaklaşımdır. Takipte nadir fakat ciddi komplikasyonlar gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Akut gastrik dilatasyon, pediatrik yaş grubunda seyrek görülen ancak gecikmiş müdahalede iskemi, perforasyon ve mortaliteye yol açabilen bir klinik tablodur. Bu yazıda, akut gastroenterit nedeniyle yatırılarak izlenen ve takip sırasında ani gelişen akut gastrik dilatasyon saptanan bir pediatrik olgu sunulmuştur.

Yöntem: Bu çalışma, akut gastroenterit ön tanısı ile başvuran beş yaşındaki erkek hastanın klinik, laboratuvar ve tedavi sürecinin retrospektif değerlendirildiği bir olgu sunumudur.

Bulgular: 5 yaşında, sağlıklı erkek hasta, iki gündür devam eden kusma, ishal ve oral alımda azalma şikâyetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde vücut ısısı 38°C, kapiller dolum zamanı 2-3 saniye, bağırsak sesleri dört kadranda hiperaktif olup, karın yumuşak, defans, rebound negatifti. Bilinç durumu açık olan hastanın klinik değerlendirmesi hafif-orta derecede dehidratasyon ile uyumlu bulundu. Laboratuvarında beyaz küre sayısı 9180/mm³, nötrofil sayısı 5760/mm³, glukoz 67 mg/dL, kreatinin 0,54 mg/dL, sodyum 135 mmol/L, potasyum 4,39 mmol/L, ALT 10 U/L, AST 23 U/L ve CRP 4,2 mg/L olarak saptandı. Kan gazı analizinde pH 7,27, HCO₃⁻ 10,2 mmol/L, baz açığı -14,5 mmol/L ve laktat 1,9 mmol/L bulunarak metabolik asidoz tespit edildi. Dışkı mikroskopisinde nadir lökosit izlenirken, rotavirüs, adenovirüs, amip ve Giardia antijen testleri negatif sonuçlandı. Hastaya intravenöz sıvı tedavisi başlandı ve tedavi sonrası kontrol kan gazında metabolik parametrelerin normale döndüğü gözlemlendi. Klinik izleminde genel durumu iyiye doğru giden hastanın yatışının 8. saatinde ani gelişen, ağrısız epigastrik distansiyon gözlemlendi. ADBG'de mide hava-sıvı seviyesinde belirgin artış saptandı. Çekilen abdominal CT'de belirgin gastrik dilatasyon ve olası gastrik volvulus ile uyumlu bulgular raporlandı. NG sonda takılarak dekompresyon uygulandı. İşlem sonrası hem klinik olarak epigastrik distansiyonda hem de kontrol grafide mide hava seviyesinde belirgin gerileme gözlemlendi. Hastanemizde çocuk cerrahisi bulunmaması nedeniyle hasta ileri merkez çocuk cerrahisi kliniğine sevk edildi. Kontrol muayenesinde hastanın cerrahi girişim gereksinimi olmadan şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.

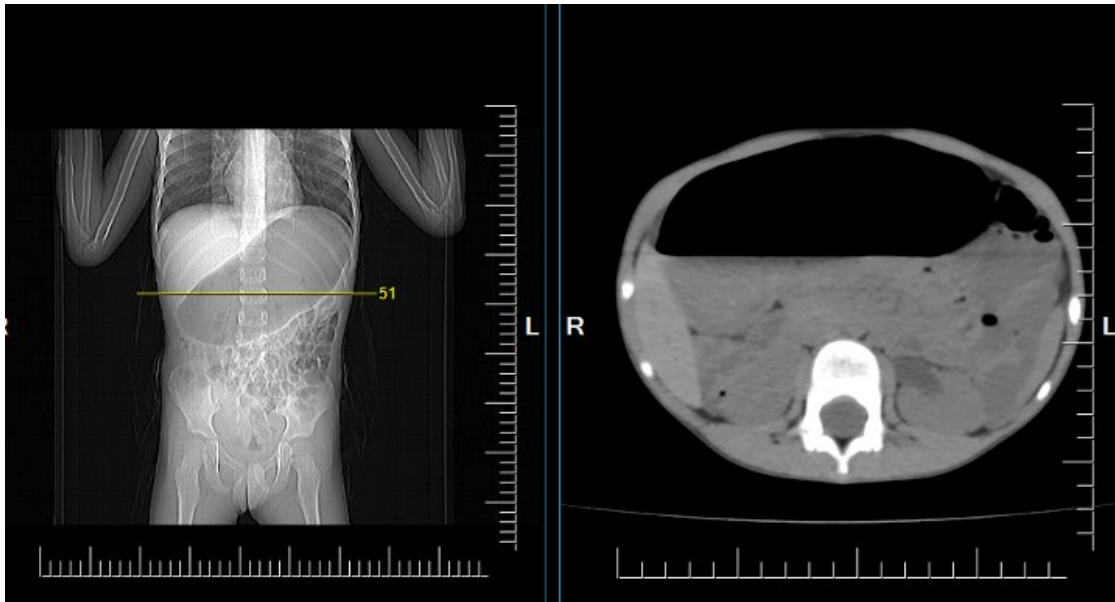


Gastrik Dilatasyonun İlk Saati



İlk çekilen ADBG

Abdomen Ct



Abdominal tomografi



Kontrol ADBG



Nazogastrik sonda sonrası abdominal grafi

Tartışma ve Sonuç: Akut gastroenterit nedeniyle yatırılarak izlenen pediatrik hastalarda ani gelişen abdominal distansiyon durumunda akut gastrik dilatasyon mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sıvı-elektrolit dengesinin yakın takibi, ani mide volüm artışının erken fark edilmesi, gerekli durumlarda nazogastrik dekompresyonun gecikmeden uygulanması, doku iskemi ve nekrozunun önlenmesinde kritik rol oynamaktadır

Anahtar Kelimeler: Akut gastroenterit, Çocuk sağlığı, Elektrolit dengesi



PS-087

NEONATAL KOLESTAZ İZLEMİNDE FİZYOLOJİK DÜŞÜŞ SONRASI AFP'NİN YENİDEN YÜKSELİŞİ: AŞIRI PREMATÜRE SGA BEBEKTE HEPATOBLASTOM TANISI

Mustafa Ali Erten¹, Tuğba Gürsoy Koca², Cebbar Yıldırımçakar³, Ebru Arık Yılmaz³, Selin Yakarışık⁴, Özmert M.A Özdemir⁵

- 1 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
2 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme
3 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji
4 – Pamukkale Üniversitesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji
5 – Pamukkale Üniversitesi Neonatoloji

Amaç: Neonatal kolestaz aşırı prematüre bebeklerde sık görülmekle birlikte, alfa-fetoprotein (AFP) düzeylerinin seri izlenmesi hepatoblastom gibi malignitelerin erken tanısında kritik rol oynayabilir. Bu olguda, kolestaz izlemi sırasında fizyolojik düşüş sürecini takiben AFP'nin yeniden yükselmesi üzerine yapılan değerlendirmede hepatoblastom tanısı konulmuştur.

Olgu Sunumu: Otuz iki yaşındaki annenin üçüncü gebeliğinden, 28+6 haftada sezaryen ile 525 g doğan erkek bebek (asimetrik SGA), prematürite ve komplikasyonları nedeniyle 135 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. Postnatal 3. günden itibaren kolestaz gelişmiş; uzamış enteral intolerans/NEK ve üst gastrointestinal sistem kanama süreçleri nedeniyle uzun süreli total parenteral beslenme gereksinimi olmuştur. Kolestaz etiyolojisine yönelik geniş incelemeler (TORCH, HIV, herpes, tiroid fonksiyonları, serum safra asitleri, A1AT fenotip/genotip, ilerleyici ailesel intrahepatik kolestaz (PFIC) gen paneli, kistik fibrozis taraması, metabolik testler ve batın US) normal bulunmuştur. AFP düzeyi izlemde belirgin düşüş göstermiş; ancak taburculuk sonrası dönemde 11 aylıkken progresif artış saptanmıştır. AFP yüksekliği nedeniyle ataksi-telenjiyektazi açısından değerlendirme yapılmış ancak destekleyici klinik bulgu saptanmamıştır. Yakın AFP ve US takibi sırasında karaciğer sağ lob posteriorunda yaklaşık 42x45 mm, kapsüllü ve vasküler lezyon saptanmış; ileri görüntüleme multifokal hepatoblastom ile uyumlu bulunmuştur. Hasta yüksek risk protokolü ile tedavi edilmiş ve şu an 39 aylık olgu remisyonda izlenmektedir.

Sonuç: Hepatoblastomun özellikle çok düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebeklerde artmış sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir ve AFP düzeyleri bu tümör için en duyarlı biyobelirteçtir. Persistan neonatal kolestazlı prematüre bebeklerde AFP'nin tek ölçümü yerine seri ölçümlerle trend analizi yapılmalıdır. Düşüş sonrası yeniden AFP yükselişi, kontrol görüntüleme gerekliliğini güçlendiren kritik bir uyarıcı olabilir. Bu olgu, fizyolojik düşüş sonrası AFP yükselişinin malignite açısından erken uyarıcı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal kolestaz, aşırı prematüre, alfa-fetoprotein, hepatoblastom, SGA



PS-088

AÇIKLANAMAYAN YENİDOĞAN ÖDEMİNDE NADİR BİR TANI: HENNEKAM SENDROMU

Duha Aybüke İşler¹, Ayşe Merve Usta¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ümran Çetinçelik¹

1 – Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Yenidoğan döneminde gelişen hipoalbuminemi ve jeneralize ödem geniş bir ayırıcı tanı spektrumuna sahiptir. Hennekam sendromu, lenfatik gelişim bozukluğuna bağlı nadir bir neden olup intestinal lenfanjiyektazi ve hipoproteinemi ile seyredebilir. Bu çalışmada, ikiz gebelikten doğan ve genetik inceleme ile Hennekam sendromu tanısı alan bir yenidoğanın klinik süreci sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Otuz beş hafta iki gün gestasyon haftasında, 2010 gram doğum ağırlığında, ikiz eşinden canlı doğan kız bebek postnatal 35. günde bilateral alt ekstremitte ve periorbital ödem nedeniyle yatırıldı. Laboratuvar incelemelerinde belirgin hipoalbuminemi (1.98 g/dL) ve hipoproteinemi saptandı. Karın ultrasonografisinde yaygın serbest sıvı izlendi. Dışkı incelemesinde yağ pozitifliği mevcutken fekal elastaz düzeyi normal bulundu. Dışkı alfa 1 antitripsini yüksek saptanan hastanın idrar tatkikinde protein yoktu. Protein kaybettiren enteropati düşünülen hastanın eşlik eden hipotiroidi nedeniyle levotiroksin başlandı. Anne sütü, protein desteği ve orta zincirli trigliseridli (MCT) formula desteği sağlanan hastaya albumin desteği sekonder immün yetmezlik açısından intravenöz immünoglobulin replasmanı uygulandı. Klinik stabilizasyonu sağlanan üst gastrointestinal system endoskopisi planlanan hastanın istenen genetik analizde CCBE1 geninde olası patojen varyant saptandı. Hennekam sendromu ile uyumlu olan genetik danışması sağlanan kardiyoloji izlemi, hasta yağda erir vitaminler, proteinden zengin MCT destekli beslenme ile yakın poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Hennekam sendromu yenidoğan döneminde nadir ancak önemli bir protein kaybı ve ödem nedenidir. Açıklanamayan hipoalbuminemi ve jeneralize ödem varlığında, nefrotik sendrom dışlandıktan sonra lenfatik sistem hastalıkları akılda tutulmalıdır. Erken genetik değerlendirme, tanıya ulaşmayı hızlandırarak uygun beslenme, immün destek ve multidisipliner izlem planlanmasına olanak sağlar. Bu olgu, yenidoğanda nedeni açıklanamayan hipoproteinemi ve ödem durumlarında Hennekam sendromunun ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Hipoalbuminemi, Jeneralize ödem, Hennekam Sendromu



PS-092

YEMİYOR MU ? YOKSA REGÜLE OLAMIYOR MU? TİPİK GELİŞİMDE BESİN REDDİ DAVRANIŞINA ERGOTERAPİ PERSPEKTİFİ

Ceren Oğuz¹, Muhammet Asena²

1 – DuyuEvim Ergoterapi ve Çocuk Merkezi

2 – Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş ve Amaç: Besin reddi davranışı, tipik gelişim gösteren çocuklarda sıklıkla 'iştahsızlık' olarak yorumlanmakta; ancak altında duyuusal regülasyon güçlükleri, dikkat düzenleme problemleri ve oral-duyuusal hassasiyet gibi çok boyutlu etmenler yer alabilmektedir. Duyusal uyarınları düzenleme, beden sinyallerini fark etme ve dikkat süresini sürdürebilme becerileri, çocuğun besinle kurduğu etkileşimi doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, tipik gelişim gösteren çocuklarda gözlenen besin reddi davranışını duyuusal regülasyon perspektifinden ele almak ve Ergoterapi temelli klinik gözlemler doğrultusunda çok boyutlu bir değerlendirme sunmaktır.

Yöntem: Çalışma, besin reddi ve sınırlı besin repertuarı şikayeti ile başvuran tipik gelişim gösteren çocukların klinik değerlendirmelerine dayanan betimleyici gözlemsel bir çalışmadır. Aile görüşmeleri, öğün sırasındaki davranış gözlemleri ve duyuusal işleme özellikleri analiz edilmiştir. Ergoterapi değerlendirmesinde oral-duyuusal hassasiyet, proprioseptif-vestibüler düzenleme ihtiyaçları, dikkat süresi ve oyunda kalma becerileri incelenmiştir.

Bulgular: Klinik gözlemler, besin reddi davranışı gösteren çocukların önemli bir kısmında yüksek hareketlilik, kısa dikkat süresi ve duyuusal regülasyon güçlüklerinin eşlik ettiğini göstermiştir. Bu çocukların öğün sırasında yerinde durmakta zorlandığı, besine yönelimin azaldığı ve yeni besinlere karşı kaçınma davranışı sergilediği gözlenmiştir. Oral-duyuusal hassasiyet ve çevresel uyarınlara aşırı tepki, besinle etkileşimi sınırlayan temel faktörler arasında yer almıştır. Aileler durumu çoğunlukla 'iştahsızlık' olarak tanımlasa da klinik değerlendirmeler temel problemin regülasyon güçlüğü ile ilişkili olabileceği düşündürmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Tipik gelişim gösteren çocuklarda besin reddi davranışı yalnızca iştah ile açıklamasında çok boyutlu bir klinik tablodur. Ergoterapi temelli duyuusal düzenleme müdahaleleri, proprioseptif ve vestibüler düzenleme müdahaleleri, proprioseptif ve vestibüler düzenleme, oral-duyuusal farkındalık çalışmaları ve yapılandırılmış öğün rutinleri aracılığıyla besin reddinin kronikleşmesini önlemede kritik önlemede kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Regülasyon, besin reddi, çocuk, Ergoterapi, duyuusal, oral-motor



PS-096

ÜLSERATİF KOLİTİN NADİR KOMPLİKASYONU OLAN DALAK APSESİ: OLGU SUNUMU

Merve Kaplan², Aslı Nur Ören Leblebici¹, Yasemin Akın¹

1 – Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi

GİRİŞ:

Ülseratif kolit, primer olarak kolonu tutan kronik inflamatuvar bir bağırsak hastalığıdır. Dalak absesi, ülseratif kolitli hastalarda son derece nadir görülen ancak erken tanı ve tedavi gerektiren ciddi bir ekstraintestinal komplikasyondur(1,2). Bu çalışmada, ülseratif kolit tanısı olan dalak ve cilt apseleri saptanan 17 yaşındaki bir olgu sunulmaktadır.

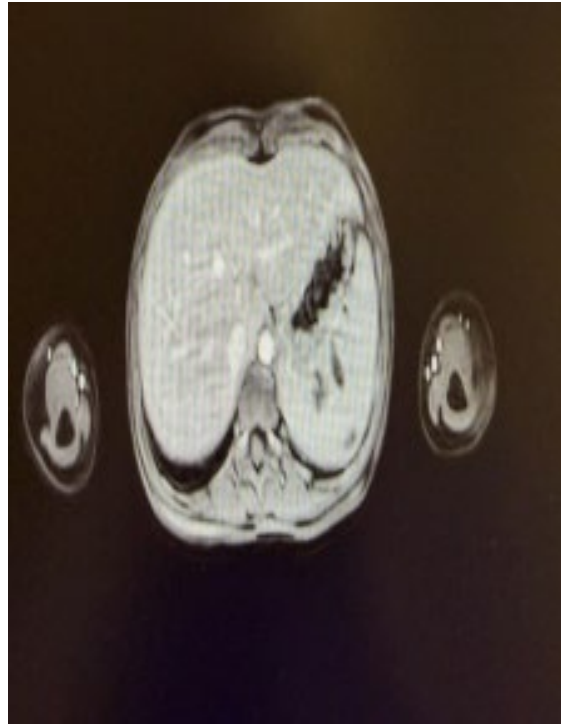
OLGU SUNUMU:

Bilinen sistemik hastalığı olmayan 17 yaş kız hasta, yaklaşık 15 gündür mevcut olan günde 3-4 kez aralıklı, cıvık kıvamlı kanlı ishal, karın ağrısı, solukluk, halsizlik, yaklaşık 5-6 kg kilo kaybı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Karın ağrıları ve dışkılama ihtiyacı; gün içinde aralıklı, gece uykudan uyandırır tarzdaydı. Anamnezinde hastanın daha önceden benzer bir şikâyetinin olmadığı, yakın zamanda geçirilmiş ateşli hastalık öyküsü olmadığı, enfeksiyon temas öyküsü olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde vitalleri stabil, hasta soluk görünümde, abdominal muayenesinde sol üst kadranda hafif hassasiyet dışında özellik saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvarında; BK:13.220/µL, Hgb: 8,5 g/dL, MCV:80,5 µm³, Plt:558.000/µL, Nötrofil:10.7 10³/uL, Lenfosit:1,32 10³/uL, Crp:84,98 mg/L, Sedim:47 mm, AST:11 IU/L, ALT:11 IU/L, Serum albümin:2,8 g/dL idi. Periferik yayma ve kan tetkikleri kronik demir eksikliği anemisi ile uyumluydu. Gaitada: Shiga toksin üreten E. coli (STEC), Clostridium difficile GDH pozitifliği, rotavirüs antijeni pozitif bulundu. Gaita mikroskopisinde amip benzeri kistler, bol lökosit, eritrosit görüldü. Fekal kalprotektin değeri:840 µg/g(N<50) idi.

Abdominal Mr ve Mr enterografide;” rektosigmoid ve ileoçekal bölgede barsak anslarında diffüz duvar kalınlaşması, T2A sinyal artışı ve difüzyon kısıtlaması “saptandı; dalak parankiminin superior kesiminde santral ve periferik yerleşimli, en büyüğü 18×8 mm boyutunda, T2A’da hiperintens, T1A’da hipointens, difüzyon kısıtlaması gösteren, kontrast tutmayan ve bazılarında ince septasyon izlenen, yer yer kümelenme eğiliminde çok sayıda nodüler lezyon saptandı. Abdominal tomografide; dalakta kontrast tutmayan, hipodens özellikte birden fazla lezyon saptandı. Bulgular dalak absesi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu bulgular üzerine yapılan hastanın kolonoskopik incelemesinde rektumdan çekuma kadar tüm kolon boyunca

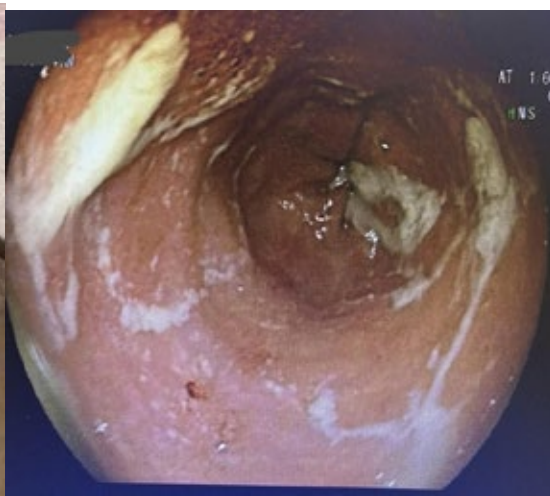
uzanan yaygın çok sayıda ülserasyon alanları yer yer kanama odakları mukozal bütünlüğün bozulmuş olduğu ve mukozada yaygın ödem izlendi. Hastanın üst gastroendoskopik incelemesinde özellik saptanmadı. Hastada ön planda ülseratif kolit tanısı düşünüldü, biyopsi örnekleri alındı, yapılan patolojik incelemelerin de ülseratif kolitle uyumlu olarak sonuçlandığı görüldü.



Fotoğraf 1: Abdominal Mr Koronal kesit görüntüsündeki multiple dalak apse odakları

Fotoğraf 2: Abdominal Mr Aksiyel kesit görüntüsündeki multiple dalak apse odakları

Ayrıca hastanın hastane başvurusundan sonraki birkaç gün içinde yüzde preauriküler bölgede eritemli, sıcak nodülöistik lezyonlar; alında soluk eritemli nodüler lezyonlar ve alt ekstremitelerde üzeri kahverengi, süpüratif akıntılı, en büyüğü 2x1 cm boyutunda ülseratif lezyonlar saptandı. Yüz bölgesindeki apse lezyonlarından alınan kültürlerde üreme saptanmadı. Alt ekstremitedeki lezyonlar dermatolojiye pyoderma gangrenozum açısından değerlendirildi; lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde, lezyonların ülseratif kolit ile ilişkili nonspesifik kutanöz püstüller reaksiyonları ile uyumlu olduğu raporlandı.



Fotoğraf 3: Sağ ön bacakta lezyonu olan hasta

Fotoğraf 4: Kolonoskopide rektum görüntüsü 69



Hastanın ilk başvurusunda saptanan gaitada amip enfeksiyonu dalak apsesi, yüzünde gelişen lezyonlar için siprofloksasin ve metronidazol tedavileri başlandı. Kolonoskopik ve patolojik incelemeler sonucu hastanın ülseratif kolit tanısı alması üzerine 4 gr oral ve rektal sülfasalazin tedavileri başlandı. Hastanın dalak apsesi olması nedeniyle ülseratif kolit başlangıç tedavisinde metilprednizolon tedaviye eklenmedi. Bir ay sonra yapılan takip abdominal ultrasonografisinde splenik apselerde tam iyileşme izlendi. Hastanın devam eden takiplerinde anemisinin düzeldiği, kanlı ishallerinin kesildiği, kilo alımının başladığı, fekal kalprotektin değerinin 20 µg/g olduğu, laboratuvar bulgularının düzeldiği, yüzündeki ve bacağındaki lezyonların tamamının iyileştiği ve yapılan abdominal ultrason görüntülemelerinde splenik apselerinde tam iyileşme olduğu izlendi. Hastanın sülfasalazin tedavisiyle remisyona girdiği görüldü. Başlangıç PUCAI skorunun 60 puan olduğu, kontrolde skorun 20 puandan fazla düşüş gösterdiği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Dalak apseleri nadir görülen ancak tanı konulması güç ve tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ile seyreden ciddi enfeksiyonlardır (2,3). IBD hastalarında hepatik veya splenik apselerin tanısı sıklıkla gecikmektedir. Bunun başlıca nedeni, bu apselerle ait semptom ve bulguların inflamatuvar bağırsak hastalığının alevlenme bulguları ile benzerlik göstermesidir. Bu durum, çoğu zaman hastalığın alevlenmesi olarak değerlendirilerek kortikosteroid dozunun artırılmasına veya gereksiz cerrahi girişimlere yol açabilmektedir (4,5).

Ülseratif kolitli hastalarda hepatosplenik apselerin patogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Enfeksiyöz ve immünolojik mekanizmalar başlıca iki olası patojenik yol olarak öne sürülmektedir. (6,7). Olgumuzda klinik tablonun stabilliği ve drenaja uygun bir apsenin bulunmamasından öncelikle medikal tedavi verilmiştir. Antibiyotik ve sülfasalazin tedavisiyle dalak apselerinin tamamen gerilemesi, enfeksiyöz etiyolojinin dışlanamayacağını düşündürmektedir (8,9). Ülseratif kolit hastalarında dalak apseleri oldukça nadir görülen ciddi bir extraintestinal komplikasyondur. Özellikle pediatrik hastalarda oldukça nadir vaka bildirilmiştir (10). Biz bu hastada ülseratif kolit ve dalak apsesi birlikteliğini vurgulamayı amaçladık.

KAYNAKLAR:

1. Thompson RJ, Taylor MA, McKie LD. Splenic abscess: a rare complication of inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(9):899–902.
2. Chang KC, Chuah SK, Changchien CS, et al. Clinical characteristics and outcome of splenic abscess: an analysis of 67 cases. *Am J Med Sci.* 2003;326(5):266–270.
3. Ooi LL, Leong SS. Splenic abscesses from 1987 to 1995. *Am J Surg.* 1997;174(1):87–93.
4. Lee WS, Choi ST, Kim KK. Splenic abscess: a single institution study and review of the literature. *Yonsei Med J.* 2011;52(2):288–292.
5. Zerem E, Bergsland J. Ultrasound guided percutaneous treatment for splenic abscesses. *World J Gastroenterol.* 2006;12(45):7341–7345.
6. Ferraioli G, Brunetti E, Gulizia R, et al. Management of splenic abscess: report on 16 cases. *Int J Infect Dis.* 2009;13(4):524–530.
7. Brook I. Microbiology and management of splenic abscess. *Int J Surg.* 2012;10(6):300–304.
8. Navascués CA, Romero R, et al. Immune-mediated mechanisms in aseptic abscesses. *Clin Rheumatol.* 2011;30(2):271–275.
9. Vignon-Pennamen MD. Neutrophilic diseases: pathophysiology and clinical features. *Clin Dermatol.* 2000;18(3):309–320.
10. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. Extraintestinal complications of inflammatory bowel disease. *Medicine (Baltimore).* 1976;55(5):401–412.



PS-097

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI İÇİN ATİPİK SEYİR

Erkan Akkuş¹, Pınar Yamaç Dilaver¹, Ecem Bengisu Dervişoğlu¹, Hatice Demet Kemalbay¹, Fırat Kaya¹, Enes Kaynak¹,
Hülya Karaahmetoğlu¹, Günsel Kutluk¹

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Çocukluk çağı inflamatuvar bağırsak hastalığı 17 yaş tanı almış hastalar için kullanılmaktadır. ECCO ve ESPGHAN tarafından geliştirilen Paris sınıflaması ile hasta yaşı, tutulum yeri, inflamasyon davranışı ve büyümeye etkisi göz önüne alınarak sınıflanır. Özellikle 10 yaş altındaki hastalarda hastalık daha çok Crohn hastalığı gibi klinik göstermekte olup, genetik hastalık riski ve ilaç etkisizliği artmıştır.

Olgu Sunumu: 9 yaş kız hastaya Ekim 2025'te kanlı ishal ve bacak ön yüzünde eritema nodozum olması nedeniyle ileokolonoskopi ve gastroskopi yapıldı. Makroskopik olarak terminal ileumunda etkilendiği Crohn hastalığı ile uyumluydu ve histopatolojik olarak desteklendi. Hastaya remisyona tedavisi olarak steroid başlandı ve Crohn hastalığı dışlama diyeti (CDED) verildi. Hastanın immünolojik ve romatolojik tetkikleri normaldi ve ailede FMF hikayesi nedeniyle Otoinflamatuvar hastalıklar için CES gönderildi ve idame tedavi planı için tiopürin metil transferaz enzim düzeyi gönderildi. Hasta 15 gün sonra klinik remisyonda olduğu için taburcu edildi. 15 günde bir kontrolleri yapılan hastaya 1. Ayda azotiopürin başlandı. Taburculuktan 1,5 ay sonra ateş şikayeti ile poliklinikte görüldü. İnfluenza düşünüldü ve tedavisi başlanan ve gerekli tetkikleri yapıldı ve hasta yatırıldı. Yatışından 1 gün sonra nötropeni gelişmesi üzerine azotiopürin kesildi. İnfluenza A H3 suşu tanımlandı. Yatışının 10. gününde alopesi totalis gelişti. Hasta 17 gün boyunca pansitopenik izlendi ve olası hematolojik patolojiler ekarte edildi. 18. günde pansitopenisinde önce plateletleri daha sonra da nötrofilleri normalleşti. Hasta yatışının 21. Gününde aktif şikâyeti olmaması nedeniyle taburcu edildi. CES genetiğinde NLRP1 ve MEFV geninde M680I mutasyonu saptandı. Hasta romatoloji tarafından takibe alındı. Saç dökülmesi NLRP1 gen mutasyonu ile ilgiliydi ve inflamasyonun kontrol altına alınması ile saçlar yeniden çıkmaya başladı. Kontrolsüz inflamatuvar yanıtın olduğu İBH'nda otoinflamatuvar hastalıkların da eşlik edebileceğini öngörmek gereklidir.

Sonuç: Çocukluk çağı İBH'nda 10 yaş altı tanı alan hastalarda atipik seyir daha çok izlenmekte olup, genetik hastalık sıklığı artmaktadır. Klasik İBH komplikasyonları dışında atipik seyir görülebileceği bilinmeli ve bu nedenle özellikle immünolojik ve romatolojik durumların gözden geçirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik İBH, Otoinflamasyon, Pansitopeni, İnfluenza



PS-098

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ALT GASTROİNTESTİNAL KANAMA: MECKEL DİVERTİKÜLÜ OLGU SUNUMU

Melike Kosacı¹, Muhammed Furkan Oduncu¹, Meda Kondolot¹, Alper Akpınar², İbrahim Karaman³

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

2 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi Kliniği, Ankara

3 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara

Amaç: Meckel divertikülü çocukluk çağında en sık görülen konjenital gastrointestinal sistem anomalisi olup 2'ler kuralı ile anılır. Toplumun yaklaşık %2 sinde görülür. Genellikle ileoçekal valfin 2 feet (60cm) proksimalinde bulunur. Yaklaşık 2 inç (5 cm) uzunluğundadır. 2 tip ektopik doku içerebilir(pankreas veya mide). Genellikle 2 yaşından önce bulgu verir ve kızlarda 2 kat daha sık görülür. Özellikle ağrısız alt gastrointestinal kanama ile prezente olabilir. Bu olguda kanlı dışkılama ile başvuran bir çocuk hastada tanı ve cerrahi tedavi süreci sunulmuştur.

Olgu Sunumu: On yaşında erkek hasta 3-4 gündür devam eden koyu kırmızı-siyah renkli kanlı dışkılama şikâyeti ile başvurdu. Ateş, karın ağrısı ve kilo kaybı yoktu. Özgeçmişinde birkaç ay önce benzer kanama atağı nedeniyle başvuru öyküsü mevcuttu ve muayenesinde anal fissür saptanmıştı. Fizik muayenede vital bulgular stabil, batin muayenesi doğal olup defans ve rebound yoktu. Anal bölgede saat 9 yönünde fissür, saat 4 ve 6 yönünde iyileşmiş fissür hattı izlendi. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre $10.4 \times 10^3/\text{ml}$; hemoglobin 8.9 g/dL, hematokrit %26, MCV:85,2 fl, trombosit $259 \times 10^3/\text{ml}$ saptandı. Normositer anemi mevcuttu. Biyokimyasal parametreler ve koagülasyon değerleri normal sınırlardaydı. Ayakta Direkt Batın Grafisi ve abdomen ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hasta servise yatırıldı. Orali kapatıldı. Mayi desteği ve proton pompa inhibitörü tedavisi başlandı. Endoskopi ve kolonoskopide aktif kanama odağı gösterilemedi. Anemi ve ikinci kez tekrarlayan kanama öyküsü nedeniyle teknesyum-99m perteknetat ile Meckel sintigrafisi yapıldı ve terminal ileum düzeyinde fokal aktivite tutulumu saptandı. Bulgular Meckel divertikülü ile uyumlu bulundu. Hastaya çocuk cerrahisi tarafından operasyon planlandı. Operasyon öncesi hastaya eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Cerrahi eksplorasyonda çekumun 50 cm proksimalinde Meckel divertikülü saptandı ve divertikülektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyretti. Hastanın patoloji sonucu "Gastrik foveolar mukoza ve oksintik bezler ile karakterli ektopik gastrik mukoza içeren Meckel divertikülü ile uyumlu bulgular" olarak raporlandı.

Sonuç: Çocukluk çağında ağrısız alt gastrointestinal kanama varlığında ayırıcı tanıda Meckel divertikülü önemlidir. Meckel divertikülünden kaynaklanan komplikasyonları olan pediatrik hastaların %60'ı iki yaşından küçüktür. Bu olguda olduğu gibi iki yaş üstü ağrısız gastrointestinal kanamayla başvuran hastalarda da Meckel divertikülü akla gelmelidir. Endoskopide kanama odağı saptanamayan ve anemisi bulunan hastalarda Meckel sintigrafisi yüksek tanısal değere sahiptir. Semptomatik olgularda cerrahi eksizyon küratif tedavi sağlar ve erken tanı komplikasyonları önlemede kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Meckel, Divertikül, Gastrointestinal kanama, Sintigrafi



PS-100

LMNA GENİ İLİŞKİLİ NADİR BİR FENOTİP: MANDİBULOAKRAL DİSPLAZİ TİP A SENDROMLU OLGU

Öznur Yılmaz Bayer¹, Selma Durmaz Özdemir²

1 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Genetik BD

2 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Amaç: Bugüne kadar LMNA genindeki varyantlar ile ilişkili 11 fenotip tanımlanmıştır. Bunlardan biri olan Mandibuloakral displazi tip A (MADA), LMNA geninde homozigot veya birleşik heterozigot patojenik varyantlardan kaynaklanan otozomal resesif geçişli nadir progeroid bir sendromdur. Bu yazıda nadir gözlenen MADA tanısı almış 2 yaş 11 aylık bir erkek olgu sunularak fenotipik spektrumun genişletilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Birinci derece kuzen evliliği olan 24 yaşındaki sağlıklı anne ve 32 yaşındaki sağlıklı babadan G4P2Y2A2 (sebebi bilinmeyen 2 düşük) olarak, term, 2500 gr, spontan vajinal yolla doğan 2 yaş 11 aylık erkek olgu gelişim basamaklarında gerilik, dismorfik bulgular ve ailedeki genetik tanı olgulara benzerliği nedeniyle çocuk genetiğe yönlendirildi. Üç kuzeninde benzer fenotip olduğu ve ikisinde LMNA geninde varyant saptandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde antropometrik ölçümleri; Ağırlık-3,07 sds, boy -1,33 sds, baş çevresi -1,86 sds saptandı. Dismorfolojik değerlendirmesinde düşük kulaklar, derin yerleşimli ve prominent gözler, dar burun köprüsü, retromikrognati, mandibular hipoplazi, maloklüzyon, beak nose, seyrek saçlar, kısa boyun, yüzde ve ekstremitelerde lipodistrofi saptandı. Abdomen ultrasonografide karaciğer boyutları artmış olup 101 mm ölçüldü, kranial MR görüntülemesinde patoloji saptanmadı. Ekokardiyografisinde hafif valvüler pulmoner stenoz ve 3-4 mm ASD saptandı. Yapılan tüm ekzom analizinde LMNA geninde NM_170707.4 Ekzon 8 c.1411C > T p.Arg471Cys rs28928902 homozigot patojenik varyant saptandı. Yapılan sanger analizinde bu varyant doğrulandı. Aile segregasyon analizinde anne, baba ve kardeşinde LMNA NM_170707.4 Ekzon 8 c.1411C > T p.Arg471Cys rs28928902 heterozigot patojenik varyant saptanarak taşıyıcılıkları gösterildi. Hasta LMNA geni ilişkili nadir bir fenotip olan Mandibuloakral Displazi Sendromu tanısı ile klinik izleme alındı

Sonuç: MADA, büyüme geriliği, kraniyofasiyal ve iskelet bulguları ve cilt değişiklikleri ile karakterize bir sendromdur. Dismorfik bulgular ve progeroid özellikler zamanla daha belirgin hale gelir. MADA sendromlu olgular insülin direnci, diyabet mellitus ve hipertrigliseridemi dahil olmak üzere metabolik komplikasyonlara yatkındır. Nadiren hepatomegali veya hepatik steatoz ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde bugüne kadar yaklaşık 40 MADA sendromlu olgu bildirilmiştir. Aile öyküsünde genetik hastalık tanısı olan olguların fenotiplerinde benzerlik saptanırsa erken tanı ve metabolik komplikasyonların yönetimi için çocuk genetik bölümüne yönlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: LMNA, Mandibuloakral displazi, lipodistrofi



PS-101

BRAKİDAKTİLİDEN TANIYA: GNAS İLİŞKİLİ ALBRIGHT HEREDİTER OSTEODİSTROFİDE TANISAL YAKLAŞIM

Kutlay Gür¹, Nilay Güneş¹, Dilek Uludağ Alkaya¹, Beyhan Tüysüz¹

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç: Albright hereditör osteodistrofi (AHO), GNAS genindeki patojenik varyantlara bağlı olarak gelişen; yuvarlak yüz, kısa boy, brakidaktili ve ektopik ossifikasyonla karakterize bir klinik fenotiptir. AHO, psödohipoparatiroidizm tip 1A ve 1C'de parathormona (PTH) karşı hedef organ direncine bağlı olarak ortaya çıkan hiperfosfatemi ve sonrasında gelişen hipokalsemiyle birlikte görülebilir. Fenotipik özelliklerin bazı olgularda değişkenlik göstermesi veya geç bulgu vermesi tanı sürecini geciktirebilmektedir. Bu sunumda, GNAS ilişkili bir AHO olgusundaki tanısal yaklaşım basamaklarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Sekiz yaş 7 aylık kız hasta ortopedi hekimi tarafından brakidaktili nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Aralarında akrabalık olmayan 22 ve 31 yaşlarındaki anne ve babanın ikinci çocuğu olarak 32. gestasyonel haftada vajinal yolla 1900 gr (72p) ağırlığında, 43 cm (74p) boyunda doğurtulmuş, postnatal dönemi sorunsuz geçirmişti. Nöromotor gelişimi normal seyretmişti. Hastanın polikliniğimizdeki ilk muayenesinde tartı, boy ve baş çevresi sırasıyla 27,5 kg (-0,01 SDS), 122,5 cm (-1,3 SDS) ve 51 cm (-0,75 SDS) idi. Fizik muayenesinde el ve ayaklarda brakidaktili dışında özellik saptanmayan hastanın el boyu 3. persentilin altındaydı. Biyokimyasal tetkiklerinde serum kalsiyum (Ca: 9,7 mg/dL) ve fosfor (P: 5,3 mg/dL) düzeyleri normal olmakla beraber, hiperparatiroidisi (PTH: 98 pg/mL) mevcuttu. Radyografik değerlendirmede kısa, geniş metakarpal kemikler ve sol tibia proksimalinde ektopik kalsifikasyon odağı izlendi. Tüm ekzom dizi analizinde GNAS geninde (NM_000516.7) heterozigot c.529T > A (p.Tyr177Asn) varyant saptandı. Daha önce bildirilmemiş olan ve klinik önemi bilinmeyen bu varyantın, in silico analizlerde patojenite gösterdiği öngörülmekteydi. Hastanın ebeveynlerinde bu varyantın bulunmadığı tespit edildi. Brakidaktilisi, ektopik ossifikasyonu ve hiperparatiroidisi olan hasta, AHO tanısı aldı. Üriner ultrasonografi doğal olan hastanın kranial BT incelemesinde bazal ganglia ve koroid pleksusta kalsifikasyon izlenmedi. On beş yaş iki aylıkken yapılan son muayenesinde kilo ve boy SDS değerleri -2'nin altında saptanırken (kilo: 41 kg, -2,57 SDS; boy: 144 cm, -3,06 SDS); el boyu 14,5 cm (< 3p) ölçüldü. Grafilerinde sol tibiaadaki ossifikasyon odağı dışında yeni odak saptanmadı.

Sonuç: AHO fenotipi, erken dönemde biyokimyasal bulguların belirgin olmadığı olgularda tanısal güçlük yaratabilir. Brakidaktili ve ektopik ossifikasyon varlığında GNAS ilişkili hastalıklar akılda tutulmalı; tanının doğrulanması için moleküler analiz ile uzun dönem klinik ve biyokimyasal izlem planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psödohipoparatiroidizm, Albright hereditör osteodistrofi, GNAS, Brakidaktili, Heterotopik ossifikasyon, Paratiroid hormonu



PS-104

BİR AİLEDE İKİ OLGU: SAETHRE-CHOTZEN SENDROMU

Öznur Yılmaz Bayer¹, Salih Özdemir² Erbu Yarcı³

1 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Genetik BD

2 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

3 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Yenidoğan BD

Amaç: Saethre-Chotzen sendromu (SCS), 7p21 kromozom bölgesinde yer alan TWIST1 geninde saptanan patojenik veya muhtemel patojenik varyantlardan kaynaklanan otozomal dominant kalıtılan bir kraniosinostoz sendromudur. Akrosefalosindaktili tip III olarak da bilinen SCS görülme sıklığı 1:25.000 ile 1:50.000 arasında değişmektedir. Bu yazıda mikroarray analizi ile 7p21 kromozom bölgesinde TWIST1 genini içeren heterozigot mikrolelesyon saptanarak Saethre-Chotzen Sendromu tanısı konulan bir aileden iki olgu sunuldu.

Olgu Sunumu: Olgu-1: Akrabalık öyküsü olmayan anne-babadan G1P1Y1 olarak, 27 haftalık, 1000 gr, sezaryanla doğan 8.5 aylık kız olgu postnatal 30. gününde dismorfik bulgular ile yenidoğan yoğun bakımdan çocuk genetiğe yönlendirildi. Fizik muayenesinde geniş alın, burun kökü basıklığı, düşük displastik kulaklar, plagiosefali, kafada asimetri, orta yüz retrüzyonu saptandı. Kraniosinostoz ön tanısı ile takibe alınan hastanın fenotipinin annesine benzediği öğrenildi. 3 boyutlu kranial BT normal, kranial MR görüntülemesinde skafosefali saptandı. Olgu-2: Kraniosinostoz ön tanılı olgu 1'in 33 yaşındaki annesi değerlendirildi. Fizik muayenede baş çevresi 48,8 cm, mikrosefali, hipertelorizm, düşük kulaklar, orta yüz hipoplazisi, turrisefali, brakisefali, aşağı çekik palpebral fissürler, pitozis, el parmaklarında fleksiyon kontraktürü, klinodaktili, dar yüksek damak, maloklüzyon, malar hipoplazi, kalın ayak başparmakları saptandı. Olgunun babasında da benzer fenotip olduğu öğrenildi. Yapılan mikroarray analizlerinde olgu 1 ve olgu 2'de sırasıyla 7p21.1 kromozomal bölgesinde TWIST1 genini içeren 992,2 kb ve 999,9kb büyüklüğünde heterozigot delesyon tespit edildi.

Sonuç: Saethre-Chotzen Sendromunda tipik olarak koronal, lambdoid ve/veya metopik sütürlerin kraniosinostozu görülür. Karakteristik yüz görünümünde, yüksek (turrisefalik) alın, düşük yerleşimli saç çizgisi, septum deviasyonu ile yüz asimetrisi ve pitozis vardır. Sıklıkla hastalarda kısmi kutanöz sindaktili görülür ve ikinci, üçüncü parmakları ve/veya üçüncü ve dördüncü ayak parmaklarını etkiler. Çoğu olgunun bilişsel gelişimi normaldir. SCS fenotipinin değişkenliği, tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. TWIST1 gen dizileme analizi birinci basamak test olsa da, olguların %23'ünde 7p21 kromozom bölgesinde TWIST1 genini kapsayan delesyonlar olması nedeni ile mikroarray analizi tanıda önemli bir yer tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Saethre-Chotzen Sendromu, TWIST1, Kraniosinostoz



PS-105

STIM1 İLİŞKİLİ ÇOK NADİR BİR KOMBİNE İMMÜN YETMEZLİK (İMMÜN YETMEZLİK TİP 10): OLGU SUNUMU

Meryem Akkoyun¹, Kutlay Gür², Muhammed Aydın³, Esra Yücel³, Ayça Kıyıkım³, Dilek Uludağ Alkaya², Nilay Güneş²,
Beyhan Tüysüz²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik Hastalıkları Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Stromal interaction molecule 1 (STIM1), endoplazmik retikulumda kalsiyum sensörü olarak görev yapan ve store-operated Ca²⁺ entry mekanizmasıyla T hücre aktivasyonunda rol alan bir proteindir. STIM1'deki biallelik varyantlar, ektodermal bulgular (hipohidroz, tırnak displazisi, amelogenezis imperfekta) ve miyopatiyle seyredabilen çok nadir bir kombine immün yetmezlik tablosu olan İmmün yetmezlik tip-10 (IMD10)'la ilişkilendirilmiştir. Bu sunumda, belirgin ektodermal bulgular gösteren ve kombine immün yetmezlik tablosu yaşamın ilk yıllarıyla sınırlı kalan bir IMD10 olgusu sunularak, hastalığın fenotipik değişkenliğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Dört aylıktan itibaren tekrarlayan pnömoni, otit ve idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle takip ve tetkik edilmekte olan 19 aylık kız hasta immün yetmezlik şüphesiyle danışıldı. Birinci derece kuzen olan anneye babanın ikinci çocuğu olarak 41. haftada 3120 gram (-0,43 SDS) ağırlığında ve 48 cm (-0,66 SDS) boyunda doğurtulmuştu. Postnatal ilk aylarda hipotonik olduğu ve az terlediği fark edilen hasta, 12 aylıkken destekli oturabilişti. Başvuru esnasında tartı, boy, baş çevresi ölçümleri sırasıyla 12,6 kg (1,27 SDS), 85 cm (0,9 SDS), 43,5 cm (-2,3 SDS)'di. Fizik muayenesinde mikrosefali, seyrek saçlar, amelogenezis imperfekta ve umbilikal herni saptandı. İmmünolojik değerlendirmede hipogamaglobulinemi ve merkezi bellek CD8+ T hücre (%1,14) ile sınıf değiştirmiş bellek B hücre (%3,47) düşüklüğü saptandı. Batın ultrasonografisi ve toraks BT'si normaldi; timus dokusu yaşıyla uyumluydu. Üç yaşında yürüyebilen hastanın izleminde skolyoz saptandı. Tekrarlayan otite sekonder işitme kaybı gelişen hasta, sağ kohlear implant operasyonu geçirdi. Çocuk İmmünoloji tarafından 3,5-6 yaşlarında verilen IVIG desteği, enfeksiyon sıklığının azalmasıyla kesildi. Hastanın tüm ekzom dizi analizinde STIM1'de (NM_001277961.1) homozigot bilinen bir varyant (c.1276C > T; p.Arg426Cys) saptandı, ebeveynlerin taşıyıcı olduğu doğrulandı. Kombine immün yetmezlik öyküsüyle anhidroz, seyrek saçlar ve amelogenezis imperfektası olan hastaya IMD10 tanısı kondu. 17 yaş 10 aylık muayenesinde lisede kaynaştırma öğrencisi olduğu öğrenilen hastanın tartısı 63 kg (0,74 SDS), boyu 151 cm (-2,05 SDS), baş çevresi 52 cm (-3,26 SDS) idi; persistan anhidroz, cilt kuruluğu ve kırılğan-ince tırnaklar gözlemlendi.

Sonuç: STIM1 genindeki patojenik varyantlar, değişken ektodermal bulguların yanı sıra farklı yaşlarda ve değişen derecelerde ortaya çıkabilen immün yetmezlik ve immün disregülasyon tablosu ile (IMD10) prezente olmaktadır. Bu değişken klinik seyir, tanı ve uzun dönem izlemde dikkatli ve multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer immün yetmezlik, STIM1, Ektodermal displazi, Hipohidroz, Amelogenezis imperfekta



PS-107

POST-ENFEKSİYÖZ BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS OLGU SUNUMU

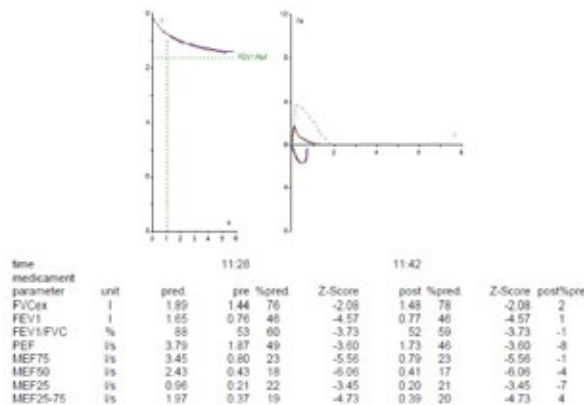
Ayşe Nur Mutlu¹, Didar Ağca Cengiz¹, Irmak Tanal Şambel¹, A. Erdem Başaran¹, Ayşen Bingöl¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Post-enfeksiyöz bronşiolitis obliterans (PİBO), alt solunum yolu enfeksiyonları sonrası gelişen, küçük hava yollarının inflamasyon ve fibrozisi ile karakterize kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. Erken tanı, hava yolu hasarını sınırlamak açısından önemlidir. Bu olgu sunumunda, uzamış solunum semptomları ve tedaviye dirençli astım ayırıcı tanısında PİBO'ya dikkat çekilmesi ve erken tanının geri dönüşümsüz hava yolu hasarını önlemedeki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgı Sunumu: OLGU 1 8 yaş erkek hasta bir haftadır olan, eforla artan balgamlı öksürük yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde miadında doğduğu, 1.5 yaşında ağır bronşiolit nedeniyle hastaneye yattığı, aynı yıl tekrarlayan hışıltı atakları nedeniyle çoklu hastane yatışının olduğu, izlemde astım tanısı aldığı öğrenildi. Düzenli astım tedavisine rağmen sık bronkodilatör ihtiyacı olmaktaydı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Solunum sistemi muayenesinde bilateral sibilan ronküsü mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı, persantilleri normaldi. Akciğer grafisinde hava hapsiyle uyumlu hiperlüsant alanlar ve parakardiyak infiltrasyon saptandı. Akut enfeksiyon bulgularına yönelik antibiyoterapi sonrası solunum bulguları devam eden olgunun solunum fonksiyon testinde ağır intratorasik obstrüksiyon izlendi. Toraks tomografisinde yaygın geografik patern ve sol alt lobda bronşiektazi saptandı. Astım, allerji, immun yetmezlik, tüberküloz ve kistik fibrozis dışlanan olguda PİBO tanısı konularak tedavi başlandı. Hastanın tedavi sonrası yakınmalarında azalma olmakla birlikte obstrüktif bulgularının devam ettiği izlendi. OLGU 2 2,5 yaş erkek hasta, iki gündür olan burun akıntısı, balgamlı öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde 36 haftalık doğduğu küvözde kalmadığı, bir yaşında ağır bronşiolit nedeniyle hastaneye yatırıldığı sonraki süreçte alt solunum yolu enfeksiyonu ile bir kez yoğun bakım olmak üzere çoklu hastane yatışı olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde persantilleri yaşına uygun, solunum sistemi muayenesinde sağ bazalde ral ve bilateral yaygın sibilan ronküs mevcuttu diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akciğer grafisinde hava hapsi ile uyumlu hiperlüsant alanlar mevcuttu. Akut enfeksiyon tedavisi düzenlenerek ayırıcı tanılar açısından tetkikleri planlandı. Astım, allerji, immun yetmezlik, tüberküloz ve kistik fibrozis dışlanan olgunun toraks tomografisinde mozaik perfuzyon paterni izlendi. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda olguya PİBO tanısı konularak tedavi başlandı. Tedavi sonrası klinik ve radyolojik bulgularının düzeldiği izlendi.

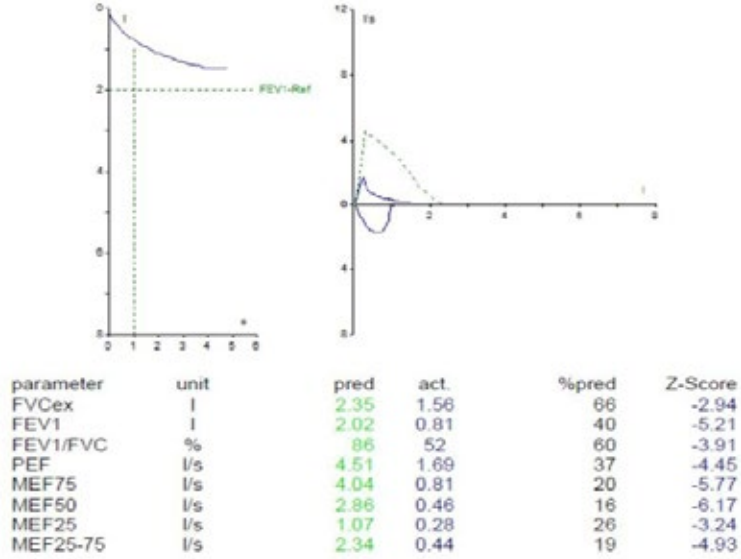
Başvuru Solunum Fonksiyon Testi



Olgu 1 Başvuru Anındaki Solunum Fonksiyon Testi

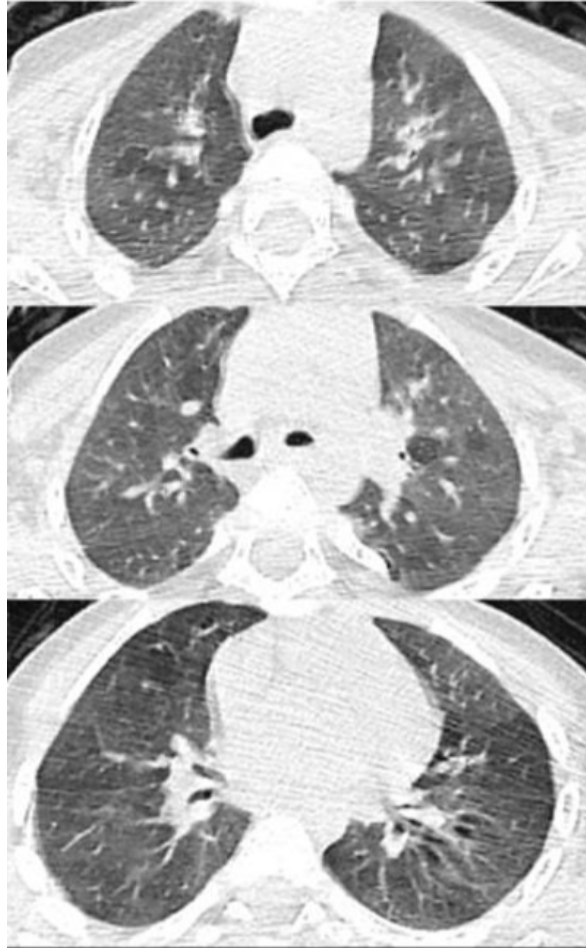


Tedavi Sonrası Solunum Fonksiyon Testi



Olgu 1, Tedavi Sonrası Solunum Fonksiyon Testi

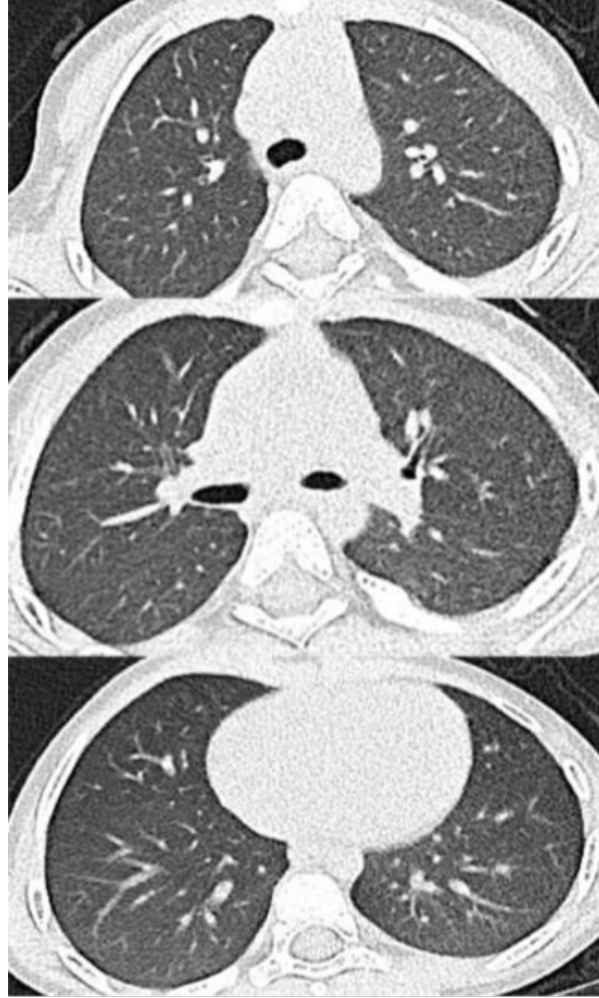
Başvuru Bilgisayarlı Tomografi



Olgu 2, Başvuru Anındaki Bilgisayarlı Tomografi



Tedavi Sonrası Bilgisayarlı Tomografi



Olgu 2, Tedavi Sonrası Bilgisayarlı Tomografi

Sonuç: Ağır alt solunum yolu enfeksiyonu sonrası altı haftadan uzun süren solunum semptomları PİBO açısından uyarıcı olmalıdır. Tanıda gecikme irreversibl hava yolu obstrüksiyonuna yol açabileceğinden, erken tanı ve uygun izlem hastalık prognozu açısından kritik öneme sahiptir

Anahtar Kelimeler: Ağır bronşiolit, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Tedaviye dirençli astım, Post-enfeksiyöz bronşiolitis obliterans



PS-108

GEBELİKTE SİGARA KULLANIMININ BEBEKTE SOLUNUM SIKINTISI VE CFTR PROTEİN FONKSİYONU İLE İLİŞKİSİ

Özge Yılmaz¹, Merve Öcalan¹, **Zühre Başak Tan Köktürk¹**, Solmaz Hasdemir², Cevval Ulman³, Nazan Çobanoğlu⁵, Aybike Ecmel Cinkara³, Fazılcan Zirek⁵, Gülşah Aynaoglu Yıldız⁴, Adem Yaşar¹, Hasan Yüksel¹

1 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Göğüs-İmmünoloji ve Alerji BD

2 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

3 – Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD

4 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

5 – Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

Giriş ve Amaç: Amaç: Bu çalışma, prenatal maternal tütün dumanı maruziyetinin yenidoğanlarda kistik fibrozis transmembran iletkenlik düzenleyicisi (CFTR) fonksiyon göstergesi olan serum immünoreaktif tripsinogen (IRT) seviyeleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladı.

Yöntem: Yöntemler: Bu kesitsel araştırmaya çalışmaya, Şubat 2021-2022 tarihleri arasında iki merkezde toplam 320 anne-yenidoğan çifti dahil edildi. Maternal tütün dumanı maruziyeti serum kotinin düzeyleri ile belirlendi (sigara içen: kotinin ≥ 3 ng/mL). Yenidoğanlarda ulusal tarama programı kayıtlarından topuktan alınan kan örneklerinde IRT kaydedildi. Gebelik süresi, maternal sosyodemografik özellikler kaydedildi. Serum kotinin düzeyleri prenatal maurziyer ile uyumlu olanlar ve olmayanlar annelerin bebeklerindeki topuk kanı IRT düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Bulgular: Annelerin %25'inde tütün dumanı maruziyeti ile uyumlu serum kotinin düzeyleri saptandı. Sigara içen ve içmeyen annelerin yaş ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.37$). Prenatal dönemde maternal tütün maruziyeti olan ve olmayan bebekler arasında topuk kanında ölçülen IRT seviyeleri arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (23.4 ± 14.9 vs 22.8 ± 11.8 , $p=0.68$).

Tartışma ve Sonuç: Sonuç: Intrauterin maternal tütün dumanı maruziyeti, yenidoğanlarda IRT düzeylerinde artışla ilişkilendirilmedi. Tütün dumanı maruziyetinin CFTR fonksiyonunu inhibe ettiği göz önüne alındığında bu durumun IRT düzeylerini etkileyen diğer değişkenler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: CFTR, gebelikte sigara, IRT, kotinin



PS-109

İNFAHTLARDA GÖRÜLEN NADİR BİR OLGU: GERÇEK TİMİK HİPERPLAZİ

Fatmanur Dilruba Bingöl¹, Halenur Özbek Keskin¹, Ragıp Afşin Alay¹

1 – Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi

Amaç: Timus bezinin patolojik büyümesi, tıbbi literatürde uzun bir geçmişe sahiptir. Başlangıçta bu durum, 250 yıl önce Morgagni tarafından tanımlanan ve ani ölümle ilişkilendirilen, Status Thymicus Lymphaticus adı verilen bir durumla karıştırılmıştır. (1) Günümüzde timik hiperplazi, etiyoloji ve histopatolojik görünümüne göre daha kesin olarak sınıflandırılmaktadır. Timik hiperplazi doğuştan veya edinilmiş olabilir ve timik epitel hücrelerinin sayısındaki artışa veya hiperplastik lenfoid foliküllere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu olgu sunumu ile ilk etapta kardiyak patoloji veya akciğer patolojisi düşündüren radyolojik görüntülemelerin timik hiperplazi olabileceğinin de akılda bulunması gerektiği vurgulanmaktadır.

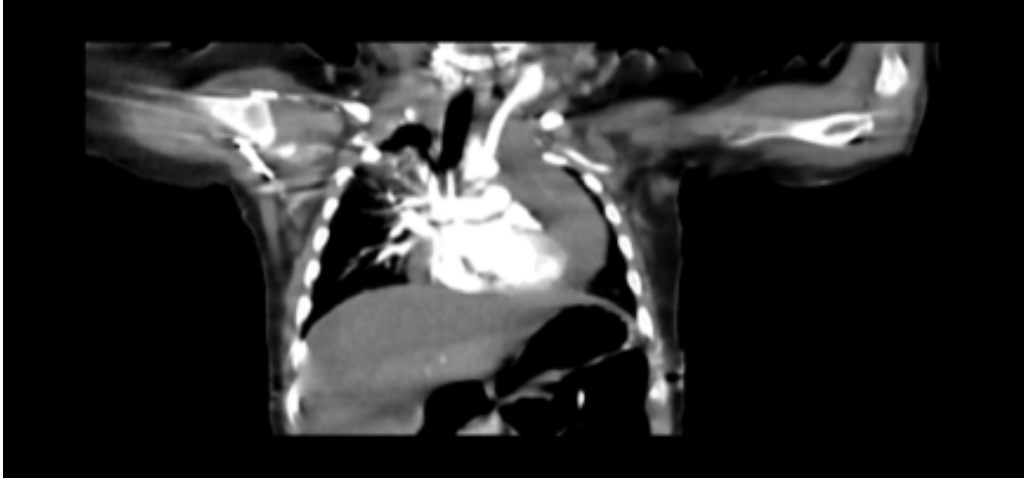
Olgu Sunumu: Bilinen sistemik tanı bir hastalığı olmayan, 39w C/S ile 3230 gram olarak doğan erkek bebek, postnatal 3. ayında öksürük şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvurmuş. Boğmaca olarak değerlendirilip oral klaritromisin başlanmış. Takibinde çekilen akciğer grafisinde kardiyotorasik oranın arttığı görülmüş ve kardiyomegali açısından değerlendirilmek üzere ileri merkeze yönlendirilmiş. Hastanemizde değerlendirme sonrası kardiyak patoloji düşünülmüdü. Hastaya usg yapıldı ve 37x17mm ebatlı timüs glandı ile uyumlu görünüm mevcut olduğu raporlandı. Hastaya bilgisayarlı tomografi görüntülemesi yapılmış olup "ön ve orta mediasteni büyük oranda dolduran, timüs lojundan kaynaklanan yaşa göre belirgin volüm artışı gösteren timus bezi izlenmekte olup timus dokusu homojen dansitede ve düzgün konturludur. Artmış timüs volümüne bağlı olarak bilateral akciğerlerin anteromedial kesimlerinde ekstrinsik bası izlenmekte olup buna sekonder pasif atelettazik alanlar mevcut" olduğu raporlandı. Bu raporlama sonrasında hastanın tanısının Gerçek Timik Hiperplazi olduğu belirlenmiş olup grafi kontrolleriyle takibine devam edilmektedir.

Timus PA-AC grafisi

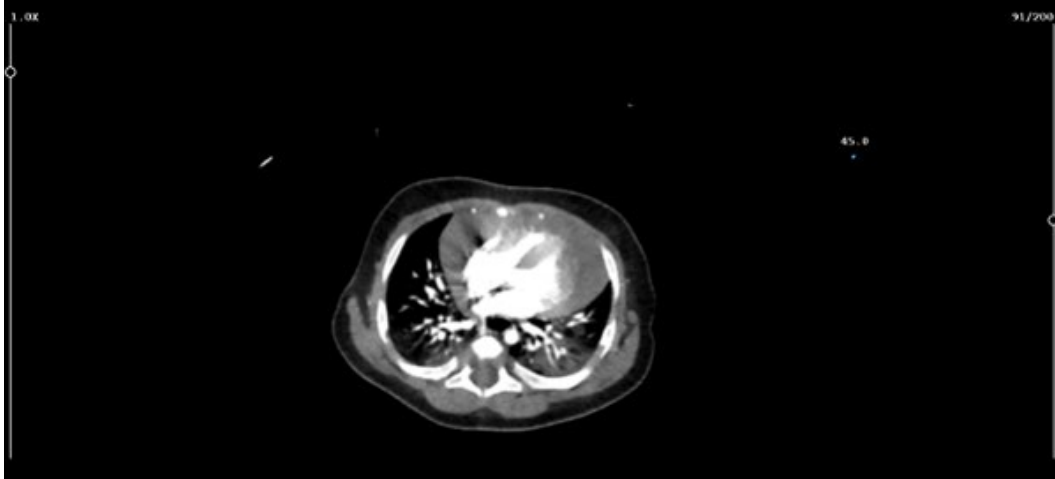




Timus BT görüntüsü-1



Timus BT görüntüsü-2



Sonuç: Bu olgu sunumu ile infantlarda akciğer görüntülemelerinde mediastendeki genişlemelerin her zaman kardiyomegali haricinde timüs hiperplazisi de olabileceğinin akılda bulundurulması ve buna yönelik tetkik edilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Timik hiperplazi, Kardiyotorasik oran, Timus



PS-111

BRONKOJENİK KİSTE BAĞLI HAVA YOLU KOMPRESYONU: BİR OLGU SUNUMU

Fatmanur Esra Çelebi³ Nevin Berrak Öztosun¹, Abdulhamit Çollak¹, Çiğdem Korkmaz¹, Furkan Yılmaz¹,
Abdurrahman Zarif Güney¹, Sebuhan Kuruoğlu², Ayşe Kalyoncu Uçar², Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı¹

- 1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
- 2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı
- 3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Bronkojenik kist, embriyonik dönemde ön bağırsaktan trakeobronşiyal tomurcuğun anormal gelişimi sonucu ortaya çıkan konjenital bir mediastinal kistik lezyondur. Çoğu olgu asemptomatik olmakla birlikte, lezyonun yerleşimine ve boyutuna bağlı olarak hava yolu basısı ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları görülebilir. Tanıda toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) önemli rol oynar; kesin tanı cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik inceleme ile konur.

Olgu Sunumu: Yirmi bir aylık kız hasta, iki kez alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastane yatışı ve aralıklı stridor yakınması ile başvurdu. Otuz dokuzuncu gestasyon haftasında sezaryen ile doğan hastanın yenidoğan yoğun bakım yatışı ve entübasyon öyküsü yoktu. Başvuru sırasındaki fizik muayenesinde vital bulguları stabil olup patolojik solunum sesi saptanmadı. Kulak burun boğaz değerlendirmesinde semptomları açıklayabilecek bir üst hava yolu patolojisi izlenmedi. Yapılan üst gastrointestinal pasaj grafisinde yutma disfonksiyonu saptanmadı; ancak özofagusun üst ve orta kesiminde sağa deviasyona neden olan dıştan bası görünümü izlendi. Kontrastlı toraks BT’de D2–D5 vertebra düzeyinde posterior mediastende, orta hatta yerleşimli, 38×25×35 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, sıvı dansitesinde kistik lezyon saptandı. Lezyonun trakea ve bilateral ana bronşlara bası yaparak lümeni kısmen daralttığı ve özofagusu sağa deviye ettiği görüldü. Radyolojik bulgular bronkojenik kist ile uyumlu olarak değerlendirildi ve cerrahi eksizyon planlandı.

Sonuç: Bronkojenik kistler nadir görülen konjenital mediastinal lezyonlardır. Persistan stridor, havlar tarzda öksürük, tedaviye yanıtız lokalize ve monofonik wheezing ile tekrarlayan akciğer enfeksiyonları varlığında hava yolu basısı akılda tutulmalıdır. Bu klinik tabloda toraks BT, lezyonun yerleşimi ve komşu yapılara etkisinin değerlendirilmesinde temel görüntüleme yöntemidir. Semptomatik veya komplike kistlerde cerrahi eksizyon standart tedavidir; asemptomatik olgularda izlem tartışmalı olmakla birlikte, özellikle pediatrik hastalarda komplikasyon riski nedeniyle elektif cerrahi sıklıkla önerilmektedir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, Stridor, Konjenital Mediastinal Lezyon



PS-112

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İDİOPATİK PULMONER HEMOSİDEROZ: BEŞ OLGULUK SERİ VE RİTUKSİMAB DENEYİMİ

Meral Ekşi Altuntaş¹, Berrak Nevin Öztosun², Abdülhamit Çollak², Çiğdem Korkmaz², Furkan Yılmaz²,
Abdurrahman Zarif Güney², Ayşe Ayzıt Kılınç²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: İdiyopatik pulmoner hemosideroz (İPH), çoğunlukla çocukluk çağında görülen ve tekrarlayan diffüz alveolar kanama atakları ile karakterize nadir bir hastalıktır. Olguların büyük çoğunluğu 10 yaş öncesinde tanı almakta olup klinik seyir relapslarla ilerleyebilmektedir. Bu çalışmada 2018–2026 yılları arasında merkezimizde izlenen beş İPH olgusunun klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve izlem sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Bu çalışma, 2018–2026 yılları arasında merkezimizde izlenen idiyopatik pulmoner hemosideroz tanılı beş hastanın verilerinin retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirildi. Tanı; klinik bulgular, radyolojik değerlendirmeler ve bronkoalveolar lavajda hemosiderin yüklü makrofajların gösterilmesi ile konuldu ve diğer alveolar kanama nedenleri dışlandı. Hastaların demografik özellikleri, başvuru semptomları, laboratuvar ve görüntüleme bulguları, uygulanan tedavi protokolleri, relaps sayıları ve izlem sonuçları hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen beş hastanın üçü kız, ikisi erkek olup tanı yaşı 2–9 yıl arasında değişmekteydi. Tüm olgular demir tedavisine dirençli anemi ve/veya hemoptizi ile başvurmuş, bazı hastalarda tekrarlayan transfüzyon gereksinimi bildirilmiştir. Toraks bilgisayarlı tomografilerinde bilateral buzlu cam opasiteleri izlenmiş, bronkoalveolar lavaj incelemelerinde hemosiderin yüklü makrofajların gösterilmesi ile diffüz alveolar hemoraji doğrulanmıştır. Tüm hastalar altta yatan sekonder nedenler açısından kapsamlı olarak değerlendirilmiş; immünolojik, romatolojik ve hematolojik incelemeler normal bulunmuştur. Gönderilen tüm ekzom sekanslama (WES) analizlerinde klinik tabloyu açıklayabilecek anlamlı bir varyant saptanmamıştır. Hastalarımızın hepsine kortikosteroid tedavisi başlanmış, takibinde azatiyoprin ya da mikofenolat mofetil eklenmiştir. Hastalarımızdan ikisi düşük doz kortikosteroid ile azatiyoprin/mikofenolat mofetil tedavisi altında stabil ve ataksız olarak izlenmektedir. Bu tedavilere rağmen atakları devam eden üç hastada ise rituksimab tedavisine geçilmiştir. Rituksimab uygulanan hastaların tamamı tedavi altında stabil ve ataksız olarak izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç: İPH tedavisinde kortikosteroidler temel tedavi ajanlarıdır; hidroksiklorokin, azatiyoprin ve mikofenolat mofetil gibi ek immünsüpresif ajanlar sıklıkla kullanılmaktadır. Rituksimab, pulmoner hemosideroziste özellikle tedaviye dirençli olgularda tercih edilen, ancak daha az kullanılan ve etkinliğine ilişkin verilerin sınırlı olduğu bir ajandır. Bununla birlikte son yıllarda başarılı kullanımına ilişkin vakalar artmaktadır. Bizim serimizde de mevcut immünsüpresif tedavi altında relapsları devam eden olgularda rituksimab ile klinik stabilizasyon sağlanmıştır. Ancak ilacın uzun dönem etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için daha uzun izlem sürelerine ve daha geniş hasta serilerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik pulmoner hemosiderozis, alveolar kanama, demir eksikliği anemisi, kortikosteroid



PS-113

DE NOVO EPAS1 MUTASYONUNA BAĞLI KONJENİTAL ERİTROSİTOZ: ASEMPTOMATİK BİR PEDIATRİK OLGU

İbrahim Kaynarca¹, Mehmet Azizoğlu², Serdar Ceylaner³, Bahri Elmas¹

1 – Kocaeli Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Kocaeli Şehir Hastanesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi

3 – İntergen Genetik ve Nadir Hastalıklar Tanı, Araştırma ve Uygulama Merkezi

Amaç: Konjenital eritrositoz, eritropoezin oksijen algılama yollarındaki genetik bozukluklara bağlı gelişen nadir bir hastalık grubudur. EPAS1 genindeki gain-of-function mutasyonları, eritropoietin (EPO) regülasyonunun bozulmasına ve eritrositoza yol açabilmektedir [1]. EPAS1 mutasyonları çoğunlukla heterozigot olarak bildirilmiş olup, otozomal dominant de novo pediatrik olgular literatürde oldukça sınırlıdır [2]. Bu bildiride, rutin tarama sırasında saptanan, asemptomatik seyirli de novo heterozigot EPAS1 mutasyonuna bağlı bir pediatrik konjenital eritrositoz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında kız hasta, rutin hemogram taraması sırasında saptanan hemoglobin yüksekliği nedeniyle değerlendirildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde anormal özellik saptanmadı. Anne ve baba arasında akrabalık bulunmamaktaydı. Anne, baba ve bir kardeşin hemogramları normaldi. Hastada baş ağrısı, baş dönmesi, tinnitus, ekstremitelerde uyuşma, anormal terleme veya kemik ağrısı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde hepatomegali ve splenomegali saptanmadı, sistem muayeneleri doğaldı. Beslenme öyküsünde proteinden zengin diyet, düşük sıvı alımı öyküsü yoktu. Sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 16,5 g/dL, hematokrit %48,9 ve eritropoietin düzeyi 7 mIU/mL (normal–düşük normal aralık) olarak bulundu. JAK2 V617F, JAK2 ekzon 12 ve BCR-ABL p210 mutasyonları negatifti. Hemoglobin elektroforezi normal sonuçlandı. Oksijen satürasyonu normaldi. Yapılan genetik analizde EPAS1 geninde c.1606G > C (p.Glyc537Arg) heterozigot yüksek olasılıkla patojenik varyant saptandı. Anne ve babada yapılan segregasyon analizinde varyantın gösterilememesi, laboratuvar bulgularının da olması nedeniyle olgu patojenik de novo germline mutasyon olarak değerlendirildi.

Sonuç: De novo heterozigot EPAS1 mutasyonuna bağlı konjenital eritrositoz, pediatrik yaş grubunda nadir görülmektedir. Bu olgu, patojenik de novo mutasyona rağmen hafif ve asemptomatik klinik seyir izlenebileceğini göstermektedir. Normal EPO düzeyi ve negatif klonal belirteçler, ayırıcı tanıda önem taşımaktadır. Literatürde EPAS1 mutasyonlarının feokromositoma ve paraganglioma ile ilişkisi bildirilmiş olmakla birlikte, bu birliktelik daha çok somatik veya mozaik mutasyonlarda tanımlanmış; germline veya de novo olgularda riskin daha düşük olduğu belirtilmiştir [2,3]. Bu nedenle hastanın uzun dönem klinik ve laboratuvar izlem altında tutulması planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Eritrositoz, EPAS1, Pediatrik Olgu, De Novo Mutasyon



PS-116

DICER1 GEN MUTASYONU İLİŞKİLİ KİSTİK NEFROMA OLGU SUNUMU

Şeymanur Dikme¹, Uğur Demirsoy²

1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, 18 aylıkken kistik nefroma tanısı alan ve DICER1 gen mutasyonu saptanan bir pediatrik olgunun sunulması ve DICER1 sendromu ile ilişkili klinik, genetik ve izlem yaklaşımlarının literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: On sekiz aylık erkek hasta, antenatal dönemde grade 1 hidronefroz saptanması nedeniyle izlenmekteyken yapılan üriner ultrasonografide; sağ böbrek boyutları 27×22×24 mm, parankim kalınlığı ortalama 8 mm, renal pelvis ön-arka (AP) çapı 2 mm olarak ölçüldü. Sol böbrek boyutları 56×25×24 mm, parankim kalınlığı ortalama 8 mm, renal pelvis AP çapı 2,2 mm olarak değerlendirildi. Aynı incelemede, sağ böbreğin orta-üst kesim düzeyinde fokal kaliektazi veya milimetrik kist ile uyumlu, yaklaşık 5 mm çapında aneikoik lezyon izlenmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenesinde abdominal distansiyon mevcuttu. Yaklaşık iki ay sonra yapılan kontrol abdominal ultrasonografide, sağ böbrek lojunda 10×7 cm boyutlarında, multikistik içerikli, heterojen iç yapıda kitle saptandı. Lezyonun hızlı büyüme göstermesi ve malign kistik renal tümörlerden ayırt edilememesi nedeniyle hasta nefrektomi amacıyla çocuk cerrahisine yönlendirildi. Yapılan cerrahi sonrası elde edilen sağ böbrek nefrektomi materyalinin histopatolojik incelemesi, pediatrik kistik nefroma ile uyumlu olarak raporlandı. Kistik nefroma olgularında DICER1 gen mutasyonunun sık görüldüğünün bilinmesi nedeniyle yapılan genetik analizde, bu olguda da DICER1 gen mutasyonu pozitif saptandı. Hasta, DICER1 sendromu ile ilişkili maligniteler (özellikle pleuropulmoner blastom, tiroid ve gonadal tümörler) açısından multidisipliner izleme alındı. Takiplerinde ek malignite bulgusuna rastlanmadı.

Genetik Tanı

Gen	HGVSc	HGVSp	Genotip	Patojenisite	Değişim Sonucu	Maks. Alel Frekansı	İlişkili Hastalıklar
DICER1	NM_177438.3 c.5284_5287del	NM_177438.3 p.S1762Lfs*75	Het	LP*	Frameshift	0,0000	- GLOW sendromu, somatik mozaik (1) - Guatr, multinodüler 1, Sertoli-Leydig hücreli tümörlerle birlikte veya bunlar olmadan (Otozomal dominant) - Pleuropulmoner blastoma (Otozomal dominant) - Rabdomyosarkom, embriyonal, 2 (1)

Sonuç: Kistik nefroma (KN), çocukluk çağında nadir görülen, benign, multikistik bir renal tümör olup en sık 3 ay-2 yaş arasındaki erkek çocuklarda tanı almaktadır. Kesin tanı çoğu zaman histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir (1,2). Son yıllarda yapılan moleküler ve genetik çalışmalar, özellikle erken başlangıçlı, bilateral veya tekrarlayan kistik nefroma olgularında DICER1 gen mutasyonunun önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur (3,4). DICER1 sendromu otozomal dominant geçişli olup, başta pleuropulmoner blastom olmak üzere tiroid, over ve testiküler tümörler ile ilişkilidir (3-5). Bu sendrom, pediatrik yaş grubunda malignite gelişimi açısından artmış risk taşımaktadır. Bu nedenle küçük yaşta kistik nefroma tanısı alan hastalarda genetik değerlendirme yapılması, yalnızca hastanın değil, aile bireylerinin de olası riskler açısından değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Erken tanı, uygun cerrahi yaklaşım ve uzun dönem, multidisipliner takip, DICER1 sendromu ile ilişkili malignitelerin erken saptanmasına ve morbiditenin azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kistik nefroma, DICER1, pediatrik renal tümör



PS-118

COFFIN-SİRİS SENDROMU: ATİPİK PREZENTASYON İLE TANI KONULAN OLGU

Özlem Güdül¹, Mehmet Fatih Orhan², Bahri Elmas¹, İbrahim Caner³, Hacer Efnan Melek Arsoy¹

1 – 1 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Amaç: Coffin-Siris Sendromu (CSS), nadir görülen otozomal dominant kalıtmı bir nörogelişimsel bozukluktur. Gelişimsel gecikme, entelektüel yetersizlik, konuşma geriliği ve beşinci parmak distal falanks/tırnak anomalileri ile karakterizedir. Yüz dismorfizmi, hipotoni ve sistemik anomaliler eşlik edebilir. Son yıllarda özellikle bazı gen varyantları ile malignite riski arasında ilişki bildirilmektedir. Bu olguda, atipik başvuru şekli ve yüksek NSE düzeyi ile malignite ön tanısıyla yönlendirilen ancak CSS tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: On üç yaşında erkek hasta, gelişimsel gerilik ve ptozis nedeniyle dış merkez Çocuk Nöroloji polikliniğine başvurmuş. Değerlendirmede kilo kaybı tespit edilmiş ve malignite ekartasyonu amacıyla istenen nöron spesifik enolaz (NSE) düzeyi 21 ng/mL (normal < 16.3 ng/mL) olarak bulunmuş. Hasta ileri inceleme için Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği'ne yönlendirilmiş. Fizik muayenede sol gözde ptozis ve sol kulak önünde skin tag saptandı. Antropometrik ölçümlerde boy 131 cm (< 3 persentil), vücut ağırlığı 36 kg (3-10 persentil) idi. Hastanın gelişimsel gerilik ve okulda akademik başarısızlık öyküsü mevcuttu. Dismorfik bulgular ve nörogelişimsel gerilik nedeniyle moleküler genetik analiz istendi. Yapılan tam ekzom sekanslama analizinde ARID1A geninde heterozigot c.6490C > T (p.Arg2164Trp) patojenik varyantı tespit edildi. Klinik ve genetik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya CSS tanısı konuldu. Malignite taraması negatif olarak sonuçlandı.

Sonuç: CSS, geniş klinik spektrumu nedeniyle tanı güçlüğü yaşanabilen bir sendromdur. Bu olguda olduğu gibi, atipik laboratuvar bulguları ve malignite şüphesi ile hematoloji-onkoloji değerlendirmesine yönlendirilen hastalarda da altta yatan genetik sendromlar akılda tutulmalıdır. Moleküler genetik analiz tanının kesinleştirilmesinde esansiyeldir. CSS'li hastalar sadece gelişimsel değil, eşlik edebilecek sistemik sorunlar ve bazı gen varyantlarında potansiyel onkolojik riskler açısından da yakından izlenmelidir. Erken tanı ve multidisipliner izlem, hastaların klinik yönetimi ve uzun dönem prognozu açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Coffin-Siris Sendromu, ARID1A geni, Genetik tanı, Malignite riski, Gelişimsel gerilik, Nörogelişimsel bozukluklar



PS-119

HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ; GRİSCELLİ SENDROMU

Sevgi Tale¹, Emine Zengin²

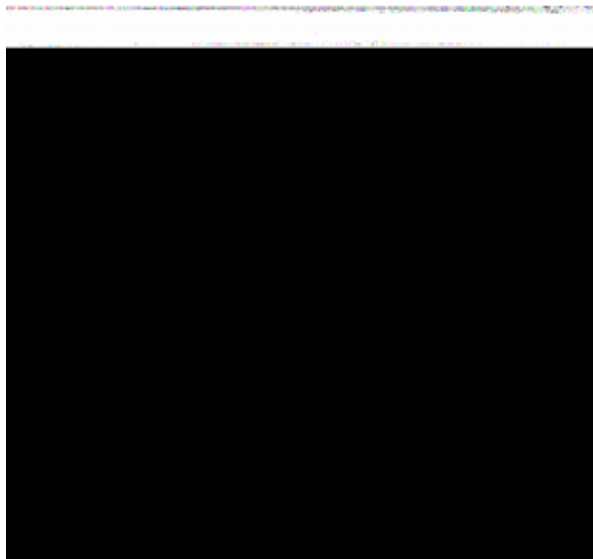
1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Kocaeli

2 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çocuk Hematoloji Bilim Dalı,Kocaeli

Amaç: Griscelli sendromu; hipopigmentasyon, gümüş grisi saç, tekrarlayan enfeksiyonlar ve immün yetmezlikle seyreden nadir otozomal resesif bir hastalıktır ve hemofagositik lenfohistiyositozis (HLH) gelişebilir. Olgular çoğunlukla erken çocuklukta tanı alır ve Akdeniz ülkelerinde, akraba evliliği sıklığına bağlı olarak daha fazla bildirilir. Uzun süreli ateş, ishal ve huzursuzluk ile başvuran 7 aylık bir olgu üzerinden Griscelli Sendromu, ilişkili HLH gelişim süreci, tanısal yaklaşım ve tedavi basamaklarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu Sunumu: Yedi aylık erkek hasta dokuz gün süren ateş, ishal ve huzursuzluk şikayetleriyle çocuk acil servise başvurmuş. Tetkiklerinde pansitopeni saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi. Hasta sağlıklı anne ve babanın ilk çocuğuydu. Miadında normal spontan vajinal yol ile problemsiz bir gebelikten sonra doğmuştu. Doğum kilo, boy ve baş çevresi normal persantildeydi. Soygeçmişinde anne-baba arasında akraba evliliği mevcuttu. Muayenesinde genel durum kötü, huzursuz, cilt soluk, saçlar gümüş-grisi. Batın distandü, dalak inguinale kadar (kot altı 12 cm) palpable ve orta hattın sağına 2 cm geçmiş, karaciğer kot altı 8 cm palpable. Laboratuvar incelemesinde Hb 5,2 g/dl, lökosit 3460/mm³, nötrofil 250/mm³, trombosit 10.000/mm³, CRP 105 mg/dl (N: < 5), aPTT 34.4 s, INR 1,47, glikoz 90 mg/dL, üre 18 mg/dl, kreatinin 0,15 mg/dL, AST 156 U/L, ALT 61 U/L, Albumin 27 g/L, Trigliserid 148 mg/dl, LDH 734 U/L, ürik asit 3,1 mg/dL, Ferritin 1510 ug/L, Fibrinojen 90 mg/dl, D-dimer 0,94 µg/mL, Rose Bengal negatif olarak sonuçlandı. Periferik yaymada lenfosit hakimiyeti saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda hemofagositoz yapan histiositler görüldü, megakaryositler azalmış, %16 eritroblast, %58 normoblast, %18 lenfosit, %5 bant, %3 promyelosit, %2 nötrofil sayıldı. Hasta HLH tanısı ile yatırıldı. Hastaya HLH-2004 protokolüne göre tedavi başlandı. Genetik incelemede RAB27A homozigot mutasyonu saptanan hasta Griscelli Sendromu Tip 2 tanısı aldı. Hasta tanıdan sonra 8 ay sonra akraba dışı donörden kemik iliği nakli oldu. Nakil sonrası +13 ayında hastalıksız izlenmektedir.

Hemofagositoz



Kemik iliğinde hemofagositik hücre görünümü



Gümüş gri saç



Gümüş gri renkte saçlar

Pigment Kümelenmesi



Saç telinde düzensiz pigment kümelenmesi

Gümüş gri saç



Gümüş gri renkte saçlar



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Hemofagositik lenfhistiyositozis, immün sistemin aşırı aktivasyonu sonucu gelişen ve yaşamı tehdit edebilen ciddi bir sendromdur. Griscelli sendromu ise genetik bir hastalık olup pigment hücre bozukluğu ile karakterizedir ve HLH gelişimi ile ilişkilidir. Griscelli sendromunda HLH gelişimi, genellikle enfeksiyonlar veya diğer tetikleyicilerle ilişkilidir. Artan hemofagositik aktivite kan hücrelerinin yıkımına ve çoklu organ yetmezliğine yol açabilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hemofagositik Lenfhistiyositozis (HLH), Griscelli Sendromu



PS-120

LİGNÖZ KONJONKTİVİT İLE TANI ALAN PLAZMİNOJEN EKSİKLİĞİ OLGU SUNUMU

Büşra Nur Kotan¹, Ayça Ölçekçi¹, Büşra Kaya Arslan¹, Sevgi Subaşı¹, Emine Zengin¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Lignöz konjonktivit, genellikle çocukluk çağında görülen, konjonktivada odunsu psödomembranöz lezyonlarla karakterize nadir bir hastalıktır. En sık neden konjenital plazminojen eksikliği olup göz tutulumu dışında diğer mukozal yüzeyleri de etkileyebilir. Erken tanı, uygun izlem ve multidisipliner yaklaşım açısından önem taşır. Bu olguda, lignöz konjonktivit tanısı alan pediatrik hastada saptanan plazminojen eksikliği üzerinden hastalığın konjonktivit ve farklı klinik tablolarla ortaya çıkabileceğine dikkat çekmek ve pediatristlerin tanı ve yaklaşım konusundaki farkındalığını artırmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Sol göz kapağı altında akıntı ve ödem yakınmasıyla başvurudan hastanın şikayeti bir yıldır mevcut. Bu nedenle göz hastalıkları kliniğinde birkaç kez cerrahi eksizyon uygulanmış. Lezyonlar cerrahi sonrası tekrarlamış. Hastanın cerrahi olarak çıkarılan membranında kronik granülasyon dokusu ve inflamatuvar fibrotik stroma saptandığı rapor edildi. Genetik incelemede PLG geninde homozigot c.112A > G (p.Lys38Glu) mutasyonu saptanarak Tip 1 plazminojen eksikliği tanısı kondu. Tedavide eksik plazminojeni lokal olarak yerine koymak amacıyla anneden elde edilen taze donmuş plazma steril koşullarda hazırlanarak topikal damla şeklinde uygulandı. Hazırlanan ürün +4 °C'de saklandı ve 24-48 saat içinde kullanıldı; etkilenen göze günde 4-6 kez 1-2 damla damlatıldı.



Olgu, Sol Göz Lezyon



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Tip 1 plazminojen eksikliği, PLG genindeki patolojik varyantlara bağlı gelişen otozomal resesif, milyonda 1.6 sıklıkta görülen ultra nadir bir hastalıktır. Tanısı klinik şüpheyeye dayanır ve çoğu olguda gecikir. Bunun temel nedeni hastalığın nadir görülmesi ve bulguların daha sık görülen inflamatuvar veya enfeksiyöz hastalıkları taklit etmesidir. Tekrarlayan, dirençli ve cerrahi sonrası hızla nüks eden mukozal lezyonlarda plazminojen eksikliği akılda tutulmalıdır. Tip 1'de plazminojenin antijen düzeyi ve aktivitesi belirgin düşüktür. Fibrin yıkımının bozulması sonucu özellikle mukozal yüzeyler ve ekstravasküler alanlarda fibrin birikir ve karakteristik odunsu psödomembranlar oluşur. En sık tutulum gözde olup tipik tablo lignöz konjonktivit; palpebral konjonktivada kalın, beyazımsı-sarı, kolay kanayan psödomembranlarla karakterizedir. Ağız içi ve gingival tutulum ikinci sıklıktadır. Solunum yollarındaki psödomembranlar darlığa ve tıkanıklığa neden olarak Kistik fibrozis benzeri bir klinik oluşturabilir, hayatı tehdit edebilir. Santral sinir sistemi tutulumu nadirdir ancak ciddi morbiditeyle ilişkilidir; hidrocefali ve ventriküloperitoneal (VP) şant tıkanıklığı görülebilir. Gastrointestinal tutulum ülser ve kanama ile prezente olabilir. Erkek ve kadınlarda infertiliteye neden olabilir. Tanı plazminojen düzeyi ve aktivitesinin ölçülmesiyle ve genetik mutasyon tespitiyle konulur. Tedavi, plazminojen düzeyi ve klinik bulgulara göre planlanır.

Anahtar Kelimeler: Lignöz konjonktivit, plazminojen eksikliği, PLG gen mutasyonu, fibrin birikimi



PS-121

AYIRICI TANIDA BİR ADIM GERİ: LÖSEMİ ÖN TANISINDAN HÜS TANISINA

Fatmagül Aktaş¹, Mehmet Fatih Orhan², Mehtap Çelakıl³, Bahri Elmas¹, Ayşe Tekin Yılmaz⁴, Hacer Efnan Melek Arsoy¹

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı

3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

4 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç: Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) ve Akut Lösemi, anemi ve trombositopeni ile birbirini taklit edebilir. Bu olgu sunumunda, genel pediatri uzmanının lösemi ön tanısı ile gönderdiği bir hastada, detaylı anamnez ve periferik yayma incelemesi ile HÜS tanısı koyulabileceği ve ayırıcı tanının önemi pediatrik bakış açısı ile vurgulanacaktır.

Olgu Sunumu: 10 aylık napkin dermatit ve gastroenterit sebebiyle dış merkezde tetkik edilen kız hastadan, kan tetkiklerinde lökositozu ve trombositopeniye eşlik eden anemisi olması sebebiyle periferik yayma bakılmış. Periferik yaymada atipik hücreler olduğu görülen hasta Çocuk Hematoloji ve Onkoloji bölümümüze akut lösemi ön tanısı ile sevk edildi. Hastaya kemik iliği aspirasyonu ve kemik iliği biyopsisi yapılması planlanarak yatışı yapıldı. Laboratuvar bulguları değerlendirildi, anemiye eşlik eden taşikardisi olması sebebiyle ES transfüzyonu yapıldı. KİA yapıldı, yayma ve flow sitometri istendi. Hastanın başvuruda beyaz küresi 24.000, hemoglobin 4.6, trombosit 76.000, CRP 5, LDH 1730, ürik asit 7.8 idi. Bu tablo ilk etapta lösemiye düşündürdü. Kemik iliği aspirasyonu yapıp yayması incelendiğinde parçalanmış eritrositler fark edildi. Hasta geriye dönük tekrar sorgulandığında kanlı ishal öyküsünün atlanmış olduğu fark edildi. Tetkikler HÜS e yönelik tekrarlandığında retikülosit %8,2 üre 70, kreatinin 0,79 saptandı. Sonrasında gaitada shiga-toksin üreten E.coli saptanarak HÜS tanısı kesinleşti.

Sonuç: Sitopeni tablosunda HÜS gibi tanılar göz ardı edilmemelidir. Ayrıntılı anamnez alınıp periferik yayma dikkatli incelendiğinde, gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılabilir. Bu olgu, tanısal önyargıların farkında olmanın klinik yönetimdeki önemini ortaya koymaktadır

Anahtar Kelimeler: Akut lösemi, Hemolitik Üremik Sendrom, Periferik Yayma, Kemik iliği aspirasyonu



PS-122

TEKRARLAYAN SOLUNUM SIKINTISI OLGUSUNDA SIRADIŞI ETYOLOJİ

Emre Kitiş¹, Filiz Ekici¹, Funda Tayfun Küpesiz¹

1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: İnfantil hemanjiyomlar, pediatrik yaş grubunda en sık görülen benign vasküler tümörler olup genellikle yaşamın ilk haftalarında ortaya çıkar ve karakteristik olarak proliferasyon ve spontan involüsyon evreleri gösterir. Çoğu olgu asemptomatik seyretse de, özellikle yüz, hava yolu, karaciğer gibi kritik bölgelerde yerleşim gösteren lezyonlar fonksiyonel bozukluklara ve ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle erken tanı, riskli olguların ayırt edilmesi ve uygun izlem-tedavi stratejilerinin belirlenmesi pediatrik yaklaşımda büyük önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda, pediatrik açıdan dikkat çekici bir infanıl hemanjiyom olgusu tartışılacaktır.

Olgu Sunumu: 35 hafta doğum öyküsü olan doğum sonrası 1 hafta beslenme ve yenidoğan sarılığı açısından ydybü yatışı olan 1 gün fototerapi alan hastanın doğumdan sonra ilk defa 1 aylıkken başlayan solunum sıkıntısı bulguları toplamda 5 kere olacak şekilde hastane yatışı gerektiren solunum desteği ihtiyacı olup, bu yatışlarından 2 sinde yankot desteği ihtiyacı olan hasta tarafımıza 1 gündür olan nefes almada güçlük, beslenememe ve hırıltılı solunum şikayetiyle acil servis başvurusunda takipneik olması yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması ve eforlu solunum nedeniyle oksijen ihtiyacı ve viral bronkopnömoni ön tanısıyla servis izlemine alınan hasta servis takiplerinde tekrarlayan solunum sıkıntısına yönelik etyoloji değerlendirmesi açısından yapılan görüntülemelerinde trakeaya bası yapan hemanjiomu raporlanan olgu sunumudur. Hastanın klinik takibinde hemangioma yönelik beta bloker tedavi sonrasında dramatik yanıt alınıp oksijenden ayrılmış olup iyilik hali görülüp taburculuk sonrası hemangioma açısından takibe alınmıştır.

Sonuç: İnfantil hemanjiyomlar çoğunlukla benign ve kendini sınırlayan lezyonlar olmakla birlikte, olguların yaklaşık %10-15'inde yerleşim yeri, hızlı proliferasyon veya eşlik eden komplikasyonlar nedeniyle tedavi gereksinimi ortaya çıkabilmektedir. Özellikle yüz, periorbital bölge, hava yolu ve visseral tutulum gösteren hemanjiyomlar fonksiyonel kayıp ve morbidite açısından yüksek risk taşır. Son yıllarda sistemik propranolol tedavisi, etkinliği ve güvenilirliği ile pediatrik yaş grubunda birinci basamak tedavi seçeneği haline gelmiştir. Sunulan olguda da klinik bulgular doğrultusunda tekrarlayan solunum sıkıntısına yönelik yapılan değerlendirme ve uygun tedavi yaklaşımı ile lezyon kontrol altına alınmış, klinik yanıt görülmüştür. Bu durum, riskli infanıl hemanjiyomlarda erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemangioma, solunum sıkıntısı, propranolol



PS-123

KRONİK İMMUN TROMBOSİTOPENİLİ ÇOCUK HASTALARDA TROMBOPOETİN RESEPTÖR ANALOGLARININ KULLANIMI : TEK MERKEZ DENEYİMİ

Şeyma Şen¹, Büşra Kaya Arslan², Emine Zengin²

1 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: İmmun trombositopeni (ITP) çocuklarda en sık görülen akkiz kanama bozukluğudur. Hastaların yaklaşık %80'inde 3-6 ay içinde trombosit değerleri normale döner. İmmun trombositopeni yeni tanı (ilk 3 ay), rezistan (3-12 ay) ve kronik (> 12 ay) olarak sınıflandırılır. Kanama riski yüksek, trombosit sayısı < 10.000 mm³ olan yeni tanı hastalarda ilk basamak tedavi olarak steroid ve IVIG kullanılır. İlk basamak tedavilere yanıtı olmayan hastalarda tedavi tartışmalıdır. Trombopoetin reseptör analogları (TPO-RA, eltrombopag, romiplostim) dirençli kronik ITP tedavisi için ülkemizde 2011'den itibaren onay almıştır. Bu çalışmada, 2011'den itibaren kronik ITP olarak takip edilen ve TPO-RA alan çocuk hastaların tedavi yanıtları ve yan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2011'den itibaren kronik ITP izlenen 92 pediatrik hastadan 29'una TPO-RA tedavisi başlandı. İlk basamak eltrombopag olup (ort. 39,4 ay sonra), dozlar 6 yaş altı için 46 mg/gün, 6 yaş ve üzeri için 64,7 mg/gün olarak belirlendi. Yanıt alınamayan veya yan etki gelişen hastalara romiplostim (ort. 6,58 mcg/kg/hafta) başlandı; tedavi yanıtları ve yan etkiler hasta dosyalarından tarandı.

Bulgular: Kronik ITP tanısıyla izlenen 92 pediatrik hastanın 29'una TPO-RA tedavisi başlandı ve ilk seçenek olarak eltrombopag kullanıldı. Eltrombopag tedavisine başlama süresi tanıdan itibaren ortalama 39,4 ay olarak saptandı. Eltrombopag dozu, 6 yaş altındaki hastalarda ortalama 46 mg/gün, 6 yaş ve üzeri hastalarda ise ortalama 64,7 mg/gün olarak belirlendi. Tedavi yanıtları açısından, eltrombopag alan hastaların 15'i yanıtızsız, 6'sı parsiyel yanıt ve 8'i tam yanıt olarak değerlendirildi. Eltrombopag tedavisine bağlı yan etkiler; sinirlilik (n=5), depresif bozukluk (n=1), iştahsızlık (n=2), karın ağrısı (n=2), bulantı (n=1), sarılık (n=2), transaminaz yüksekliği (n=3), akut böbrek yetmezliği (n=1), görme bulanıklığı (n=2), karaciğer yetmezliği (n=1) ve trombosit sayısı > 1.000.000/mm³ olması (n=2) olarak kaydedildi. Eltrombopag tedavisine yanıt alınamayan veya yan etki gelişen 6 hastada romiplostim geçildi ve romiplostim dozu ortalama 6,58 mcg/kg/hafta olarak belirlendi. Romiplostim tedavisine 3 hasta yanıtızsız, 1 hasta parsiyel yanıt, 2 hasta tam yanıt olarak değerlendirildi. Romiplostim bağlı yan etki gözlenmedi. TPO-RA tedavisine yanıt vermeyen 5 hastaya splenektomi uygulandı. Splenektomi yapılan hastaların tamamında trombosit sayıları normal sınırlarda saptandı. TPO-RA tedavisine yanıtızsızlık nedeniyle siklosporin başlanan 1 hastada ise parsiyel yanıt elde edildi.

Tartışma ve Sonuç: Literatürde kronik ITP tanılı pediatrik hastalarda TPO reseptör agonistlerine yanıt oranları yüzde 40-50 olarak rapor edilmiştir. Kliniğimizde takip edilen olgularda da literatürle uyumlu şekilde benzer yanıt oranları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik İmmun Trombositopeni, Trombopoetin reseptör agonistleri, Eltrombopag, Romiplostim, Tedavi yanıtı



PS-125

TEKRARLAYAN BİLATERAL PNÖMOTORAKS İLE PREZENTE OLAN MULTİSİSTEM LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZİS: DİRENÇLİ BİR PEDIATRİK OLGU

Ece Meltem Yalçın¹, Damla Ağaçkiran², Mustafa Yıldız¹

1 – Fırat Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Medikal Park Bahçelievler Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Amaç: Çocukluk yaş grubunda seyrek görülen spontan pnömotoraksın en sık nedenleri astım, kistik malformasyonlar, post enfeksiyöz büller ve pnömonidir. Tekrarlayan ve dirençli bilateral pnömotoraks ile seyreden, multisistem tutulumlu Langerhans Hücreli Histiositozis (LHH) tanılı bir pediatrik hastanın klinik sürecinin sunulması ve persistan pnömotoraks varlığında LHH'nin ayırıcı tanıda yer almasının öneminin vurgulanması amaçlandı. Ayrıca akciğer tutulumu olan LHH olgularında yönetim stratejileri, kemoterapi ve cerrahi yaklaşımların etkinliğinin tartışılması hedeflendi.

Olgu Sunumu: 4 yaş erkek / Şikayet: Boyunda şişlik, hızlı nefes alıp verme ile başvurdu. Öncesinde tonsillite bağlı lenfadenit nedeniyle oral antibiyotik tedavisi alan hasta, takipne ve desatürasyon ile başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks saptanması üzerine çocuk yoğun bakıma yatırılarak bilateral göğüs tüpü takıldı ve yüksek akımlı oksijen tedavisi başlandı. Toraks BT'de başlangıçta kistik adenoid malformasyon düşünüldü. Tekrarlayan pnömotoraks atakları nedeniyle ileri tetkik edilen hastada, tükürük bezinden yapılan eksizyonel biyopsi sonucu Langerhans Hücreli Histiositozis (LHH) tanısı doğrulandı. Kontrol görüntülemelerde kemiklerde litik lezyonlar saptandı; hipofiz tutulumu açısından yapılan değerlendirmeler normaldi. Hasta pediatrik onkoloji tarafından vinblastin ve prednizolon içeren indüksiyon kemoterapisine alındı. İzlemde bilateral, dirençli ve tekrarlayan pnömotoraks gelişti; çoklu göğüs tüpü uygulamaları yapıldı ve subkutan amfizem izlendi. Multidisipliner konsey kararıyla bilateral talk plöredezis uygulandı. Steroid tedavisi kademeli azaltıldı

Multisistem LHH: Akciğer Tutulumu





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Akciğer tutulumu olan multisistem LHH, kistik parankimal hasara bağlı olarak tekrarlayan ve dirençli pnömotoraksa yol açabilir. Bu olguda kemoterapi, çoklu göğüs tüpü uygulamaları ve bilateral plöredize rağmen pnömotoraksın devam etmesi, hastalığın agresif pulmoner seyrini göstermektedir. Persistan veya rekürren pnömotoraks ile başvuran pediatrik hastalarda nadir nedenler arasında LHH düşünülmeli; tedavi süreci çocuk cerrahisi, göğüs hastalıkları ve onkoloji bölümlerinin yer aldığı multidisipliner yaklaşımla planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan Bilateral Pnömotoraks, Multisistem Langerhans Hücreli Histiyoitozis, Spontan pnömotoraks



PS-130

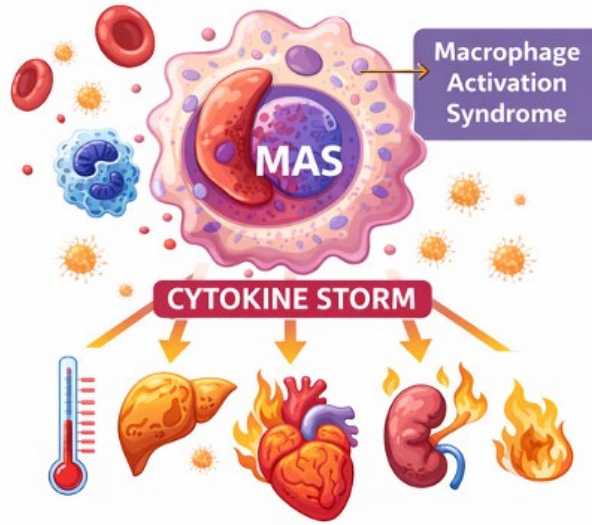
CRİGLER-NAJJAR TİP 1 TANILI OLGUDA AML'YE BAĞLI GELİŞEN MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU OLGUSU

Musaab Anadolu¹, Nurettin onur Kutlu¹

1 – Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi

Amaç: Bu olgu sunumunun amacı, Crigler–Najjar sendromu Tip 1 tanılı bir hastada gelişen dirençli ateş ve hiperinflamasyon tablosunun, altta yatan Akut miyeloid lösemi (AML) ile ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) açısından değerlendirilmesinin önemini vurgulamak; nadir görülen bu birliktelikte erken tanı, ayırıcı tanı ve multidisipliner yaklaşımın klinik sonuçlara etkisini ortaya koymaktır.

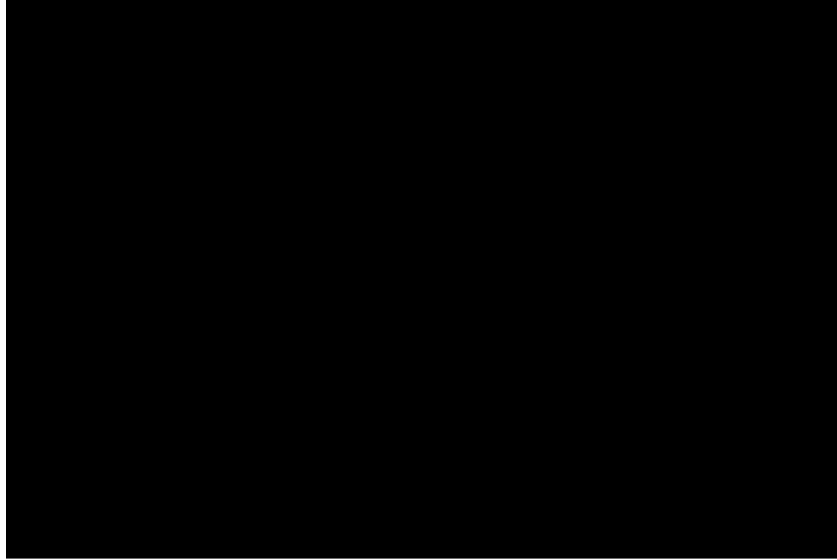
Makrofaj aktivasyon sendromu



Olgu Sunumu: İki yaşında kız hasta, bilinen Crigler–Najjar sendromu Tip 1 tanısı ile ateş ve sarılık şikayetleri nedeniyle başvurdu. Servis izleminde geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen dirençli ateşinin devam etmesi üzerine ileri incelemeler yapıldı. Laboratuvar tetkiklerinde ferritin, AST, ALT ve LDH düzeylerinde belirgin yükseklik saptanarak makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ön tanısı düşünüldü. MAS etiyolojisini araştırmaya yönelik olarak enfeksiyöz, romatolojik ve malignite açısından kapsamlı tetkikler yapıldı. Romatolojik değerlendirmede MAS'a neden olabilecek sistemik inflamatuvar hastalıklar açısından otoimmün ve romatolojik testler çalışıldı; enfeksiyöz etkenlere yönelik geniş panel incelemeleri yapıldı, ancak yapılan tüm tetkiklere rağmen altta yatan neden saptanamadı. Dirençli ateş ve hiperinflamasyon bulgularının devam etmesi üzerine hasta çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi ve plazmaferez uygulandı. Etiyolojiye yönelik araştırmaların sonuçsuz kalması üzerine kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliği incelemesi sonucunda Akut miyeloid lösemi tanısı konuldu ve hastadaki MAS tablosunun AML'ye sekonder geliştiği değerlendirildi.

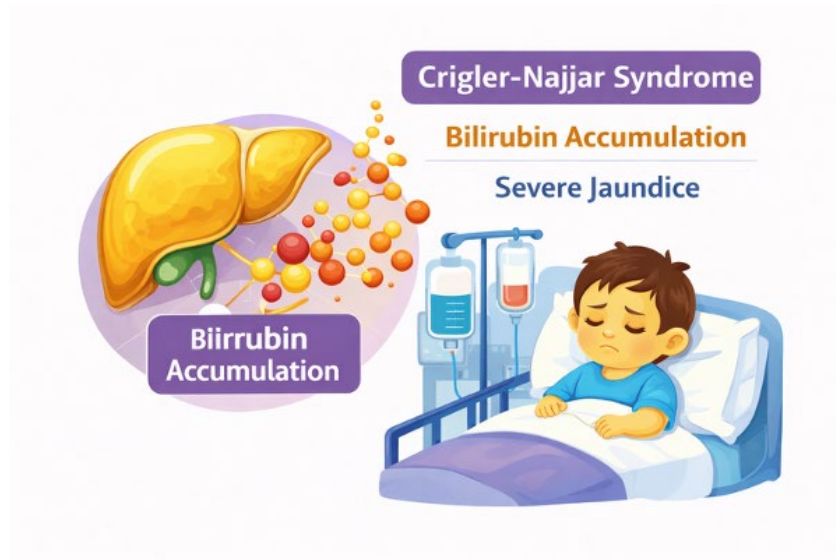


Akut miyeloid lösemi



Sonuç: Dirençli ateş, hiperferritinemi ve karaciğer enzim yüksekliği olan hastalarda MAS mutlaka akılda tutulmalıdır. Özellikle altta yatan neden bulunamayan olgularda hematolojik maligniteler açısından ileri inceleme yapılmalıdır. Crigler-Najjar Tip 1 gibi nadir metabolik hastalıklara sahip çocuklarda gelişen MAS tablolarında multidisipliner yaklaşım erken tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir.

Crigler-Najjar sendromu



Anahtar Kelimeler: Akut miyeloid lösemi, Makrofaj aktivasyon sendromu, Crigler-Najjar sendromu



PS-132

AKUT HEMOLİTİK ANEMİ VE İMMÜN TROMBOSİTOPENİNİN BİRLİKTELİĞİ, NADİR BİR HASTALIK: EVANS SENDROMU, OLGU SUNUMU

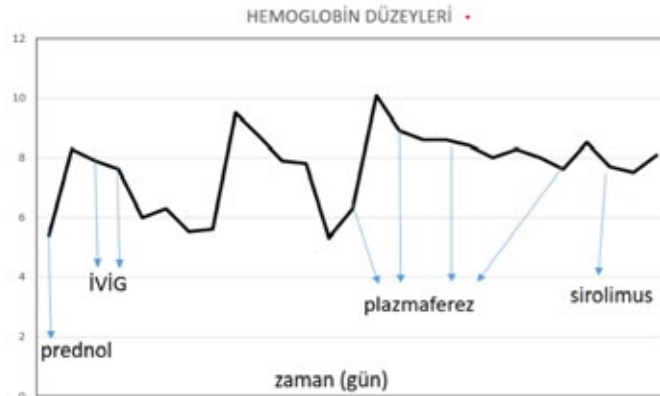
Şeyda Bakır¹, Yurday Öncül¹, Arzu Akyay¹

1 – İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Amaç: Evans sendromu akut hemolitik anemi ve immün trombositopeninin birlikte görüldüğü, çocukluk çağında nadir görülen bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı çocukluk çağında Evans sendromu tanısı alan bir olgunun tanı ve tedavisini değerlendirmek ve literatüre katkı sunmaktır.

Olgu Sunumu: OLGU SUNUMU Altı yaşında kız hasta, bacaklarda morluk, eklem ağrısı, sarılık, ara ara ateş şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde tekrarlayan sık enfeksiyon öyküsü, son bir yılda iki kez otit öyküsü mevcuttu. Anne baba arasında akrabalık yoktu. Aşılarını tam yaptırmıştı. Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, cilt rengi soluk ve ikterik idi. Kalp tepe atımı 106/dk, kan basıncı 105/75 mm/Hg, solunum sayısı 24/dk, ateş 36,4°C idi. Sistem muayenelerinde sarılık, solukluk, sağ dizinin arkasında ekimoz ve hepatosplenomegali mevcut olup, diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patoloji yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 5,4 gr/dl, hematokrit % 16,1, lökosit sayısı 21.300/mm³, trombosit sayısı 40.000/mm³, MCV 78/fL, MCH 26.5 idi. Parmak ucu periferik yaymada atipik hücre görülmeyi, şistosit görüldü. Biyokimyasında AST 72 U/L (0- 35), LDH 2327 U/L (125- 243), BUN 26,6 mg/dL (5,1-16,8), total bilirubin 2,8 mg/dL (0,2-1,2), ferritin 1003 ng/mL (11-306) idi. Direkt coombs testi pozitif idi. B12 vitamini düzeyi 450 pg/mL (140-787), folik asit düzeyi 12.98 ng/mL (5,8-24,9) idi. Düzeltilmiş retikülosit sayısı artmış (%2,8) idi. Hastada bu bulgularla immün hemolitik anemi ve trombositopeni birlikteliği nedeniyle Evans sendromu düşünüldü. 2 mg/kg prednizolon tedavisi başlandı. Hastaya kalp yetmezliği bulguları olması nedeni ile akut dönemde 15 cc/kg'dan eritrosit süspansiyonu verildi. Steroid tedavisi ile hemoliz kontrol altına alınamadığı için tedaviye intravenöz immünoglobülin (İVİG) eklendi. 2 gün İVİG tedavisi verildi. Dört kez plazmaferez yapıldı. Steroid, İVİG ve plazmaferez tedavileri ile yanıtın yetersiz olması nedeni ile sirolimus (mTOR inhibitörü) başlandı. Kan ilaç düzeyine göre sirolimus dozu ayarlandı. Sirolimus başlandıktan sonra hemoglobin düzeyinde düşme görülmeydi. Resim 1'de tedavi ajanlarına göre hemoglobin düzeyi görülmektedir.

HEMOGLOBİN DÜZEYLERİ



Resim 1: Hemoglobin düzeylerinin grafiği (Oklar tedavi zamanını göstermektedir)
Prednol=1. Gün 2 mg/kg/gün başlandı. 10 mg/kg dozuna kadar yükseltildi. Devam ediyor.
İVİG=3-4.günlerde (0,8-1 gr/kg) 2 gün verildi.
Plazmaferez=10-12-15-19.günlerde uygulandı.
Sirolimus=19.günde (1 mg/m²) başlandı. Devam ediyor.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Otoimmün hemolitik anemi ve immün trombositopeninin beraber görüldüğü hastalarda direkt coombs testi pozitifliği saptanırsa Evans sendromu düşünülmeli, erken dönemde tedaviye başlanmalıdır. Hastalığın seyrinde remisyonlar ve alevlenmeler olabileceği akılda tutulmalıdır. Evans sendromunda sirolimus yanıtlarının iyi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Ancak daha ileri prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: "Hemolitik anemi", "immün trombositopeni", "direkt coombs"



PS-134

DİRENÇLİ İMMÜN TROMBOSİTOPENİSİ OLAN ÇOCUK HASTALARDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Dilan Özdemir¹, Barış Yılmaz², Burcu Tufan Taş², Ahmet Koç²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, İstanbul

Amaç: İmmün trombositopeni (İTP), izole trombositopeni ile karakterize çocukluk çağıının en sık kanama bozukluklarından biri olan otoimmün hastalıktır. Olguların çoğu akut ve kendini sınırlayıcı formda iken %10–20'si kronik/dirençli forma ilerleyebilmektedir. Patogeneizde antitrombosit antikorları, retiküloendotelial sistem aracılı trombosit yıkımı, T-hücre ve antijen sunan hücre fonksiyon bozuklukları ile megakaryosit baskılanması rol oynamaktadır. Burada, çoklu medikal tedavilere dirençli olan ve splenektomi tedavisi planlanan/yapılan üç İTP olgusu sunulacaktır

Olgu Sunumu: Olgu 1: 5 yaş erkek hasta düşme, çarpma sonrası travma yerlerinde kolay morarma geç iyileşme şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde ekimotik lezyonlar görülen, organomegalisi olmayan hastanın tam kan sayımında PLT:2000/mm³ olup parmak ucu periferik yaymasında trombosit kümesi görülmedi. Diğer kan parametreleri normal görülen hastaya İTP ön tanısı ile IVIG 1gr/kg verildi. Trombosit sayısının yükseldiği ancak 2 hafta içinde yeniden PLT:8000/mm³ olduğu görüldü. Çoklu immünsüpresif ve TPO reseptör agonist tedavilere direnç gözlemlendi. Hastaya splenektomi uygulandı. Poliklinik takibinde PLT 343.000/mm³ olarak saptandı. Olgu2: 5 yaşında erkek hasta, öksürük ateş şikayetiyle başvurusunda muayenede vücudunda yaygın ekimotik alanlar saptanmış olup 1 senedir benzer şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Yapılan muayenede organomegali saptanmadı vücutta yaygın ekimotik lezyonlar izlendi. Tam kan sayımında PLT:3000/mm³ olan parmak ucu periferik yaymasında trombosit kümesi görülmeyen hastanın diğer kan parametreleri normal görülerek İTP ön tanısı ile hastaya IVIG 1gr/kg verildi. Tedaviye yanıt alındı. Takibinde PLT yeniden 3000/mm³ olan hastanın tedaviye direnç gösterdiği gözlemlendi. Olası sekonder nedenlere yönelik yapılan tetkikler normaldi. Takibinde tekrarlayan IVIG tedavisi, pulse steroid, Eltrombopag, Mikofenolat Mofetil Romiplostim, Rituksimab tedavileri denendi. Trombosit serilerinde belirgin artış olmayan hastanın splenektomi hazırlıkları tamamlandı. Olgu3: 7 yaş kız hasta, dış merkezde akut İTP tanısı ile IVIG alım öyküsü olan hastanın başvuru PLT:36.000/mm³. 1 ay sonra kontrol başvurusunda PLT:11.000/mm³ görüldü. Parmak ucu periferik yaymasında iri trombosit görüldü ancak trombosit kümesi görülmedi. Olası sekonder nedenlere yönelik yapılan tetkikler normaldi. 2,5 senelik takipte immünsüpresif ajanlara yanıt alınmadığı gözlemlendi. Hastanın splenektomi hazırlıkları yapılmaktadır.

Sonuç: Pediatrik İTP olgularının bir kısmı kronik ve dirençli seyir göstermektedir. TPO reseptör agonistleri ve immünsüpresif ajanlara rağmen yanıt alınamayabilir. Bireyselleştirilmiş tedavi planı, multidisipliner değerlendirme ve uygun zamanda splenektomi kararı klinik başarı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İmmün Trombositopenik Purpura, Splenektomi, Dirençli İTP, Çocuk Hematoloji



GÖĞÜS AĞRISI İLE PREZENTE OLAN METASTATİK ADRENAL KORTİKAL KARSİNOM: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR BİR OLGU

Hamdi Cihan Emeksiz², Hilal Betül Salar³, **Aybüke Nazlı Gültekin¹**, Fırat Erdoğan¹, Fatma Betül Çakır⁴, Nilüfer Gökna⁵

1 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

3 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

4 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

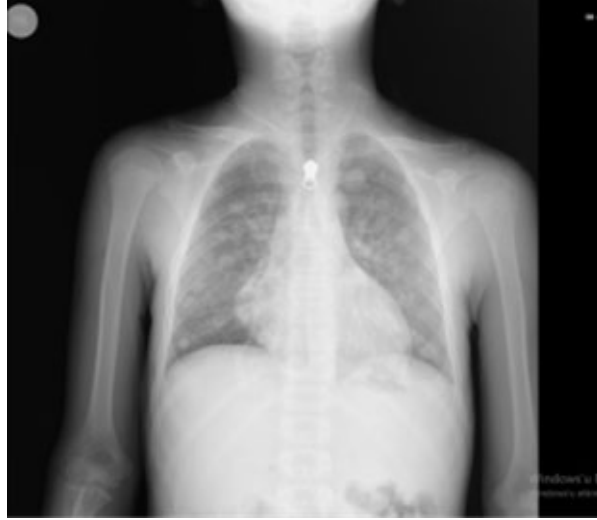
5 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Adrenal kortikal karsinom (AKK), çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte yüksek derecede agresif seyir gösteren, vasküler invazyon ve uzak metastaz eğilimi belirgin bir malignitedir. Klinik bulgular sıklıkla hormonal aktiviteye bağlı endokrin belirtiler, hipertansiyon veya kitle etkisine bağlı semptomlar şeklinde ortaya çıkabilir. Göğüs ağrısı çocukluk çağında çoğunlukla benign nedenlere bağlıdır; ancak eşlik eden radyolojik anormallikler, hipertansiyon ve sistemik bulgular varlığında malignite mutlaka dışlanmalıdır. Bu olguda göğüs ağrısı ile başvuran ve ileri evre metastatik AKK tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: On yaş yedi aylık erkek hasta, iki gündür tekrarlayan sağ göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. Bilinen hipokalemi nedeniyle çocuk nefroloji takibinde olup, aile öyküsünde baba, amca ve kuzenlerde Nörofibromatozis Tip 1 (NF-1) tanısı bulunmaktaydı. Fizik muayenede sırt, sağ aksiller bölge, batın ve sol bacakta olmak üzere multipl café-au-lait lekeleri; sağ inguinal ve bilateral servikal alanlarda mobil lenfadenopatiler ile 1cm hepatomegali saptandı. Boy ve kilo persentilleri yaşına uygundu. Kan basıncı 140/90mmHg olup hipertansif seyretti. Laboratuvar incelemelerinde hemogram ve böbrek fonksiyon testleri normal (kreatinin: 0,48 mg/dL), LDH 369 U/L idi. Elektrolit dengesizliği saptanmadı. PA akciğer grafisinde multipl nodüler opasiteler izlenmesi üzerine çekilen toraks MR' da her iki akciğerde en büyüğü 2,5 cm çapında, difüzyon kısıtlılığı gösteren çok sayıda nodül saptandı. Kontrastlı abdomen MR'da sol sürrenal lojda yaklaşık 6 cm boyutlu, hemorajik özellik gösteren malign kitle; bilateral akciğer metastazları ve renal ven invazyonu saptandı. Akciğerdeki parakardiyak lezyondan yapılan tru-cut biyopsi "Yüksek dereceli malign tümör invazyonu/metastaz" olarak raporlandı. Adrenal kitle AKK ile uyumlu bulundu. Hastaya mitotan, sisplatin, etoposid ve doksorubisin içeren kemoterapi protokolü planlanarak tedavisine başlandı. Bilateral globus pallidus lezyonları, medüller nefrokalsinozis ve bilateral renal ven trombozu nedeniyle hematoloji, nöroloji, genetik, nefroloji ve endokrinoloji birimleri ile multidisipliner takibine devam edilmektedir.



Akciğer grafisi



Akciğer grafisi-2



Sonuç: AKK çocukluk çağında nadir ancak agresif bir malignitedir. Bu olgu; enfeksiyon bulguları olmaksızın ortaya çıkan göğüs ağrısının ileri evre malignitenin ilk belirtisi olabileceğini göstermektedir. Hipertansiyon, renal ven trombozu ve bilateral akciğer metastazları ile prezente olan olgularda erken görüntüleme ve multidisipliner yaklaşım prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kortikal karsinom, Malignite, Metastaz, Göğüs ağrısı, Nörofibromatozis tip 1, Hipertansiyon



PS-136

KANAMA BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE KOAGÜLASYON TESTLERİ YETERLİ MİDİR? DÖRT AYLIK BEBEKTE GLANZMANN TROMBASTENİSİ OLGUSU

Merve Keser¹, Ülkü Tok¹, Mesude Beyza İşlek¹, Furkan Kalaycı¹, Metin Yiğit¹

1 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Glanzmann trombastenisi, trombosit agregasyonunda rol oynayan glikoprotein IIb/IIIa kompleksinin eksikliği veya fonksiyon bozukluğu sonucu gelişen nadir bir trombosit fonksiyon bozukluğudur. Bu olguda, sosyal endikasyonla hastaneye yatırılan bir hastada dikkatli klinik ve nörolojik değerlendirme sonucunda kanama bozukluğundan şüphelenilerek yalnızca koagülasyon testleri ile yetinilmeyip trombosit fonksiyonlarının da değerlendirilmesi sonucu erken dönemde Glanzmann trombastenisi tanısını alması ile olası kanama komplikasyonlarının önüne geçilen hastadan bahsedilecektir.

Olgu Sunumu: Otuz beş hafta iki günlükken (35+2), 2360 gram doğum ağırlığı ile, in vitro fertilizasyon sonucu gelişen gebelikten; preeklampsi riski ve çoğul gebelik endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğan erkek bebekte doğum sonrası dönemde hastane yatış öyküsü bulunmamaktadır. Hasta, dört aylıkken ikiz eşinin pnömoni nedeniyle hastaneye yatırılması üzerine sosyal endikasyonla hastaneye yatırılmıştır. Hastanın yatışı sırasında yapılan fizik muayenesinde baş kontrolünün yetersiz olduğu ve aksiyel hipotoni saptanmıştır. Bu klinik bulgular doğrultusunda ileri değerlendirme amacıyla transfontanel ultrasonografi yapılmış; intrakraniyal kanama izlenmemekle birlikte her iki serebral beyaz cevher ve bazal ganglionlar düzeyinde parankim ekusunun yer yer artmış olduğu rapor edilmiştir. Klinik bulgularla korelasyon amacıyla gerçekleştirilen kranial manyetik rezonans görüntülemesinde sağ frontal bölgede 3,3 mm kalınlığında, sıvama tarzında, geçirilmiş minimal subdural kanamaya ait sinyal değişikliği saptanmıştır. Bu bulgular üzerine kanama etiolojisine yönelik ileri laboratuvar incelemeleri yapılmıştır. Koagülasyon testleri normal sınırlarda bulunan hastada kollajen-ADP süresinin uzamış olduğu belirlenmiştir (kollajen-ADP > 225). Parmak ucu periferik yayma incelemesinde trombosit kümelenmesi izlenmemiştir. Trombosit kümelenmesi izlenmeyen hastada von Willebrand faktör antijen düzeyinin yüksek olduğu saptanmış (200,2), ristosetin kofaktör aktivitesi ise normal bulunmuştur. Akım sitometrisi ile yapılan değerlendirmede glikoprotein IIb ve IIIa ekspresyonunun %21 düzeyinde olduğu ve belirgin azalma gösterdiği tespit edilmiş; elde edilen bulgular Glanzmann trombastenisi tanısı ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Hasta Çocuk Hematolojisi tarafından değerlendirilmiş ve kanama profilaksisi amacıyla rekombinant Faktör VII tedavisi başlanmıştır. Hasta, olası kanama komplikasyonları açısından yakın izlem altına alınmış olup hematoloji polikliniği tarafından düzenli takibi sürdürülmektedir. Nörolojik değerlendirmede saptanan gelişimsel gerilik nedeniyle hasta, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile gelişimsel pediatri izlemine alınmıştır.

Sonuç: Bu olguda sosyal endikasyonla hastaneye yatırılan hastada, dikkatli nörolojik muayene sonucu yapılan ileri tetkikler tanısal süreci şekillendirmiş ve altta yatan trombosit fonksiyon bozukluğunun ortaya konulmasını sağlamıştır. Kanama bozuklukları açısından yapılan değerlendirmede yalnızca koagülasyon testleri ile yetinilmeyerek trombosit fonksiyonlarının da incelenmesi sonucunda hastada erken tanı sayesinde olası kanama komplikasyonlarının önlenmesine katkı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Glanzmann Trombastenisi, Trombosit Fonksiyon Bozukluğu, Kanama Bozuklukları



PS-138

SOĞUK TIP OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ İLE PREZENTE OLAN MYCOPLASMA PNEUMONIAE ENFEKSİYONU: PEDIATRİK BİR OLGU

Tuğçe Asıl Boyacı¹, Deniz Güven¹, Nilgün Ergun², Eyüp Sarı¹

1 – Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

2 – Çocuk Hematoloji Onkoloji Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Soğuk tip otoimmün hemolitik anemi (STOİHA), eritrosit yüzeyine düşük ısılarda bağlanan IgM antikorlarının kompleman aktivasyonu yoluyla hemolize neden olduğu nadir bir otoimmün hemolitik anemi alt tipidir. Çocukluk çağında sıklıkla enfeksiyonlar, özellikle Mycoplasma pneumoniae, ile ilişkili olarak ortaya çıkmakta olup özgül olmayan başlangıç semptomları nedeniyle tanısız gecikmelere yol açabilmektedir. Klinik tablo hafif anemiden hemodinamik instabiliteye kadar geniş bir spektrumda seyredebilir. Direkt antiglobulin testinde izole kompleman pozitifliği hastalığın tanısında önemli bir immünohematolojik ipucu oluşturmaktadır.

Olgu Sunumu: Yedi yaşında erkek hasta halsizlik, solukluk, koyu renkli idrar ve skleral ikter yakınmaları ile başvurmuştur. Başvuru öncesinde üç gün süren ateş ve öksürük öyküsü bulunan hastada izleyen günlerde baş dönmesi, görme alanında kararma ve senkop hissi gelişmiş, kan basıncının 80/40 mmHg ölçülmesi üzerine yatırılarak değerlendirilmiştir. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 6.3 g/dL, retikülosit %4.5 ve laktat dehidrogenaz 589 U/L saptanarak hemolitik anemi düşünülmüştür. Periferik yaymada normokrom normositer anemi ve retikülositoz izlenmiştir. Direkt antiglobulin testinde kompleman (C3) pozitif (+++) bulunurken IgG negatif saptanmış, indirekt Coombs testi negatif olarak değerlendirilmiştir. Mycoplasma pneumoniae IgM ve IgG düzeyleri > 200 U/mL pozitif bulunmuştur. Ayırıcı tanı kapsamında yapılan immünolojik, enfeksiyöz ve eritrosit kaynaklı hastalıklara yönelik incelemelerde ek patoloji saptanmamış, kemik iliği aspirasyonu normoselüler olarak değerlendirilmiş ve hemofagositoz izlenmemiştir. Kompleman aracılı hemoliz ile uyumlu bulgular doğrultusunda hastaya 2 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlanmış, üçüncü günde hemoglobin düzeyi 9.2 g/dL'ye yükselmesi üzerine doz 1 mg/kg/gün'e azaltılmıştır. Klinik ve laboratuvar iyileşmenin devam etmesi üzerine tedavi kademeli olarak azaltılarak toplam 18 gün sonunda kesilmiş, takiplerinde hemoglobin düzeyi 14.5 g/dL'ye ulaşmış ve tam klinik-laboratuvar remisyon sağlanmıştır.

Sonuç: Mycoplasma pneumoniae enfeksiyonuna bağlı gelişen soğuk tip otoimmün hemolitik anemi çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte hemodinamik instabilite ve senkop benzeri bulgularla prezente olabilir ve tanısız güçlük oluşturabilir. Açıklanamayan akut anemi ve hipotansiyon varlığında kompleman pozitif direkt antiglobulin testi önemli bir tanısız ipucu sağlamaktadır. Bu olgu, pediatrik hastalarda enfeksiyon ilişkili STOİHA'nın erken dönemde akılda tutulmasının gereksiz girişimleri önleyebileceğini ve uygun zamanda başlanan, dikkatle azaltılan steroid tedavisi ile tam iyileşme sağlanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Soğuk tip otoimmün hemolitik anemi, çocukluk çağı, hemolitik anemi, hemodinamik instabilite, multidisipliner yaklaşım



RELAPS/REFRAKTER AKUT LENFBLASTİK LÖSEMİ OLGUSUNDA DİSSEMİNE MAGNUSIOMYCES CAPITATUS ENFEKSİYONU VE SEKONDER HEMOFAGOSİTOZ

Yücel Safa Aksoğan¹, İsmet Mehmet Etyemez¹, İremnaz Karahan², Simge Çınar Özel², Ayşe Kalyoncu Uçar⁵,
Pınar Önal³, Sare Güntülü Şık⁴, Süheyla Ocak²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi-Onkolojisi BD

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD

4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım BD

5 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Radyolojisi BD

Amaç: Akut lenfoblastik lösemi(ALL), çocukluk çağıının en sık malignitesi olup günümüzde sağkalım oranları %90'ın üzerindedir. Ancak relaps ve/veya refrakter hastalıkta uygulanan yoğun kemoterapi ve immünsüpresif tedaviler, hastaları invaziv fungal enfeksiyonlar gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yatkın hale getirmektedir. Magnusiomyces capitatus, derin ve uzamış nötropenisi olan hastalarda dissemine enfeksiyonlara yol açabilen, yüksek mortaliteli bir fırsatçı patojendir. Bu bildiride relaps/refrakter B-ALL tedavisi sırasında dissemine M. capitatus enfeksiyonu ve sekonder hemofagositik lenfhistiyositoz(HLH) gelişen bir olgu sunulmaktadır.

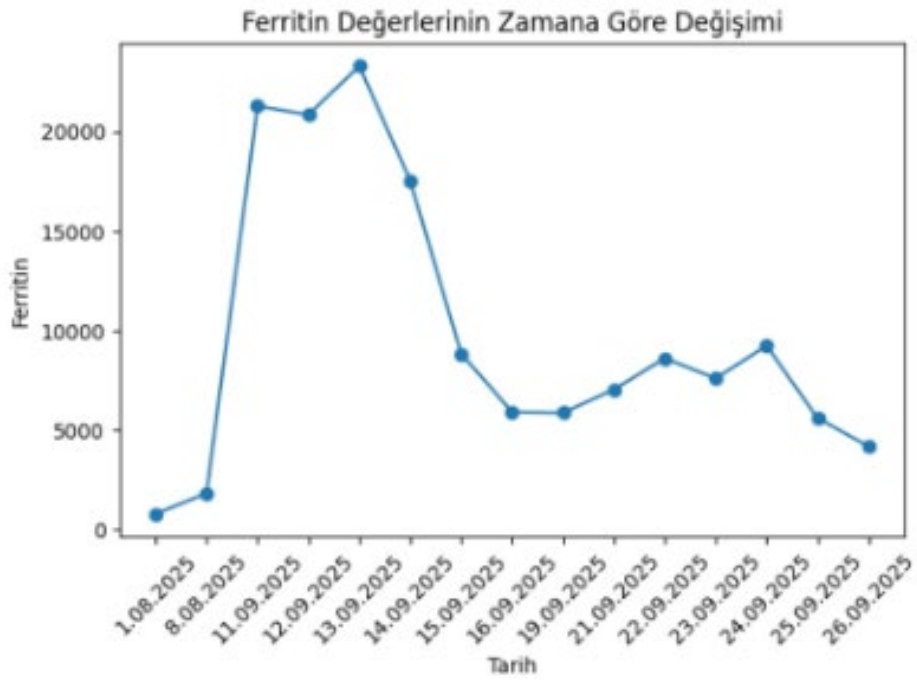
Olgu Sunumu: Öncesinde yakınmasız olan 6yaş erkek hasta ateş ve kemik ağrısı ile başvurdu. Muayenesinde solukluk, mikrolenfadonopatiler ve hepatosplenomegali saptandı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik belirtilmedi. Laboratuvarında pansitopeni ve periferik yaymasında lenfoblastlar görülmesiyle yapılan KİA'sında Precursor-B-ALL ile uyumlu bulundu. ALL-BFM kemoterapi protokolü başlandı. 15-33-79.gün KİA'sında blast oranı < %5 ve MRD negatif olarak saptanan hasta Protokol-2 başlangıcında(08/2025) peteşi ve kemik ağrısıyla başvurdu. Periferik yayma ve flow incelemesinde %43 KİA incelemesinde %32 oranında Common-B-ALL ile uyumlu blast izlendi. Erken Kİ relapsıyla yüksek risk kabul edilen hastaya BFM-ALL-REZ protokolü başlandı. İlk kür sonrası sinüzoidal obstrüksiyon sendromu, fulminan kolit ve komplike febril nötropeni tablosu gelişip YBU izlemi gereken hastanın port kültürlerinde fungal üreme ve görüntülemelerinde karaciğer, dalak ve böbrekte mantar enfeksiyonu lehinde lezyonlar saptandı. Ampirik çoklu antifungal tedavi başlanan hasta yoğun GİS kanamaları nedeniyle YBU'de izlendi. Port kültürlerinde M. capitatus üredi ve antifungal tedavisi düzenlendi. Pansitopeniyle beraber ferritini artan(23319ug/L) ve hipofibrinojenemisi(181mg/dL) gelişen hasta sekonder hemofagositoz olarak değerlendirildi. Dekametazon ve IVIG tedavileri uygulandı. Steroid altında hemodinamik stabilizasyon sonrası yapılan KİA'da MRD pozitifliği nedeniyle refrakter hastalık olarak değerlendirildi. Refrakter lösemi, atipik fungal enfeksiyon ve sekonder hemofagozitoz tanıları nedeniyle primer immün yetmezlikler açısından genetik inceleme gönderildi. Kİ rejenerasyonu ve sistemik enfeksiyonun semptomatik kontrolü sonrasında standart tedavilere yanıtızlığı ve mevcut dissemine mantar enfeksiyonu nedeniyle KİT için uygun bulunmayan hastaya, Blinatumomab(immünoterapi-bispecific T-B hücre antikoru) başlandı. İlk kür sonrası KİA'sında MRD negatif saptanan hasta halen antifungal tedavi almakta olup stabil dissemine mantar enfeksiyonu ile remisyonda izlenmektedir.



Solid Organlardaki Mantar Enfeksiyonu Lehinde Lezyonlar



HLH dönemindeki Ferritin Seyri





HLH dönemindeki Fibrinojen Seyri



Sonuç: İnvaziv fungal enfeksiyonlar, relaps/refrakter lösemi tedavisi alan hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. M.capitatus, GIS'de bulunabilen fırsatçı bir mantar olup özellikle hematolojik maligniteli nötropenik hastalarda dissemine enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Mortalite oranı %50-80'e ulaşabilmekte olup erken tanı ve uygun antifungal tedavi prognoz açısından önem taşımaktadır. Ek olarak tüm sistemik enfeksiyonların sekonder hemofagositoz için tetikleyici faktör olabileceği, uygun enfeksiyon tedavisine rağmen devam eden ateş ve genel durum bozukluğu saptanan olgularda HLH'ın akla gelmesi uygun tedavi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akut lenfoblastik lösemi (ALL), Relaps/Refrakter Hastalık, Magnusiomyces Capitatus, Dissemine Mantar Enfeksiyonu, Sekonder HLH



PS-141

EPSTEİN-BARR VİRÜS ENFEKSİYONU SONRASI HIZLI İLERLEYEREK KARDİYOJENİK ŞOK İLE BAŞVURAN MİYOKARDİT OLGUSUNDA ALTTA YATAN LİMB-GİRDLE MUSKÜLER DİSTROFİ

Mustafa Ali Erten¹, Zeynep Erten¹, Merve Korkut Oğuz², Emine Sayın², Münevver Yılmaz², Eyüp Aslan²

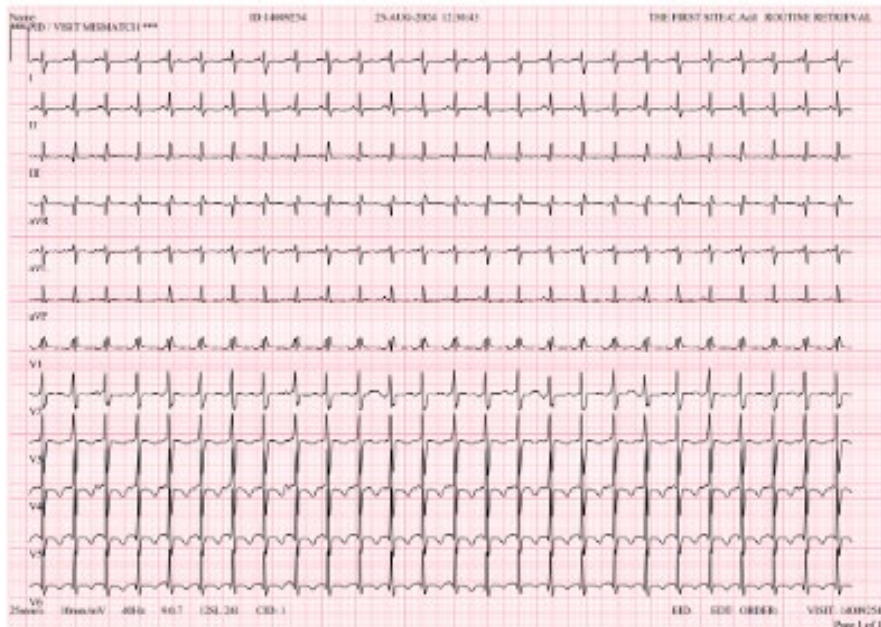
1 – Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji

Amaç: Viral miyokardit, çocukluk çağında akut kalp yetmezliği ve kardiyojenik şokun önemli nedenlerinden biridir. Ayrıca, akut enfeksiyon musküler distrofi hastalarında, kardiyak bulguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu bildiride, EBV enfeksiyonu sonrası hızla ilerleyen kardiyojenik şok tablosu ile başvuran ve izlemde SGCA ilişkili limb-girdle musküler distrofi (LGMD) tanısı alan bir pediatrik olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Yedi yaşında erkek hasta, üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben gelişen kas ağrıları nedeniyle dış merkezde viral miyozit ön tanısı ile yatırılmış. Yatışında, EBV VCA IgM pozitifliği saptanmış, izlemde bulguları gerileyen, ekokardiyografisinde patoloji saptanmayan hasta taburcu edilmiştir. Yaklaşık iki hafta sonra halsizlik ve uyuklama hali gelişen hastada, polikliniğe başvurusu sırasında solunum sıkıntısı genel durum bozukluğu fark edilmesi üzerine acil servise yönlendirilmiştir. Başvuruda taşikardi, taşipne, soğuk-soluk cilt ve bilinç değişikliği mevcuttu. Akciğer grafisinde kardiyomegali, EKG’de prekordiyal derivasyonlarda T dalga negatifliği saptandı. Ekokardiyografide LVEF %28 olarak ölçüldü. Viral miyokardit ön tanısı ile inotropik destek ve diüretik tedavi başlandı. İzlemde BNP düzeyi belirgin yüksek bulundu. Yoğun bakım ve servis takibi sonrası kalp yetmezliği tedavisi ile klinik stabilizasyon sağlandı. Genetik incelemede SGCA geninde homozigot patojenik varyant saptanarak otozomal resesif LGMD tanısı konuldu. Genetik danışmanlık sonrası yapılan aile taramasında, 3 yaşındaki kız kardeşte aynı mutasyon saptanarak asemptomatik dönemde izleme alındı.

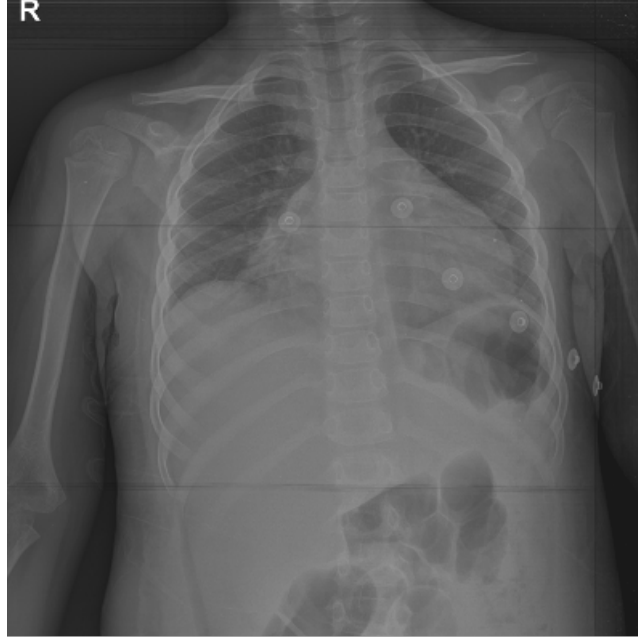
Elektrokardiyografi



Prekordiyal derivasyonlarda T dalga negatifliği



Akciğer Grafisi



Acil serviste çekilen akciğer grafisinde kardiyomegali

Sonuç: Akut kardiyojenik şok ile başvuran çocuk hastalarda viral miyokardit ön tanısı konulsa dahi, altta yatan genetik kas hastalıkları ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir. Bu olgu, genetik tanının yalnızca indeks olgunun yönetimini değil, aile bireylerinde erken tanı ve izlem olanağını da sağlayarak morbiditenin azaltılmasına katkı sunduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Viral miyokardit, kardiyojenik şok, limb-girdle musküler distrofi, SGCA, çocuk



PS-142

SEPSİS BENZERİ KLİNİKLE PREZENTE OLAN AORT KOARKTASYONU: YENİDOĞAN OLGUSU

Selim Çetin¹, Pınar Dervişoğlu Çavdaroglu², Muhammed Güneş², İbrahim Caner³, Meltem Karabay³

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Bilim Dalı

Amaç: Aort koarktasyonu, yenidoğan döneminde tanı geciktiğinde kardiyojenik şok ve çoklu organ yetmezliğine yol açabilen kritik bir konjenital kalp hastalığıdır ve tüm konjenital kalp hastalıklarının %5-8'ini oluşturur. Klinik bulguların özgül olmaması nedeniyle sepsis benzeri tablolarla karışabilmektedir. Bu çalışmada, neonatal sepsis ön tanısıyla izlenirken aort koarktasyonu tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Otuz sekiz hafta altı günlük, sezaryen ile doğan erkek yenidoğan, postnatal 9. günde hızlı nefes alma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede takipne ve soluk görünüm mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde laktat yüksekliği ve lenfositoz saptandı. Akciğer grafisi ve viral solunum yolu PCR paneli normaldi. Geç neonatal sepsis ön tanısıyla antibiyoterapi, intravenöz sıvı tedavisi ve noninvaziv solunum desteği başlandı. İzlem sırasında oral alım azalması ve metabolik asidoz gelişti. Kültürlerde üreme saptanmasına rağmen solunum sıkıntısında düzelme olmaması üzerine kardiyoloji konsültasyonu istendi. Ekokardiyografide aort koarktasyonu saptanarak hasta cerrahi uygulanabilecek bir merkeze sevk edildi.

Sonuç: Aort koarktasyonu, yenidoğanlarda sepsis benzeri klinik tablolarla prezente olabilir. Normal fizik muayene bulguları veya kalp taramasından geçmiş olmak kardiyak patolojiyi dışlamaz. Açıklanamayan solunum sıkıntısı ve metabolik bozukluk varlığında, ayırıcı tanıda doğumsal kalp hastalıklarının akla gelmesi ve erken ekokardiyografik değerlendirme tanısal gecikmeleri önlemek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aort koarktasyonu, takipne, geç neonatal sepsis, metabolik asidoz



PS-143

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA GÖZDEN KAÇABİLEN BİR TANI: AV TAM BLOK

Selim Çetin¹, Pınar Dervişoğlu Çavdaroğlu², Muhammed Güneş², Mehtap Çelakıl³, Hacer Efnan Melek Arsoy¹

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

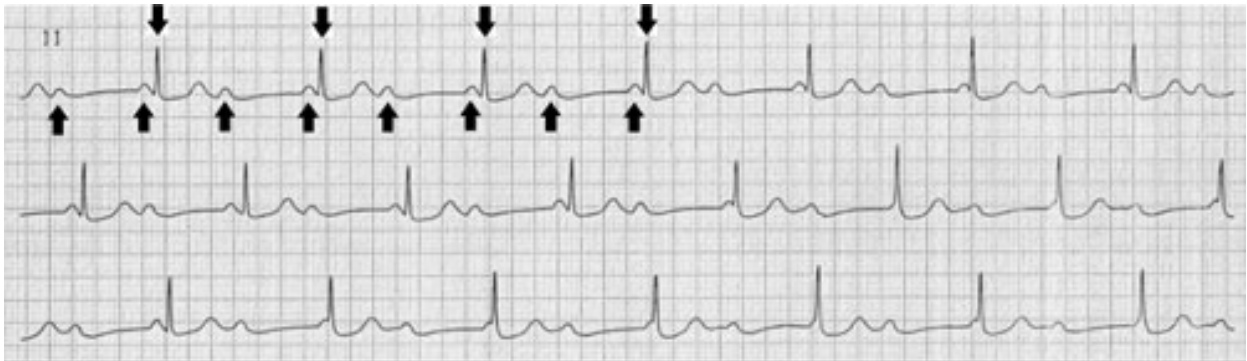
3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Atrioventriküler(AV) tam blok, atriyumlar ile ventriküller arasındaki elektriksel iletimin tamamen kesilmesi ile karakterize ciddi bir ritim bozukluğudur. Senkop, baş dönmesi, dispne, yorgunluk ve göğüs ağrısı gibi semptomlara yol açabileceği gibi uzun süre asemptomatik seyredebilir. Ancak bradikardi derinleştikçe ani kardiyak ölüm riski artmaktadır. Bu nedenle erken tanı büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, bradikardi saptanması üzerine AV tam blok tanısı alan 7 yaşında bir kız hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Yedi yaşında kız hasta, elektif tonsillektomi öncesi anestezi değerlendirmesinde nabzının 58-60/dk ölçülmesi üzerine çocuk kardiyolojiye yönlendirildi. Başvuru anında nabız 60/dk, kan basıncı 100/60 mmHg idi. Elektrokardiyografide AV tam blok saptandı. Ritim Holter incelemesinde ortalama kalp hızı 53/dk, maksimum 103/dk, minimum 30/dk olarak kaydedildi. Ekokardiyografide kalp fonksiyonlarının normal olduğu saptandı. Hasta asemptomatikti ve cerrahi girişim için kontrendikasyon saptanmadı. Operasyon sırasında bradikardi derinleşmesi veya hemodinamik instabilite gelişmesi durumunda atropin ve inotropik destek planlandı. Hasta kardiyoloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç: AV tam blokta atriyumlar ve ventriküller birbirinden bağımsız çalışır ve ventrikül hızının azalmasıyla semptom riski artar. Aşırı bradikardi, serebral hipoperfüzyon, senkop, konvülsiyon ve malign aritmilere yol açabilir. Asemptomatik olgularda tanı zorlaşmakta, özellikle küçük çocuklarda yaşa göre normal kabul edilen nabız sınırlarının bilinmemesi tanısal gecikmelere neden olabilmektedir. Bu olgu, pediatrik yaş grubunda nabız değerlendirmesinin hayati önemini vurgulamaktadır.

EKG



Resimdeki EKG'de P dalgalarının ve QRS dalgalarının birbirleri ile ilişkisiz olduğu; ancak kendi içlerinde düzenli oldukları görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: AV tam blok, bradikardi, nabız alt sınırı



PS-145

MİYOKARDİT BENZERİ TABLO İLE PREZANTE OLAN CAV3 MUTASYONUNA BAĞLI RİPPLİNG KAS HASTALIĞI: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Damla Gökçe Akbulut¹, Helen Bornaun¹, **Hatice Dörtler²**, Gülseren Erkoca Göktolga³, Sinan Akbaş³, Mustafa Doğan⁴

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

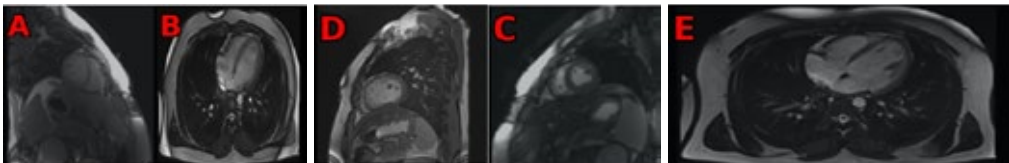
3 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

4 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

Amaç: Rippling Kas Hastalığı (RKH), sarkolemmal membranın temel yapısal proteini olan kaveolin-3'ü kodlayan CAV3 genindeki patojenik varyantların neden olduğu nadir, otozomal dominant geçişli bir miyopatidir. Klinik tablo; asemptomatik kreatinin kinaz (CK) yüksekliğinden kas rijiditesine ve egzersiz intoleransına kadar geniş bir yelpazede değişebilir. Erişkinlerde kardiyak tutulum bildirilmiş olsa da pediatrik popülasyonda miyokardiyal fibrozis ile seyreden vakalar son derece nadirdir. Bu sunumda, miyokarditi taklit eden klinik bulgularla başvuran nadir bir pediatrik RKH olgusu irdelenmiştir.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan 14 yaşında erkek hasta, kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. İlk laboratuvar incelemelerinde belirgin CK (8.612 U/L) ve troponin-T (65 ng/L) yüksekliği saptandı. Fizik muayenesinde kas gücü tam (5/5) olmakla birlikte, özellikle baldır bölgesinde hafif kas hipertrofisi gözlemlendi. Akut miyokardit ön tanısıyla yatırılan hastanın CK düzeyleri takiplerinde 32.448 U/L seviyesine kadar yükseldi. Ekokardiyografide sol ventrikülde trabekülasyon artışı izlendi. Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sol ventrikül non-kompaksiyon kardiyomiyopatisi ile uyumlu NC/C oranını 4,46 olarak gösterdi; ayrıca bazal inferolateral ve inferoseptal duvarlarda non-iskemik subepikardiyal-orta miyokardiyal fibrozis (geç gadolinyum tutulumu) saptandı. Metabolik taramalar ve DMD genetik paneli negatif sonuçlandı. Tüm ekzom sekanslama (WES) analizi sonucunda, hastada CAV3 geninde heterozigot patojenik NM_033337.3:c.80G > A (p.Arg27Gln) varyantı tespit edilerek RKH tanısı kesinleştirildi.

Resim 1



Kardiyak MRG bulguları: (A-B) Sol ventrikül trabekülasyon artışı gösteren uzun ve kısa eksen görüntüleri. (C-D) Inferolateral ve inferoseptal segmentlerde subepikardiyal-orta miyokardiyal non-iskemik fibrozisi gösteren geç gadolinyum tutulumu görüntüleri. (E) Miyokardiyal fibrozisi gösteren kısa eksen geç gadolinyum tutulumu görünümü

Sonuç: Bu vaka, CAV3 ilişkili kaveolinopatilerin pediatrik hastalarda miyokardit benzeri bir tablo ile prezante olabileceğini ve iskelet kası semptomları silik olsa dahi miyokardiyal hasara yol açabileceğini göstermektedir. Kaveolin-3'ün kardiyomiyositlerde de eksprese edilmesi, bu olguda saptanan non-iskemik fibrozisin patofizyolojik zeminini oluşturmaktadır. Özellikle troponin yüksekliğine orantısız bir CK yüksekliğinin eşlik ettiği durumlarda genetik miyopatiler ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanının konulması; hastanın aritmi, iletim kusurları ve ilerleyici kardiyomiyopati açısından yakın kardiyak takibi ve genetik danışmanlık süreci için kritiktir. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu, Türkiye'den bildirilen, miyokarditi taklit eden ve MRG ile doğrulanmış kardiyak tutulum sergileyen ilk pediatrik RKH vakalarından biridir.

Anahtar Kelimeler: Rippling Kas Hastalığı, kardiyomiyopati, CAV3 mutasyonu, non-iskemik miyokardiyal fibrozis.



PS-146

NADİR BİR HASTALIK OLAN MİDAORTİK SENDROMLU HASTA OLGULARI: TEK MERKEZ OLGU SERİSİ

Duygu Özer¹, Mahmut Bal², Selen Karagözlü², Özge Pamukçu Akay², Figen Akalın²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Midaortik sendrom (MAS), çocukluk çağında nadir görülen, abdomen ve/veya distal torasik aortanın segmental veya diffüz daralmasıyla karakterize ve önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili klinik durumdur. Çalışmamızda, MAS tanısı konulan hastaların etiyolojisi, tanı ve klinik süreçleri ile tedavi modaliteleri açısından sistematik değerlendirilip literatürde az sayıda olan verilere katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim dalında 2014-2025 tarihleri arasında MAS tanısı alıp, takip ve tedavisi yapılan 5 hastalık retrospektif bir çalışmadır. MAS tanısı için hastaların demografik özellikleri, morbiditeleri, klinik takipleri, laboratuvar teknikleri, elektrokardiyografi, transtorasik ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi bulguları ve klinik takip ve tedavi bilgileri hastaların fiziki ve dijital veri arşivlerinden tarandı.

Bulgular: Midaortik sendrom (MAS) tanısı alan 5 hasta (%80'i kız) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı $14,21 \pm 38$ yıl, ortalama tanı yaşı $9,41 \pm 8,48$ yıl bulunmuştur. Çocuk hastalardan 2'si polikliniğe aort koarktasyonu, diğer 2'si dirençli hipertansiyon ile başvurdu. Tek erişkin ve erkek hasta da göğüs ağrısı ile başvurduğunda tanı aldı. Çalışmaya dahil edilen 5 hastanın tamamında ek anomali ve kardiyak patoloji vardı. İki hastada aort koarktasyonu, 1 hastada ASD, VSD eşlik ediyordu. Bir hasta Williams sendromu, 1 hasta Noonan sendromu ve bir hastanın iktiyozis tanısı vardı. Hastaların EKG'lerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Tanı anında EKO'da tüm hastaların sistolik fonksiyonları korunmuş, 1 hastada orta MY 1 hastada da hafif AY saptandı. Hastaların ekokardiyografik bulgularında inen aortada akım hızının artmış saptanması veya abdominal aorta CW doppler akım paterninde bozulma saptanması üzerine toraks ve abdominal BT anjio görüntüleme yapıldı ve MAS ile uyumlu saptandı. 3 hasta hipertansiyonları dirençli seyrettiği için 3 lü antihipertansif tedavi alıyor. Hastaların izlem süresince kardiyak fonksiyonlarında bozulma izlenmedi. Hastaların ortalama takip süresi $5,36 \pm 3,25$ yıl bulunmuştur. Takip süresince girişimsel işlem (abdominal aorta stenti), cerrahi müdahale yapılan hasta olmadı. Tüm hastalar tedavi altında takiplerine ayaktan klinik izlem şeklinde devam ediliyor.



Midaortik sendromlu hastanın abdominal aorta MR anjiyografi görüntüleri



Tartışma ve Sonuç: Midaortik sendrom, çocukluk döneminde şiddetli hipertansiyonla ortaya çıkabilen nadir bir vasküler hastalık türüdür. İnen torakal ve abdominal aortanın daralmasından dolayı visseral arterler önemli ölçüde etkilenir ve karın içi organlara giden kan azalır. Midaortik sendromlu bireylerin, tekrarlayan direçli hipertansiyonu ve organ hasarı belirtilerini izlemek için uzun vadeli bakım sağlayabilecek tıbbi ve cerrahi uzmanlığı içeren deneyimli multidisipliner bir ekip tarafından yönetilmesi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Midaortik sendrom, hipertansiyon, aort koarktasyonu



PS-149

VİRAL MİYOKARDİT ÖN TANISIYLA YATIRILAN HASTADA ALCAPA SENDROMU: OLGU SUNUMU

Sueda Öztürk Aydın¹, Samed Cihad Çelik², Ali Karakaş², Nida Gülseren Kalay², İlker Kemal Yücel², Reyhan Dedeoğlu²

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Kardiyoloji

Amaç: Anomalous left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA), sol koroner arterin aort yerine pulmoner arterden köken aldığı nadir bir konjenital anomalidir ve tüm konjenital kalp hastalıklarının %0.25–0.5'ini oluşturur. Doğum sonrası pulmoner vasküler direncin düşmesiyle sol koroner perfüzyon azalır ve sol ventrikül miyokardında iskemi gelişir. Sağ koroner arterden gelişen kollateraller ile sol sistem retrograd dolar ve kanın pulmoner artere kaçışı koroner steal fenomenine yol açar. Bunun sonucunda kronik iskemi, sol ventrikül dilatasyonu ve papiller kas disfonksiyonuna bağlı mitral yetmezlik ortaya çıkar. Klinik tablo sıklıkla dilate kardiyomiyopati ve kalp yetmezliği şeklinde olup miyokardit ile karışabilir. Erken cerrahi ile sol ventrikül fonksiyonlarının düzeldiği ve uzun dönem sağkalımın yüksek olduğu bildirilmiştir (1–4). Bu yazıda başlangıçta viral miyokardit düşünülen ancak ileri inceleme ile ALCAPA tanısı alan bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan 14 aylık erkek hasta 6 gündür süren ateş, öksürük ve beslenme azalması ile başvurdu. Kalp tepe atımı 140/dk olup taşikardikti, diğer vital bulgular stabildi. Boy SDS: -0.48, ağırlık SDS: -1.8 idi ve yetersiz kilo alımı vardı. Oskültasyonda ek ses ve üfürüm yoktu, yalnızca orofarinks hiperemikti. Nazofaringeal sürüntüde influenza pozitif. Persistan taşikardi nedeniyle yapılan tetkiklerde rutin laboratuvarlar normal, Troponin T 0.02 ng/mL ve Pro-BNP 705.9 pg/mL saptandı ve viral miyokardit ön tanısıyla yatırıldı. Ekokardiyografide sağ koroner arter dilate (2.8 mm, Z skoru +3.6), sol koroner arterin pulmoner artere retrograd dolumu, sol kalp boşluklarında dilatasyon ve orta mitral yetmezlik izlendi, EF %61 bulundu. BT anjiyografi ile sol koroner arterin pulmoner arterden çıktığı gösterilerek ALCAPA tanısı kesinleştirildi ve cerrahi translokasyon yapıldı.

ALCAPA BT ANJİOGRAFİ





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: ALCAPA infantlarda en sık kalp yetmezliği ve dilate kardiyomiyopati ile prezente olur ve miyokardit ile karışabilir. Persistan taşikardi, büyüme geriliği ve açıklanamayan kardiyak belirteç yüksekliği uyarıcıdır. Ekokardiyografide sağ koroner dilatasyonu, kollateral akımlar ve pulmoner artere retrograd akım tanı için önemlidir. Erken cerrahi sonrası sol ventrikül fonksiyonlarının hızla düzeldiği ve mitral yetmezliğin çoğunlukla gerilediği bildirilmiştir (1,2,5). Uzun dönem sağkalım yüksektir; fonksiyonel iyileşmeyi en çok preoperatif miyokard hasarı belirler (3,4). Persistan taşikardi ve kardiyak belirteç yüksekliği olan infantlarda tablo viral miyokardit ile uyumlu görünse de ALCAPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ekokardiyografide sağ koroner dilatasyonu ve pulmoner artere retrograd akım tanıda anahtar bulgulardır. Erken cerrahi ile kardiyak fonksiyonlar düzelir.

Anahtar Kelimeler: Alcapa, miyokardit



PS-151

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ TEDAVİSİNDE UZUN SÜRELİ STEROİD KULLANIM İHTİYACI

Gaye Nur Özsoy Uslu¹, Özgür Kızılcıca¹, Burçin Nalbantoğlu¹, Nedim Samancı¹

1 – Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D

Amaç: Akut romatizmal ateş (ARA) çocukluk çağının en sık görülen edinsel kalp hastalığıdır. Akut hastalık dönemindeki inflamasyon en sık eklemleri ve kalbi etkiler. Anti-inflamatuvar tedavi ile haftalar içinde iyileşme görülür. Bu yazımızda ARA vakasında 6 ay süren akut faz yüksekliğini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 10 yaş kız hasta, ateş, çarpıntı karın ağrısı şikayeti ile acile başvurusunda kalp tepe atımı 150 atım/dak, ve 3/6 pansistolik üfürüm duyulması üzerine yatırıldı. Tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP). 215 mg/L, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH). 110 mm/sa, WBC.14000 ul (%70 nötrofil), Hg. 12,5 gr/dl, Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, troponin negatif, anti-streptolizin O (ASO). 956 U/mL, pro-BNP. 5698 pg/ml saptanıyor. Çekilen elektrokardiyogramda sinusal taşikardi saptanıyor. Ekokardiyografi değerlendirmesinde 2. Derece mitral yetmezlik ve Hafif Aort yetmezliği görülmesi üzerine ARA tanısı ön planda düşünüldü. Hastaya benzetil penisilin G IM yapılarak, kalp yetmezliğine yönelik kaptopril 0,5 mg/kg/gün, furosemid 1mg/kg/gün digoksin damla 20 mcg/kg/gün, spironolakton 1 mg/kg/gün, anti-inflamatuvar tedavi için prednizolon 2 mg/kg/gün, proton pompa inhibitörü tedavisi başlandı. Ek tetkiklerinde boğaz kültürü negatif, Brucella, Romatoid faktör ve Antinükleer antikor negatif saptandı. Hastanın CRP/ESH değerleri tedavinin dördüncü günü 23/50, 9. Günü 3/9 saptandı. 13. Gününde ayaktan kalp yetmezliği ve prednizolon tedavisi düzenlenerek ev istirahati ile taburcu edildi. Prednizolon 2. Haftanın sonunda azaltılarak Asetil salisilik asit (ASA) anti-inflamatuvar dozda başlandı. Ancak prednizolon kesilmesini takiben 2. Ayda CRP.77 mg/L, ESH.66 mm/sa olması üzerine tekrar prednizolon 2 mg/kg/gün başlandı. 2 hafta tam doz kullanımı sonrasında 2 haftada azaltılarak kesilirken ASA anti-inflamatuvar dozda eklendi. Takibin 3. Ayında CRP. 63 mg/L, ESH.96 mm/sa olması üzerine tekrar prednizolon 2 mg/kg/gün başlandı. 2 hafta tam doz kullanımı sonrasında 2 haftada azaltılarak kesilirken ASA anti-inflamatuvar dozda eklendi. Takibin 4. Ayında CRP. 5 mg/L, ESH.59 mm/sa olması üzerine tekrar prednizolon 2 mg/kg/gün tekrar başlanarak 1 ay tam doz kullanması sonrasında azaltılarak kesilmesi planlandı. 6. Ayın sonunda anti-inflamatuvar tedavi kesildiktenakut faz reaktanları yükselmedi.

Sonuç: ARA'de sıklıkla 6-12 hafta anti-inflamatuvar tedavi yeterli olurken nadir vakalarda daha uzun süreli tedavi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut Romatizmal Ateş, Anti-inflamatuvar tedavi, Kalp Tutulumu



PS-152

WULSON HASTALIĞINDA KARDİYAK TUTULUM: VENTRİKÜLER EKSTRASİSTOL VE MİYOKARDİYAL FİBROZİS İLE SEYREDEN NADİR BİR OLGU

Turgut Kaan Güven¹, Cihad Çelik¹, Ali Karakaş¹, Nida Gülderen Kalay¹, Oğuzhan Tin², Ömer Faruk Beşer², İlker Kemal Yücel¹, Reyhan Dedeoğlu¹

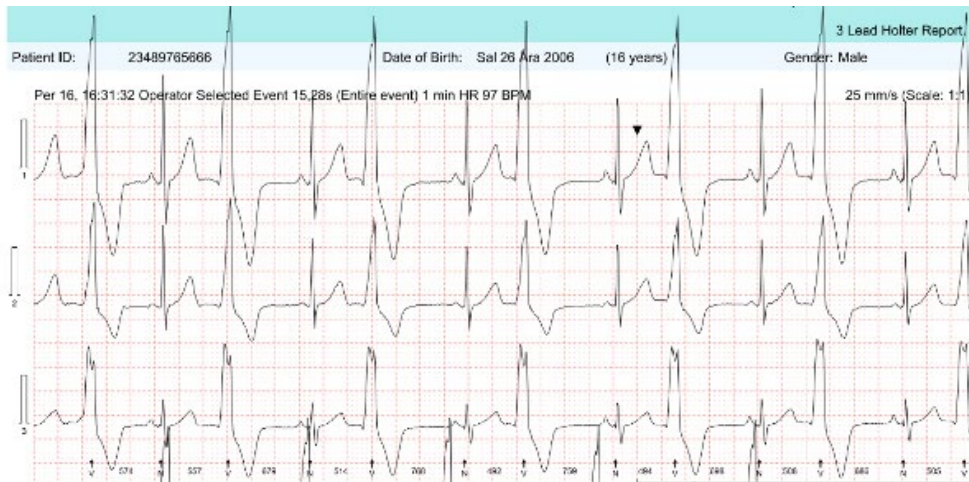
1 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Kardiyoloji

2 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Gastroenteroloji

Amaç: Wilson hastalığı, ATP7B gen mutasyonuna bağlı gelişen, nadir görülen otozomal resesif metabolik hastalıktır. Bakır metabolizmasındaki bozukluk sonucu başta karaciğer ve santral sinir sistemi olmak üzere kornea ve diğer organlarda bakır birikimi meydana gelir. Bunun yanı sıra böbreklerde proksimal tübüler disfonksiyon, kemiklerde artritis ve çeşitli sistemik tutulumlar görülebilir. Wilson hastalığı yönetiminde erken tanı, tedaviye hızlı başlanması, hasta uyumunun sağlanması ve yaşam boyu düzenli takip büyük önem taşır. Ayrıca tedavi yan etkileri ve multisistemik tutulumlar açısından hastaların düzenli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu olgu sunumunda Wilson hastalığının nadir görülen kardiyak tutulumu, özellikle ventriküler aritmi açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

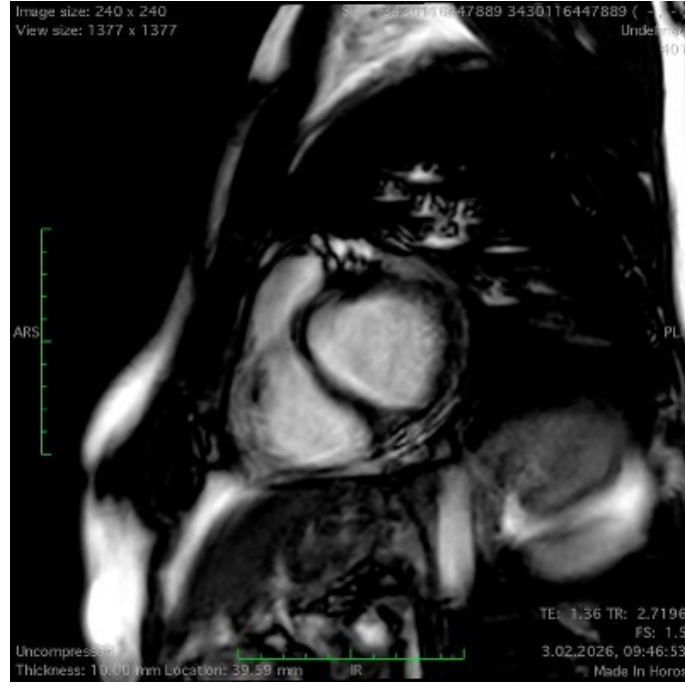
Olgu Sunumu: Yirmi yaşında erkek hasta, rutin değerlendirme amacıyla Çocuk Kardiyoloji polikliniğine yönlendirildi. Hasta, 10 yıldır Wilson hastalığı tanısıyla Çocuk Gastroenteroloji kliniğinde takip edilmekteydi. Hastanın bu süre boyunca kardiyak yakınması olmamıştı. Hastanın öyküsünde, 10 yaşında konuşma bozukluğu şikayeti ile başvurduğu, yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntüleme Wilson hastalığı ile uyumlu bulgular saptandığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde idrar bakır düzeyinin yüksek, serum seruloplazmin düzeyinin düşük olduğu ve oftalmolojik muayenede Kayser-Fleischer halkasının mevcut olduğu belirlenerek Wilson hastalığı tanısı konulmuş. Rutin fizik muayene sırasında kalp ritminde düzensizlik saptanması üzerine elektrokardiyografi (EKG) çekildi ve ventriküler ekstrasistoller (VES) izlendi. Bunun üzerine hasta ileri değerlendirme amacıyla Çocuk Kardiyoloji kliniğine yönlendirildi. Hastaya 24 saatlik ritim Holter monitörizasyonu yapıldı ve 24 saat içinde 19.978 (%18) ventriküler ekstrasistol saptandı. Hastaya beta-bloker tedavi başlandı. Ancak medikal tedaviye rağmen aritmi kontrol altına alınamadı. Bu nedenle hastaya kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlandı. Kardiyak MRG’de miyokardiyal fibrozis ile uyumlu bulgular saptandı. Postkontrast geç faz sekanslarında sol ventrikül mid-ventriküler segmentte, lateral serbest duvarda midwall kontrast tutulumu izlendi.

Ventriküler ekstra sistol





Kardiyak mri



Sonuç: Wilson hastalığı esas olarak hepatik ve nörolojik tutulum ile bilinse de, kardiyak etkilenme daha nadir görülmekte ve sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Literatürde Wilson hastalığında kardiyak tutulum; aritmiler, kardiyomiyopati, otonom disfonksiyon ve miyokardiyal fibrozis gibi farklı klinik tablolarla tanımlanmıştır. Sunulan olguda, hastanın uzun süredir Wilson hastalığı tanısı ile izlenmesine rağmen kardiyak semptomların belirgin olmaması dikkat çekicidir. Ancak rutin muayene sırasında saptanan ritim düzensizliği sonrası yapılan ileri incelemelerde yüksek yükte (%18) ventriküler ekstrasistol varlığı ortaya konmuştur. Bu bulgu, kardiyak tutulumun asemptomatik olabileceğini ve ancak aktif tarama ile saptanabileceğini göstermektedir. Bu olgu, Wilson hastalığında kardiyak değerlendirmelerin yalnızca semptom varlığında değil, düzenli takip kapsamında yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Wilson Hastalığı, Ventriküler ekstra sistol, Aritmi, Miyokardiyal fibrozis



PS-155

ÇOCUKLARDA MİYOKARDİT VE MIS-C İLİŞKİLİ KARDİYAK TUTULUMUN KLİNİK, EKOKARDİYOĞRAFİK VE BİYOBELİRTEÇ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI İNCELENMESİ

Taha Ekinci¹, Samed Cihad Çelik², Ali Karakaş², Nida Gülderen Kalay Şentürk², İlker Kemal Yücel², Ayşe Güler Eroğlu², Reyhan Dedeoğlu²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

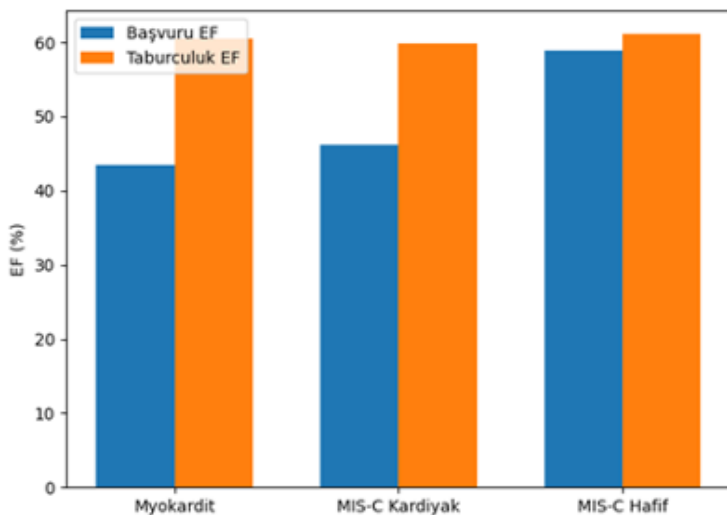
2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pediatrik hastalarda klasik miyokardit ile multisistem inflamatuvar sendrom (MIS-C) ilişkili kardiyak tutulum klinik olarak örtüşebilmekte ancak farklı patobiyolojik mekanizmaları temsil etmektedir. Bu çalışmada primer miyokardiyal hasar fenotipi (klasik miyokardit), hiperenflamatuvar kardiyak tutulum fenotipi (MIS-C + disfonksiyon) ve korunmuş fonksiyonlu MIS-C fenotipinin klinik, fonksiyonel ve biyobelirteç özelliklerinin birlikte incelenmesi ve bu fenotiplerin tanısal-prognostik paternlerinin ortaya konması amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli retrospektif kohort çalışmaya toplam 30 pediatrik hasta dahil edildi (miyokardit n=8, MIS-C kardiyak n=14, MIS-C korunmuş n=8). Demografik veriler, başvuru semptomları, ejeksiyon fraksiyonu (EF), yatış süresi, akut faz belirteçleri (CRP, PCT), kardiyak biyobelirteçler (troponin T, NT-proBNP) ve tedavi yaklaşımları karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler nonparametrik testlerle analiz edildi, longitudinal biyobelirteç değişimleri karma modellerle değerlendirildi.

Bulgular: Göğüs ağrısı klasik miyokarditte belirgin olarak daha sıkı (%87.5; $p < 0.001$), ateş ise MIS-C kardiyak fenotipte evrenseldi (%100; $p=0.0038$). Başvuru EF değerleri gruplar arasında anlamlı farklıydı ($p=0.0026$) ve fark korunmuş kardiyak fonksiyonlu MIS-C grubundan kaynaklandı. En güçlü ayırıştırıcı biyobelirteç troponin T idi (medyan 1.150 vs 0.0375 vs 0.0015; $p < 0.001$; çok büyük etki büyüklüğü). NT-proBNP düzeyleri fenotipler arasında anlamlı farklılık gösterdi ($p=0.0069$) ve longitudinal analizde 5. günde yaklaşık %80 azalma izlendi ($p < 0.001$). Akut faz belirteçlerinden PCT gruplar arasında anlamlı farklıydı ($p=0.021$), CRP düzeyleri ise gruplar arasında istatistiksel olarak farklı değildi ($p=0.075$). EF değişimi ve yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı; ancak miyokardit grubunda daha uzun yatış dağılımı ve taburculukta normalleşmeyen EF olguları gözlemlendi.

Gruplara Göre Başvuru ve Taburculuk EF





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Veriler

Parametre	Myokardit (n=8)	MIS-C Kardiyak (n=14)	MIS-C Hafif (n=8)	p-değeri
Yaş (ort. ± SS)	10.3 ± 2.5	8.1 ± 1.9	6.7 ± 1.8	0.012 ★
Başvuru EF (%)	43.5 ± 10.1	46.2 ± 6.8	58.9 ± 4.2	0.003 ★★
Taburculuk EF (%)	60.5 ± 6.3	59.8 ± 4.5	61.2 ± 3.2	0.451
Yatış süresi (gün)	13.1 ± 4.7	10.8 ± 2.3	7.4 ± 1.9	0.005 ★★
Troponin (ng/mL)	0.63 ± 0.29	0.37 ± 0.19	0.18 ± 0.06	0.001 ★★
proBNP (pg/mL)	12500 ± 3150	8800 ± 2980	3650 ± 1850	0.000 ★★★

Tartışma ve Sonuç: Çocukluk çağında miyokardiyal inflamasyon tek bir klinik spektrumdan ziyade iki baskın biyolojik eksen ile karakterizedir: troponin baskın miyoselüler hasar paterni ve proBNP baskın hiperenflamatuar-stunning paterni. Bu fenotipik yaklaşım, miyokardit ve MIS-C ilişkili kardiyak tutulumun değerlendirilmesinde biyobelirteç temelli sınıflandırmanın tanısallık doğruluğu artırabileceğini ve izlem stratejilerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokardit, MIS-C, ekokardiyografi



PS-163

HEPATOSPLENOMEGALİNİN SESSİZ NEDENİ: NIEMANN-PICK HASTALIĞI TİP B OLGUSU

Deniz Meryem Keskin¹, Sebile Kılavuz², Burcu Hişmi Öztürk², Billur Korkmaz Katılmış², Ceren Bilgün²

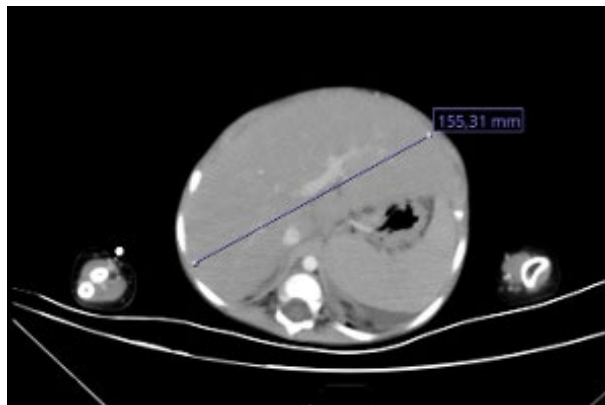
1 – Marmara üniversitesi Pendik EAH, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Marmara üniversitesi Pendik EAH, Çocuk Metabolizma Hastalıkları BD

Amaç: Niemann-Pick hastalığı; sfingomiyelin ve/veya kolesterol metabolizmasındaki bozukluk sonucu lizozomlarda lipid birikimi ile karakterize, otozomal resesif geçişli nadir bir lizozomal depo hastalığı (LDH)'dir. Klinik spektrumu geniş olup hepatosplenomegali, sitopeniler ve bazı alt tiplerde nörolojik tutulum ile seyredebilir. Bu olgu sunumunda, hepatosplenomegali ile başvuran pediatrik hastalarda progresif seyirli bu LDH' nın erken dönemde ayırıcı tanıda akılda tutulmasının, tanısal gecikmenin önlenmesi, uygun tedaviye zamanında başlanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Miadında sezaryen ile doğan, postnatal yoğun bakım gereksinimi olmayan hasta, rutin çocuk sağlığı izlemi sırasında saptanan hepatosplenomegali nedeniyle ileri değerlendirmeye alındı. Fizik muayenede kot altı 8 cm hepatomegali ve 8-9 cm splenomegali dışında patolojik bulgu saptanmadı. Nörolojik muayenesi yaşına uygun olup gelişimsel gerilik izlenmedi. Gastroenterolojik değerlendirme kapsamında yapılan endoskopide patoloji saptanmadı. İlk basamak metabolik incelemeler normal bulundu. Çocuk hematoloji tarafından yapılan kemik iliği aspirasyonunda yaşa uygun maturasyon izlendi; %4 atipi ve depo hücresi özelliği gösteren histiosit saptandı. Göz muayenesinde "japon bayrağı" görünümü izlendi. İleri tetkiklerde asit sfingomiyelinaz enzim aktivitesi düşük bulundu. Lyso-SM düzeyi 247.1 mmol/L (0-19.12) olarak yüksek saptandı. Moleküler genetik analizde SMPD1 geninde bialelik patojenik varyant tespit edilerek Niemann-Pick tip B tanısı kesinleştirildi. Hastaya olipudase alfa enzim replasman tedavisi başlandı ve multidisipliner izlem planlandı.

Hepatomegali Mr Görünümü



Sonuç: Hepatosplenomegali ile başvuran pediatrik hastalarda enfeksiyöz ve hematolojik nedenler dışlandıktan sonra metabolik hastalıklar mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Niemann-Pick hastalığında erken tanı, hastalık progresyonunun yavaşlatılması, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve genetik danışmanlık açısından kritik öneme sahiptir. Klinik şüphe, tanısal sürecin en belirleyici basamağını oluşturmaktadır

Anahtar Kelimeler: Lizozomal, nieman-pick, hepatomegali



PS-164

DOPA DUYARLI DİSTONİNİN ERKEN ÇOCUKLUKTA ATİPİK BESLENME SORUNLARI VE SANDİFER SENDROMU İLE PREZENTE OLMASI: OLGU SUNUMU

Didem Can¹, Burcu Hişmi Öztürk², Ceren Bilgün², Billur Korkmaz², Emel Yılmaz Gümüş², Emine Genç², Kıymet Keçecioğlu Binnetoğlu³, Olcay Ünver³, Dilşad Türkdoğan³, Sebile Kılavuz²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Metabolizma ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul

3 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Dopa duyarlı distoni (Segawa hastalığı), genellikle çocukluk çağında başlayan, levodopaya dramatik yanıt veren, nadir görülen hereditör bir hareket bozukluğudur. En sık GCH1 genindeki patojenik varyantlara bağlı otozomal dominant kalıtım gösterir ve dopamin biyosentezinde görevli tetrahidrobiopterin (BH4) sentezindeki bozukluk sonucu gelişir. Klinik tablo çoğunlukla progresif alt ekstremitte distonisi ve diüurnal dalgalanma ile karakterizedir. Hastalığın klasik formu, çocukluk çağında progresif alt ekstremitte distonisi ve yürüyüş bozukluğu ile başlar, levodopa tedavisine yanıt verir. Bu yazıda, erken çocukluk döneminde ek gıda reddi ve boyunda kasılma atakları ile Sandifer Sendromu gibi prezente olan, başlangıçta gastrointestinal nedenlerle takip edilen ancak ileri değerlendirmede GCH1 geninde patojenik varyant saptanarak tanı alan iki yaşında bir kız olgu sunulmaktadır. Bu olgu, dopa duyarlı distoninin motor bulgular öncesinde atipik ve non-spesifik semptomlarla prezente olabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Yöntem: Hastanın klinik bulguları, fizik ve nörolojik muayene sonuçları, laboratuvar incelemeleri, beyin manyetik rezonans görüntüleme bulguları ve genetik analiz sonuçları değerlendirildi. Klinik şüphe üzerine klinik ekzom dizileme analizi yapıldı. Tanı sonrası levodopa ve 5-hidroksitriptofan tedavisi başlandı. BOS nörotransmitter analizi planlandı ancak aile onayı alınamadığından yapılamadı.

Bulgular: İki yaşında kız hasta, 37. gebelik haftasında sezaryen ile doğmuş. Dördüncü aydan itibaren özellikle katı gıdalar sırasında boyunda kasılma, geriye doğru atma ve huzursuzluk atakları başlamış. Gastroenteroloji takibinde endoskopi ve özofagus manometrisi normal bulunmuş. Proton pompa inhibitörü, magnezyum aljinat ve simetikon tedavisi sonrası beslenmede artış ve nörolojik aktivitede belirgin artış gözlenmiş. Fizik muayenede boy ve kilo -1 SDS, baş çevresi 0,2 SDS idi. Dil gelişimi gecikmiş olup birkaç kelimesi bulunmaktaydı. Beyin MR'ında hafif serebral atrofi ve periventriküler beyaz cevherde non-spesifik sinyal artışı saptandı. Metabolik incelemelerde amonyak ve yağ asidi profilleri normal, plazma aminoasit analizinde fenilalanin ve tirozin düzeyleri hafif yüksek bulundu. Klinik ekzom analizinde GCH1 geninde patojenik varyant saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Dopa duyarlı distoni olgularında başlangıç genellikle motor semptomlardır; bu olguda ek gıda reddi gibi non-motor bir semptom ilk belirti olmuştur. Dopamin eksikliğinin otonom sistem üzerindeki etkileri ve beslenme sırasında ortaya çıkan distonik postürler klinik tabloya katkıda bulunabilir. Levodopa tedavisine yanıt tanıyı destekleyen en önemli klinik kriterdir. Bu olgu, atipik ve non-spesifik bulgularla prezente olabilen dopa duyarlı distonide erken genetik değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dopa duyarlı distoni, Sandifer Sendromu



PS-172

NADİR GÖRÜLEN BİR MUKOPOLİSAKKARİDOZ TİPİ: MPS TİP 3D

Fatime Pilatin¹, Halil Tuna Akar¹, Abdülkerim Kolkıran¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Mukopolisakkaridozlar, glikozaminoglikanları lizozom içinde parçalayan asit hidrolazların eksikliğine bağlı gelişen kronik, ilerleyici ve multisistem tutulumu ile karakterize kalıtsal hastalıklardır. Glikozaminoglikanların hücre içi birikimi, hücre, doku ve organlarda disfonksiyon ile sonuçlanır. Mukopolisakkaridozlar dismorfik yüz, nörokognitif etkilenme, konuşma geriliği ve ağır iskelet displazisi bulgularının ön planda olduğu klinik bulgular ile kendilerini gösterirler. Eksikliği bulunan enzime göre çeşitli tipleri mevcuttur. Mukopolisakkaridoz tip III ilerleyici nörodejenerasyon bulguları ile dikkati çeker. A,B,C,D olmak üzere 4 tipi bulunur ve otozomal resesif kalıtım gösterir. Heparan sülfat yıkımında rol alan N-asetilglukozamin-6-sulfataz enzim eksikliğinde ortaya çıkar. Tanıda kalitatif ve kantitatif idrar glikozaminoglikan düzeyleri ölçümü, enzim ve moleküler analiz yöntemleri kullanılır. Mukopolisakkaridozların Tip III dışında tüm tiplerinde enzim yerine koyma tedavileri uygulanmaktadır.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: Dokuz yaş erkek hasta yürümede güçlük, eklem ağrısı şikayeti ile hastanemiz ortopedi kliniği başvurusunda bilateral Perthes ile uyumlu bulundu. Hastada dismorfik bulgular olması nedeniyle metabolizma kliniğine yönlendirildi. Kemik patolojileri, bilateral konjenital işitme kaybı, sendromik görünüm olması nedeniyle lizozomal hastalık açısından değerlendirildi. Uzaktan akraba olduğu öğrenilen anne ve babadan term, 4200 gram, normal spontan vajinal yolla doğduğu, yenidoğan yoğun bakım yatışı olmadığı öğrenildi. Bebeklikten itibaren kaba yüz görünümü dikkati çeken hastanın gelişim basamaklarında gecikme (oturma 8. ay, yürüme 13. ay) ve konuşma geriliği saptanmış. Bu nedenle araştırılırken işitme kaybı fark edilmiş. Farklı pediatri kliniklerinde yapılan etyolojik incelemeler tanıya ulaşmamış. Merkezimizdeki fizik muayenesinde belirgin kaba yüz görünümü, kötü diş sürümü mevcuttu ve karaciğer kot altında 4 cm ele geliyordu. Kemik taramasında J-şekilli sella tursika, gibbus deformitesi, kalça displazisi, el grafilerinde ise mermi şeklinde metakarp ve falanksalar ile uyumlu görünüm disostozis multipleks olarak değerlendirildi. Lizozomal depo hastalığı ön tanısı ile gönderilen tetkiklerinde spot idrarda total GAG/kreatinin 284.64 mg/g (yüksek), GAG alt tiplerinde heparan sülfat belirgin yüksek, ayrıca kondroitin sülfat yüksek, dermatan sülfat normal bulundu. N-asetilglukozamin-6-sulfataz enzim düzeyi 0,01 nmol/saat/mg protein saptandı. Hastanın genetik analizinde GNS geninde exon10'da homozigot delesyon saptanması ile mukopolisakkaridoz tip 3D tanısı doğrulandı.



J-şekilli sella tursika



Kalça displazisi





Mermi şeklinde metakarp ve falanksalar



Tartışma ve Sonuç: Enzim replasman tedavisi mukopolisakkaridoz tip IIID de faydalı değildir. Destek tedavisi temel yaklaşımı oluşturmaktadır. Klinik bulguların ilerleyici olması ve zamanla komorbiditelerin tabloya eklenebilmesi nedeni ile hastaların erken tanı alması ve destek tedavilerin sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca aileye genetik danışmanlık verilmesi oldukça önemlidir

Anahtar Kelimeler: Mukopolisakkaridoz Tip 3D, Heparan sülfat, Lizozom



PS-174

NADİR BİR KALITSAL METABOLİK HASTALIK, PROLİDAZ EKSİKLİĞİ

Merve Kırallı Sarı¹, Kağan Çalışgan², Tanyel Zübarioğlu², Mehmet Şerif Cansever², Ertuğrul Kıyıkım², Muhammed Aydın³, Esra Yücel³, Ayça Kıyıkım³, Zeynep Torunoğlu⁴, Sezgin Şahin⁴, Çiğdem Aktuğlu Zeybek², Özgür Kasapçopur⁴

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Prolidaz eksikliği (OMIM #170100), PEPD genindeki biallelik varyantlara bağlı, kollajen geri dönüşümünü bozan nadir bir hastalıktır. Kronik ülseratif deri lezyonları başta olmak üzere tekrarlayan enfeksiyonlar, hepatosplenomegali, nörogelişimsel gecikme ve otoimmün/immün disfonksiyon bulguları eşlik edebilir. Tanı, biyokimyasal (imidodipeptidüri/enzim aktivitesi) ve moleküler yöntemlerle doğrulanır.

Olgu Sunumu: On altı yaşında erkek hasta, yaygın cilt lezyonları nedeniyle başvurdu. Bir yaşında ateşli enfeksiyon sırasında anemi saptanmış, kemik iliği aspirasyonunda özgül etyoloji gösterilememişti. Gelişim öyküsünde 2 yaşında yürüdüğü, okuma yazmayı ilkokul 3. sınıfta öğrendiği, yaşlılarına göre gerilik olduğu ve eğitimine devam etmediği öğrenildi. On bir yaşında ateşle birlikte nöbet geçirmesi üzerine levitirasetam başlandı. On iki yaşında ellerde yaralar ile birlikte artrit, yüzde kızarıklık ve eklem yakınmaları nedeniyle Sistemik Lupus Eritematozus tanısı aldı ve prednizolon tedavisi başlandı. Fizik muayenede sol postauriküler bölgede yer yer krutlu ülseratif lezyon ve çoklu lenfadenopati, yüzde yaygın eritem; batin muayenesinde hepatosplenomegali saptandı. Plazma amino asit ve açilkaritin profili normaldi. İmmünolojik incelemede C3 ve C4 düşük, trombosit 117.000/mm³ olup diğer seriler normaldi; IgG ve IgA yüksek bulundu. ANA, anti-dsDNA ve ENA profili negatifti. İdrar amino asit analizinde imidodipeptid atılımı değerlendirilemedi. Solunum fonksiyon testi ve toraks BT normaldi; immünolojik değerlendirme sürmektedir. Tüm ekzon dizilemede PEPD geninde homozigot c.629T > G varyantı saptandı. Ülseratif lezyonlar için topikal prolin krem başlandı ve mevcut SLE tedavisi klinik izlem doğrultusunda yeniden düzenlendi.

Sonuç: Bu olgu, prolidaz eksikliğinin SLE tanısı ile izlenen hastalarda da altta yatan neden olabileceğini ve özgül olmayan başlangıç bulgularının tanıyı geciktirebileceğini göstermektedir. Kronik ülseratif cilt lezyonları, hepatosplenomegali, nörogelişimsel etkilenme ve immünolojik anormallikler birlikteliğinde prolidaz eksikliği ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prolidaz Eksikliği, PEPD, Cilt Lezyonları



PS-177

KUSMA İLE PREZENTE OLAN BARTTER SENDROMU: OLGU SUNUMU

Erhan Çetin¹, Sibel Yel¹, Neslihan Günay¹

1 – Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bartter sendromu, Henle kulpunun kalın çıkan kolunda sodyum, potasyum ve klor geri emiliminde bozukluk ile karakterize, nadir görülen kalıtsal bir renal tübülopatidir. Hastalık genellikle hipokalemi, hipokloremi, metabolik alkaloz, poliüri, polidipsi ve büyüme geriliği ile seyrederek. Yenidoğan ve erken bebeklik döneminde kusma, dehidratasyon ve elektrolit dengesizliği ile başvurabilir. Klinik bulguların özgül olmaması nedeniyle tanı gecikebilir. Erken tanı konulması ve uygun tedavi başlanması hastalığın morbiditesini azaltması açısından önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda erken bebeklik döneminde tekrarlayan kusma ve ciddi elektrolit dengesizliği ile başvuran ve Bartter sendromu tanısı düşünülen bir hastanın klinik özellikleri ve yönetimi sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Altı aylık erkek hasta, iki aylıkken başlayan ve günde 8–10 kez tekrarlayan bol miktarda kusma şikayeti nedeniyle farklı sağlık merkezlerine başvurmuştur. İlk aylarda yapılan değerlendirmelerde kusmanın nedeni saptanamamış ve verilen tedavilere rağmen şikayetleri devam etmiştir. Dört aylıkken hipotoni gelişmesi üzerine tekrar değerlendirilen hastada kan gazında belirgin metabolik alkaloz ve elektrolit dengesizliği saptanmış, hipotansiyon gelişmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. Hastanın özgeçmişinde 39 hafta sezaryen ile doğum öyküsü mevcut olup doğum ağırlığı 3900 gramdır. Soy geçmişinde anne ve baba arasında akrabalık bulunmaktadır. Fizik muayenesinde hastanın vücut ağırlığı 5 kg (SDS -4.04), boyu 66 cm (SDS -1.83) ve baş çevresi 40 cm (SDS -3.55) olarak ölçülmüş olup büyüme geriliği mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde hiponatremi, hipokalemi, hipokloremi ve belirgin metabolik alkaloz saptandı (pH: 7.76, HCO₃: 47). İdrar elektrolitlerinde sodyum, potasyum ve klor yüksek bulundu. Ayrıca plazma renin ve aldosteron düzeyleri referans aralığının üzerinde saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları doğrultusunda Bartter sendromu ön tanısı ile pediatri nefroloji servisine yatırıldı. Hastaya intravenöz sıvı ve potasyum replasmanı başlandı ve prostaglandin sentez inhibitörü olarak ibuprofen tedavisi verildi. Beslenme güçlüğü nedeniyle perkütan endoskopik gastrotomi uygulanarak tedaviler buradan sürdürüldü. İzlemde kusmalarının azaldığı, elektrolit dengesinin düzeldiği ve klinik durumunun iyileştiği gözlemlendi. Yapılan genetik incelemede CLCNKB gen mutasyonu saptanmıştır.

Sonuç: Erken bebeklik döneminde tekrarlayan kusma, büyüme geriliği ve metabolik alkaloz ile seyreden elektrolit dengesizliği olan hastalarda Bartter sendromu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Zamanında tanı konulması ve uygun medikal tedavinin başlanması hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyerek komplikasyonların önlenmesine katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: Kusma, metabolik alkaloz, elektrolit dengesizliği, gelişme geriliği



PS-180

ÇOCUKLARDA ATEŞLİ İDRAR YOLU ENFEKSİYONU SONRASI RENAL SKAR GELİŞİMİ: SON 20 YILIN KANITLARININ SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÖZETİ

Derya Özmen¹, Elif Bazancir Dalak¹

1 – S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE), çocuklarda renal parankim hasarı ve kalıcı renal skar gelişimi açısından önemli bir klinik tablodur. Bu çalışmada, son 20 yılda çocuklarda ateşli İYE sonrası renal skar gelişimini ve ilişkili risk faktörlerini değerlendiren çalışmaların sistematik olarak incelenmesi ve meta-analiz düzeyinde özetlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2006–2025 yılları arasında PubMed, Embase ve Cochrane CENTRAL veritabanlarında yayımlanan çalışmalar sistematik olarak tarandı. Ateşli İYE veya akut piyelonefrit tanısı almış 0–18 yaş çocuklarda, en az 4–6 ay sonra DMSA sintigrafisi ile kalıcı renal skar değerlendirmesi yapılan randomize kontrollü çalışmalar ve gözlemsel kohortlar dahil edildi. Birincil sonlanım kalıcı renal skar sıklığı olarak belirlendi. İkincil sonlanımlar rekürren ateşli İYE, veziköüreteral reflü (VUR) varlığı ve antibiyotik tedavi gecikmesi ile renal skar arasındaki ilişkiydi.

Bulgular: Literatürde ilk ateşli İYE sonrası kalıcı renal skar oranı yaklaşık %10–20 arasında bildirilmektedir. Rekürren ateşli İYE geçiren çocuklarda renal skar gelişim riskinin anlamlı derecede arttığı ve özellikle ikinci ve sonraki ateşli ataklarla riskin belirgin şekilde yükseldiği görülmektedir. VUR varlığı, özellikle orta ve yüksek dereceli VUR, renal skar gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Antibiyotik tedavisinin gecikmesi (> 48–72 saat) yeni veya kalıcı renal skar gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Antimikrobiyal profilaksinin rekürren İYE sıklığını azalttığı, ancak renal skar gelişimini tutarlı biçimde azalttığına dair güçlü kanıt bulunmadığı görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Son 20 yılın kanıtları, çocuklarda ateşli İYE sonrası renal skar gelişiminde en güçlü belirleyicilerin rekürren ateşli enfeksiyonlar, VUR varlığı ve tedavi gecikmesi olduğunu göstermektedir. Klinik yaklaşımda erken tanı, zamanında antibiyotik tedavisi ve rekürrenslerin önlenmesine yönelik stratejiler ön planda olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateşli idrar yolu enfeksiyonu, çocuk, renal skar, DMSA, veziköüreteral reflü



PS-181

İSHAL İLİŞKİLİ HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROMLU ÇOCUKLARDA PROGNOZ

Hilal Arat¹, Neslihan Çiçek², Ayşe Sümeyye Atalay², Mehtap Kaya², Ülger Altuntaş², Özde Nisa Türkkan²,
Serçin Güven², Nurdan Yıldız², İbrahim Gökçe²

1 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: İshal ilişkili Hemolitik Üremik Sendrom (i-HÜS), çocuklarda akut böbrek hasarının en önemli nedenlerinden biridir. Hastaların çoğunda tam iyileşme görülmekle birlikte, bazı hastalarda hipertansiyon, proteinüri ve kronik böbrek hasarı gibi uzun dönem sekeller gelişebilmektedir. Bu çalışmada, i-HÜS tanısı alan hastalarımızın başvuru özellikleri ve uzun dönem prognozlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Ünitesi'nde 2011-2023 yılları arasında i-HÜS tanısı ile izlenen 37 hasta (14 erkek, 23 kız) değerlendirildi.

Bulgular: Başvuru yaşı ve izlem süresi medyan (IQR) değerleri sırasıyla 1,5 (1,8) yıl ve 3 (3,9) yıl olarak bulundu. Başvuru anında medyan tahmini glomerüler filtrasyon hızı (tGFH) 13,4 (15,8) ml/dk/1,73 m² idi. On sekiz (%48,6) hastaya diyaliz uygulandı ve medyan diyaliz süresi 8 (10) gün olarak saptandı. Başvuru sırasında serum laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyi ile tGFH arasında negatif korelasyon bulundu (p=0,05). Bir hasta nörolojik komplikasyonlar nedeniyle 5. günde kaybedildi. Son izlemde bir hasta dışında otuz altı hastanın tGFH değerleri normal aralıkta idi (medyan: 158,4 (42,4) ml/dk/1,73 m²). Bir hastada (%2,7) ise tGFH 79 ml/dk/1,73 m² olarak saptandı. İki (%5,4) hasta antihipertansif tedavi almakta olup, dört (%10,8) hastada persistan proteinüri mevcuttu. Diyaliz uygulanan 18 hasta ile uygulanmayan 19 hastanın son tGFH değerleri karşılaştırıldığında (sırasıyla 139,9±48,3 ve 162,7±19 ml/dk/1,73 m²) anlamlı fark saptanmadı (p=0,17). Bununla birlikte, başlangıç diyaliz süresi ile son tGFH arasında negatif korelasyon bulundu (p=0,04).

Tartışma ve Sonuç: İshal ilişkili HÜS'da başvuru sırasında yüksek LDH düzeyi akut dönemde diyaliz gereksinimini öngörmeye yol gösterici olabilirken, diyaliz süresi uzun dönem renal prognozun bir belirteci olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, hemolitik üremik sendrom, ishal, LDH, prognoz



PS-182

İDRAR YOLU ENFEKSİYONU OLAN BİR HASTADA AKRODERMATİTİS ENTEROPATİKA: OLGU SUNUMU

Fatma Özak Batıbay¹, **Fatma Baykut Baştürk²**, İzel Kahraman¹, Merve Atasoy Kütri³, Ersoy Acer⁴, Aslı Kavaz Tufan¹,
Nuran Çetin¹

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji BD

2 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

3 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları BD

4 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Amaç: Akrodermatitis enteropatika, genetik ya da edinsel çinko eksikliğine bağlı gelişen; periorifisiyal ve akral bölgelerde eritemli, kurutlu plaklarla seyreden nadir bir tablodur. Süt çocukluğu döneminde dermatolojik bulgular ön planda olup sekonder enfeksiyonlar tabloya eşlik edebilir. Bu yazıda idrar yolu enfeksiyonu gelişen akrodermatitis enteropatikalı bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Üç aylık erkek hasta, bir aydır devam eden ağız çevresinde kurutlu döküntüler, huzursuzluk ve beslenememe nedeni başvurusunda yapılan tetkiklerinde piyüri saptanması üzerine yatırıldı. Özgeçmişinde ek özellik saptanmadı. Döküntüleri için öncesinde farklı tedaviler alıp düzelmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde ağız çevresinden kulaklara doğru yayılan, yer yer gövdede ve bez bölgesinde olan sarı kurutlu eritemli plaklar mevcuttu. Hemogramında ve biyokimyasında ek özellik yoktu, akut faz reaktanları negatif idi. Tam idrar tetkikinde lökosit esteraz 3+, eritrosit 8/HPF ve lökosit 107/HPF olarak görüldü. İdrar kültüründe 100.000 CFU/mL Escherichia coli üredi. Renal ultrasonografisi normaldi. Hasta idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile yatırılarak IV seftriakson tedavisi başlandı. Uzun süreli olan döküntüleri nedeni ile metabolik hastalıklar açısından yapılan tetkikleri normaldi. Cilt sürüntüsünde maya elemanları görülmesi üzerine topikal antifungal tedavi, serum çinko düzeyi düşük (17.8 µg/dL) saptanması üzerine çinko eksikliğine bağlı akrodermatitis enteropatika düşünülerek çinko tedavisi başlandı. Genetik inceleme planlanan hasta tedavi sonrası lezyonlarda belirgin gerileme olması, oral alımının artması nedeni ile tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Akrodermatitis Enteropatika- Yüz





Akrodermatitis Enteropatika-El



Akrodermatitis Enteropatika-Bez Bölgesi



Sonuç: Eritemli-kurutlu inatçı lezyonlarla başvuran süt çocuklarında serum çinko düzeyi mutlaka değerlendirilmelidir. Çinko eksikliği immün yanıtı bozarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırabilir ve idrar yolu enfeksiyonuna zemin hazırlayabilir. Erken tanı ve uygun replasman tedavisi ile hızlı klinik iyileşme sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akrodermatitis Enteropatika, Çinko Eksikliği, İdrar Yolu Enfeksiyonu



PS-184

ÇOCUK BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KEMİK MİNERAL BOZUKLUĞUNUN ARAŞTIRILMASI

Gamze Eren Boylu¹, Zeyneb Merve Küçük², Gülşah Kaya Aksoy², Hale Ünver Tuhan³, Evrim Sürer Budak⁴,
Elif Çomak², Mustafa Koyun²

1 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

3 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrin Bilim Dalı

4 – Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Böbrek nakli sonrası kullanılan immünsüpresif tedaviler ve kronik böbrek hastalığı sürecine bağlı metabolik bozukluklar nedeniyle kemik mineral bozuklukları gelişebilmektedir. Bu çalışma, böbrek nakilli çocuk hastalarda nakil sonrası kemik mineral bozukluğunun sıklığını ve şiddetini belirlemeyi, etki eden klinik, biyokimyasal ve tedaviye bağlı faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniğinde 2014–2024 yılları arasında böbrek nakli yapılan ve kemik mineral dansitesi (BMD) değerlendirilen 18 yaş altı hastalar çalışmaya dahil edildi. BMD ölçümleri Dual Enerji X-Ray Absorpsiyometri (DEXA) yöntemi ile vertebra ve femur bölgelerinden gerçekleştirildi. BMD SDS ve persentil değerleri, Türk çocukları için oluşturulan Gökşen referanslarına göre hem takvim yaşına hem de boy yaşına göre hesaplandı. BMD SDS değeri -1 ile -2 arasında olanlar osteopeni, ≤ -2 olanlar osteoporoz olarak tanımlandı. Serum 25(OH)D düzeyi $< 12 \mu\text{g/L}$ eksiklik, $< 20 \mu\text{g/L}$ yetersizlik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya ortanca nakil yaşı 9,83 yıl (IQR 8,99) olan 111 çocuk dahil edildi. Nakil sonrası ortanca izlem süresi 4,53 yıldır (IQR:4,51). Nakil sırasında hastaların %47,8'i kısa boylu ve %18,3'ü düşük kiloluken, nakil sonrası 3. yılda kısa boylu hasta oranı %24,8'e ve düşük kilolu hasta oranı %6,3'e geriledi (p değerleri sırasıyla 0,002 ve 0,004). Osteoporoz sıklığı vertebra BMD boy yaşına göre değerlendirildiğinde izlem yıllarına göre %22–29 arasında değişmekteydi; takvim yaşı referans alındığında ise daha yüksek oranlar (%36–48) saptandı. Vertebra ve femur BMD SDS değerleri tüm dönemlerde boy yaşına göre hesaplandığında takvim yaşına göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0,01$). Lojistik regresyon analizinde nakil yaşı (OR=1,106; $p=0,049$) ve BMI SDS (OR=0,693; $p=0,043$) osteoporoz gelişimi ile ilişkili bulundu. Cinsiyet, diyaliz süresi, preemtif nakil, D vitamini düzeyi ve yüksek doz steroid kullanımı risk faktörü olarak saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Böbrek nakli sonrası pediatrik hastalarda osteoporoz sıklığı vertebra boy yaşına göre %22–29 arasında değişmektedir. Nakil yaşı ve BMI SDS osteoporoz gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Nakil sonrası kemik mineral yoğunluğunun düzenli izlenmesi, erken tanı ve progresyonun önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik böbrek nakli, osteoporoz, DEXA, kemik mineral yoğunluğu, nakil sonrası kemik mineral bozukluğu



PS-185

TEKRARLAYAN HEMATÜRİ VE HİDRONEFROZ İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA ÇOKLU RENAL VASKÜLER VARYASYON: TANISAL YAKLAŞIM

Fatmagül Aktaş¹, Mehtap Çelakıl³, Pınar Dervişoğlu Çavdaroglu², İbrahim Caner⁴, Meltem Karabay⁴

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı

3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

4 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

Amaç: Çocukluk çağında tekrarlayan hematüri etyolojisinde yapısal ve vasküler anomalilerin rolünü vurgulamak.

Olgu Sunumu: Altı yaşında kız hasta dış merkezden, son bir yıldır aralıklı hematüri şikayeti ve ardından gelişen hidronefroz ile voiding sistüetrografi istenmesi üzerine hastanemiz Çocuk Nefroloji polikliniğimize yönlendirildi. Hematüri etyolojisi aydınlatılamamıştı. Hastanın fizik muayenesi olağan, kan basıncı normal sınırlarda idi. Üriner ultrasonografide hidronefroz görülen hastadan istenen MAG-3 sintigrafisi normal olarak değerlendirilmişti. DMSA sintigrafide sol böbrek orta kesim lateralinde kontur düzensizliği izlenmiş olup geçici-kalıcı parankim hasarı ayrımı için kontrol önerilmişti. Sağ böbrek normal tutuluma sahipti. Çekilen üriner ultrasonografide sol böbrekte bifid pelvis ve bilateral renal vasküler varyasyonlar dikkat çekti. Bu bulgular üzerine hastadan kontrastlı BT anjiyografi istendi. Renal kontrastlı BT anjiyografide her iki böbrekte birer aksesuar renal arter saptandı. Renal arter stenozu izlenmedi. Nutcracker sendromu ile uyumlu görünüm saptanmadı. Görülen aksesuar renal arterler hematüri etyolojisi olarak değerlendirildi

Sonuç: Tekrarlayan hematüri ile başvuran çocuklarda vasküler sistem varyasyonları da araştırılmalıdır. Bu hastalar kronik böbrek hastalığı ve hipertansiyon gelişimi açısından uzun yıllar takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hematüri, Hidronefroz, Kronik Böbrek Hastalığı



PS-187

14 YAŞ KIZ HASTADA GELİŞEN AKUT TÜBÜLOİTERSTİYEL NEFRİT OLGUSU

Berke Yılmaz¹, Ezgi Nur Arıv², Esra Karabağ Yılmaz², Ayşe Ağbaş², Seha Kamil Saygılı², Nur Canpolat²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: TIN, böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yol açan ve böbrek interstisyumunda inflamatuvar hücre infiltrasyonu ile karakterize bir renal lezyondur. En sık nedeni ilaçlardır. Diğer nedenler arasında otoimmün hastalıklar ve enfeksiyonlar yer alır. İlaçlar; NSAID ilaçlar, antibiyotikler, diüretikler, simetidin, allopurinol, proton pompa inhibitörleri, 5-aminosalisilatlar ve kontrol noktası inhibitörü monoklonal antikorlar. Otoimmün hastalıklar – sarkoidoz, Sjögren hastalığı, TINU sendromu, IgG4 ile ilişkili hastalık ve SLE. Enfeksiyonlar – Legionella, Leptospira, CMV ve Streptococcus türleri Klinik bulgular – ABH ile ilişkili nonspesifik belirti ve bulgular, alerjik tip reaksiyona ait bulgular (döküntü, ateş ve eozinofili). Laboratuvar – Genellikle kreatinin düzeyinde artış ile prezente olur. İdrar sedimenti çoğunlukla lökositler veya lökosit silendirleri içerir; eritrositler de saptanabilir. İdrarda eozinofiller görülebilmekle birlikte, yüksek özgüllük ve duyarlılığa sahip değildir. Proteinüri genellikle hafif ya da orta derecededir.

Yöntem: Bu posterde olgu sunumu yapılacaktır.

Bulgular: Atopik Dermatit sebebiyle 18 aydır Abrositinib (JAK-1 inhibitörü) kullanmakta olan 14 yaşında kız hasta tarafımıza tam idrar tahlili dipstick'te protein 1+ saptanması üzerine başvurdu. Hastanın ayrıca yakın tarihli NSAID ağrı kesici kullanım öyküsü de mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgusu yoktu. Aktif şikayeti yoktu. Spot idrar Protein/Kreatinin oranı 0,48 ; 24 saatlik idrar Proteini 16 mg/kg/saat , protein/kreatinin oranı: 0,6 mg/mg saptandı. Üriner USG: bilateral böbreklerde Grade 2 ekojenite artışı mevcuttu. İzlemde kreatinin değerleri 0,89 > 1,02 > 1,43 mg/dL' e artması üzerine proteinüri, akut böbrek hasarı ve akut tübülointerstiyel nefrit ön tanıları ile Prednizolon 1 mg/kg/gün tedavisi başlandı. Böbrek biyopsisi akut interstistiyel nefrit ile uyumlu sonuçlandı, izlemde kreatinin değeri 0,86 mg/dL'ye kadar geriledi. Göz muayenesinde üveit saptanmadı. C3-C4 düşüklüğü yoktu. ANA: Homojen Benekli 1/160 pozitif saptandı. Ss-B/La 2+ olması üzerine etimoloji olarak Sjögren düşünüldü. Hastaya Hidroksiklorokin tedavisi de başlandı. Hasta poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Serum kreatinin düzeyi yüksek olan ve idrar analizinde lökosit veya lökosit silendirleri saptanan hastalarda TIN'den şüphelenilmelidir. Özellikle TIN ile ilişkili olduğu bilinen yeni bir ilacın başlanmasını takiben tipik laboratuvar bulgularının ortaya çıkması durumunda ilaç ilişkili TIN düşünülmelidir. Böbrek fonksiyon testlerinde nonspesifik bozulmaya yol açması ve nonspesifik kliniğe sahip olması sebebi ile ayırıcı tanıda mutlaka gözden geçirilmesi gerekli bir tanıdır. Kesin tanı böbrek biyopsisi ile konur; ancak çoğu olguda kesin tanı için biyopsi yapılması gerekli değildir.

Anahtar Kelimeler: Akut Tübülointerstiyel Nefrit, NSAID, Sjögren, Akut Böbrek Hasarı, Böbrek Biyopsisi



PNÖMOKOK PERİTONİTİ İLE KOMPLİKE OLAN NPHS2 İLİŞKİLİ NEFROTİK SENDROM OLGUSU

Ecem Koyuncu¹, Rüveyda Gülmez², Aslı Dağdeviren², Zeynep Demircioğlu Tanır², Nilüfer Gökner²,
Ayşe Pınar Göksu Çetinkaya³

1 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

2 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

3 – Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Steroide dirençli nefrotik sendrom(SRNS), çocukluk çağı nefrotik sendromlarının %10–20’sini oluşturur ve prognozu belirleyen önemli bir alt gruptur.Özellikle erken başlangıçlı ve ailevi olgularda genetik etiyoloji ön plandadır.NPHS2 gen mutasyonları podosinin yapısal bozukluğuna yol açarak immünoşüpresif tedavilere yanıtızs konjenital/erken başlangıçlı nefrotik sendroma neden olur.Ağır hipoalbuminemi, hipogamaglobulinemi ve immün fonksiyon bozukluğu nedeniyle enfeksiyon riski belirgin artmıştır.Spontan bakteriyel peritonit(SBP), masif asiti olan hastalarda hayatı tehdit eden önemli bir komplikasyondur.En sık etken Streptococcus pneumoniae olup dirençli suşlar tedaviyi zorlaştırabilir.Bu olguda NPHS2 mutasyonuna bağlı SRNS tanılı ve izleminde pnömokokkal peritonit gelişen bir hasta sunuldu.

Olgu Sunumu: Üç yıl sekiz aylık kız hasta, konjenital hipotiroidi ve büyüme geriliği nedeniyle izlenmekteyken hipoalbuminemi(1.9g/dL) ve tam idrar analizinde 3+ proteinüri saptanması üzerine Çocuk Nefroloji Kliniğine yönlendirilmişti.Ebeveynler arasında akraba evliliği öyküsü mevcut olup bir yaşında sağlıklı kız kardeşi vardı.Hastaya nefrotik sendrom tanısıyla 2 mg/kg/gün prednizolon tedavisi başlanmış ve ödem kontrolü amacıyla aralıklı intravenöz albümin replasmanları uygulanmıştır.Dört haftalık tam doz steroid tedavisine ve üç kür pulse metilprednizolon uygulamasına rağmen proteinüri ve hipoalbuminemi gerilememiştir.Bu bulgular doğrultusunda steroide dirençli nefrotik sendrom tanısı almış ve klinik ekzom sekanslama yapıldıktan sonra böbrek biyopsisi için kliniğimize yönlendirildi.Başvurusunda belirgin preorbital ve pretibial ödem ile batında distansiyon mevcuttu.Boy 90cm (-2.36SDS), kilosu 13kg (-1.34SDS) ve kan basıncı 100/60mmHg olarak ölçüldü.Laboratuvar incelemelerinde albümin 1.6g/dL olup takiplerinde 1.25g/dL’ye kadar geriledi.Trigliserid 1083mg/dL, üre 12mg/dL, kreatinin 0.46mg/dL ve spot idrar protein/kreatinin oranı 22mg/mg olarak saptandı.Tam idrar tetkikinde 3+ proteinüri mevcuttu, IgG düşüklüğü (0.42g/L) saptandı. Abdominal ultrasonografide grade 2 renal parankimal hastalık ve batında yaygın asit izlendi.İzleminde ateş ve karın ağrısı olması nedeniyle parasentez yapıldı, 14,850 lökosit görüldü, nötrofil hakimiyetindeydi.CRP 363mg/L olup yüksekti. Kültürde Streptococcus Pneumonia üredi.Seftriakson başlanan hastada kültür sonucunun dirençli olması nedeniyle Meropenem ve Teikoplanin tedavisi başlandı, 14 güne tamamlandı.Genetik analiz sonucunda NPHS2 geninde homozigot mutasyon saptandı ve böbrek biyopsisine gerek görülmeydi.Destek tedavisi kapsamında düzenli albümin infüzyonları, diüretik ve enalapril başlandı, böbrek fonksiyonları takip süresince korundu.Sekonder immün yetmezlik açısından IVIG alması planlandı.

Sonuç: Steroide dirençli nefrotik sendromlu hastalarda erken dönemde genetik etiyolojinin araştırılması, gereksiz immunosüpresiflerin önlenmesi ve prognozun öngörülmesi açısından kritik öneme sahiptir.NPHS2 mutasyonlarına bağlı olgularda ağır hipoalbuminemi ve hipogamaglobulinemiye sekonder ciddi enfeksiyon riski artmakta olup, özellikle asiti bulunan hastalarda SBP açısından yakın klinik izlem gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Spontan Bakteriyel Peritonit, Nefrotik Sendrom, Çocuk, Podosin, Genetik, Enfeksiyon



RENAL SKARDAN KARDİYOMİYOPATİYE: YÜKSEK DERECELİ VEZİKOÜRETRAL REFLÜNÜN ÇOKLU ORGAN ETKİSİ

Özlem Güdül¹, Mehtap Çelakıl², Pınar Dervişoğlu Çavdaroğlu³, Ayşe Tekin Yılmaz⁴, Meltem Karabay⁵

1 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

3 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

4 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyonu ve Hastalıkları

5 – Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Amaç: Vezikoüretral reflü (VUR), çocukluk çağında tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE), renal skar gelişimi ve sekonder hipertansiyonun önemli nedenlerindendir. Uzun dönemde kronik böbrek hastalığı ve kardiyovasküler komplikasyonlara yol açabilir. Bu olguda, ileri dereceli VUR öyküsü bulunan ve renal skar zemininde hipertansiyon ile dilate kardiyomiyopati gelişen bir hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Sekiz yaşında kız hasta; tekrarlayan ÜSE ve gündüz idrar kaçırma yakınması ile Çocuk Nefroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın alınan öyküsünde daha önce bilateral VUR nedeniyle 2 defa opere olduğu sonrasında tansiyon yüksekliği nedeniyle amlodipin ve kardiyak disfonksiyon nedeniyle digoksin başlandığı öğrenildi. Fizik muayenede; Genel durumu iyi, bilinç açık. Vücut ağırlığı 19,5 kg (< 3 persantil), boy 121 cm (< 3 persantil), kan basıncı 100/62(90p) mmHg ölçüldü. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hasta malnütrisyon nedeniyle çocuk metabolizma, boy kısalığı nedeniyle çocuk endokrinoloji takibine yönlendirildi. Hastadan statik böbrek sintigrafisi (DMSA), tam idrar tahlili, idrar kültürü istendi. Alınan tahlilleri doğaldı. Antibiyotik profilaksisi başlandı. Mikroalbuminüri olan hastanın ACE inhibitörü dozu artırıldı. DMSA sol böbrek fonksiyon katkısı %19,4, sağ %80,6 olup sol böbrekte belirgin skar mevcuttu. Bunun üzerine çekilen işeme sistoüretrografi (VCUG) sol tarafta evre 4 VUR saptandı. Hastanın mikrolalbuminüri, hipertansiyon ve dilate kardiyomiyopatisi reflü nefropatisine sekonder olduğu düşünüldü. Eş zamanlı yapılan muayenede tansiyonları da yüksek olan hastaya 24 saatlik tansiyon holter takılarak ACE inhibitörü başlandı. Dış merkezde başlanmış olan amlodipin tedavisine devam edildi. Almakta olduğu digoksin tedavisinin devamı açısından çocuk kardiyoloji konsültasyonu istendi. Ekokardiyografide hipertansiyona sekonder düşünülen dilate kardiyomiyopati ve hafif-orta mitral yetersizlik saptandı, digoksin tedavisi (2x5 damla) devam edildi. Poliklinik takiplerinde tansiyon ve mikroalbuminüri gerileyince yapılan kontrol ekosunda dilate KMP nin gerilediği gözlemlendi. Digoksin dozunun azaltılarak kesildi. ACE inhibitörü ve antibiyotik profilaksisine devam eden hasta poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Bu olgu, yüksek dereceli ve tekrarlayan VUR'un renal skar, sekonder hipertansiyon, persistan proteinüri ve kardiyak etkilenime kadar ilerleyebileceğini göstermektedir. Tek taraflı belirgin fonksiyon kaybı ve eşlik eden hipertansif kardiyomiyopati varlığı, yakın nefrolojik ve kardiyolojik izlem gerektirmektedir. Multidisipliner yaklaşım uzun dönem renal ve kardiyak prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Proteinüri, Ventriküler Disfonksiyon, Nefropati



PS-191

HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURASI ÖYKÜSÜ OLAN BİR ÇOCUKTA NEFRİTİK VE NEFROTİK BULGULARLA SEYREDEN, NORMAL KOMPLEMAN DÜZEYLİ MEMBRANOPROLİFERATİF GLOMERÜLONEFRİT

Taha Ekinci¹, Yücel Safa Aksoğan¹, Fesahat Nazlı Aykut¹, Ezgi Nur Arüv², Ayşe Ağbaş², Seha Saygılı², Ayşe Kalyoncu Uçar³, Esra Karabağ Yılmaz², Nur Canpolat²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı

Amaç: Nefritik ve nefrotik komponentlerin birlikte izlendiği hastalarda ayırıcı tanı geniş olmakla beraber klinik ve laboratuvar bulguları tek başına tanı koydurucu olmayabilir. Sıklıkla Poststreptokokal glomerülofrit (APSGN) ve IgA nefropatisi görülse de desteklemeyen bulgular varlığında diğer ayırıcı tanılar akla gelmelidir. Bu olgu sunumunda, Henoch-Schönlein purpurası (HSP) öyküsü bulunan bir çocukta nefritik-nefrotik tablo ile başvuru sonrası ayırıcı tanı süreci ve renal biyopsi ile membranoproliferatif glomerülofrit (MPGN) tanısı alması anlatılmış olup şüphelenilen olgularda renal biyopsinin tanısız önemini vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında erkek hasta; dört gündür devam eden burun akıntısı, boğaz ağrısı, halsizlik ve çay rengi idrar yakınmaları ile başvurdu. İki gün önce ateş öyküsü mevcuttu. Bir hafta önce yüzde ve göz kapaklarında ödem geliştiği kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Özgeçmişinde 1,5 yıl önce purpura ve kanlı gaita ile HSP tanısı aldığı, hastane yatışı olduğu ama renal tutulum saptanmadığı belirtildi. Fizik muayenede genel durumu iyi, pretibial 2+/2+ ödem mevcut olup kan basıncı yaşa göre üst sınırlarda seyrediyordu. İdrar tetkiklerinde 3+ proteinüri ve 3+ hematüri izlendi; idrar sedimentinde bol morfik eritrosit saptandı. . Yirmi dört saatlik idrarda protein atılımı nefrotik düzeydeydi (1161 mg/gün). Serum albümin düzeyi düşük (2,68 g/dL) olup üre ve kreatinin değerleri normaldi. Nefritik ve nefrotik bulguların birlikte olması nedeniyle ayırıcı tanıda APSGN ve IgA nefropatisi ön planda düşünüldü. Ancak kompleman düzeylerinin normal (C3: 2,07 g/L, C4: 0,31 g/L) saptanması ve proteinürinin persistan seyretmesi üzerine renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsi ışık mikroskopisinde glomerüllerde mezangial proliferasyon ve kapiller duvar kalınlaşması, bazal membranlarda çift kontur görünümü saptandı. İmmüno Floresan incelemede mezangial ve kapiller duvarlarda granüler immün birikimler izlendi. Bulgular, normal kompleman düzeyleri ve persistan proteinüri ile birlikte değerlendirilerek olguya immün kompleks aracılı membranoproliferatif glomerülofrit (MPGN) tanısı konuldu.

Sonuç: Nefritik ve nefrotik sendrom bulgularının birlikte izlendiği çocuk hastalarda, klinik tablo APSGN veya IgA nefropatisini düşündürse dahi normal kompleman düzeyleri ayırıcı tanıda uyarıcı olmalıdır. Bu olgu, HSP öyküsü bulunan hastalarda renal bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini hem nefrotik hem nefritik komponentlerin olduğu olgularda renal biyopsinin tanısız açıdan belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Erken biyopsi kararı, MPGN gibi nadir glomerülopatilerin tanınmasını ve tedavi planının oluşturulmasını sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: MPGN, Nefritik sendrom, Nefrotik sendrom, Renal biyopsi, Henoch-Schönlein Purpurası



PS-193

NUTCRACKER SENDROMUNA BAĞLI RENAL VEN TROMBOZU: PEDIATRİK OLGU SUNUMU

Ferah Diyar Karaman Can¹, Tamay Gürbüz¹, Levent Soydan², Çağatay Nuhoğlu¹

1 – Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Nutcracker sendromu(NCS), sol renal venin en sık olarak abdominal aorta ile superior mezenterik arter arasında sıkışması sonucu ortaya çıkar. Bu kompresyon venöz hipertansiyona yol açarak hematüri, proteinüri, yan ağrısı ve nadiren renal ven trombozu gibi komplikasyonlara neden olabilir. Pediatrik yaş grubunda semptomlar genellikle nonspesifik olduğundan tanı gecikebilir. Bu yazıda ortostatik proteinüri ve mikroskopik hematüri ile seyreden ve renal ven trombozunun eşlik ettiği bir adölesan olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: On üç yaşında erkek hasta, hastanemiz çocuk acil servisine sol yan ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Öyküsünde idrarda yanma, renk değişikliği, ciltte döküntü, halsizlik ve eklem ağrısı olmadığı; ilaç kullanımının bulunmadığı öğrenildi. Özgeçmişi ve soygeçmişi nefrolitiazis, kronik böbrek hastalığı ve Ailesel Akdeniz Ateşi öyküsü yoktu. Antropometrik değerlendirmede vücut ağırlığı 60kg (75. persentil), boyu 175cm (95. persentil) ve vücut kitle indeksi 19,59 kg/m² (40. persentil) olarak saptandı. Fizik muayenesinde sistem bulguları doğal, vital bulguları stabildi. Ödem saptanmadı ve kan basıncı yaşına göre normal sınırlardaydı. İdrar analizinde mikroskopik hematüri ve +3 proteinüri saptanması üzerine hasta yatırılarak ileri incelemeye alındı. Laboratuvar tetkiklerinde serum üre ve kreatinin düzeyleri normaldi (kreatinin: 0,57 mg/dL). Serum albümin düzeyi 3,37 g/dL olarak ölçüldü. Hemogram, karaciğer enzimleri, amilaz, lipaz, akut faz reaktanları ile kompleman C3 ve C4 düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Sabah sırtüstü (supin) pozisyonunda alınan ilk idrar örneğinde proteinüri saptanmazken mikroskopik hematürinin devam ettiği görüldü ve ortostatik proteinüri düşünüldü. Persistan yan ağrısı, ortostatik proteinüri ve mikroskopik hematüri birlikteliği nedeniyle NCS ön tanısıyla kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisi(BT) çekildi. Kontrastlı BT incelemesinde üreter sistemde taş tespit edilmedi, NCS ile uyumlu olarak değerlendirildi ve sol renal vende parsiyel tromboz saptandı. Renal ultrasonografide her iki böbreğin boyutu, yerleşimi ve parankim ekojenitesi normaldi. Doppler renal ultrasonografide sol renal ven kompresyonu ve parsiyel tromboz izlendi. Tedavide düşük molekül ağırlıklı heparin olarak enoksaparin 2×100 IU/kg/doz başlandı. Parasetamol ile ağrıları gerileyen hasta, çocuk hematoloji ve çocuk nefroloji poliklinik kontrolleri planlanarak taburcu edildi.

Sol renal hilus seviyesinde, sol renal vende parsiyel trombüs (ok)





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Olgumuz, çocukluk çağında nadir görülen NCS'nin ortostatik proteinüri ve mikroskopik hematüri ile prezente olabileceğini; eşlik eden persistan yan ağrısının ise tanısal şüpheyi artırması gerektiğini göstermektedir. Yan ağrısı ile birlikte ortostatik proteinüri ve mikroskopik hematüri saptanan çocuklarda NCS akılda tutulmalı; olası tromboz açısından görüntüleme ile değerlendirme yapılarak multidisipliner takip planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nutcracker Sendromu, ortostatik proteinüri, mikroskopik hematüri, renal ven trombozu



PS-194

ERKEN BAŞLAYAN PROTEİNÜRİDEN SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİNE: PLCE1 MUTASYONLU BİR OLGUNUN YOLCULUĞU

Fesahat Nazlınur Aykut¹, Seha Kamil Saygılı², Esra Karabağ Yılmaz², Ayşe Ağbaş², Nur Canpolat²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: .Erken Başlayan Proteinüriden Son Dönem Böbrek Yetmezliğine: PLCE1 Mutasyonlu Bir Olgunun klinik gidişatının sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: PLCE1 glomerüler filtrasyon bariyerinde bir iskele proteini olarak görev alan ve bariyerin yapısal bütünlüğü için gerekli bir proteindir. PLCE1 genindeki patojenik varyantlar, izole nefrotik sendromdan ilerleyici glomerülopatilere uzanan geniş bir klinik yelpaze ile ilişkilendirilen nadir bir genetik bozukluktur. Bu bildiride, erken çocukluk döneminde proteinüri ile tanı alan ve izlem sürecinde son dönem böbrek hastalığına ilerleyen PLCE1 mutasyonlu bir olgunun klinik seyri sunulmaktadır

Bulgular: Hasta ilk olarak 6 aylıkken, kardeşinde PLCE1 mutasyonunun saptanması üzerine yapılan aile taraması sırasında proteinüri tespit edilmesi ve genetik analizde patolojik PLCE1 mutasyonunun doğrulanması ile tanı aldı. İzlem süresince hasta ramipril tedavisi altında takip edildi; proteinürisi persistan seyretmekle birlikte hiçbir dönemde hipotalbüminemi gelişmedi ve nefrotik sendrom tablosu ortaya çıkmadı. Böbrek fonksiyonları yaklaşık 10 yıl boyunca görece stabil kaldı. Yaklaşık on yıllık izlem sonrasında, hasta halsizlik ve iştahsızlık yakınmalarıyla başvurdu. Bu başvuruda kreatinin düzeyinin 2,2 mg/dL'den 6,8 mg/dL'ye yükseldiği saptandı. Muayenede ödemi olmayan, genel durumu orta ve kan basıncı sınırdan yüksek olarak değerlendirildi. Başvurunun ardından yapılan değerlendirmede, akut böbrek hasarının prerenal, postrenal veya tübüler nedenlerine işaret eden laboratuvar ya da görüntüleme bulgusu saptanmadı. Bu nedenle yaklaşım glomerüler düzeyde progresif bir hasar olasılığı üzerine yoğunlaştı. Ardışık ölçümlerde kreatininin 5,6–7,2 mg/dL aralığında sebat ettiği, proteinürinin devam ettiği görüldü. Uzun dönem proteinüri öyküsü, PLCE1 mutasyonunun biliniyor olması, nefrotik sendrom gelişmemesine rağmen glomerüler fonksiyon kaybının ilerlemesi ve akut dönem değerlendirmesinde alternatif nedenlerin dışlanması birlikte ele alındığında, tablo progresif PLCE1 ilişkili glomerülopati ile uyumlu kabul edildi. Sonuç olarak, fonksiyonel kaybın belirginleşmesi üzerine hasta Evre 5 kronik böbrek hastalığı tanısıyla düzenli hemodiyaliz tedavisine başlandı

Tartışma ve Sonuç: PLCE1 mutasyonları, proteinüri ile başlayıp nefrotik sendrom gelişmeyen olgularda bile ilerleyici böbrek fonksiyon kaybına yol açabilir. Bu olguda uzun süre stabil seyreden böbrek fonksiyonlarının ani kreatinin artışıyla bozulması, PLCE1 ilişkili glomerülopatilerin hızlı progresyon gösterebileceğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: plce-1 mutasyonu, glomerülopati, son dönem böbrek yetmezliği



PS-195

AKUT BÖBREK HASARI NEDENİYLE İZLENEN ÇOCUK HASTALARDA ETİYOLOJİ, RİSK FAKTÖRLERİ, KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

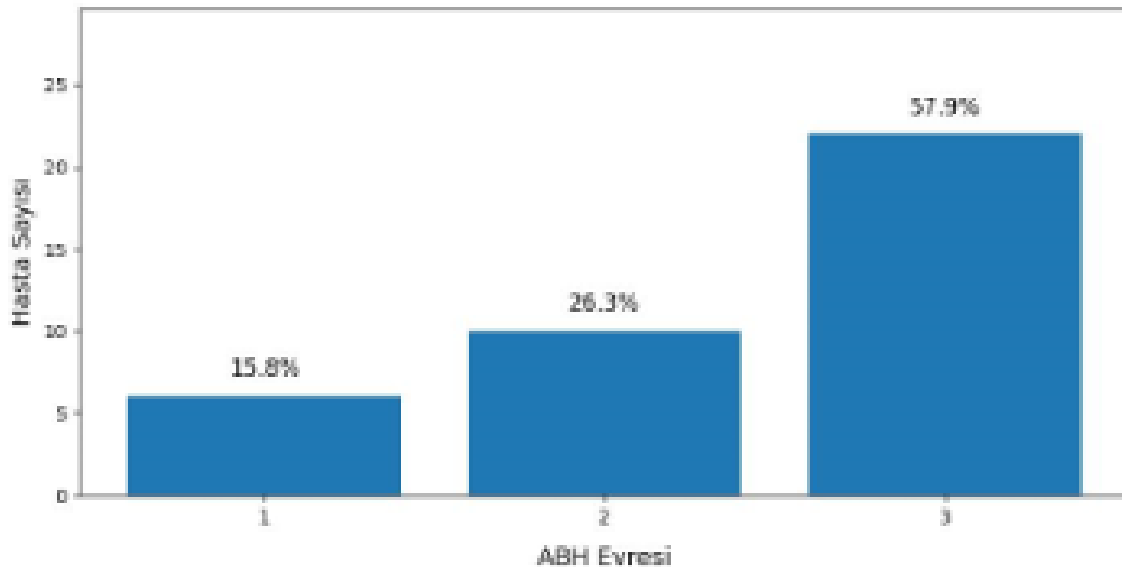
Aysel Hagverdiyeva İsgandarova¹, Nilüfer Gökna¹

1 – Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Akut böbrek hasarı (ABH), çocukluk çağında farklı etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilen ve klinik seyri hafif, kendini sınırlayan tablolardan yoğun bakım izlemi ve renal replasman tedavisi gerektiren ağır formlara kadar geniş bir spektrum gösterebilen önemli bir klinik tablodur. Bu çalışmada, merkezimizde izlenen toplum kökenli ABH olgularının etiyolojileri, demografik özellikleri, başvuru serum kreatinin düzeyleri, çocuk yoğun bakım ünitesi (ÇYBÜ) yatış gereksinimi, diyaliz ihtiyacı ve izlem sürecinde kronik böbrek yetmezliği (KBY) gelişimi ve prognozlarını irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2021-Şubat 2026 tarihleri arasında merkezimizde toplum kökenli ABH tanısı ile izlenen 38 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik veriler, klinik ve laboratuvar veriler hasta dosyalarından elde edildi. ABH tanısı ve evrelemesi, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kriterlerine göre yapıldı. Buna göre serum kreatinin düzeyindeki artış ve idrar çıkışı ölçütleri esas alınarak hastalar Evre 1, Evre 2 ve Evre 3 olarak sınıflandırıldı. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak analiz edildi.

ABH Evre Dağılımı

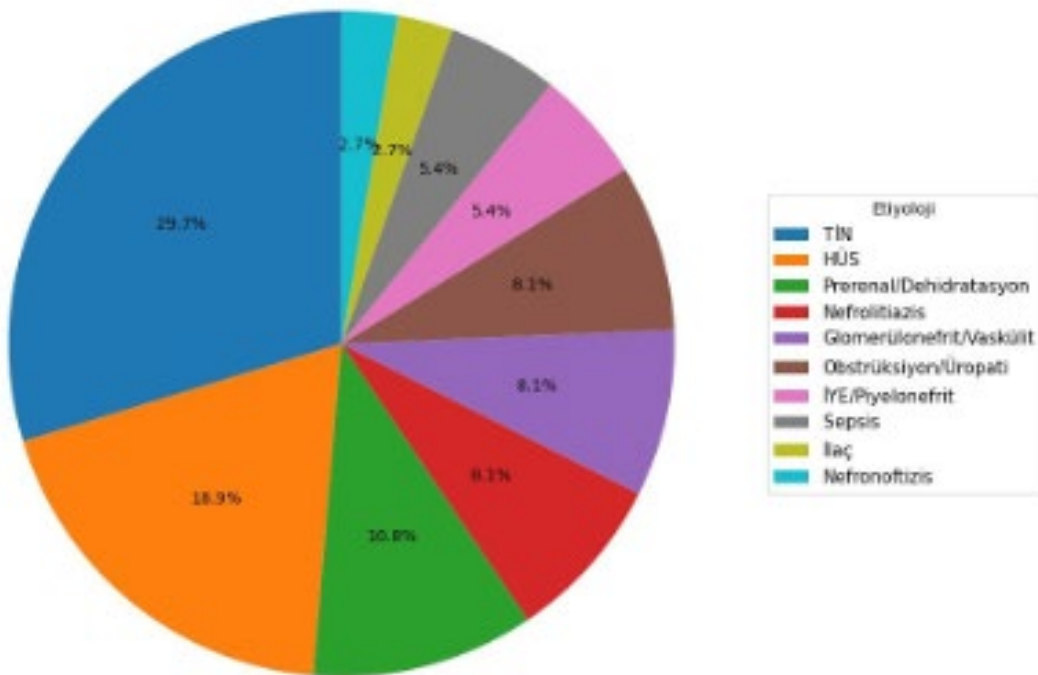


Evre	Hasta Sayısı (n)	Oran (%)
1	6	15.8%
2	10	26.3%
3	22	57.9%



Bulgular: Çalışmaya alınan 38 hastanın yaş ortalaması $10,6 \pm 5,2$ yıl, ortanca yaş 11,5 yıl (9ay-17yaş 8 ay) idi. Başvuru serum kreatinin düzeyi ortanca 2,12 mg/dL (min-maks: 0,55-12,0) olarak saptandı. Etiyolojik nedenler heterojen dağılım göstermekte olup en sık nedenler tübülointerstisyel nefrit (çoğunlukla ilaç ilişkili), hemolitik üremik sendrom, enfeksiyon ilişkili nedenler (piyelonefrit/ürosepsis), dehidratasyon-prerenal nedenler ve çeşitli primer/sekonder glomerüler hastalıklar olarak izlendi. Çocuk yoğun bakım ünitesi yatış gereksinimi %36,8 (n=14) hastada gözlemlendi. Akut dönemde diyaliz tedavisi gereksinimi %28,9 (n=11) hastada saptandı. Uygulanan yöntemler arasında hemodiyaliz ve bazı olgularda kombine tedaviler yer aldı. İzlem sürecinde kronik böbrek yetmezliği gelişimi %18,4 (n=7) hastada tespit edildi.

ABH Etiyoloji Dağılımı

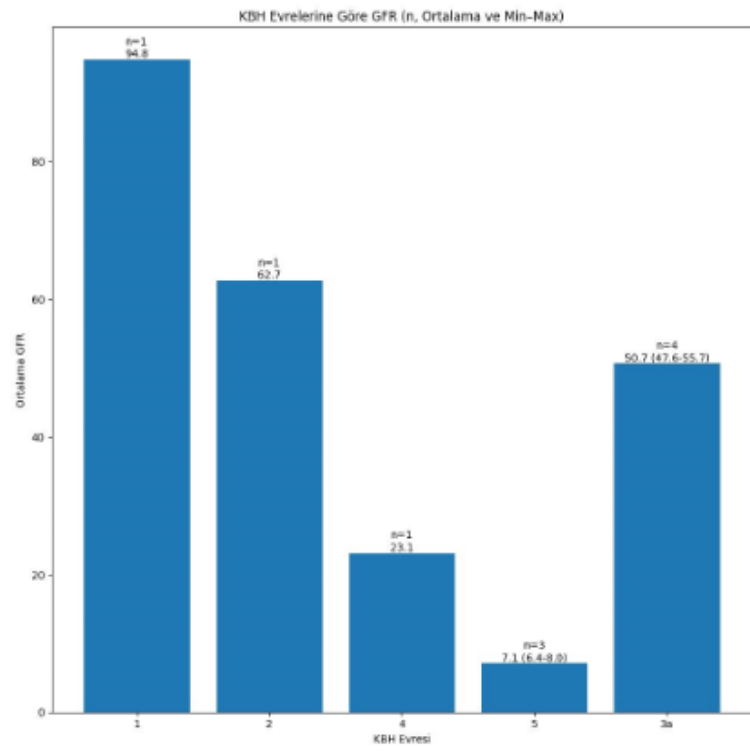


ABH Hastalarının Klinik Özellikleri

Değişken	Hasta Sayısı (n)	Oran (%)
Toplam Hasta	38	100%
Oligüri	3	7.9%
Anüri	10	26.3%
Hemodiyaliz (HD)	4	10.5%
Hemodiyaliz + Periton Diyalizi (HD+PD)	5	13.2%
Kız	24	63.2%
Erkek	14	36.8%
Son Başvuruda Hipertansiyon	7	18.4%
Son Başvuruda Proteinüri	9	23.7%
KBH Gelişimi	10	26.3%



KBH Oluşan Olgularda KDIGO Evrelerine göre eGFR Dağılımı



Tartışma ve Sonuç: Toplum kökenli pediatrik ABH olguları geniş etiyolojik spektrum göstermektedir ve önemli bir kısmında yoğun bakım yatışı ve renal replasman tedavisi gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Başvuru kreatinin yüksekliği ve altta yatan etiyoloji, hastalığın kısa ve orta dönem renal prognozunu belirlemede önemli klinik göstergelerdir. ABH sonrası hastaların %26.3'ünde kronik böbrek hastalığı gelişmesi, bu grubun uzun dönem nefrolojik izlem gereksinimini açıkça ortaya koymaktadır. Ayrıca son başvuru değerlendirmesinde hastaların %18.4'ünde hipertansiyon (n=7) ve %23.7'sinde proteinüri (n=9) saptanması, ABH'nin yalnızca akut dönemle sınırlı kalmadığını; kalıcı renal hasar ve kardiyovasküler risk açısından uzun dönem takip gerektirdiğini göstermektedir. Erken tanı, etiyolojiye yönelik tedavi ve yakın takip, kalıcı böbrek hasarını azaltmada kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Hasarı, Prognoz, KDIGO Evreleme, Kronik Böbrek Hastalığı, Etiyolojik Dağılım, Renal Replasman Tedavisi



TROMBOMODULİN İLİŞKİLİ ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM: OLGU SUNUMU

Simay Buse Gülümser¹, Esra Karabağ Yılmaz², Seha Saygılı², Ayşe Ağbaş², Sare Güntülü Şık³, Nur Canpolat²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Amaç: Hemolitik üremik sendrom (HÜS), mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı ile karakterize trombotik mikroanjiyopati tablosudur. Çocukluk çağında en sık Shiga toksin ilişkili HÜS görülmekle birlikte, kompleman sisteminin bozukluklarına bağlı atipik HÜS (aHÜS) daha ağır seyirli olup erken tanı ve hedefe yönelik tedavi gerektirir. Trombomodulin (THBD) mutasyonuna bağlı atipik HÜS nadir ancak klinik açıdan önemlidir.

Olgu Sunumu: Antenatal dönemde posterior üretral valv (PUV) tanısı alan ve vezikoamniyotik şant uygulanan, postnatal PUV ablasyonu yapılan 2 yaş erkek hasta; kanlı ishal ve idrar miktarında azalma ile başvurdu. Muayenesinde tartısı 18 kilogram, solunum sesleri bazallerde belirgin azalmış, hepatomegali, splenomegali, asit, skrotumda belirgin ödem mevcuttu. Tetkiklerinde anemi, trombositopeni, böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastaya trombotik mikroanjiyopati (TMA) tanısıyla yoğun bakımda hemodiyaliz tedavisi başlandı. Hastanın TMA etiyolojisine yönelik tetkiklerinde koagülasyon testlerinin normal olmasıyla dissemine intravasküler koagülopati, ADAMTS13 düzeyinin normal olmasıyla trombotik trombositopenik purpura dışlandı. HÜS düşünülen hastanın haptoglobulin(0,01 g/L) ve kompleman düzeyi(C3: 0,4 g/L) düşük, laktat dehidrogenaz yüksek, direkt coombs testi negatif, gaitada enteropatojenik Escherichia coli (EPEC) saptandı. Ancak iki doz plazmaferesis tedavisine rağmen klinik ve laboratuvar bulguları düzelmeyen hastada aHÜS düşünülerek eculizumab tedavisi başlandı. Tedavi sonrası 3. gününde anemisi ve trombositopenisi düzelen hastanın 4.gününde idrar çıkışı olup, 6. gününde hemodiyaliz tedavisi sonlandırıldı. Kompleman ilişkili aHÜS açısından gönderilen tüm ekzom dizileme analizinde THBD geninde heterozigot otozomal dominant kalıtsımlı mutasyon saptandı. Bu mutasyona bağlı aHÜS olgularının eculizumab tedavisinden fayda gördükleri bilindiği için yaklaşık 6 ay tedavi verildikten sonra kesildi. Eculizumab kesildikten 4 ay sonra geçirilen enfeksiyon ardından evde strip ile hematüri saptanan, trombosit değerlerinde %25, C3 ve haptoglobulin düzeylerinde düşüş görülen hastaya tekrar eculizumab tedavisi başlandı. 8 ay tedavi verilen hastanın klinik ve laboratuvar takibinde patoloji saptanmaması üzerine tedavisi tekrar kesildi. Son vizitte böbrek fonksiyonlarının ve kompleman düzeyinin normal olduğu, proteinüri ve hipertansiyon gelişmediği görüldü.

Sonuç: Kanlı ishal öyküsü bulunan HÜS olgularında dahi düşük kompleman düzeyleri varlığında aHÜS akılda tutulmalıdır. Trombomodulin ilişkili aHÜS nadir olmakla birlikte ağır klinik seyir gösterebilir. Erken dönemde başlanan eculizumab tedavisi hematolojik ve renal düzelme açısından kritik öneme sahiptir ancak literatürde tedavi süresiyle ilgili bilgiler sınırlıdır, olgumuz enfeksiyonla tetiklenen ancak altta yatan kompleman regülasyon bozukluğu bulunan hastalarda genetik değerlendirme ve hedefe yönelik tedavinin önemini ve süresini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik üremik sendrom, trombomodulin, eculizumab



PS-197

AKUT BÖBREK HASARINDAN OTOİMMÜN TANIYA: SJÖGREN SENDROMU

Özge Yaren Uysal³, Ezgi Nur Ariüv¹, Zeynep Torunoğlu², Esra Karabağ Yılmaz¹, Sezgin Şahin², Nur Canpolat¹

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Akut böbrek hasarı (ABH) çocukluk çağında çoğunlukla prerenal ve enfeksiyöz nedenlere bağlı görülürken, otoimmün hastalıklara sekonder tübülointerstisyel nefrit (TİN) nadirdir. Sjögren sendromu (SS) pediatrik yaş grubunda seyrek olup renal tutulum çoğunlukla olgu bildirimleri ile sınırlıdır. Bu olguda, proteinüri nedeniyle izlemdeyken ABH gelişen adölesan bir hastada renal biyopsi ile doğrulanan TİN'in etiyolojisinde primer Sjögren sendromunun saptanma sürecinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Proteinüri nedeniyle çocuk nefroloji izleminde olan 14 yaş kız hastada kreatinin değerlerinin 0,89 mg/dL'den 1,43 mg/dL'ye yükselmesi üzerine ABH ön tanısıyla ileri değerlendirme yapıldı. Klinik, laboratuvar, immünolojik testler, görüntüleme ve renal biyopsi bulguları retrospektif olarak incelendi. Ayırıcı tanıda ilaç ilişkili interstisyel nefrit, enfeksiyöz nedenler, TINU sendromu ve sistemik lupus eritematozus dışlanmaya çalışıldı. Başvuru sırasında kreatinin 1,02 mg/dL olup izlemde 1,43 mg/dL'ye yükselmişti. Spot idrar protein/kreatinin oranı 0,48–0,6 mg/mg, 24 saatlik idrar protein atılımı 16 mg/kg/saat idi. İdrarda steril piyüri ve artmış β2-mikroglobulin (5,78 mg/L) saptandı. ANA 1/160 homojen benekli pozitif, ENA profilinde anti-SSB (La) 2+ pozitif bulundu; C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Renal biyopsi glomerülleri koruyan belirgin lenfoplazmasitik interstisyel infiltrasyon ve tübülit ile akut TİN ile uyumlu saptandı. Oftalmolojik değerlendirmede üveit izlenmedi. Kortikosteroid tedavisi (1 mg/kg/gün prednizolon) sonrası kreatinin 0,86 mg/dL'ye geriledi.

Sonuç: Pediatrik yaş grubunda TİN çoğunlukla ilaç ilişkili olmakla birlikte otoimmün etiyolojiler nadir fakat klinik açıdan önemlidir. Açıklanamayan ABH, steril piyüri varlığında Sjögren sendromu akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun immünsüpresif tedavi ile renal fonksiyonlar geri kazanılabilir. Bu olgu, çocukluk çağında SS'ye bağlı renal tutulumun multidisipliner yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Hasarı, Tübülointerstisyel Nefrit, Sjögren Sendromu



PS-198

AMBULATUAR KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ YAPILAN ÇOCUKLARDA HİPERTANSİYON TANISINI ÖNGÖREN KLİNİK VE METABOLİK FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Büşra Demir¹, Ayşe Pınar Göksu Çetinkaya²

1 – Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

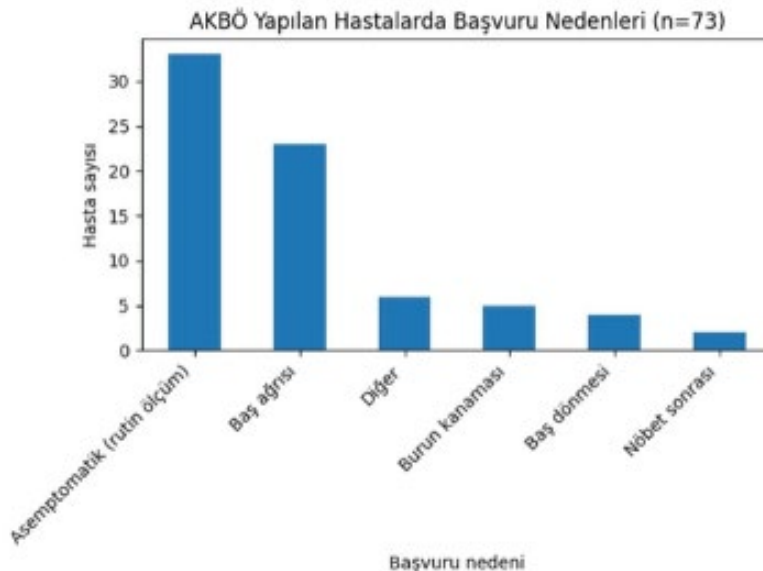
2 – İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuklarda Böbrek Nakli Araştırmaları Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Amaç: Çocukluk çağında hipertansiyonun genel prevalansı %2 ila %5 arasındadır ve çocukluk çağı hipertansiyonunun en yaygın türü, özellikle ergenlik döneminde, primer hipertansiyondur(1). Çocuk çağındaki hipertansiyon sıklığı; obezitenin yaygınlığındaki artış ve beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerle birlikte gün geçtikçe artmaktadır.(2). Çocuk Nefroloji polikliniğinde ambulator kan basıncı ölçümü yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirilerek etyoloji, risk faktörleri, komorbiditelerinin belirlenmesi ve bir toplumsal sağlık problemi olan çocukluk çağı hipertansiyonuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Yöntem: Çocuk nefroloji polikliniğinde haziran 2025 - şubat 2026 tarihleri arasında ambulator kan basıncı ölçümü yapılan 73 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik ve antropometrik özellikleri, başvuru bulguları, laboratuvar parametreleri ve radyolojik görüntüleme sonuçları analiz edildi. Hipertansiyon tanısı alan ve almayan hastaların bulguları bağımsız faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Bulgular: Hastaların demografik ve antropometrik özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Hastaların 18’ine (%24,7) hipertansiyon tanısı konarak tedavi başlandı. Tedavi başlanırgrupta vücut kitle indeksi (VKİ) anlamlı olarak daha yüksekti (29,8 vs 22,5; $p=0,0001$). Hepatosteatoz hipertansiyon grubunda daha sık saptandı (%33,3 vs %9,1; $p=0,021$). Çok değişkenli analizde VKİ, tedavi başlanması ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR 1,16; %95 GA 1,03–1,31; $p=0,018$). Yaş, cinsiyet ve eko-kardiyografik patoloji ile tedavilereksinimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hastaların polikliniğe başvuru şikayetleri şekil 1’de verilmiştir. En sık rutin ölçüm sırasında rastlanılan tansiyon yüksekliği nedeniyle başvuru olmakta ve onu ise baş ağrısı şikayetiyle başvurusunda rastlanılan tansiyon yüksekliği takip etmektedir.

Şekil 1. Başvuru nedenlerinin dağılımı



**Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri**

Toplam hasta sayısı	73
Erkek, n(%)	52 (%71,2)
Kız, n(%)	21 (%28,8)
Ortalama yaş (yıl)	13,1
Ortalama kilo persentili	75

Tartışma ve Sonuç: Sonuç: Hipertansiyon şüphesi olan hastalarda ambulator kan basıncı ölçümü tanısaldır. Çocukluk çağından başlayarak kan basıncı ölçümü yapılması, genellikle yetişkinliğe kadar devam eden hipertansiyonun; inme, böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalık gibi uzun vadeli sağlık sorunlarına neden olmadan erkentanılarak tedavi edilmesini sağlar. Obezite hipertansiyon başta olmak üzere pek çok kronik hastalığın en önemli risk faktörüdür. Obezitenin önlenmesi ve tedavisi hastaların uzun dönem prognozunu ve toplum sağlığının korunmasının en önemli basamaklarından biridir. Çocukluk çağı hipertansiyonu ve obezite değerlendirmesi sadece çocuk nefrologlarının ve pediatristlerin değil tüm hekimlerin müdahalelerinin bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pediatrik hipertansiyon, vücut kitle indeksi, obezite, hepatosteatoz, metabolik risk, antihipertansif tedavi



PS-199

ADÖLESAN DÖNEMDE ASEPTOMATİK NEFROTİK DÜZEYDE PROTEİNÜRİ İLE SAPTANAN COQ8B İLİŞKİLİ NEFROPATİ

Damla Gürleyik¹, Ezgi Nur Arüv², Esra Karabağ Yılmaz², Seha Kamil Saygılı², Ayşe Ağbaş², Nur Canpolat²

1 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: COQ8B (ADCK4) gen mutasyonları, podositlerde koenzim Q10 biyosentez bozukluğuna bağlı gelişen, otozomal resesif geçişli ve sıklıkla fokal segmental glomerüloskleroz fenotipi ile seyreden nefrotik sendrom tip 9 ile ilişkilidir. Bu hastalık grubu, erken dönemde koenzim Q10 replasmanına yanıt verebilmesi nedeniyle tedavi edilebilir genetik nefropatiler arasında yer almaktadır. Klinik olarak çoğunlukla adölesan dönemde başlayan, başlangıçta korunmuş böbrek fonksiyonları ile seyreden ancak progresyon gösterebilen proteinüri ile prezente olur.

Olgu Sunumu: 14 yaş erkek hasta, karın ağrısı nedeniyle yapılan değerlendirme sırasında saptanan proteinüri üzerine çocuk nefroloji polikliniğine yönlendirildi. Özgeçmişinde özellik yoktu; eski tetkikleri tarandığında 2017 yılında idrarda 2+ proteinüri saptandığı ancak ileri inceleme yapılmadığı ve kontrol tetkiklerinin bulunmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde anne-baba arasında akraba evliliği mevcut olup bir kuzeninde proteinüri, 38 yaşında nefrektomi öyküsü ve kronik böbrek hastalığına progresyon bulunduğu bildirildi. Başvuruda fizik muayene ve antropometrik ölçümler normaldi. Laboratuvar incelemesinde sabah ilk idrar protein/kreatinin oranı 1 mg/mg, 24 saatlik idrar proteini 3732 mg/gün ve 24 saatlik mikroalbumin düzeyi 746.82 mg/gün olarak saptandı; mikroalbumin/kreatinin oranı 0.73 mg/mg olup glomerüler proteinüriyi desteklemekteydi. Serum albümin 4.25 g/dL olup hipoalbuminemi ve ödem yoktu. Serum kreatinin 0.55 mg/dL ve eGFR 122 mL/dk/1.73 m² idi. Etiyoloji açısından yapılan incelemelerde kompleman düzeyleri, otoimmün belirteçler, renal Doppler ultrasonografi, göz ve işitme muayeneleri normal bulundu. Renal ultrasonografide her iki böbreğin boyutları (sağ 102 mm, sol 101 mm), konturları ve parankim kalınlıkları normal olup toplayıcı sistemlerde dilatasyon saptanmadı; her iki böbrekte perimedüller alanda ekojenite artışı dikkati çekti. Proteinüri etiyojisi açısından genetik inceleme gönderildi. Hastaya ramipril tedavisi başlandı ve takipte proteinürinin belirgin olarak gerilediği, izlem sürecinde ise 700–1000 mg/gün düzeyinde seyrettiği gözlemlendi. Genetik analiz sonucunda COQ8B geninde homozigot c.1199dup p.(His400Glnfs*11) patojenik varyant saptandı. Bunun üzerine hastaya 12 mg/kg/gün dozunda koenzim Q10 tedavisi başlandı.

Sonuç: COQ8B ilişkili nefropati, genetik nefrotik sendrom nedenlerinden olmakla birlikte hastalar tipik nefrotik sendrom kliniği olmaksızın yalnızca nefrotik düzeyde proteinüri ile başvurabilir ve sıklıkla adölesan dönemde tanı alır. Genetik tanının konulması gereksiz immünsüpresif tedaviden kaçınılmasını sağlamış ve özgül tedavinin erken dönemde başlanmasına olanak tanımıştır. Özellikle akraba evliliği ve aile öyküsü bulunan hastalarda açıklanamayan proteinüride genetik etiyojisi mutlaka araştırılmalıdır. Erken tanı ve koenzim Q10 replasmanı, böbrek fonksiyonlarının korunması ve ilerleyici böbrek hasarının yavaşlatılması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Genetik nefropati, Adölesan proteinüri, Koenzim Q10



PS-200

AĞIR KLİNİK SEYİR VE ÇOKLU EKSTRARENAL TUTULUM İLE SEYREDEN HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM OLGUSU

Gizem Özçelik Deniz¹, Rüveyda Gülmez¹, Nilüfer Gökna¹

1 – İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Hemolitik üremik sendrom (HÜS), çocukluk çağında akut böbrek hasarının en sık nedenlerinden biri olup mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği ile karakterizedir. Olguların büyük çoğunluğu Shiga toksin üreten Escherichia coli (STEC) enfeksiyonlarına sekonder gelişmektedir. STEC-HÜS genellikle kendini sınırlayan bir tablo olsa da ağır olgularda santral sinir sistemi, kardiyak sistem ve pankreas tutulumu görülebilir. Kompleman disregülasyonu ile seyreden atipik HÜS (aHÜS) ise daha ağır klinik seyir ve yüksek son dönem böbrek yetmezliği riski ile ilişkilidir. Klinik olarak ağır seyreden STEC-HÜS olgularında aHÜS ile ayırıcı tanı güçlük gösterebilir.

Olgu Sunumu: Dört yaş on aylık, öncesinde sağlıklı kız hasta; kanlı ishal ve ateş sonrası gelişen anüri, trombositopeni ve böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle HÜS ön tanısıyla Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edildi. Geliş laboratuvar testlerinde üre: 61 mg/dL ve kreatinin: 1,96 mg/dL (yüksek) görüldü. İzleminde progresif anüri ve dirençli hipertansiyon gelişmesi üzerine sürekli renal replasman tedavisi başlandı. Persistan trombotik mikroanjiyopati bulguları nedeniyle atipik HÜS ayırıcı tanısı düşünülerek 10 seans plazmaferez ve 8 doz eculizumab uygulandı. Toplam 103 gün süren yoğun bakım sürecinde sitokin fırtınası, miyokardiyal disfonksiyon ve kalp yetmezliği, sekonder diyabetes mellitus ve nöbetlerle seyreden iki ayrı Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu (PRES) atağı gelişti. İmmünsüpresyon zemininde çoklu nozokomiyal enfeksiyonlar izlendi. Genetik analizde HÜS ile ilişkili patojenik varyant saptanmadı; yatış öncesi antibiyotik kullanımı nedeniyle etken mikroorganizma izole edilememekle birlikte, klinik seyir ve prodromal kanlı ishal öyküsü STEC-HÜS ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın üç ay süresince diyaliz ihtiyacının devam etmesi nedeniyle KBY kabul edilerek periton diyalizi başlandı. Son laboratuvar testlerinde üre: 112 mg/dL ve kreatinin: 6,42 mg/dL görüldü. Diyabetes mellitus nedeniyle insulin tedavisi kullanılmaktadır. Hasta böbrek nakil merkezine yönlendirildi.

Sonuç: HÜS, ağır seyirli olgularda yalnızca renal bir hastalık olmayıp; nörolojik, kardiyak ve endokrin komplikasyonlarla seyreden multisistemik bir trombotik mikroanjiyopati tablosudur. Dirençli vakalarda erken yoğun bakım yönetimi, renal replasman tedavileri ve multidisipliner yaklaşım prognozu belirleyici unsurlardır. Bu olgu, STEC-HÜS'te dahi ağır ve uzun süreli çoklu organ tutulumunun gelişebileceğini ve klinik seyrinde aHÜS ile ayırıcı tanının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: STEC-HÜS, Ekstrarenal tutulum, Eculizumab, Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu (PRES)



PS-201

ÇOCUKLUK ÇAĞI NEFROTİK SENDROMU: KLİNİK SEYİR VE TEDAVİ SONUÇLARI

Talha Zübeyr Aliş¹, Rüveyda Gülmez¹, Nilüfer Gökna¹

1 – Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: İdiyopatik nefrotik sendrom (İNS), çocukluk çağıının en sık görülen glomerüler hastalığı olup ödem, masif proteinüri, hipoalbuminemi ve hiperlipidemi ile karakterizedir. Nefrotik sendrom insidansı çocukluk çağıında yaklaşık 2-7/100.000 olarak bildirilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu steroid tedavisine yanıt vererek tam remisyona girer ve steroid duyarlı nefrotik sendrom (SSNS) olarak sınıflanır. Bununla birlikte SSNS olgularının önemli bir bölümünde sık relaps veya steroid bağımlılığı gelişebilmekte ve bu durum ek immünsüpresif tedavi gereksinimini beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada Çocuk Nefroloji Kliniğimizde izlenen nefrotik sendromlu hastaların demografik özellikleri, izlem süreleri, steroid tedavisine yanıtları, relaps paternleri ve uygulanan immünsüpresif tedavilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca steroid dirençli olgularda böbrek biyopsisi ve genetik inceleme sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma retrospektif, tek merkezli gözlemsel çalışma olarak planlandı. Nefrotik sendrom tanısı ile izlenen hastaların başvuru yaşı, cinsiyeti, izlem süresi, steroid yanıtı (SSNS/SRNS), sık relaps varlığı, uygulanan ikincil basamak immünsüpresif tedaviler ile böbrek biyopsisi ve genetik inceleme verileri analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama±SS veya medyan (IQR) olarak; kategorik değişkenler n (%) olarak sunuldu. İkili karşılaştırmalarda Fisher testi kullanıldı ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 87 hasta değerlendirildi; hastaların 49'u (%56.3) erkek, 38'i (%43.7) kızdı. Başvuru yaşı medyan 4 yıl (IQR 2-6); izlem süresi medyan 11 yıl (IQR 8-15) idi. Hastaların 81'i (%93.1) SSNS, 6'i (%6.9) SRNS idi. Sık relaps 33 (%37.9) hastada izlendi ve ikincil immünsüpresif tedaviler kullanıldı. Böbrek biyopsisi 12 hastada (%13.8) yapıldı ve biyopsi oranı SRNS grubunda daha yüksekti (3/6 [%50,0] vs 9/81 [%11,1]; Fisher $p=0.032$). Genetik inceleme 10 hastada (%11.5) gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Bu tek merkezli kohortta steroid duyarlılığı oranı (%93,1) yüksektir ve literatürde bildirilen remisyon oranlarıyla uyumludur. Çalışmamızda steroid koruyucu/ikinci basamak immünsüpresif tedavi gereksinimi %37,9 olarak bulunmuştur. Ayrıca sık relaps 33 (%37,9) hastada izlenmiştir ve literatürdeki steroid duyarlı nefrotik sendromlu çocuklardaki sık relaps veya steroid bağımlı nefrotik sendrom gelişme oranlarıyla uyumludur. Genetik inceleme oranımızın %11,5 ile sınırlı kalması, özellikle SRNS olgularında kılavuzların önerdiği erken fenotipleme, biyopsi ve genetik değerlendirme yaklaşımının daha sistematik uygulanması gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nefrotik sendrom, steroid duyarlı, sık relaps, immünsüpresyon



PS-202

EPİLEPSİLERE GEN POLİMORFİZMLERİNİN ÇOCUK ÇAĞI DİRENÇLİ VAKALARDAKİ TAKİP VE TEDAVİLERİNDEKİ ROLÜ

Alper Dai¹

1 – Gaziantep Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji BD

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı epilepsilerinde KCNJ10 gen polimorfizminin epilepsi tipleriyle ve dirençli epilepsi ile ilişkisi olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Çalışılan polimorfizmlerin bir fonksiyonu olup olmadığının belirlenmesi hastalığın tanı, tedavi ve patogeneziyle ilgili araştırma ve uygulamalara yeni açılımlar sağlayabilecek ve çocukluk çağı epilepsilerinin önlenmesi ve yeni tedavi hedeflerinin belirlenebilmesi

Yöntem: Bu çalışma 200 hasta, 200 kontrol grubu olmak üzere toplam 400 çocuk ile yapıldı. Tüm hastaların yaşı, cinsiyet, mental retardasyon durumu, dirençli epilepsi durumu ve epilepsi alt tipleri bulguları kaydedildi. Hasta ve kontrol grubundan alınan kanlardan öncelikle DNA eldesi yapıldı. KCNJ10 gen bölgelerinin PCR yöntemiyle çoğaltılması işlemi yapıldı. DNA dizileme işleminin ardından her gen bölgesi için SNP (tek nükleotid polimorfizmi) değişimi olan diziler tespit edilmiştir.

Bulgular: KCNJ10 geni SNP3 bölgesinde G/T genotipinin hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p=0.037$, $OR=1,599$). Ayrıca tonik klonik febril konvülsiyonlu hastalarda G/T genotipinin sıklığının istatistiksel olarak artmış olduğu saptandı ($p=0.0015$, $OR=2,4$). Tonik klonik febril konvülsiyonlu hastalarda T allelinin yine istatistiksel olarak artmış olduğu saptandı ($p=0.0148$, $OR=1,752$). Mental retardasyon ile erkek cinsiyet arasında ilişki saptandı ($p=0.046$)

Tartışma ve Sonuç: KCNJ10 geni SNP1 ve SNP2 bölgesiyle epilepsi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çocukluk çağı epilepsilerinde G/T genotipinin epilepsiye ve T allelinin ise tonik klonik febril konvülsiyona yatkınlıkta muhtemel bir rolü olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, gen, polimorfizm, tedavi, takip, dirençli



PS-203

MULTİPLE SKLEROZUN GENÇ YÜZÜ: İKİ OLGU SUNUMU

Emrah Çıgır¹

1 – Kastamonu Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Multipl skleroz (MS), santral sinir sisteminin inflamatuvar, demiyelinizan ve kronik seyirli bir hastalığı olup pediatrik yaş grubunda nadir görülmektedir. Adölesan dönemde başlayan MS, tanı sürecindeki güçlükler ve ayırıcı tanının genişliği nedeniyle klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada semptomların erken yaşta başladığı iki ayrı MS hastasının klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları sunulmuş ve MS'in genç yaşta da görülebileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Vaka Sunumu

Bulgular: Vaka Sunumu

Tartışma ve Sonuç: Olgu Sunumu-112 yaşında daha önce bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta bir yıldır devam eden bulanık görme şikâyetiyle başvurdu. Hastanın aile öyküsünde nörolojik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Nörolojik muayenede; her iki gözde görme keskinliği azalmıştı, diğer kraniyal sinir muayeneleri ve motor-duyusal sistem muayenesi doğaldı. MR incelemede; infra ve supratentoryal kompartmanda, beyin sapında çok sayıda kronik demiyelinizan plak, spinal kordda çok sayıda (C2, C5, T3, T5 ve T7 seviyelerinde) kronik demiyelinizan plak saptandı. Lomber ponksiyon bulguları da MS ile uyumlu idi. Enfeksiyöz ve otoimmün ayırıcı tanıya yönelik tetkikler (anti-MOG) negatif bulundu. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgular doğrultusunda hasta MS tanısı aldı. Atak tedavisi sonrası görme şikâyetlerinde belirgin düzelme gözlemlendi. Hastaya hastalık modifiye edici tedavi olarak 1x0.5mg oral Fingolimod başlandı. Olgu Sunumu-217 yaş daha önce bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta. İlk defa 8 yaşında iken aralıklı baş dönmesi ve denge-sizlik şikayeti ile başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucunda herhangi bir anormallik saptanmamış. Hasta 17 yaşına geldiğinde baş dönmesi ve denge-sizlik şikayetlerine sol el ve ayakta kramp şikayetleri de eklenmişti. Ailede nörolojik hastalık öyküsü yoktu, erkek kardeşi FMF hastasıydı ve kolşisin kullanmaktaydı. Nörolojik muayenede ataksik yürüyüş (+), Romberg bulgusu (+), diğer nörolojik muayene bulguları doğaldı. MR inceleme, her iki periventriküler düzeyde kallozal septal yüzlerde, korpus kallozumda ve her iki serebellar pedinkül düzeyinde subsantimetrik boyutta bazıları periventriküler alanda tümefaksiyon gösteren ventriküle dik oryantasyonlu T2 ağırlıklı ve FLAIR sekanslarda hiperintens yaygın demiyelinizan plaklar mevcuttur şeklinde raporlandı. Bunun üzerine yapılan lomber ponksiyon incelemesi MS ile uyumlu idi. Ayırıcı tanı amacıyla yapılan metabolik testler negatif geldi ve hastaya MS tanısı ile 1x0.5mg oral Fingolimod başlandı. SonuçÇocukluk veya adölesan dönemde ortaya çıkan nörolojik semptomlarda MS ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik multipl skleroz, adölesan, demiyelinizan hastalıklar



PS-210

MİGREN TANILI HASTALARDA SERUM B12 VE D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN VİZÜEL AĞRI SKALASI İLE İLİŞKİSİ

Fatma Baykut Baştürk¹, Ahmet Baysal², Arife Derda Yücel Şen², Özlem Uğur Aydın², Büşra Yemiş²,
Kürşat Bora Çarman², Coşkun Yazar²

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

2 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji BD

Giriş ve Amaç: Migren, çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen, yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyen bir primer baş ağrısı bozukluğudur. Son yıllarda migren patofizyolojisinde vitamin ve mikrobesein eksikliklerinin rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, migren tanısı alan hastalarda tanı anındaki serum B12 vitamini ve D vitamini düzeyleri ile baş ağrısı şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya migren tanısı alan toplam 36 hasta (19 kız, 17 erkek) dahil edildi. Hastaların migren tanısı aldıkları dönemde ölçülen serum B12 vitamini ve D vitamini düzeyleri ile vizüel ağrı skalası (VAS) skorları retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel analizde Pearson korelasyon testi kullanıldı ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama tanı yaşı 16,5 yıl olarak saptandı. Hastaların ortalama serum B12 vitamini düzeyi $384,7 \pm 147,9$ pg/mL, ortalama D vitamini düzeyi ise $15,9 \pm 7,1$ ng/mL olarak saptandı. Olguların 26'sında (%72,2) D vitamini eksikliği (D vitamini < 20 ng/mL) bulunması, migrenli hastalarda D vitamini eksikliğinin oldukça yüksek prevalansa sahip olduğunu göstermektedir. B12 vitamini eksikliği (B12 < 300 pg/mL) ise 9 hastada (%25) saptandı. Vizüel ağrı skalası ile D vitamini düzeyi arasında orta derecede negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttu ($r = -0,364$; $p = 0,029$). Vizüel ağrı skalası ile B12 vitamini düzeyi arasında ise daha güçlü negatif korelasyon izlendi ($r = -0,553$; $p < 0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Migren tanılı hastalarda özellikle D vitamini eksikliğinin yüksek prevalansta görülmesi ve hem D vitamini hem de B12 vitamini düzeyleri ile baş ağrısı şiddeti arasında anlamlı ters ilişki saptanması dikkat çekicidir. Bulgular, migrenli hastalarda vitamin düzeylerinin rutin değerlendirilmesinin ve saptanan eksikliklerin düzeltilmesinin, baş ağrısı şiddetinin azaltılmasında potansiyel bir katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş örneklemler ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Vizüel Ağrı Skalası, Migren, Baş Ağrısı



PS-211

İZOLE ATAKSİ İLE PREZENTE OLAN NÖROBLASTOM: OLGU SUNUMU

Petek Uzun Çetinkaya¹, Hülya Kayıroğlu²

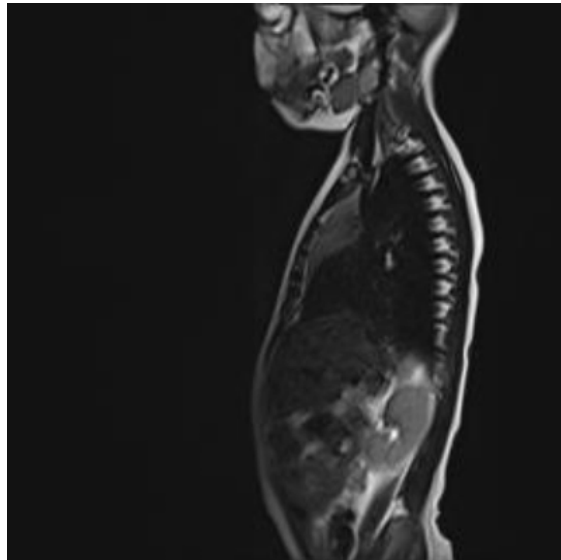
1 – Sağlık Bakanlığı Dalaman Devlet Hastanesi

2 – Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Çocukluk çağında ataksi çoğu zaman benign ve geçici nedenlere, özellikle postenfeksiyöz serebellar ataksiye bağlı olarak görülmektedir. Ancak nadiren, ciddi altta yatan patolojilerin tek klinik bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle ataksi ile başvuran çocuklarda postenfeksiyöz serebellar ataksi, ancak diğer nadir ve potansiyel olarak ciddi etiyolojiler dışlandıktan sonra konulması gereken bir dışlama tanısıdır. Nöroblastom, çocukluk çağına en sık görülen ekstrakraniyal solid tümörlerinden biri olup, atipik nörolojik bulgularla prezente olduğunda tanısız gecikmelere yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda, izole ataksi ile başvuran ve nöroblastom tanısı alan bir hasta üzerinden klinik farkındalığın önemi vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu: Yirmi altı aylık erkek hasta, yürümede zorlanma ve otururken dengesini kaybetme şikâyeti ile başvurdu. Üç gün önce uçak yolculuğu öyküsü bulunmakta olup ailesi semptomları buna bağlamıştı. Hastanın yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon, ateş, kafa travması ya da aşılama öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde ataksik yürüyüş ve dengesiz oturma dışında patolojik bulgu saptanmadı. Miyokloni, opsoklonus ya da opsoklonus-miyoklonus ataksi sendromunu düşündürecek miyokloni veya anormal göz hareketleri izlenmedi. Etiyoloji araştırılması amacıyla çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografi normal olarak değerlendirildi. Nadir nedenlerin dışlanması amacıyla ileri tetkikler planlandı ve takipte hastaya tüm spinal manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Spinal MRG’de sağ sürrenal lojda paraspinal yerleşimli, kontrast tutan kitle lezyonu saptandı. Laboratuvar incelemelerinde hafif nöron spesifik enolaz yüksekliği dışında belirgin patoloji izlenmedi. Hasta nöroblastom ön tanısı ile onkoloji merkezine sevk edildi. Cerrahi rezeksiyon sonrası patoloji sonucu nöroblastom ile uyumlu bulundu. İzlemde opsoklonus-miyoklonus ataksi sendromu gelişmesi üzerine intravenöz immünglobulin ve steroid tedavisi uygulandı. Yapılan MIBG incelemesinde patolojik tutulum saptanmadı ve adjuvan tedavi planlanmadı. Klinik izlemde hastanın nörolojik bulgularında belirgin düzelme gözlemlendi.

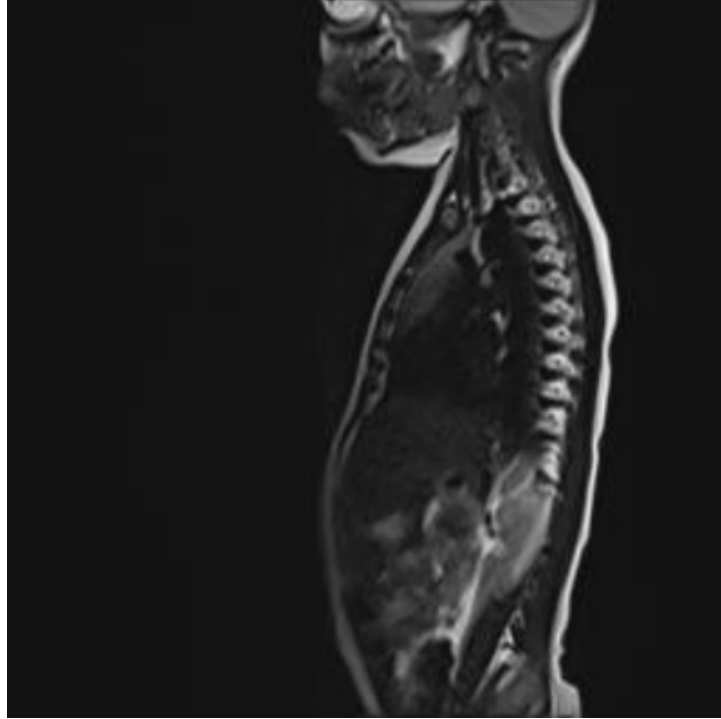
Sağ Sürrenal Loj Görüntüsü



Spinal MRG’de sağ sürrenal lojda paraspinal yerleşimli, kontrast tutan kitle



Sağ Sürrenal Loj Görüntüsü



Spinal MRG'de sağ sürrenal lojda paraspinal yerleşimli, kontrast tutan kitle lezyonu

Sonuç: Ataksi ile başvuran çocuklarda benign nedenler sıklıkla ön planda olsa da, ataksi tek başına bir tanı değil; altta yatabilecek nadir ve potansiyel olarak ciddi hastalıkların dışlanması gerektiren bir klinik bulgudur. Tanısal sürecin hızlı, sistematik ve ayırıcı tanıya odaklı biçimde yürütülmesi, erken tanı gerektiren önemli etiyolojilerin atlanmasını önlemek açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nöroblastom, izole ataksi, opsoklonus-miyoklonus ataksi sendromu, çocukluk çağı, ayırıcı tanı



PS-212

PAPİL ÖDEMDE TANISAL TUZAK: NORMAL LOMBER PONSİYON BASINCI İLE SEYREDEN SPİNAL TÜMÖR

Batuhan Şahin¹, Hande Aygün¹, Chakan Tsakir¹, Ahmet Özak¹, Şansal Gedik¹, Özlem Yayıcı Köken¹, Şenay Haspolat¹

1 – Akdeniz Üniveristesi Tıp Fakültesi

Amaç: Çocuklarda papil ödem, intrakraniyal görüntüleme normal olduğunda sıklıkla idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ekseninde değerlendirilir. Ancak spinal kord tümörleri, ventrikülomegali olmaksızın görmeyi tehdit eden papil ödem oluşturabilir ve nöralaksiyel BOS akımında kısmi tıkanıklık varlığında lomber ponsiyonla ölçülen açılış basıncı yanıltıcı biçimde normal saptanabilir.

Olgu Sunumu: Daha önce sağlıklı 13 yaş erkek hasta, 3 haftadır giderek artan ve uykudan uyandıran frontal-okspital bölgede baş ağrısı ile bunu izleyen fışkırır tarzda kusma yakınmalarıyla başvurdu. Takibinde diplopi ve bulanık görme gelişti. Nörolojik muayenede primer bakışta ezotrophia, bilateral abduksiyon kısıtlılığı ile uyumlu 6. sinir paralizi olan hastanın oftalmolojik değerlendirmesinde bilateral evre 4 papil ödem izlendi. Kraniyal BT, konvansiyonel beyin MR ve MR venografi normaldi. Lomber ponsiyonda (L4–L5) BOS biyokimyası normal, basıncı 15 cmH₂O ölçüldü. İzlemde sol bacakta hafif güçsüzlük (4+/5) ve sol alt ekstremitelerde derin tendon reflekslerinde hipoaktivite saptandı. İntrakraniyal incelemeler normal olmasına karşın görmeyi tehdit eden papil ödem ve fokal motor defisit gelişmesi nedeniyle tüm spinal MR çekildi; T12 düzeyinde 24 mm uzunlukta, kontrast tutan, ekspansil intramedüller lezyon saptandı ve radyolojik olarak epandimom lehine değerlendirildi. Hasta cerrahi eksizyona yönlendirildi. Erken postoperatif dönemde oftalmoparezi ve sol bacak motor defisitinin gerilediği öğrenildi.

Sonuç: Normal intrakraniyal görüntüleme ve normal ölçülmüş BOS açılış basıncı, papil ödemin spinal etiyolojisini dışlamaz. Atipik/açıklanamayan papil ödem olgularında tanı gecikmesini önlemek ve geri dönüşsüz görme kaybını engellemek için erken dönemde tüm nöralaksi MR görüntüleme düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, papil ödem, spinal kitle



PS-215

PEDİATRİDE TİK BOZUKLUĞUNUN NADİR BİR SEBEBİ: PANDAS OLGUSU

Salih Özdemir¹, Müjgan Arslan², Talat Sürücü², Kübra Sobay²

1 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.

2 – Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji B.D.

Amaç: Streptokok enfeksiyonuyla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk (PANDAS), A grubu-beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen, otoimmün reaksiyonla ortaya çıkan, prepubertal dönemde görülen, obsesif kompulsif belirtiler ve tik bozukluğunun eşlik ettiği bir tabloyu tanımlar. Kliniğin heterojen olması nedeniyle tanı koymanın zor olduğu PANDAS'da, erken tanı ile enfeksiyon tedavisi sağlanır, nöropsikiyatrik semptomlarda belirgin gerileme izlenir.

Olgu Sunumu: 11 yaşında erkek hasta, tik bozukluğu tanısı ile çocuk nörolojisi polikliniğine başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın öyküsünden, 6 ay önce başlayan, tedaviye dirençli tiklerin olduğu öğrenildi. Özgül öğrenme güçlüğü ve dikkat eksiliği-hiperaktivite tanısı ile takip edilmekteydi. Fizik muayenede; şiddetli, yüzde ve ekstremitelerde daha belirgin miyoklonik hareketleri mevcuttu. Bulgulara vokal tikler de eşlik ediyordu; istemli olarak kısmen baskılayabiliyordu. Bunların dışında nörolojik muayenesi olağan idi. Ayrıntılı sorgulamada, yakınmaların geçirilen bir enfeksiyon sonrasında başladığı, tekrar eden enfeksiyonlarla yakınmaların arttığı öğrenildi. Uykuda yakınmaların kaybolduğu, stresle arttığı öğrenildi. Yakınmalarda günlük değişkenlik de vardı. Laboratuvar tetkiklerinde; biyokimyasal ve hematolojik test sonuçları normaldi. PANDAS ön tanısı düşünülen hastadan boğaz kültürü alındı; A grubu beta hemolitik streptokok, streptococcus pyogenes üredi. Anti DNAase B: 259 IU/ml(< 188) ve ASO: 646 IU/ml(20-150 >) yüksek saptandı. Yapılan elektro-ensefalografik değerlendirme ve kraniyal görüntülemelerde patoloji saptanmadı. Kardiyak değerlendirme normaldi. Antibiyoterapi planı yapıldı, penisilin tedavisi 10 güne tamamlandı. Hayatını zorlaştıran tiklere yönelik haloperidol tedavisi başlandı. Antibiyoterapi sonrasında yakınmalarda azalma oldu, ancak sonlanmadı. Haloperidol dozu artışı ile tik şiddeti oldukça azaldı. Yakınmaların tekrar etmesi veya alevlenmesi durumunda hastaya ivig tedavisi planlandı. Hastamız yakınmasız olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Pediatrik hastalarda, yakın dönemde geçirilen farenjit öyküsünden sonra gelişen obsesif kompulsif bozukluklar/tik bozukluklarında, PANDAS açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca yeni gelişen nöropsikiyatrik semptomların varlığında farenjit öyküsü daha dikkatli sorgulanmalı ve PANDAS düşünülen hastalar zaman geçirmeden uygun merkezlere yönlendirilmelidir. Tedavi edilmemiş PANDAS, kronik hale gelerek ömür boyu sürecektir obsesif kompulsif bozukluk ve tik bozukluğuna sebep olması açısından risk taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: PANDAS, pediatri, tik bozukluğu



PS-216

OLDUKÇA NADİR BİR HASTALIK PRIMROSE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Başak Yaşam Çınar Topal¹, Taha Reşid Özdemir², Nihal Olgaç Dünder³

1 – İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – İzmir Şehir Hastanesi Tıbbi Genetik Kliniği

3 – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Amaç: Primrose sendromu oldukça nadir görülen; makrosefali, hipotoni, nöromotor gelişim geriliği, davranışsal anomaliler ve karakteristik yüz fenotipi ile karakterize, otozomal dominant geçişli genetik bir hastalıktır. Sıklıkla denova mutasyon sonucu oluşur. Belirgin fasiyel özellikler arasında çökük göz yapısı, ptozis, dar ve sıklıkla aşağı çekik palpebral fissürler ile basık burun kökü yer almaktadır. Bu sendrom, 3q13 kromozomu üzerinde yer alan ZBTB20 genindeki heterozigot patojenik varyantlar neticesinde meydana gelen nadir bir genetik hastalıktır. Bu vakamızda epilepsi, nöromotor gelişim geriliği ve otizm nedeniyle takip edilen ZBTB20 gen mutasyonu saptanan hastanın tanı, tedavi ve takip süreci vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu: 38 gestasyonel haftada 2900 gram olarak sezaryen ile doğan, yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü ve anne babası arasında akrabalık olmayan erkek hastanın, yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde hipotonisite nedeniyle tetkik edildiği ek olarak otizm nedeni çocuk psikiyatrisinden takipli olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde brakisefali, geniş alın, uzun çene, yüzün orta bölümlerinde hipoplazi, alta doğru belirginleşen kaburgalar, belirgin kalça kemiği kanatları, distal kas güçsüzlüğü saptandı. İleri tetkikleri yapılan hastanın kraniyospinal manyetik rezonans görüntülemesinde korpus kallozum agenezisi saptandı. Beş yaşında nöbet aktivitesi olması nedeniyle elektroensefalografik inceleme yapılan hastada, bilateral hemisferlerin frontal bölgelerinden kaynaklanan fokal diken dalga aktiviteleri saptandı. Antinöbet tedavisi amacıyla levitirasetam tedavisi başlandı. Hastadan gönderilen microarray sonucunda arr (hg19) 3q13.13q13.33 (110,222,795-121,364,236)x1 ZBTB20 geninde Primrose sendromu ile uyumlu mutasyon saptandı.

Sonuç: Primrose sendromu, nadir görülmesi ve fenotipik çeşitliliği nedeniyle tanısal zorluklar barındıran multisistemik bir tablodur. Bu olgu, nöromotor gelişim geriliği, epilepsi ve otizm spektrum bozukluğu ile izlenen hastalarda, karakteristik fasiyel dismorfizmin yanı sıra bu nadir hastalığın barındırdığı tipik bir bulgu olan corpus kallozum agenezisi gibi yapısal beyin anomalilerinin eşlik etmesi durumunda ZBTB20 mutasyonunun ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır. ZBTB20 geni; hipokampal gelişim, glikoz homeostazı ve osteogenez süreçlerinde rol oynayan bir transkripsiyon faktörünü kodlar. Erken genetik tanı, hastanın nörolojik takibi, antinöbet tedavisi yönetimi ve aileye verilecek genetik danışmanlık süreci açısından kritik öneme sahiptir. Multidisipliner takip, nörolojik ve gelişimsel prognoz optimize edilmesinde temel yaklaşımdır. Dünya literatüründe bugüne kadar çok az sayıda vakanın bildirilmiş olması, olgumuzun klinik ve genetik özelliklerinin paylaşılmasını, hastalığın doğal seyrinin anlaşılması açısından değerli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Primrose sendromu, ZBTB20 mutasyonu, Nöromotor gelişim geriliği, Korpus Kallozum Agenezisi



PS-218

SIK DÜŞMENİN ARDINDAKİ NADİR TANI: KONJENİTAL MİYOTONİ OLGUSU

Sinem Özgür¹, Berin Gündoğan¹, Dilara Ece Toprak¹, Özlem Ateş Yaman¹, Yiğithan Güzin¹

1 – İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Konjenital miyotoni, iskelet kası klor kanalını kodlayan CLCN1 gen mutasyonlarına bağlı gelişen, kas gevşemesinin gecikmesi ile karakterize kalıtsal bir iyon kanal hastalığıdır. Otozomal dominant (Thomsen) ve otozomal resesif (Becker) formları tanımlanmıştır. Klinik bulgular hafif kas sertliğinden belirgin kas hipertrofisine kadar değişkenlik gösterebilir. Kreatin kinaz (CK) düzeyleri çoğu hastada normal ya da hafif yüksek olup tanıda gecikmeye neden olabilir. Bu olgu ile tipik laboratuvar bulguları olmaksızın ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Altı yaşında erkek hasta, dört yaşından itibaren artan sık düşme yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde prematür doğum, soygeçmişinde akraba evliliği mevcuttu. Ayrıntılı anamnezde kas krampları olduğu, hareketi başlatmada güçlük çektiği ve yakınmaların stres ile arttığı öğrenildi. Nörolojik muayenede kas hipertrofisine bağlı psödoherkül görünümü saptandı. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Perküsyon miyotonisi ve ellerde belirgin miyotoni mevcuttu. Isınma fenomeni pozitif. Serum CK düzeyi normaldi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi ve elektromiyografi normal bulundu. Klinik bulgular doğrultusunda konjenital miyotoni ön tanısıyla yapılan genetik incelemede CLCN1 geninde homozigot patojenik varyant (c.697G > A) saptandı. Hastaya karbamazepin başlandı ve izlemde kas kramplarında belirgin azalma ile fiziksel aktivitede artış gözlemlendi.



Psödoherkül görünümü



Psödoherkül görünümü



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Sık düşme gibi pediatri pratiğinde sık karşılaşılan ancak nonspesifik görünen yakınmalar, ayrıntılı anamnez ve dikkatli nörolojik muayene ile nadir bir iyon kanal hastalığı olan konjenital miyotoni tanısına götürebilir. Normal CK düzeyleri ve normal elektromiyografi bulguları tanıyı dışlamaz. Özellikle akraba evliliği öyküsü bulunan, perküsyon miyotonisi ve psödoherkül görünümü saptanan hastalarda konjenital miyotoni mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Moleküler genetik analizlerin erişilebilirliği sayesinde erken ve kesin tanı mümkün olmakta; bu durum uygun tedavi başlanmasını, gereksiz ileri tetkiklerin önlenmesini ve aileye genetik danışmanlık verilmesini sağlamaktadır. Pediatri pratiğinde basit görünen klinik ipuçlarının doğru yorumlanması, nadir hastalıkların tanınmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital miyotoni, CLCN1, iyon kanal hastalığı, psödoherkül görünüm, normal kreatin kinaz



PS-219

ÇİFT GÖRME VE ŞAŞILIK İLE BAŞVURAN AKUT DİSSEMİNE ENSEFALOMİYELİT OLGUSU

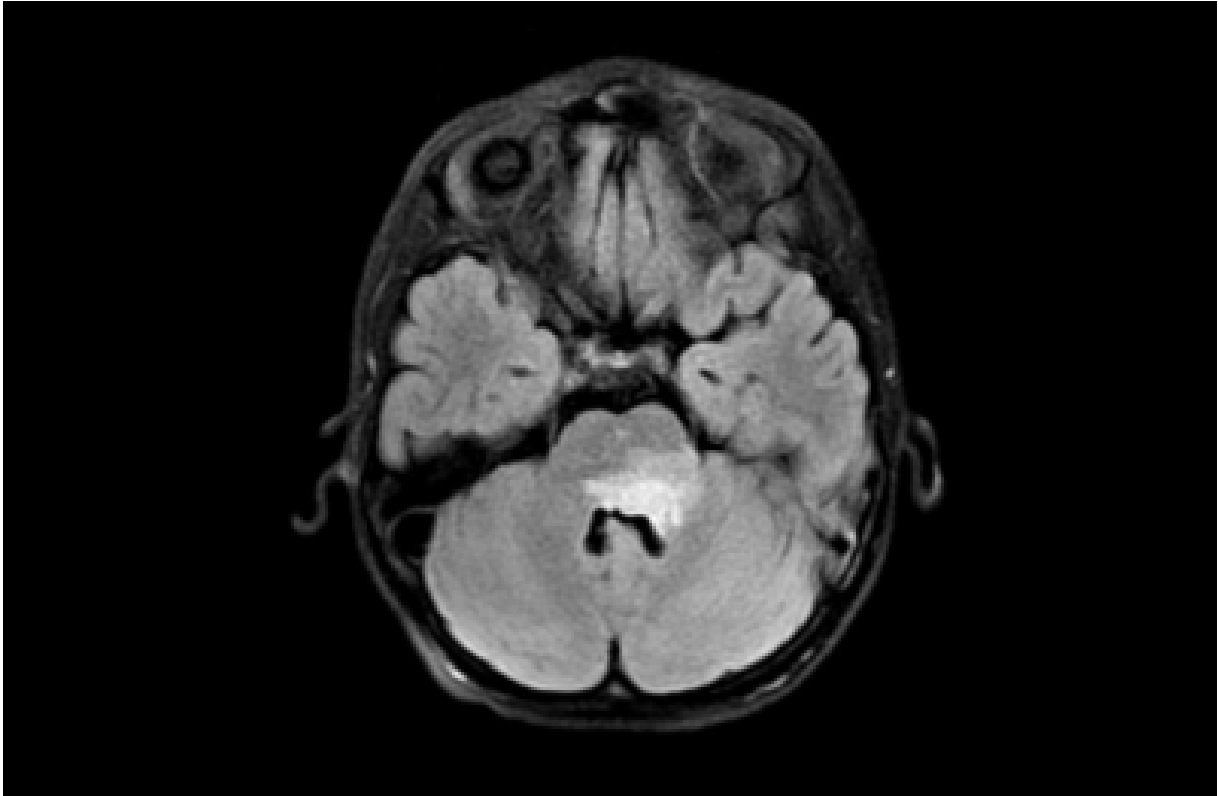
Fatma Özsoy¹, İsmail Solmaz¹, Esmâ Altınel Açoğlu¹

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Çocuk Hastanesi

Amaç: Giriş-amaç: Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM), santral sinir sistemi (SSS)'nin demiyelinizan bir hastalığı olup, tipik olarak polisemptomatik nörolojik bulgular ve ensefalopati ile ilişkili monofazik bir klinik tablodur. Beyinde farklı lokalizasyon tutulumuna bağlı olarak semptomlar gelişir. Bu vaka sunumu ile; yeni gelişen dışa bakış kısıtlılığı ve kişilik değişimi ile başvuran hastalarda ADEM tanısını düşünmek amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Yöntem ve Gereç: Hastanın servis yatışı ve poliklinik notları toplanarak kaydedilmiştir. Bulgular: Agresif tavırları ve sol gözde dışa bakış kısıtlılığı olan on bir yaşında erkek hastanın hikayesinden iki hafta öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Muayenesinde sol gözde altıncı sinir paralizisi olduğu saptandı. SSS patolojisi düşünülen hastaya yapılan beyin MRG'de supratentorial beyaz cevherde ve infratentorial pons düzeyinde sınırları tam olarak belirgin olmayan ADEM ile uyumlu demiyelinizan lezyonlar izlendi. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal olup LP'de anlamlı bir bulgu saptanmadı. Oligoklonal bant sonucu normal geldi. Anti miyelin oligodentrositglikoprotein (MOG) IgG negatif sonuçlandı. Hastaya ADEM tanısı ile intravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı ve klinik bulgularında düzelme izlendi.

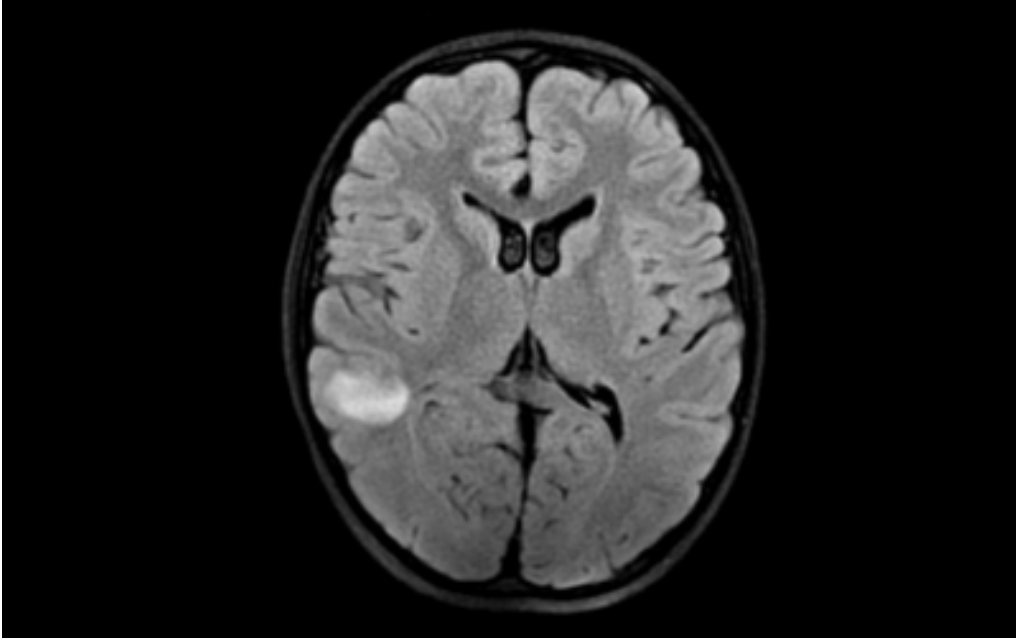
Resim 1



Beyin MR FLAIR kesitinde, posterior fossada yerleşimli, çevresinde ödem ile uyumlu sinyal artışı gösteren lezyon alanı

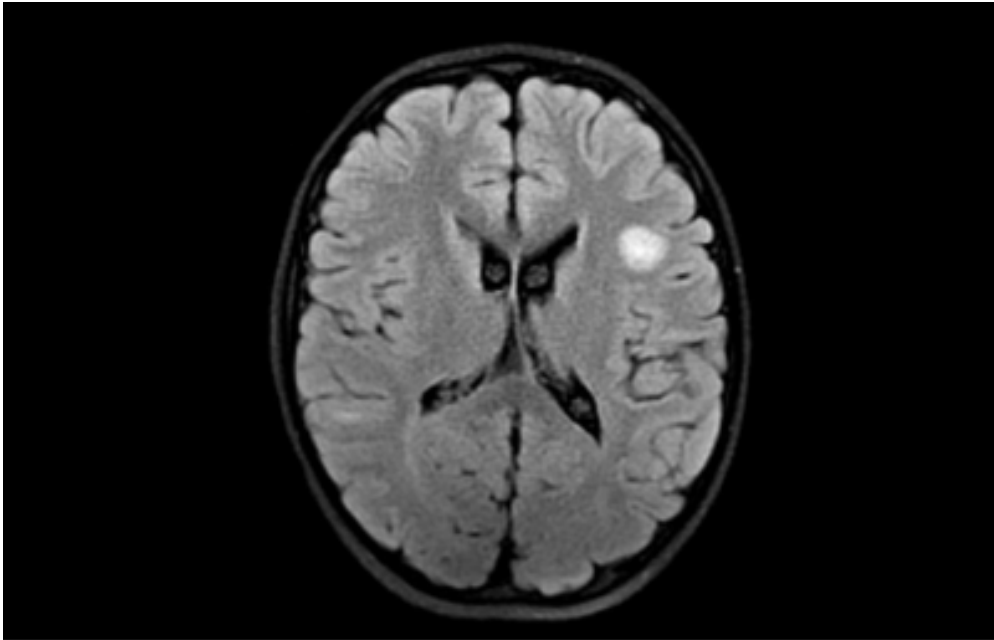


Resim 2



Beyin MR FLAIR kesitinde sol temporoparietal kortiko-subkortikal alanda belirgin hiperintens sinyal artışı

Resim 3



Beyin MR FLAIR kesitinde sağ frontal periventriküler alanda belirgin hiperintens sinyal artışı



Laboratuvar tetkikleri

WBC($10^3/\mu\text{L}$)	17.49(4.5-11)
HB(g/dl)	14.6(11.5-15)
PLT($10^3/\mu\text{L}$)	488(150-450)
ANS($10^3/\mu\text{L}$)	13.71(1.5-8.3)
ALS($10^3/\mu\text{L}$)	2.93(0.9-6)
CRP(mg/l)	0.31(0-5)
BOS Glukoz(mg/dl)	60.9(60-80)
Kan glukoz(mg/dl)	78(80-120)
BOS Total Protein(mg/l)	317(150-450)
BOS Kültür	Üreme olmadı
BOS Menenjit Paneli	Negatif
Bos Oligoklonal Bant	Negatif
Anti-MOG	Negatif
Nöromiyelitis optika (NMO) IgG	Negatif
Mycoplasma pneumoniae IgM	>200
Mycoplasma pneumoniae IgG	47.5 - Pozitif

Sonuç: Sonuç: ADEM, erişkinlere göre çocukluk çağında daha fazla görülmekte olup çocukluk çağıının en sık SSS immün aracılı demiyelinizan hastalıklarından biridir. Vakaların çoğunluğunda semptomların başlangıcından önce enfeksiyon veya aşılama hikayesi vardır. Ensefalopati veya mizaç değişikliği tanı için elzemdir. Tanıda altın standart yöntem MRG bulgularıdır. Olguların yaklaşık %50–60'ında anti-MOG IgG pozitifliği saptanabilmektedir. Erken tanı ve uygun immünmodülatör tedavinin zamanında başlanması, klinik iyileşmeyi hızlandırmakta ve kalıcı nörolojik sekellerin gelişme riskini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ADEM, anti-MOG IgG, demiyelinizan



PS-220

KAUFMAN OKÜLOSEREBROFASİAL SENDROMDA İNTRAFAMİLİAL FENOTİPİK VARYASYON: İKİ KARDEŞ OLGU SUNUMU

Yüksel Öztürk¹, Ahmet Baysal², Büşra Yemiş², Kürşat Bora Çarman², Coşkun Yazar²

1 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

2 – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Kaufman oküloserebrofasial sendromu, UBE3B gen mutasyonuna bağlı, nadir görülen otozomal resesif geçişli bir sendromdur. Kraniofasial dismorfizm, nörogelişimsel gerilik ve çoklu sistem tutulumları ile karakterizedir. Klinik bulgular bireyler arasında değişkenlik gösterebilmekte ve aynı aile içinde farklı fenotipler izlenebilmektedir. Bu çalışmada, aynı ailede takip edilen iki kardeşte gözlenen fenotipik farklılıkların sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Dismorfik yüz bulguları nedeniyle başvuran iki kardeş klinik, perinatal ve genetik açıdan değerlendirildi. Birinci olgumuz on dört yaşında erkek hasta olup perinatal asfiksi ve mikrosefali öyküsü mevcuttu. Klinik incelemede kifo, iris kolobomu, inmemiş testis, nörogelişimsel gerilik, spastisite ve ince motor fonksiyon kaybı saptandı. Ekokardiyografisi normal bulundu. İkinci olgumuz dört yaş dokuz aylık kız hasta olup prenatal polihidramnios, perinatal asfiksi ve kardiyak arrest öyküsü mevcuttu. Laringomalazi ve belirgin kraniofasial dismorfizm bulguları saptandı. Ekokardiyografide asimmetrik septal hipertrofi tespit edildi. Elektroensefalografi ve beyin manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Aile öyküsünde ebeveynler arasında akrabalık vardı. Her iki olguda karyotip ve mikroarray analizleri normal bulundu. Tüm ekzom analizi sonucunda UBE3B geninde heterozigot mutasyon saptandı ve klinik bulgular ile birlikte Kaufman oküloserebrofasial sendromu tanısı konuldu.

Resim-1



Overlapping parmaklar görünümü

Sonuç: Aynı ailede izlenen iki kardeşte klinik bulguların şiddeti ve sistem tutulumlarının farklılık göstermesi, bu sendromda intrafamilial fenotipik varyasyonu desteklemektedir. Erken genetik tanı ve multidisipliner izlem, hastaların prognozu açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kaufman oküloserebrofasial sendromu, UBE3B gen mutasyonu, Kraniofasial dismorfizm, Nörogelişimsel gerilik



PS-221

SESSİZ BULGULAR, BÜYÜK RİSK: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ERKEN TANI ALAN VASKÜLER EHLERS–DANLOS SENDROMU OLGUSU

Gözde Örçen Ergün¹, Nilufar Taghiyeva¹, Hatice Sınav Ütkü¹, Özlem Akgün Doğan², Leman Tekin Orgun¹

1 – Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 – Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

Amaç: Vasküler Ehlers–Danlos Sendromu (vEDS), tip III kollajeni kodlayan COL3A1 genindeki patojenik varyantlara bağlı gelişen, otozomal dominant kalıtılan nadir bir Ehlers–Danlos Sendromu (EDS) türüdür. vEDS’li olgularda ince ve yarı saydam cilt, akrogerik görünüm (el ve ayaklarda erken yaşlanma görünümü) ve karakteristik yüz bulguları (ince burun, ince dudaklar, mikrognati, belirgin büyük gözler) izlenebilir. Ancak vEDS’nin en önemli klinik özelliği arteriyel, gastrointestinal ve uterin dokularda belirgin doku fragilitesi bulunmasıdır. Bu artmış doku fragilitesine bağlı olarak, çoğunlukla ergenlik dönemi ve sonrasındaki yaşlarda hastalarda travma öyküsü olmaksızın vasküler olay, uterin ya da kolon perforasyonu gibi yaşamı tehdit eden klinik tablolar gözlenebilir. Çocukluk çağında klinik bulguların silik seyretmesi, tipik EDS’de gözlenen hipermobilitenin bu grupta belirgin olmaması nedeniyle vEDS tanısı sıklıkla gecikmekte ve olguların önemli bir kısmı ilk majör vasküler olaylar sırasında tanı almaktadır. Bu olgu, pediatrik hastalarda dismorfik bulgular ve multisistem anomaliler varlığında, majör vasküler olaylar gelişmeden önce tanı koyabilmek için vEDS’nin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 3 yaş 7 ay, erkek hasta; 25 yaşındaki annenin oligohidroamnios ile takip edilen ilk gebeliğinden, uterin septum nedeniyle 28+3 gebelik haftasında, acil sezaryen ile 1140 g doğmuştur. Yenidoğan yoğun bakımda prematürite, respiratuar distres sendromu, germinal matriks kanaması, hidrosefali, pulmoner stenoz ve konjenital hipotiroidi tanıları ile 4 ay izlenmiş, 35 gün entübe kalmıştır. Bir yaşında ventriküloperitoneal şant ve pulmoner balon valvuloplasti uygulanmıştır. Fizik muayenesinde; cilt altı yağ dokusunda azalma, düşük yerleşimli kulaklar, mikrognati, uzun parmaklar, dismorfik yüz görünümü, makrosefali ve gelişimsel gerilik dikkat çekmiştir. Dismorfik bulguları ve multisistem tutulumları nedeniyle yapılan karyotip analizi normal olan hastanın tüm ekzom dizileme analizinde COL3A1 geninde, intron 41’de yerleşmiş, 3039+4A > T heterozigot, de-novo gelişen, muhtemel patojenik bir varyant gösterilmesiyle hastamız vEDS tanısı almıştır.

Resim 1.



Hastanın el sırtında uzun ve ince parmaklar, cilt altı yağ dokusunda azalma ve akrogerik görünüm. El bileği ve palmar yüzeyde ince, yarı saydam cilt yapısı.

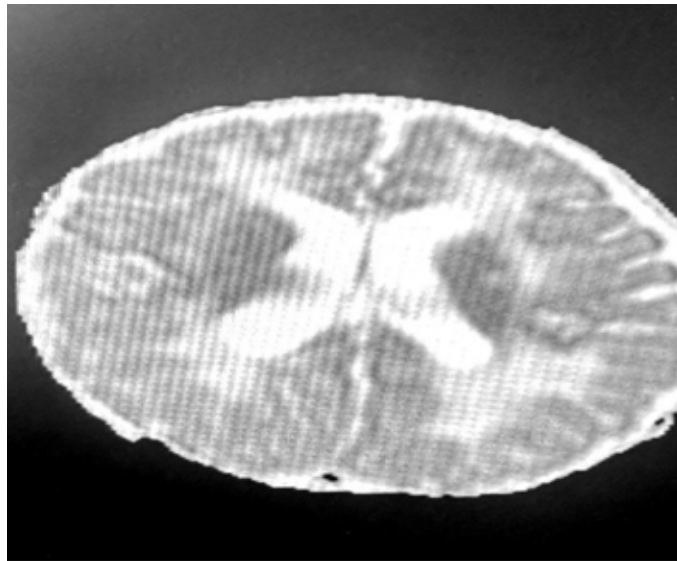


Resim 2.



Hastanın yüz görünümünde ince burun, mikrognati ve büyük, belirgin gözlerle karakterize tipik vEDS yüz fenotipi.

Resim 3.



Hastanın 1 yaşında çekilen şant öncesi kraniyal MR görüntülemesinde lateral ventriküllerde hafif ventrikülomegali izlenmekte olup periventriküler non-spesifik T2 sinyal değişiklikleri mevcuttur. Myelinizasyon düzeltilmiş yaş ile uyumludur.

Sonuç: Olgumuzda dismorfik bulgularla birlikte prematüriteye eşlik eden intrakraniyal kanama, hidrosefali, kardiyak anomali, konjenital hipotiroidi ve gelişimsel gerilik gibi çoklu sistem tutulumlarının varlığı, altta yatan genetik bir hastalık olasılığını düşündürmüştür. Hastamızda gösterilen COL3A1 genindeki patojenik mutasyonlar kollajen metabolizmasında bozulmaya ve travma olmaksızın yaşamı tehdit edebilen ciddi kanamaların görülebildiği vEDS'ye sebep olmaktadır. Çocukluk çağında sessiz ve özgül olmayan klinik bulgularla seyredebilmesine rağmen, vEDS'de erken tanıyla yaşamı tehdit eden vasküler olaylar gelişmeden önce uygun izlem ve koruyucu yaklaşımlar planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ehlers Danlos Sendromu, Vasküler Ehlers Danlos Sendromu



PS-222

AŞILANMAMIŞ BİR ÇOCUKTA SSPE: ÖNLENEBİLİR BİR NÖRODEJENARATİF HASTALIK

Emine Nur Akay¹, Salih Akbaş², Sait Açık², İrem Ersayoğlu³, Hasan Serdar Kıhtır³, Mahmut Can Kızıl⁴

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya

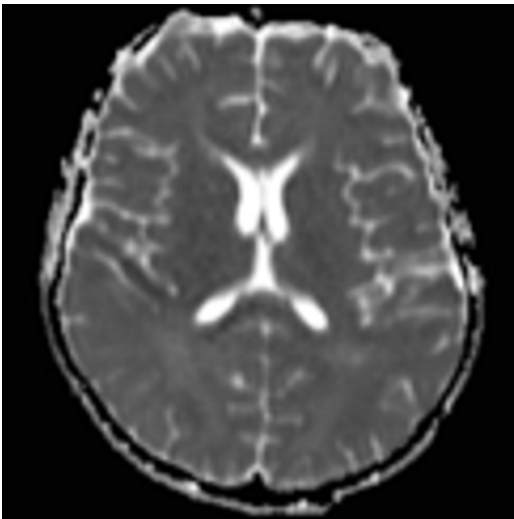
2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Nöroloji Kliniği, Antalya

3 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Antalya

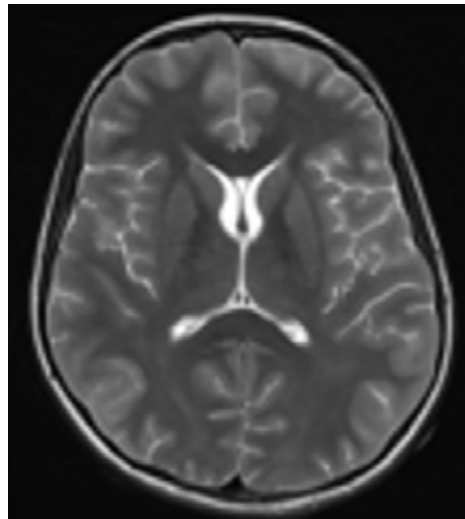
4 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Antalya

Amaç: Subakut sklerozan panensefalit (SSPE), kızamık enfeksiyonunun nadir görülen ancak fatal seyirli geç dönem komplikasyonlarından biri olup ilerleyici nörodejeneratif bir tabloya yol açar. Klinik bulgular çoğunlukla primer enfeksiyondan 5-10 yıl sonra ortaya çıkar ve hastalık en sık çocukluk ve erken adolesan dönemde (5-15 yaş) izlenir. Klinik seyir; bilişsel fonksiyonlarda gerileme, davranışsal değişiklikler, miyoklonik nöbetler ve progresif motor fonksiyon kaybı ile karakterizedir. Günümüzde küratif bir tedavi seçeneği bulunmamakla birlikte, erken dönemde başlanan immünomodülatör tedaviler bazı hastalarda hastalık ilerlemesini yavaşlatabilmektedir.

Olgu Sunumu: On iki yaşında kız hasta, 2 hafta içerisinde gelişen bilinçte bozulma, nöbet ve sık düşme şikayeti ile başvurdu. Öncesinde sağlıklı olduğu, ancak son 1 yıl içerisinde okul başarısında belirgin düşme, sosyal çekilme, konuşma bozukluğu ve son 2-3 ayda sık düşme şikayeti olduğu öğrenildi. Anne-baba arasında akrabalık yoktu. Gebelik, perinatal, neonatal ve gelişimsel öyküsü özellik göstermiyordu. Hastanın rutin çocukluk çağı aşılarının 7 yaşına kadar yapılmadığı öğrenildi. Nörolojik değerlendirmede konfüze bilinç durumunda, derin tendon reflekslerinin artmış olduğu ve ekstansör plantar yanıtının bulunduğu saptandı. Uyanıklık döneminde jeneralize, tekrarlayıcı ve uyarılarla artan miyoklonik sıçramaları mevcuttu. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T2 ve FLAIR sekanslarında bilateral parietal bölgelerde yüksek sinyal intensitesi ve bilateral optik sinirlerde kontrast tutulumu izlendi. Spinal MRG incelemede ise spinal kord santral gri cevherinde T2 sekansında yüksek sinyal intensitesi izlendi. SSPE ön tanısı ile Elektroensefalografide görülmesi beklenen düzenli aralıklarla bilateral, senkron, yüksek amplitüdü yavaş dalgalar saptanmadı. Serum kızamık IgG pozitif, IgM negatif bulundu. Beyin omurilik sıvısından (BOS) elde edilen kızamığa özgü IgG indeksi 19,63 U/mL olarak bulundu ve SSPE tanısı konuldu.



MR Görüntüsü - 1



MR Görüntüsü - 2



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Bu olgu, kızamık aşısının uygulanmamış olmasının ilerleyici ve fatal seyir gösterebilen SSPE gelişimi açısından belirgin bir risk oluşturduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır. Aşılanmamış çocuklarda görülebilen bu ağır nörodejeneratif tablo, bireysel korunmanın yanı sıra toplum genelinde yeterli aşılama oranlarına ulaşmanın gerekliliğini göstermektedir. Etkin ve sürdürülebilir bağışıklama programları, hem hastalığın ortaya çıkışını hem de uzun dönem yıkıcı sonuçlarını önlemede hayati rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Subakut Sklerozan Panensefalit, Kızamık, Progresif Ensefalopati, Aşısız Çocuk



PS-224

AĞLAMAYAN ÇOCUK MASUM MU? AĞRIYA YANITSIZLIKTA SCN9A MUTASYONUNU KAÇIRMAMAK

Neslihan Özcan¹, Ahmet Keçebaş¹, Serdar Pekuz¹, M. Özlem Hergüner¹

1 – Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ç. Nöroloji B.D

Amaç: SCN9A geni, ağrı hassasiyetinde önemli rol oynayan voltaj kapılı sodyum kanalı Nav1.7'yi kodlar. Nav1.7 özellikle dorsal kök ganglionu, trigeminal ganglion ve sempatik ganglionlarda eksprese edilmekte olup ağrı iletiminde kritik öneme sahiptir. SCN9A mutasyonları kalıtım şekline ve fonksiyonel etkisine göre farklı klinik tablolar oluşturmaktadır. Otozomal dominant geçişli mutasyonlar çoğunlukla gain-of-function özelliğindedir ve aşırı ağrı duyarlılığına yol açarken; otozomal resesif mutasyonlar genellikle loss-of-function özelliğinde olup konjenital ağrı duyarsızlığı ile sonuçlanmaktadır.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında kız hasta, ağrıyı hissetmeme ve kendini ısırma şikâyeti ile başvurdu. Ağrıya yanıt vermediği ilk olarak bir yaşında aşı ve enjeksiyon sonrası ağlamaması üzerine fark edilmişti. O dönemde yapılan genetik analizde patolojik varyant saptanmamıştı. Özgeçmişinde 38 gestasyon haftasında 4000 gram doğum öyküsü mevcuttu. Düşük APGAR skoru nedeniyle hipotermi tedavisi uygulanmış ve yaklaşık iki ay yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmişti. Yenidoğan döneminde nekrotizan enterokolit nedeniyle opere edilmiş ve gastrostomi açılmıştı. Anne ve baba arasında akraba evliliği vardı. Ailede benzer öykü bulunmuyordu. Gelişim basamakları yaşına uygundu. Fizik muayenede sık düşmelere bağlı el ve ayaklarda cilt lezyonları mevcuttu. Isı ve vibrasyon duyusu korunmuştu. Ayrıca anosmi ve sık ishal şikâyeti vardı. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Elektrofizyolojik inceleme normal bulundu. Zeka değerlendirmesi normal saptandı. Yeni nesil dizileme analizinde SCN9A geninde c.4399-1C > T homozigot varyant tespit edildi

Sonuç: "Ağrıyı ifade edememe / ağrıya az tepki / tekrarlayan yaralanma" ile başvuran bir çocukta; otizm spektrum bozukluğu, global gelişimsel gerilik, çocuk ihmali/istismarı, Lesch-Nyhan sendromu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve polinöropatiye yol açan nörolojik ya da metabolik hastalıklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ancak bu durumların çoğunda ağrı duyusu tamamen kaybolmamış olup elektrofizyolojik çalışmalar ve nörolojik değerlendirmeler sıklıkla normal değildir ya da eşlik eden belirgin gelişimsel/davranışsal bulgular ve zeka geriliği mevcuttur. Konjenital ağrı duyarsızlığı; bebeklik döneminden itibaren ağrı hissinin olmaması, sık yaralanmalar ve kendini ısırma ile karakterizedir. Elektrofizyolojik incelemeler çoğunlukla normal sınırlardadır. Tekrarlayan yaralanmalar, ağrısız travmalar ve ağrıya belirgin yanıt eksikliği olan çocuklarda; özellikle elektrofizyolojik incelemelerin ve zeka değerlendirmesinin normal olduğu durumlarda konjenital ağrı duyarsızlığı akılda tutulmalıdır. Erken tanı, komplikasyonların önlenmesi ve aileye genetik danışmanlık verilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: SCN9A, Konjenital Ağrı Duyarsızlığı, Nav 1.7 Kanal Fonksiyon Kaybı



PS-229

NADİR AMA KRİTİK: PEDIATRİK BİLATERAL FASİYAL SİNİR TUTULUMU

Meltem Gökden¹, Zeynep Taşkın¹, Yasemin Sancak², Seda Sönmez², Sema Saltık², Esmâ Şengenç²

1 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bilateral fasiyal sinir paralizisi çocukluk çağında nadir görülen bir klinik tablodur. Tek taraflı idiopatik paralizinin aksine bilateral tutulum sıklıkla altta yatan bir hastalığın göstergesidir. Pediatrik yaş grubunda en sık nedenler Guillain-Barré sendromu (GBS), enfeksiyonlar (Lyme hastalığı, EBV, CMV, HIV, Mycoplasma pneumoniae), nöroimmun- influamatuar hastalıklar, travma, lösemi/ lenfomadır.

Yöntem: Bilateral fasiyal paralizi çocukluk çağında altta yatan etyolojiler açısından mutlaka acil değerlendirme gerektiren bir bulgu olup bu hastaların başvuru bulgularını, tanısal değerlendirme sürecini ve ayırıcı tanı yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Bulgular: On yaşında kız hasta, yüz mimiklerinde belirgin azalma (gülümseyememe, kaşlarını kaldıramama) ve konuşma bozukluğu şikâyetleri ile başvurdu. İki hafta önce ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan hastanın başvuru sırasında yapılan kranial sinir muayenesinde; bilateral VII. kranial sinir tutulumunu düşündüren bulgular mevcuttu: bilateral nazolabial sulkuslar silik olup hasta kaşlarını kaldıramıyor, gözlerini tam kapatamıyor ve gülümseyemiyordu. Diğer kranial sinir muayenelerinde patolojik bulgu olmayan hastanın, kas gücü tüm ekstremitelerde tam, derin tendon refleksleri normoaktif ve serebellar sistem muayenesi normaldi. Kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) V, VII, VIII, IX, X ve XI. kranial sinirlerde kontrast tutulumu ve leptomeningeal kontrastlanma izlendi. Solunum yolu viral panelinde coronavirus ve bocavirus pozitif, serolojik testlerinde Mycoplasma pneumoniae IgM pozitif sonuçlandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklemeğinde; hücre görülmedi, kültür ve viral panel negatif sonuçlandı. BOS'tan gönderilen antigangliozid antikor panelinde GM1 IgM zayıf pozitif, Borrelia burgdorferi serolojisi negatif, sitosantrifüj normal sonuçlandı. Elektromiyografi (EMG)'de bulgular Guillain-Barré sendromu varyantı lehine saptandı. Hastada immün yetmezlik, neoplazi dışlandı. Hastaya GBS ön tanısıyla intravenöz immünglobulin (IVIG), BOS viral panel sonuçlanana kadar asiklovir ve Mycoplasma açısından azitromisin tedavileri verildi. Hastanın iki haftalık izleminde bulgularının tama yakın gerilediği gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç: Bilateral fasiyal paralizi, ilerleyici ve hayatı tehdit edici nörolojik hastalıkların erken bulgusu olabileceğinden hızlı ve sistematik bir tanısal yaklaşım gerektirir. Mevcut literatür, bilateral tutulumun unilateral olgulara kıyasla sistemik bir hastalıkla ilişkili olma olasılığının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ayrıntılı nörolojik muayene, BOS incelemesi, serolojik testler ve uygun nörogörüntüleme ve nörofizyolojik yöntemler gecikmeden planlanmalıdır. Erken tanı ve etiyolojiye yönelik tedavi, prognozu belirgin şekilde iyileştirmekte; özellikle immün aracılı süreçlerde zamanında başlanan tedaviler kalıcı nörolojik sekel riskini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kranial sinir, guillain barre sendromu



PS-230

PROGRESİF YÜRÜME VE KONUŞMA BOZUKLUĞU İLE BAŞVURAN ADÖLESANDA NADİR BİR NEDEN: MİTOKONDRIYAL MEMBRAN PROTEİNİ İLİŞKİLİ NÖRODEJENERASYON

Gökçe Nuran Cengiz¹, Seda Sönmez Kurukaya², Simge Çınar Özel³, Hüseyin Kılıç², Sema Saltık²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

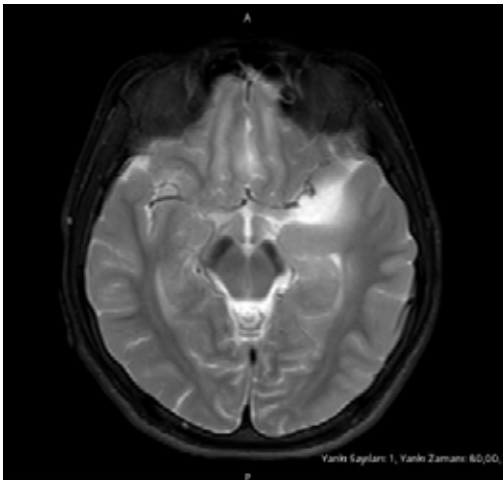
2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı-Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı-Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı

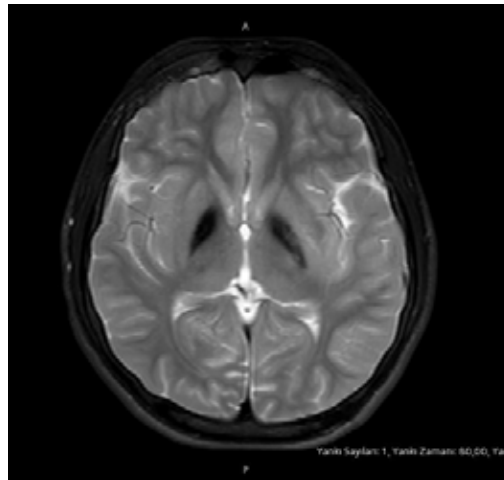
Amaç: Beyinde Demir Birikimi ile seyreden Nörodejenerasyon (NBIA), bazal ganglionlarda demir birikimi ile karakterize, nadir ve ilerleyici nörodejeneratif hastalıklar grubudur. Klinik genellikle çocukluk veya adölesan dönemde başlar ve progresif hareket bozuklukları, piramidal bulgular ve bilişsel etkilenmeyle seyreder. Mitokondriyal Membran Proteini ilişkili Nörodejenerasyon (MPAN), NBIA grubunun bir alt tipidir ve otozomal resesif kalıtım gösterir. Klinik spektrum; yürüme bozukluğu, distoni, konuşma bozukluğu, hiperrefleksi ve optik tutulum gibi bulguları içerebilir. Hastalıkta rutin laboratuvar ve metabolik tarama testleri normaldir. Tanıda en önemli ipucu, kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde globus pallidus ve substantia nigra düzeyinde demir birikiminin saptanmasıdır. Kesin tanı genetik analizle konur ve en sık sorumlu gen C19orf12'dir. Progresif yürüme ve konuşma bozukluğuyla başvuran bu adölesan olguda MPAN tanısı alma sürecini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Bilinen hastalığı olmayan 12 yaş erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır progresif yürüme ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle başvurdu. Şikayetlerin 10 yaş civarında başladığı, zamanla arttığı öğrenildi. Ek olarak düşme atakları, parmak ucunda yürüme ve öğrenme güçlüğü eşlik etmekteydi. Son bir yıl içinde akademik performansında gerileme olması nedeniyle özel eğitime başlandığı öğrenildi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Soygeçmişinde birinci derece kuzen evliliği mevcuttu. Fizik muayenesinde ataksik yürüyüş, dismetri ve disdiadokinezi ve artmış derin tendon refleksleri saptandı. Diğer sistem muayenelerine doğaldı. Rutin laboratuvar tetkikleri ve metabolik testleri normal bulundu. Etiyolojiye yönelik yapılan ;VEP, ERG ve EMG incelemelerinde patoloji saptanmadı. Göz muayenesinde organik patolojiye sekonder görme azlığı olarak raporlandı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral globus pallidus ve substantia nigra düzeyinde demir birikimine bağlı sinyal değişiklikleri izlendi. Tüm ekzom analizinde C19orf12 geninde homozigot frameshift mutasyon saptanarak MPAN tanısı doğrulandı. Hastaya demir şelasyon tedavisi amacıyla deferipron tedavisi başlandı. Mevcut hareket bozukluğu bulgularına yönelik semptomatik tedavi; triheksifenidil tedavisi düzenlendi. Hasta multidisipliner olarak izleme alındı.

MRG-1



MRG-2





MRG-3



MRG-4



Sonuç: NBIA grubunun bir alt tipi olan MPAN, çocukluk veya adolesan dönemde progresif yürüme ve konuşma bozukluğu, piramidal bulgularla seyreden nörodejeneratif hastalıktır. Hastamızda progresif yürüme bozukluğu, konuşmada gerileme ve hiperrefleksi bulunması; metabolik taramaların normal olmasına rağmen kranial manyetik rezonans görüntülemesinde globus pallidus ve substantia nigra demir birikiminin saptanması tanı açısından belirleyici olmuştur. Kesin tanı, C19orf12 geninde homozigot mutasyon gösterilmesi ile doğrulanmıştır. Bu olgu, progresif yürüme ve konuşma bozukluğu ile başvuran çocuklarda, özellikle akraba evliliği öyküsü varlığında NBIA spektrumunun mutlaka düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Metabolik testlerin normal olması nörodejeneratif bir süreci dışlamaz; erken dönemde manyetik rezonans görüntüleme ve genetik inceleme tanısal gecikmeyi önlemede kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Beyinde Demir Birikimi ile seyreden Nörodejenerasyon (NBIA), Mitokondriyal Membran Proteini ilişkili Nörodejenerasyon (MPAN), C19orf12, Progresif yürüme bozukluğu, Bazal ganglionlarda demir birikimi, Pediatrik nörodejeneratif hastalık



PS-234

İZOLE ÜÇÜNCÜ KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ VE NÖROİMMÜNOLOJİK BULGULAR: OLGU SUNUMU

İzzettin Kaya¹, Meryem Hilal Altaş², Emine Erdoğan Kutanis¹, Fatih Mete¹, Meltem Erol¹

1 – İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Hastalıkları

Amaç: Okülomotor sinir (III. kranial sinir) paralizisi, pitozis, midriyazis ve gözün “aşağı-dışa” deviasyonu ile karakterize oftalmopleji tablosu ile seyreder. Erişkinlerde insidansı yaklaşık 100.000’de 4 iken, çocuklarda ve genç erişkinlerde daha nadirdir. Etiyolojisi geniş olup konjenital, enfeksiyöz, travmatik, vasküler (anevrizma, iskemi, kanama), myastenia gravis, neoplaziler, demiyelinizan hastalıklar, Miller–Fisher sendromu ve idiyopatik nedenleri içerir. Bu çalışmada, izole üçüncü sinir paralizisi ile başvuran genç bir olgunun klinik, tanı ve tedavi süreci sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 17 yaşındaki kız hasta, ani başlayan sol göz kapağı düşüklüğü, diplopi ve göz ağrısı ile başvurdu. Gözde kızarıklık veya şişlik şikayeti yoktu ve sol göz kapağındaki pitozis gün içinde değişiklik göstermiyordu. Ateş, bilinç değişikliği, ekstremitte güç kaybı, duyu kusuru veya travma öyküsü bulunmuyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Muayenede bilinç açık, sol gözde pitozis, diplopi, midriyazis ve aşağı-dışa deviasyon mevcuttu; DTR normal, patolojik refleks yoktu. Pupil refleksi korunmuştu. Görsel uyartılmış potansiyel (VEP) testi normaldi. Laboratuvar tetkikleri normal olarak raporlandı. Solunum paneli ve viral tetkiklerinde patojen saptanmadı, periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Kranial ve orbital manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) sol perioptik BOS mesafesinde genişleme ve sol optik sinirin hafif tortioze görünümü saptandı. Spinal MRG, kranial anjiyografi ve venografi normaldi. İntrakranial basınç artışı, demiyelinizan hastalık ve Miller–Fisher sendromunu dışlamak amacıyla yapılan lumbal ponksiyonda BOS basıncı 15 cmH₂O olarak ölçüldü, BOS analizinde hücre yoktu ve kültür negatifti; gangliozid paneli, paraneoplastik panel, anti-aquaporin 4 antikor ve MOG antikor negatifi olarak bulundu. BOS sitolojisinde patoloji gözlenmedi ve tek lif elektromiyografi ile Myastenia Gravis dışlandı. İmmünolojik değerlendirmede IgG indeksi sınırdan yüksek bulunurken, oligoklonal bant tip 2 (OKB tip 2) pozitif saptandı. Tüm tanımlar ekarte edildikten sonra idiyopatik olarak değerlendirildi. 5 gün süreyle yüksek doz kortikosteroid tedavisi başlandı ve tedavinin üçüncü gününde şikâyetleri tamamen geriledi.

Başvuru Anı-1





Başvuru Anı-2



Sonuç: Olgumuzda tek pozitif bulgu, BOS'ta OKB tip 2 pozitifliği idi. OKB varlığı intratekal immünoglobulin üretiminin göstergesi olup demiyelinizan hastalıklarda sık görülür, ancak tek başına tanısal özgüllüğü sınırlıdır, birçok farklı patoloji de BOS'ta OKB oluşumuna yol açabilmektedir. Dolayısıyla tek başına tedavi kararını belirlemek için yeterli değildir. Olgumuz, kapsamlı klinik, laboratuvar ve radyolojik değerlendirme sonucunda idiyopatik olarak sınıflandırıldı. Üçüncü sinir paralizi, yaşamı tehdit eden intrakraniyal patolojilerin erken belirtisi olabileceğinden dikkatli ve sistematik değerlendirme gerektirir.

Tedavi Sonrası



Anahtar Kelimeler: Okülomotor Sinir Felci, Oligoklonal Bant (OKB) Tip 2, İdiyopatik



PS-235

SENKOP NEDENİYLE HASTANEYE GETİRİLEN ÇOCUK OLGULARDA DEMOGRAFİK, ETYOLOJİK, KLİNİK, LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ömer Göksel Köşker¹, **Ayşe Subaşı**², Zehra Esra Önal², Çağatay Nuhoğlu²

1 – Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimi Dalı

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune SUAM Çocuk Kliniği

Giriş ve Amaç: Senkop, çocuklarda sık görülen, serebral hipoperfüzyona bağlı ani ve geçici bilinç kaybıdır. Çoğu olgu benign nedenlere bağlı olmakla birlikte, bazı vakalarda hayatı tehdit eden kardiyak veya metabolik etiyolojiler rol oynayabilir. Bu çalışmada çocukluk çağı senkoplarının nedenleri ve özellikleri değerlendirilmiştir. Vazovagal senkop, en sık görülen tiptir.

Yöntem: Bu çalışma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından Ekim 2023 tarih ve 75 sayılı karar ile onaylandı. 0 yaş ile 18 yaş arasında senkop atağı ile Çocuk Acil ve Çocuk polikliniğine başvuran ve ilk planda Refleks senkop düşünülmeyen ve yatırılarak ileri tetkik edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test, Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-Kare test, Ki-Kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda 89 hasta demografik, klinik ve etiyolojik özellikler açısından değerlendirildi. Hastaların %59'u kız olup ortalama yaş $12,9 \pm 4,3$ yıl idi ve bulgular literatürle uyumluydu. Senkop en sık sonbaharda görülürken prodromal belirtiler hastaların %88,8'inde saptandı. Etiyolojik dağılımda refleks senkop %25,8 ile en sık, psikojenik senkop %24,7 ile ikinci sıradaydı; nörolojik (%19,1), metabolik (%13) ve kardiyak (%7,9) nedenler bunu izledi. Psikojenik ve tanımlanamayan senkop oranının yüksekliği ortalama senkop süresinin uzunluğunu açıklamaktadır. Hastaların VKİ dağılımı da literatürle paralellik göstermiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çocuklarda sık görülen senkop olgularında gereksiz tetkik ve görüntülemelerden kaçınmak için maliyet etkin ve klinik odaklı bir yaklaşım gereklidir. Bu çalışmada senkop nedeniyle başvuran 89 çocuk öykü, fizik muayene ve seçilmiş tanısal yöntemlerle değerlendirilmiştir. Prodromal belirtilerin varlığı, kısa süreli bilinç kaybı, hızlı toparlama ve focal nörolojik defisit olmaması vazovagal senkop lehine bulgular iken; uzun süren bilinç kaybı, tonik-klonik kasılmalar, focal nörolojik bulgular ve ailede epilepsi öyküsü epileptik nöbeti düşündürmektedir. Egzersizle ilişkili senkop, prodromal bulguların olmaması, konjenital kalp hastalığı veya ailede ani ölüm öyküsü ve patolojik fizik muayene bulguları ise kardiyak değerlendirme gerektirir. Sonuç olarak senkopa yaklaşımda anamnez ve fizik muayene, etiyolojinin belirlenmesinde temel belirleyicilerdir.

Anahtar Kelimeler: Senkop, Çocuk Hasta



PS-237

NADİR BAŞAĞRISI NEDENİ: DEV ARAKNOİD GRANÜLASYON

**Seda Sönmez Kurukaya¹, Yasemin Sancak¹, Neslihan Özhan¹, Esmâ Şengenç¹, Serdar Arslan²,
Burak Tahmazoğlu³, Sema Saltık¹**

1 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

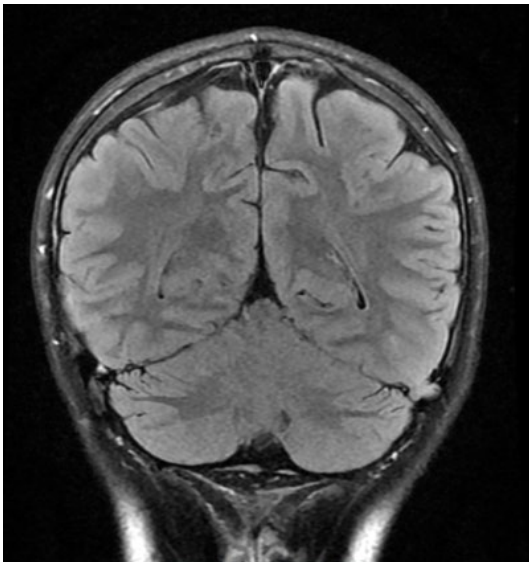
2 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

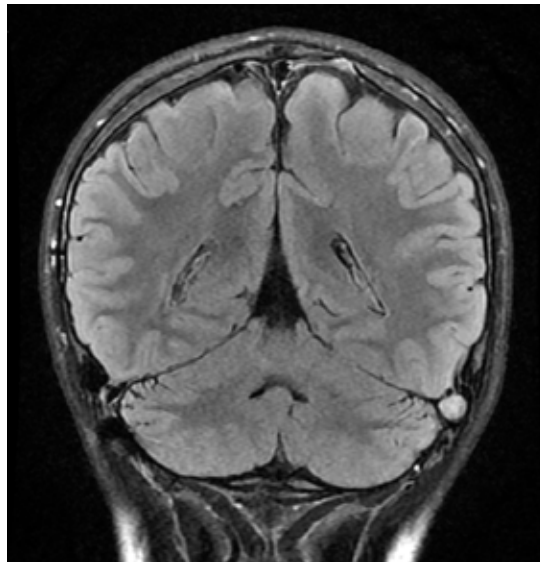
Amaç: Araknoid granülasyonlar (AG), beyin omurilik sıvısının venöz sisteme drenajını sağlayan fizyolojik yapılardır. Dev araknoid granülasyonlar (DAG), dural venöz sinüs lümenini daraltarak baş ağrısına yol açabilir. DAG'ler genellikle konjenital veya gelişimsel olup, travma gibi tetikleyici faktörler sonrası semptomatik hale gelebilir. Bu olgu ile dev araknoid granülasyonların baş ağrısı ile başvurabileceği, venöz sinüs stenozu yaparak aralıklı intrakraniyal hipertansiyona yol açabileceğini ve papilödem olmadan da prezente olabileceğini hatırlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: On üç yaşında erkek hasta, 2-3 aydır devam eden nokturnal göz ağrısı ve kusma şikayetiyle başvurdu. Semptomlar gece saatlerinde başlamakta, 30-60 dakika süren sol göz ağrısını kusma takip etmekte ve hasta uykusundan uyanmaktaydı. Dokuz ay önce düşme sonrası oksipital çökme kırığı nedeniyle opere edilmiş, ilk 6 ay asemptomatik kalmıştı. Göz muayenesi ve fundoskopi normal, papilödem saptanmadı. MR venografide bilateral transvers sinüslerde araknoid granülasyonlar (sol > sağ), transvers-sigmoid bileşkede belirgin daralma ve sol tarafta minimal serebral dukunun ve araknoid granülasyon dokusunun sinüs içine herniasyonu gözlemlendi. Her iki transvers sinüs-sigmoid sinüs bileşkesinde daralma nedeniyle intrakraniyal hipertansiyon açısından değerlendirme önerildi. Travma öncesi kranial görüntülemesi olmayan hastada saptanan araknoid granülasyonların, önceden var olup semptomatik hale mi geldiği, yoksa travma sonrası mı geliştiği bilinmemekle birlikte, MR'ında intrakraniyal hipertansiyon bulguları olması üzerine yapılan BOS basıncı ölçümünde açılış basıncı 19,5cm H₂O ölçüldü. EEG'de patoloji saptanmadı. Beyin ve Sinir Cerrahisi ve Radyoloji anabilim dallarıyla birlikte değerlendirilen hastaya kataterizasyon ile darlık öncesi ve sonrası BOS basıncı ölçümü planlandı.

T2 FLAİR img1

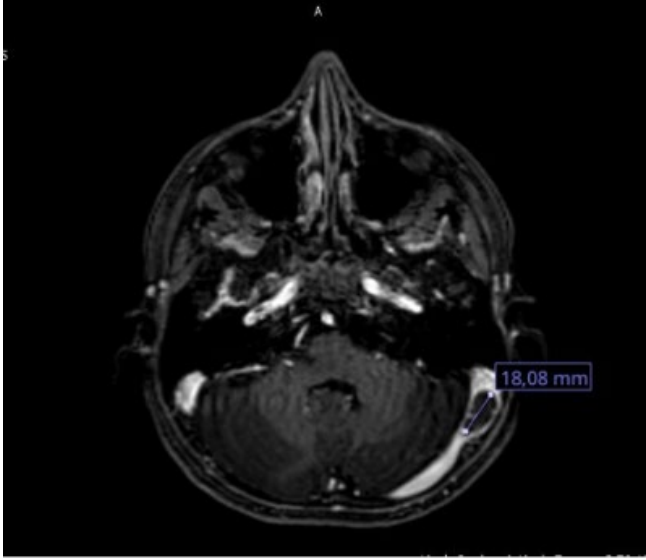


T2 FLAİR img2

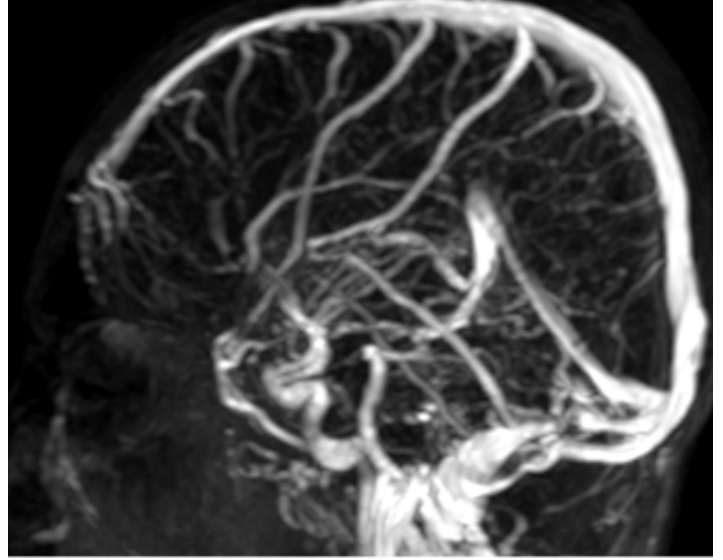




T1+C



MR venografi



Sonuç: Bu olgu, semptomatik özellikle baş ağrısı olan hastalarda öncelikli kranial görüntülemenin önemini göstermekte olup, ayırıcı tanıda; dural sinüs trombozu, idiyopatik intrakranial hipertansiyon, intrakranial kitle yanında nadir bir neden olan dev araknoid granülsayonun göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Baş Ağrısı, Dev Araknoid Granülasyon, İntrakraniyal Hipertansiyon



PS-242

ÇOCUKLUK ÇAĞI SEREBROVASKÜLER HASTALIKLARI – TEK MERKEZ DENEYİMİ

Esma Şengenç², **Arlin Tunc**¹, Süheyla Ocak³, Serhat Güler², Hüseyin Kılıç², Nergis Akay⁴, Ece Aslan⁴,
Zeynep Torunoğlu⁴, Sare Güntülü Şık⁵, Serdar Arslan⁶, Sema Saltık²

- 1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı
3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı
4 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı
5 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğunbakım Bilim Dalı
6 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı serebrovasküler hastalıkları (SVH), yenidoğan döneminden adolesan çağa kadar görülebilen, heterojen ve yüksek morbidite riski taşıyan bir grup hastalığı içerir. Erişkinlerden farklı olarak çocuklarda ateroskleroz ve hipertansiyon nadirdir; etiolojide sıklıkla hematolojik/trombofilik, vaskülopatik, enfeksiyöz, metabolik, travmatik veya sistemik hastalık/malignite sekonder nedenler görülür. Klinik tablo genellikle iskemik veya hemorajik olarak ortaya çıkar ve başvuru semptomları çoğunlukla akut hemiparezi, baş ağrısı ve nöbet şeklindedir. Nonspesifik bulgular özellikle küçük yaş gruplarında tanı gecikmesine yol açabilir. Bu çalışmada, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD’de takip edilen çocukluk çağı SVH tanılı hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, etiyolojik dağılımları, görüntüleme bulguları, uygulanan tedavi yaklaşımları ve uzun dönem sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda 2010–2026 yılları arasında toplam 25 SVH tanılı hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar demografik veriler, klinik özellikler, olay tipi, etiyolojik sınıflama, nörogörüntüleme bulguları, tedavi yaklaşımları ve izlem sonuçları açısından değerlendirildi. Tüm veriler SPSS programında analiz edildi. Uzun dönem fonksiyonel sonuçlar Modified Rankin Scale (mRS) üzerinden değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 25 hastanın 15’i (%60) erkek, 10’u (%40) kız, ortalama tanı yaşı 8,4 yıldır. 10 hastada (%40) ek hastalık vardı. Başvuru semptomları çoğunlukla akut hemiparezi, baş ağrısı ve nöbetti. Etiyolojik dağılım; hematolojik trombofilik 6 (%24), vaskülopatik 6 (%24), enfeksiyöz 4 (%16), travmatik 4 (%16), sistemik/malignite sekonder 5 (%20). Olay tipi 17 (%68) iskemik, 8 (%32) hemorajikti. 17 (%68) hastada çoklu lezyon, 11 (%44) bilateral lezyon gözlemlendi. Rekürrens 6 (%24) hastada, YBÜ yatışı 12 (%48) hastada vardı; hemorajik olaylarda YBÜ yatışı anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Uzun dönem izlemde 15 hasta (%60) sekel bıraktı, 13 (%54,2) hastada epilepsi gelişti. Medyan mRS 2 idi. YBÜ yatışı ile sekel gelişimi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,004$). Tedavi her hastanın etiyolojisine göre multidisipliner olarak planlandı.

Tartışma ve Sonuç: Çocukluk çağı SVH heterojen klinik tabloya sahiptir ve uzun dönem nörolojik morbidite riski yüksektir. Hemorajik olaylarda YBÜ yatışı daha sık olup sekel gelişimi ile ilişkilidir. Fonksiyonel sonuçlar medyan mRS 2 ile orta düzeyde etkilenmiş fonksiyonu gösterdi; epilepsi ve nörolojik defisitler önemli sekel nedenleridir. Bulgular, erken tanı, multidisipliner yaklaşım ve etiyolojiye uygun tedavi planlamasının önemini vurgulamaktadır ve çocukluk çağı SVH’nin klinik spektrumunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler, tromboz, kanama, vaskülit, iskemik



PS-243

HEREDİTER BASINCA DUYARLI NÖROPATİ: TEK TARAFLI DÜŞÜK AYAKLA BAŞVURAN ÇOCUK OLGU

Tuğçe Arman Mut¹, Mehmet Baştemur²

1 – Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir Şehir Hastanesi

2 – Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir Şehir Hastanesi

Amaç: Hereditör basınca duyarlı nöropati (HBDN), minör travma veya bası sonrası ortaya çıkan, akut başlangıçlı, tekrarlayıcı ve çoğunlukla ağrısız mononöropati ataklarıyla karakterize otozomal dominant geçişli nadir bir nöropatidir. Klinik tablo genellikle periferik sinirlerin basıya açık bölgelerinde gelişen fokal nöropatiler şeklinde görülür ve çocukluk çağında travmatik veya edinsel nöropatilerle karışabilir. Bu bildiride, tek taraflı düşük ayak ile başvuran bir çocukta HBDN olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: On beş yaşında erkek hasta, sol ayakta uyuşma ve düşük ayak şikâyeti ile başvurdu. Öyküsünde, yaklaşık iki ay önce ayak burkulması sonrası alçı uygulandığı, ancak artan ağrı nedeniyle alçının erken dönemde çıkarıldığı öğrenildi. Alçı uygulamasından birkaç hafta sonra sol ayakta güçsüzlük ve uyuşma şikâyetlerinin başladığı bildirildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde başlangıçta önemli bir özellik saptanmadı. Nörolojik muayenede, sol ayakta dorsifleksiyon kaybı, topuk ve parmak ucunda yürümede güçlük ile yüzeysel ve ağrı duyusunda azalma saptandı. Elektromiyografi (EMG) incelemesinde sensorimotor demiyelinizan polinöropati zemininde bilateral karpal tünel sendromu ve solda fibula başı düzeyinde peroneal bası nöropatisi tespit edildi. Klinik öykü, nörolojik muayene ve elektrofizyolojik bulgular birlikte değerlendirilerek HBDN ön tanısı düşünüldü. Yapılan genetik incelemede periferik miyelin protein 22 (PMP22) geninde heterozigot delesyon saptanarak tanı doğrulandı. Bir ay sonraki kontrolde klinik bulgularının büyük ölçüde gerilediği gözlemlendi. Aile taramasında anne ve kardeşte de aynı genetik mutasyonun bulunduğu belirlendi.

Sonuç: HBDN'nin ilk klinik bulguları genellikle ikinci veya üçüncü dekatta ortaya çıkmakla birlikte, çocukluk çağında da travma veya bası sonrası gelişen nöropatiler şeklinde prezente olabilir. En sık peroneal sinir tutulumu sonucu düşük ayak, median sinir tutulumu sonucu karpal tünel sendromu gibi fokal nöropati bulguları görülür. Bu durum, özellikle tek taraflı ve akut gelişen olgularda tanısız gecikmelere yol açabilir. Elektrofizyolojik incelemelerde demiyelinizan özelliklerin varlığı ve basıya duyarlı sinir bölgelerinde iletim bloklarının saptanması tanı açısından yol göstericidir. Ancak kesin tanı için genetik inceleme gereklidir. Olgumuzda travma sonrası gelişen tek taraflı düşük ayak başlangıçta izole bası nöropatisini düşündürmüştü; ancak EMG bulgularının yaygınlığı ve genetik analiz ile HBDN tanısı doğrulanmıştır. Literatürde HBDN'li bireylerin yaklaşık %50'sinde spontan ve tam klinik iyileşme bildirilmiştir. Olgumuzda da kısa sürede belirgin klinik düzelme gözlemlenmiştir. Çocukluk çağında travma veya bası sonrası gelişen nöropatilerde, özellikle düşük ayak ve karpal tünel sendromu gibi fokal bulgular eşlik ediyorsa HBDN ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Düşük Ayak , Hereditör Basınca Duyarlı Nöropati , PMP22 Delesyonu



ÇOCUKLUK ÇAĞINDA LOKALİZE SKLERODERMA: BEŞ OLGU

Burak Gökdoğan¹, Yeşim Coşkun¹, Kadir Ulu¹

1 – Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank EAH

Amaç: Lokalize skleroderma, çocukluk çağında nadir görülmesine rağmen kozmetik ve fonksiyonel açıdan önemli sonuçlara yol açabilen inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastalık çoğu zaman deri ile sınırlı görünse de bazı olgularda daha derin dokulara ve hatta nörolojik yapılara kadar uzanabilmektedir. Çocuklarda en sık görülen form lineer sklerodermadır ve özellikle yüz yerleşimli “en coup de sabre” tipinde nörolojik ve oftalmolojik komplikasyon riski artmaktadır. Ekstremiteler yerleşimli plak morfea genellikle daha yüzeysel seyretmekle birlikte derin doku ve kemik tutulumu gelişebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde izlenen beş pediatrik lokalize skleroderma hastasının klinik özellikleri, görüntüleme bulguları ve tedavi yanıtları değerlendirilmiştir.

Olgu Sunumu: Kliniğimizde takip edilen beş pediatrik lokalize skleroderma hastası geriye dönük olarak incelenmiş, hastaların klinik alt tipleri, lezyon yerleşimleri, eşlik eden sistemik veya nörolojik bulguları, görüntüleme sonuçları, uygulanan tedaviler ve klinik seyirleri analiz edilmiştir. Hastaların yaşları altı ile on yedi arasında değişmekteydi ve iki hastada yüz yerleşimli lineer skleroderma, üç hastada ise ekstremiteler yerleşimli plak morfea saptandı. Tüm hastalarda metotreksat birinci basamak tedavi olarak kullanıldı; üç hastada sistemik steroid eklendi, hemifasial atrofisi olan hastada aylık intravenöz immünglobulin ve ardından tosilizumab tedavisine geçildi. Klinik seyir açısından bazı hastalarda belirgin gerileme izlenirken, bazı hastalar stabil olarak takip edildi. Yüz yerleşimli lineer skleroderması olan bir hastada göz kapağı tutulumu ile birlikte beyin manyetik rezonans görüntülemesinde periventriküler beyaz cevherde gliotik odak saptandı. En coup de Sabre lezyonu olanda epilepsi öyküsü bulunmasına rağmen beyin MR normaldi ve nöbet öyküsünün deri lezyonundan önce başlamış olması sebebiyle doğrudan nedensel bir ilişki kurulmadı. Üç hastada ekstremiteler lezyonu vardı. Tüm hastalarda tedavi başladıktan sonra yeni lezyon gelişmedi.

Skleroderma tanılı olguların klinik, görüntüleme ve tedavi verileri

Olgu	Yaş	Alt Tip	Lokalizasyon	Nörolojik Durum	MR Bulgusu	Tedavi	Seyir
1	9	Lineer	Sol hemifasial atrofi	Yok	Beyaz cevher gliotik odak	Metotreksate + Steroid + IVIG + Tocilizumab	Stabil
2	17	Lineer	En coup de sabre	Epilepsi	MR normal	Metotreksate	Stabil
3	6	Plak	Sağ uyluk	Yok	MR yapılmadı	Metotreksate + Steroid	Regresyon
4	9	Plak	Ayak dorsum	Yok	Kuboid kemik ödemi	Metotreksate + Steroid	Stabil

Sonuç: Bu olgu serisi, çocukluk çağı lokalize sklerodermanın klinik olarak heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı lokalize skleroderma yalnızca deriyi tutan bir hastalık olarak değerlendirilmemeli, hastalıkta sistemik tutulum olabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle yüz yerleşimli lineer olgularda nörolojik değerlendirme ihmal edilmemeli ve ekstremiteler yerleşimli plak morfeada derin doku tutulumu olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı ve uygun immünsupresif tedavi ile hastalık progresyonu kontrol altına alınabilmekte olup multidisipliner yaklaşım hastaların izleminde önemli yer tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, Lokalize, Çocukluk



PS-247

YAŞAMI TEHDİT EDEN OTOİMMÜN BİR HASTALIK: ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU

Selma Durmaz Özdemir¹, Hüseyin Gümüş², Nur Şeyma Zengin², Tuba Kurt²

1 – Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

2 – Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji BD

Amaç: Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFAS), anyonik fosfolipidlere bağlı plazma proteinlerine karşı antikorlarla ilişkili olarak tekrarlayan arteriyel, venöz tromboembolizm veya gebelik kaybı ile karakterize otoimmün sendromdur. Çocuklarda nadir görülen primer ve katastrofik AFAS tanısı alan bir olgumuz sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 15 yaş kız hasta 3-4 gündür sol el parmak uçlarında solukluk, ağrı ve sol el ikinci parmakta morluk ve soğukluk oluşması nedeniyle acil servise başvurdu. Öncesinde 4 gün süren ateşinin ve eforla artan nefes darlığı ve tıkanma hissinin olduğu kaydedildi. Özgeçmişinde 3 yıl önce trombositopeni ile takip edildiği ve ANA'nın 1/320 pozitif olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde annesinin gebeliğinde antikoagülan kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde sol el 2.parmakta soğukluk, solukluk ve distalde morluk ve sol el palmar yüzde ve 5.parmakta hiperemik ağrılı lezyonlar gözlemlendi. Periferik nabızlar palpe ediliyordu. Sistemik muayenesi normaldi. Laboratuvar analizinde; WBC:14.500/mm³, lenfosit:920/mm³, trombosit:183 bin, CRP:106 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı:65 mm/sa, idrar tetkikinde +3 protein saptandı. Doppler ultrasonografide sol el 2. parmak düzeyinde dijital arterde akım net değerlendirilemedi. Akut arteriyel tromboz olması nedeniyle trombofili açısından, anti-trombin 3 aktivitesi, protein C ve S, genetik trombofili paneli çalışıldı. SLE ve AFAS açısından ANA, kompleman düzeyleri, anti beta-2 glikoprotein-1 IgG/IgM, antikardiyolipin IgG/IGM ve lupus antikoagülanı analiz edildi. Akciğer grafisinde spesifik bulgu gözlenmedi. Ancak dispnesinin olması nedeniyle çekilen torasik aorta BT anjiyografide 'Sağ pulmoner arter segmenter dallarında pulmoner emboli açısından şüpheli dolum defekti' tespit edildi. Hastada üçlü yüksek titre AFA pozitifliği saptandı. ACR-AFAS kriterlerine göre primer AFAS tanısı kondu. Akut gelişen arteriyel tromboz, pulmoner tromboemboli ve renal tutulumla birlikte (3 organ/sistem) katastrofik AFAS olarak değerlendirildi. Tedavide yüksek doz kortikosteroid (30 mg/kg), asatilsalisilik asit, enoksaparin başlandı. Sekonder enfeksiyon açısından sefotaksim ve klindamisin uygulandı. Steroid azaltıcı ajan olarak mikofenolat mofetil eklendi. Takiplerinde parmakta uyuşma ve soğuklukta azaldı. Kontrol doppler USG'de arteriyel akımının distale doğru geliştiği izlendi. Steroid tedavisinin azaltılarak kesilmesi planlandı.

Tablo-1



Hastanın laboratuvar tetkikleri ve sonuçları

Hemogram	Akut Faz Reaktanları	Trombofilik Tetkikleri	Ek tetkikler:	Antikor Tetkikleri
WBC:14.500/mm ³	CRP: 106.2 mg/L	Anti-trombin-3 Aktivitesi: Normal	Sedim:75 mm/sa	Anti-nükleer-antikor: Negatif
Nötrofil:12.620/mm ³	Prokalsitonin:1.18	Protein C: Normal	Romatoid Faktör: 11.4 IU/mL	Anti-beta-2 glikoprotein 1 IgG: 146.33 Pozitif (0-19.99)
Lenfosit: 920/mm ³	Ferritin: 54.5	Protein S: Normal	Quantiferon: Negatif	Anti-beta-2 glikoprotein 1 IgM: 61.51 Pozitif (0-19.99)
HGB:11.2 g/dL	IL-6: 81,9	Genetik Trombofilik Paneli: Sonuçlanmadı.		Anti Kardiyolipin IgG: 107.94 Pozitif (0-11.99)
Trombosit:183.000	D-dimer: 1.28 mg/L			Antikardiyolipin IgM: Negatif
				Lupus Antikoagülanı: Pozitif

Resim-1





Resim-2



Sonuç: Pediatrik AFAS, tekrarlayan tromboz riski ve yüksek mortalite oranıyla, yaşamı tehdit eden otoimmün bir hastalıktır. Daha malign olan katastrofik AFAS'da ölüm oranı daha yüksektir. Makrovasküler venöz ve arteriel tromboz, livedo reticularis, nefropati, pulmoner hemoraji, obstetrik bulgular, kardiyak kapak bulgular, trombositopeni tanı koymakta bize yol göstericidir. Bu hastaları tanımak ve erken tanı ile ölümcül yan etkilerinden korunmak önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid Antikor Sendromu, Katastrofik AFAS, Tromboz, Erken Tanı



PS-249

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA HENOCİ-SCHÖNLEİN PURPURASININ NADİR BİR YÜZÜ: MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU

Zeynep Torunoğlu¹, Ece Aslan¹, Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Mehmet Yıldız¹,
Sezgin Şahin¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

1 – İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: İmmünoglobulin A vaskülit (IgAV) eski adıyla Henoch Schönlein Purpurası (HSP), küçük damarları etkileyen, IgA immün komplekslerinin damar duvarında birikimi ile karakterize ve başta cilt, eklemler, gastrointestinal sistem ve böbrekler olmak üzere sistemik tutulum gösterebilen çocukluk çağının en sık vaskülitidir. HSP’de merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu ise nadir görülür, ancak tanısall güçlükler yaratabilir ve bazen uzun dönem nörolojik sekellerle sonuçlanabilir. Biz bu olgumuz ile HSP sekonder nadir görülen serebral hemoraji olgusunu sunarak, bu komplikasyona karşı farkındalığı arttırmak, erken tanı ve uygun yönetimin önemine dikkat çekmek istedik.

Olgu Sunumu: 7 yaşında öncesinde bilinen hastalığı olmayan kız hasta, 2 hafta önce önce başlayan önce sağ el parmaklarında daha sonra sol el parmaklarında olan şişlik ve ağrı şikayetine son 1 haftadır karın ağrısı ve mide bulantısı, son 3-4 gündür önce yüzde başlayan ardından bacaklara ve gluteal bölgeye yayılan basmakla solmayan purpurik döküntülerin eklenmesi üzerine gastrointestinal (GİS) tutulumlu HSP ön tanısıyla hastaya 2 mg/kg’dan sistemik steroid ve 30 mg/kg/gün ibuprofen tedavileri başlandı. Hastanın tedavisinin 6. Gününde şikayetlerine şiddetli baş ağrısı ve aralıklı baş dönmesi eklendi. Çekilen kranial bilgisayarlı tomografide (BT) intraparakimal hematom saptanan hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı 30 mg/kg/gün pulse steroid, hipertonic salin ve profilaktik levatirasetam tedavileri başlandı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durum orta, bilinç açık, ateş: 36°C, tansiyon:95/65 mmHg yüzde, gluteal bölgede ve bilateral alt ekstremitelerde palpabl purpura mevcuttu. Hastaya 30mg/kg/gün pulse steroid tedavisi 5 güne tamamlandı. Tedaviye 2mg/kg/gün sistemik steroid tedavi ile devam edildi. Klinik bulguları kaybolan hastanın takibinde steroid tedavisi azaltılarak kesildi. EEG normal olarak değerlendirilen hastanın profilaktik başlanan antiepileptik ilacı stoplandı. Hasta nörolojik tutulumun eşlik ettiği HSP olarak değerlendirildi.

Sonuç: IgA vaskülit, etkilenen çocukların büyük çoğunluğunda kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır ve çoğu hastada semptomatik tedavi yeterlidir. Ciddi sistem tutulumlarında başta steroid olmak üzere immünsüpresifler kullanılmaktadır. MSS tutulumu ise, IgA V olgularının %1’inden daha azında görülmektedir. Her ne kadar nörolojik komplikasyonlar nadir olsa da, bu vaka tanı ve tedavideki gecikmeleri önlemek ve hekimlerin farkındalığını arttırmak açısından bu olasılığı vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: IgA vaskülit (Henoch-Schönlein purpurası), Merkezi sinir sistemi tutulumu, Serebral hemoraji



PS-251

ERİTRODERMİK BİR ÇIKMAZ: SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS MU? PSÖRIAZİS Mİ? İLAÇ REAKSİYONU MU?

**Ecenur İzzete Derelioğlu¹, Zeynep Torunoğlu², Ece Aslan², Nergis Akay², Ümit Gül², Elif Kılıç Könte², Mehmet Yıldız²,
Sezgin Şahin², Kenan Barut², Özgür Kasapçopur²**

1 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 — İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Eritrodermi(eksfoliyatif dermatit),vücut yüzey alanının büyük kısmının eritem ve skuamla tutulduğu,farklı hastalıklar veya ilaçlara bağlı gelişebilen non-spesifik inflamatuvar deri paternidir.Pediyatrik yaş grubunda nadir görülmekle birlikte potansiyel olarak yaşamı tehdit edici seyri nedeniyle erken ve doğru ayırıcı tanı büyük önem taşır.Sistemik lupus eritematozus(SLE),multisistemik tutulumla seyreden kronik otoimmün bir hastalıktır.Kutanöz bulgular hastalığın en sık görülen manifestasyonlarından biriyken eritrodermik seyir oldukça nadirdir ve ayırıcı tanıda psöriazis,ilaç reaksiyonları,Stevens–Johnson sendromu(SJS),toksik epidermal nekroliz(TEN) ve DRESS sendromu gibi yaşamı tehdit eden tablolarla karışabilmektedir.Bu olguda juvenil SLE tanısıyla izlenen adölesanda gelişen yaygın eksfoliyatif eritrodermik tablo sunularak zorlu ayırıcı tanı ve yönetim süreci tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: 15 yaşında kız hasta,Ağustos 2025'ten itibaren dış merkezde juvenil SLE ve antifosfolipid antikor sendromu(AFAS) tanılarıyla izlenmiş,aspirin 100mg/gün,hidroksiklorokin 200mg/gün,prednizolon 60mg/gün tedavileri başlanmış.Ekim 2025'te yüzden başlayıp gövdeye yayılan ürtikeryal/targetoid döküntüler görülmesi üzerine punch biyopsi ve direkt immünfloresan incelemede dermoepidermal bileşkede IgM/C3c birikimi saptanarak kutanöz SLE ile uyumlu yorumlanmış,pulse steroid/intravenöz immünglobulin(IVIG) uygulanmıştır.Tedavi sonrası döküntüleri gerileyen hastanın Ocak 2026'da döküntüleri tekrar yaygınlaşmış. Pulse steroid/IVIG tekrarlandıktan sonra dirençli kutanöz tutulumlu SLE olarak değerlendirilerek rituksimab tedavisi başlanmış. İkinci doz sonrası tüm vücutta hızla ilerleyen eksfoliyatif eritrodermi nedeniyle tarafımıza başvurdu.Fizik muayenesinde genel durum orta,bilinç açık,vital bulgular stabildi.Vücut yüzeyinin~%90'ında eksfoliyatif diffüz eritem/lameller deskuamasyon mevcutken bül,nekroz,epidermal ayrışma,mukoza tutulumu saptanmadı.Nikolsky negatifti.Saçlı deride eritem üstünde skuamlı plaklar mevcuttu.Çocuk Allerji-İmmünoloji tarafından yüz ödemi,yaygın eritrodermi nedeniyle ilaç ilişkili eritrodermi,DRESS ayırıcı tanıya eklenmiştir.RegisCARskoru 3(olası) olması,eozinofili/belirgin sistemik organ hasarı/mukoza tutulumunun olmaması nedeniyle DRESS,SJS ve TEN ön planda düşünülmemiştir.Dermatoloji punch biyopsi yaparak ön planda ilaç ilişkili eritrodermi,kutanöz SLE ve psöriazis düşünmüştür.Yatıştaki tetkiklerinde akut faz reaktanları/viral markerlar negatif,C4 düşük,antifosfolipid antikorları pozitif saptandı(C3:1.32g/L,C4:0.06g/L,anti-fosfolipid-IgM:44.32U/ml,anti-kardiyolipin-IgM:44.32U/ml).Beş gün pulse metilprednizolon(30mg/kg/gün) ardından 2mg/kg idame ve mikofenolat mofetil 3x500mg başlandı.AFAS antikor pozitifliği nedeniyle aspirin 100mg/gün sürdürüldü;topikal/destek tedavileri uygulandı.Deskuamasyon ve eritrodermik döküntüde belirgin gerilemeye hasta 15.günde taburcu edildi.



Eritrodermi



Eksfoliyatif Dermatit



Kutanöz manifestasyon



Bilateral alt ekstremitelerde eksfoliyatif eritrodermi



Sonuç: Eritrodermi, SLE'de nadir ancak dramatik tabloya yol açabilen kutanöz bir manifestasyondur. Özellikle biyolojik ajanlar ve eş zamanlı ilaç kullanımında; ilaç ilişkili ağır kutanöz reaksiyonlarla hastalık alevlenmesinin ayrımı klinik olarak zorlayıcıdır. Bu vaka "zor olgu" niteliğini pediatrik SLE'de immünsupresif tedavi sonrası gelişen yaygın eritrodermik fenotipin lupus alevlenmesi, ilaç ilişkili reaksiyon ve psöriazis ayırıcı tanıların net yapılamamasından almaktadır. Cilt tutulumuyla gelen romatolojik hastalıklarda klinik bulguların tek başına yönlendirici olmadığı, multidisipliner yaklaşım gerektirdiği ve altta yatan başka bir hastalığın atipik prezentasyonunun akılda tutulmasının faydalı olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eritrodermi, Eksfoliyatif Dermatit, Sistemik Lupus Eritematozus, Psöriazis, İlaç Reaksiyonu, Kutanöz manifestasyon



PS-252

ATİPİK PREZENTASYONLA ORTAYA ÇIKAN UZAMIŞ FEBRİL MİYALJİ SENDROMU VE ARTRİT BİRLİKTELİĞİ: AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ İLE İLİŞKİLİ BİR OLGU SUNUMU

Beyza Çalık¹

1 – İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Uzamış febril miyalji sendromu (UFMS), Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ile ilişkili nadir bir inflamatuvar fenotip olup genellikle ateş ve şiddetli miyalji ile karakterizedir. Bununla birlikte bazı olgularda başvuru anında ateş saptanmayabilir ve klinik tablo farklı inflamatuvar bulgularla birlikte seyredebilir. Bu olguda ateşsiz miyalji ve belirgin akut faz yüksekliği ile UFMS tanısı alan, izlem sırasında artritis gelişimi ile ilk AAA atağı olarak değerlendirilen bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Daha önce bilinen kronik hastalığı olmayan 9 yaş kız hasta, yaklaşık 10 gündür devam eden karın ve sırt ağrısı, halsizlik ve yürümede zorlanma yakınmaları ile başvurdu. Dış merkez değerlendirmesinde akut batın tablosu dışlanmıştı. Başvuru anında vücut ısısı 36,7°C idi. Fizik muayenede batında hassasiyet, alt ekstremitelerde kas gruplarında belirgin palpasyon hassasiyeti ve ayaklarda vaskülit benzeri peteşial döküntüler saptandı. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 11.5 g/dl lökosit 13.210/mm³, Trombosit sayısı: 287.000/µg, Eritrosit sedimentasyon hızı: 96 mm/saat CRP 195 mg/L ve prokalsitonin 0,16 µg/L olarak bulundu. Kreatin kinaz düzeyi normaldi. İdrar tetkiki ve abdominal ultrasonografi normal saptandı. Belirgin miyalji, yürüme güçlüğü, yüksek akut faz yanıtı ve normal CK düzeyi birlikteliği ile UFMS ön planda düşünüldü. Miyozit ve vaskülit ayırıcı tanıları açısından yapılan değerlendirmelerde ek patoloji saptanmadı. Tanısal değerlendirme kapsamında AAA gen paneli gönderildi ve MEFV geninde M694V ve M680I heterozigot mutasyonları saptandı. Maligniteyi dışlamak amacıyla yapılan kemik iliği incelemesi normal bulundu. Hastaya 2 mg/kg/gün kortikosteroid tedavisi başlandı ve klinik bulgular 24-48 saat içinde belirgin geriledi. İzlem sırasında hastada ilk kez artritis gelişmesi üzerine klinik tablo genetik bulgularla birlikte değerlendirilerek eş zamanlı AAA atağı olarak yorumlandı. Artritis bulguları 48 saat içinde geriledi ve kolşisin tedavisi başlandı. Hasta çocuk romatoloji polikliniği takibine alındı.

Sonuç: UFMS, AAA' nın nadir ancak karakteristik bir inflamatuvar fenotipi olup bazı hastalarda ilk klinik bulgu olarak ortaya çıkabilir. Sunulan olguda UFMS ile başvuruya eş zamanlı artritis gelişmesi, AAA' nın ilk atağının atipik bir klinik spektrum içinde görülebileceğini göstermektedir. Ateşin eşlik etmediği ancak belirgin miyalji ve yüksek akut faz yanıtı bulunan olgularda UFMS akılda tutulmalı ve AAA açısından değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uzamış Febril Miyalji, Artritis, Ateş, Ailevi Akdeniz Ateşi



PS-253

HİSTİYOSİTOZ–LENFADENOPATİ PLUS SENDROMU: MULTİSİSTEMİK NADİR BİR OLGU

Aidai Aalieva¹, Zeynep Torunoğlu², Ece Aslan², Nergis Akay², Ümit Gül Gül², Elif Kılıç Könte², Mehmet Yıldız²,
Sezgin Şahin², Kenan Barut², Özgür Kasapçopur²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: “H sendromu” terimi hiperpigmentasyon, hipertrikoz, hepatosplenomegali, kalp anomalileri, işitme kaybı, hipogonadizm, kısa boy ve bazı olgularda hiperglisemi gibi bulgularla karakterize klinik tabloyu tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde bu tablo, PHID sendromu, Faisalabad histiyositozu ve ailesel Rosai–Dorfman hastalığı ile birlikte, SLC29A3 gen mutasyonlarına bağlı gelişen Histiyositoz–Lenfadenopati Plus spektrumu içinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, multisistemik tutulum gösteren nadir bir Histiyositoz–Lenfadenopati Plus olgusu sunulurken, karmaşık inflamatuvar ve infiltratif tabloların ayırıcı tanısında bu sendromun akılda tutulmasının öneminin vurgulanmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Birinci derece kuzen evliliği öyküsü bulunan on bir yaşında erkek hasta, süt çocukluğu döneminden itibaren tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları, ödem, bilateral sensörinöral işitme kaybı, eklem hareketlerinde kısıtlılık ve büyüme-gelişme geriliği nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede atipik yüz görünümü, vücut ağırlığı -2 SDS, boy -4,5 SDS, belirgin servikal lenfadenopati, 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm, hepatosplenomegali, bilateral pretibial (+/+) ödem, diz eklemlerinde fleksiyon kısıtlılığı, bilateral kalça iç rotasyon kısıtlılığı, batinın alt yarısı ile alt ekstremitelerde yama tarzında deri sertleşmesiyle birlikte hiperpigmentasyon ve hipertrikoz saptandı (Resim 1,2,3). Laboratuvar incelemelerinde lenfosit sayısı 2180/mm³ (normal), C-reaktif protein 35–42 mg/L (yüksek), eritrosit sedimentasyon hızı 26–49 mm/saat (yüksek), serum immünoglobulin düzeyleri normal aralıkta, spot idrarda protein/kreatinin oranı 0,23 mg/mg (sınırdan yüksek) ve HbA1c %4,7 (normal) olarak bulundu; izlem sürecinde hiperglisemi saptanmadı. Kemik iliği aspiratında : patoloji görülmedi , ama CD45(-) hücreler: %28 oranda yüksek saptandı. Yapılan Solunum Fonksiyon Testi (SFT): FEV1/FVC oranı yüksek (restriktif tip ventilasyon bozukluğu) ile uyumlu ölçüldü. Ekokardiyografide sağ ventrikül sistolik basıncı 55–60 mmHg yüksek ölçüldü (pulmoner HT). Pulmoner kapak anomalisi ile birlikte hafif pulmoner stenoz saptandı. Sol ventrikül sistolik fonksiyonları korunmuş olup EF %65 ve KF %35 idi. Tüm ekzom dizileme (WES) analizinde SLC29A3 geninde homozigot varyant saptandı.Hastaya daha önce poliartiküler JİA ön tanısıyla tocilizumab başlanmış, ancak anafilaksi gelişmesi üzerine tedavi kesilmiştir. Bunun üzerine metotreksat haftada bir kez subkutan, mikofenolat mofetil 2x250 mg/gün, furosemid ve spironolakton tedavisi altında izlenmektedir.



Resim (1)



Deri sertleşmesiyle birlikte hiperpigmentasyon ve hipertrikoz.

Resim (2)



Deri sertleşmesiyle birlikte hiperpigmentasyon ve hipertrikoz

Resim (3)



Yüz görünümü



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Klinik fenotipin bilinmesi tanısal gecikmenin önlenmesinde önemlidir. Multisistemik bulgularla seyreden, açıklanamayan kronik inflamasyon tablolarında Histiyoitoz–Lenfadenopati Plus sendromu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Tanı büyük ölçüde sendromun tanınmasına dayanır ve bu da klinik özellikler hakkında yeterli bilgi gerektirir. Erken genetik analiz ve multidisipliner yaklaşım tanı ve izlem açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: H syndrome, PIGMENTED HYPERTRICHOSIS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS, heart anomalies, hepatosplenomegaly



PS-254

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ELEKTRİK ÇARPMASI: TROPONİN T VE LAKTATIN PROGNOSTİK DEĞERİ

Mustafa Orhan Duyar¹, Mehmet Akif Dünder², Aybüke Ahsen Yay¹

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş ve Amaç: Elektrik çarpması, çocukluk çağında nadir görülmesine rağmen ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli bir travma nedenidir. Amacımız, elektrik çarpması sonrası çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen hastalarda ağır kliniği öngörebilecek biyokimyasal belirteçleri belirlemektir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Ocak 2022–Ocak 2025 tarihleri arasında Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde elektrik çarpması nedeniyle izlenen çocuk hastaları kapsamaktadır. Eksik verisi bulunan ve ek sistemik hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalar ağır klinik (n=6) ve hafif-orta klinik (n=6) olarak iki gruba ayrılmıştır. •Ağır klinik grup (n=6): Üç hasta eksitus olmuş, üç hasta kalıcı sekel ile taburcu edilmiştir. Kalıcı sekel grubunda solunum desteği gereksinimi nedeniyle trakeostomi açılan iki, beslenme bozukluğu nedeniyle enteral beslenme yolu açılan iki hasta (biri PEG, biri nazogastrik) yer almıştır. •Hafif-orta klinik grup (n=6): Tam iyileşen veya geçici komplikasyon (örneğin geçici nöbet, disfaji, yüzeysel yanıklar) gösteren hastalardan oluşmuştur. Demografik veriler, klinik özellikler, mekanik ventilasyon ve yoğun bakım yatış süreleri ile başvuru anındaki CK, troponin T, laktat ve GKS değerleri kaydedilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmış, ağır kliniği öngörmeye troponin ve laktat için ROC analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Toplam 12 hastanın %91,7'si erkekti ve hastaların yarısı ağır klinik seyir gösterdi. Mekanik ventilasyon süresi ağır grupta anlamlı derecede daha uzun (p=0.002) olup, GKS ağır klinik grupta anlamlı derecede düşüktü (p=0.002). Troponin T (p=0.010) ve laktat düzeyleri (p=0.024) ağır klinik grupta anlamlı olarak daha yüksekti. ROC analizinde troponin T için ≥ 207 ng/L kesim değerinde duyarlılık %83,3 ve özgüllük %100; laktat için $\geq 2,9$ mmol/L kesim değerinde duyarlılık %66,7 ve özgüllük %100 olarak saptandı. CK düzeyi ağır grupta daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.078).

Klinik ve Laboratuvar Parametreleri (Medyan, IQR)

Değişken	Ağır Klinik Yok (n=6)	Ağır Klinik Var (n=6)	p değeri
Yaş	8.5 (3.75-13)	12.5 (7.0-15.5)	0.297
Yatış süresi (gün)	2 (1.0-3.0)	9 (2.5-25.5)	0.051
MV kalış süresi (gün)	0.0 (0.0-0.0)	8.5 (1.0-19.0)	0.002*
CK (IU/L)	196.5 (186.7–2069)	1841 (791–4182.8)	0.078
Troponin (ng/L)	5.63 (3.7–12.4)	500 (157.4–4855)	0.010*
Laktat (mmol/L)	0.6 (0.4–0.9)	3.35 (0.8–8.0)	0.024*
GKS	15 (15–15)	5.5 (3–6.25)	0.002*

CK: Kreatin kinaz, GKS: Glasgow Koma Skoru. Veriler medyan (25.–75. persentil) olarak gösterilmiştir. Karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır. *p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ağır klinik varlığında GKS medyanı, çift sayıda gözlem nedeniyle iki orta değerlerin ortalaması olarak hesaplanmıştır.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Tartışma ve Sonuç: Troponin T ve laktat düzeyleri, çocuklarda elektrik çarpması sonrası ağır klinik seyri öngörmeye güçlü biyokimyasal belirteçler olarak öne çıkmaktadır. CK düzeyi prognostik açıdan sınırlı bulunmuştur. Bu bulgular, erken risk sınıflandırmasında klinik karar desteği sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Elektrik çarpması, Çocuk yoğun bakım, Troponin T, Laktat, Kreatin kinaz



PS-255

FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRMESİ VE ŞUBAT 2023 TÜRKİYE DEPREMLERİ SONRASI ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KİMLİKLENDİRME UYGULAMALARI

Kübra İrday¹, İlknur Arslan¹

1 – Adana Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Literatürde, Interpol tarafından yayınlanan, afetlerde hayatını kaybeden kişiler için bir afet mağduru tanımlama protokolü bulunmaktadır. Afetlerde yaralanan kişiler (AYK) için depremle ilgili demografik veriler, tanı, tedavi ve ölüm oranlarına ilişkin yayınlar mevcuttur. Ancak, afetlerde yaralanan kişilerin tanımlanması için evrensel olarak kabul görmüş bir tanım veya yöntem bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, 2023 Türkiye depremlerinden sonra çocuk yoğun bakım ünitesinde tanımlama sırasında uygulanan prosedürleri ve sonuçları sunmak ve AYK ve AYK kavramlarını tanımlamaktır.

Yöntem: Bu çalışma, 6 Şubat ile 28 Şubat 2023 tarihleri arasında pediatrik yoğun bakım ünitesine yatırılan 84 çocukla gerçekleştirilmiştir. Hastaların bilgileri elektronik sağlık kayıtları sisteminden elde edilmiştir. Çocuklara uygulanan kimlik belirleme prosedürlerine ilişkin bilgiler sosyal hizmetler kayıtlarından alınmıştır.

Bulgular: Çalışma 70 yataklı 3. Basamak çocuk yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. X39-Tabiatın güçlerine maruz kalma ve X34-Deprem kurbanı tanımları ile çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilen ve sağlık kayıtlarına ulaşılabilen 84 felaket yaralı çocuğun 44 (%52)'ü erkek, yaş 105,5 (49-169) ay olduğu görülmüştür. Depremi hemen ardından çocukların güvenli bir şekilde aile ve aile yakınlarına teslimi ve kimlik doğrulamasının yapılabilmesi için 'Çocuk Teslim Komisyonu' oluşturulmuştur. Komisyonda yer alan görevliler: Hastanemizdeki görevli sosyal hizmet uzmanı, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü personeli, İl Emniyet personeli, Nüfus Müdürlüğü personeli, İl Göç İdaresi personeli. Çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilen felaket yaralı çocuklara, komisyon tarafından belirlenen 'Hastanemize getirilen ve beyan verebilen çocuklar için prosedür' ve 'Hastanemize getirilen ve yaş küçüklüğü, olumsuz sağlık problemi gibi nedenlerle beyan veremeyecek durumda olan çocuklar için prosedür' uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Kimliklendirme felaket yaralı 71 çocukta görsel beyana dayalı, 13 çocukta DNA analizi yolu ile yapılmış olup çocukların tamamı aileye teslim edilmiştir. Kimlik tespiti, bir hekim, sosyal hizmetler uzmanı, kolluk kuvvetleri ve savcılığı içeren karmaşık bir süreçtir. Hekimlerin kimlik tespiti konusunda bilgili olması gerekir. Daha sistematik ve yasal bir kimlik tespiti sağlamak için, prosedürler ve algoritmalar felaketten önce belirlenmelidir. Bu makalede paylaşılan prosedürlerin merkezlere yardımcı olacağı umulmaktadır.



Çocuk teslim komisyonu duyurusu



**DEPREMZEDE ÇOCUKLAR HAKKINDA
ÖNEMLİ DUYURU**

6 Şubattan bu yana hastanemize DEPREMZEDE kaydıyla giriş yapan 0-18 yaş arası çocuk hastaların taburculuğu ailesi yanında refakatçi olsa dahi "ÇOCUK TESLİM KOMİSYONU" marifetiyle yapılması gerekmektedir. Taburculuğu planlanan çocuklar ile ilgili planlamanın sağlıklı yürütülmesi için önceden aşağıda belirtilen irtibat numaralarıyla iletişime geçilmesi gerekmektedir.

İRTİBAT KİŞİSİ:
 Shu. [REDACTED] Dahili: 3101
 Shu. [REDACTED] Dahili: 3101
 C Blok Çocuk Poliklinikleri Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

Komisyon 08.00/17.00 saatleri arasında tespit ve teslim yapmaktadır

Kriz koordinasyon merkezi duyurusu



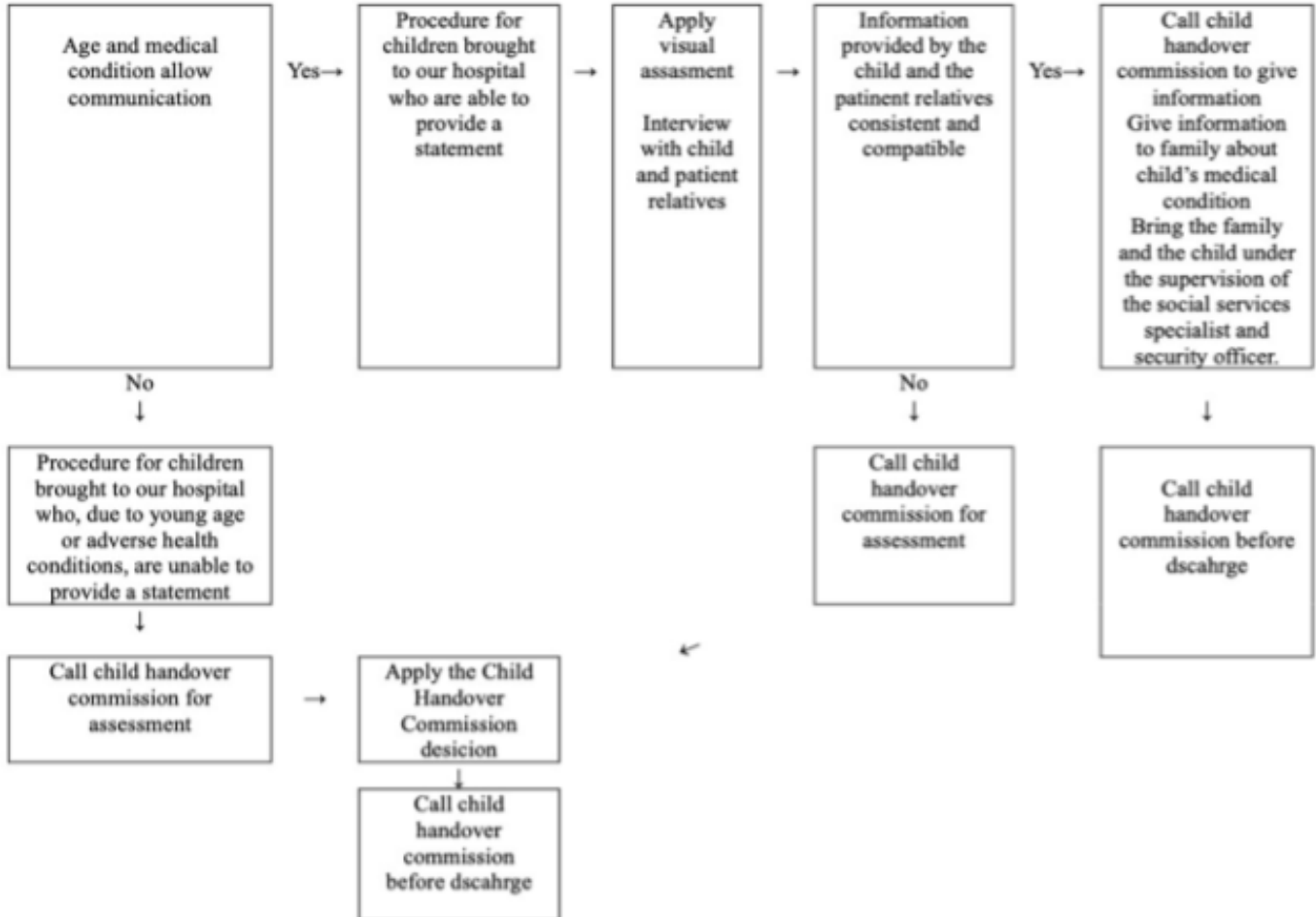
Önemli Duyuru

Depremzede yakınınızın kurumumuzda tedavi görüp görmediğini öğrenmek için,
 Acil Servis bünyemizde oluşturulan kriz koordinasyon merkezimize başvurmanızı önemle rica ederiz.

Tüm vatandaşlarımıza geçmiş olsun dileklerimiz sunarız.

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Afetzedelerin kimlik tespiti için algoritma





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Afetzede Yaralı Kişi Kimlik Tespit komisyonu

komisyon	komisyon üyeleri	görevleri
Çocuk teslimi komisyonu	Sosyal hizmetler uzmanı, İl Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü personeli, İl Emniyet Müdürlüğü personeli, Nüfus Müdürlüğü personeli, İl Göç Müdürlüğü personeli	Kimlik tespit prosedürlerinin takibi Çocukların ailelerine güvenli bir şekilde tesliminin sağlanması
Afetzede kişinin kimliklendirilmesi	Sosyal hizmetler uzmanı Sağlık çalışanı Güvenlik görevlisi	Çocuğun fizyolojik ve tıbbi durumuna göre kimlik belirleme prosedürünün uygulanması
kriz koordinasyon	Sosyal hizmetler uzmanı	Hasta yakınlarıyla görüşme yapılması, yaralı kişi hakkında bilgi toplanması ve kaydedilmesi (yaş, cinsiyet, saç rengi, göz rengi, doğum lekesi, dövme, piercing vb.). Yaralı kişinin ve kimliği belirlenemeyen hastanın kayıtlarının karşılaştırılması.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, afet hazırlığı, afetzede kimlik tespiti, DNA analizi, pediatrik yoğun bakım



PS-259

NADİR BİR OLGU TİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM'A SEKONDER HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ

**Ahmet Gerekan¹, Sare Güntülü Şık², Tuğba Kanar², Gamze Başak², Ezgi Nur Arıv Arıv³, Esra Karabağ Yılmaz³,
Seha Kamil Saygılı³, Ayşe Ağbaş³, Nur Canpolat³, İremnaz Karahan⁴, Simge Çınar Özel⁴, Süheyla Ocak⁴**

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hemato-Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: STEC(Şiga toksini üreten Escherichia coli) pozitif bir Hemolitik Üremeik Sendrom vakasına sekonder gelişen Makrofaj Aktivasyonunun çok nadir görülmesinden ötürü sizlerle paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu: K.T daha önce bilinen hastalığı olmayan 23 aylık erkek hasta 03/02/2026 tarihinde solukluk, idrar renginde koyulaşma nedeniyle gittiği dış merkez başvurusunda alınan kanlarında hemoglobin(8.3g/dL) ve trombosit(22.000/mm³) düşüklüğü, Üre(87mg/dL) ve LDH(1645mg/dL) yüksekliği saptanması üzerine Trombotik Mikroanjiyopati(TMA) ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Hastanın 3 hafta öncesinde kansız mukuslu ishal öyküsü mevcuttu. Hastanın geliş muayenesinde periorbital ödemi mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Hasta 400cc/m² gibi oral sıvı kısıtlaması ile izleme alındı. Yapılan tetkiklerinde haptoglobulin 0,01. Direkt Coombs: Negatif. C3:1,07, C4:0,14. Düzeltilmiş Retikülosit: %6. Yapılan periferik yaymasında şistositler saptandı. Hastadan gönderilen Koagülasyon parametrelerinin PT, APTT, INR, Fibrinojen normal saptanması üzerine DIC ön tanısı dışlandı. Trombotik trombositopenik purpura(TTP) ayırıcı tanısı için hastadan ADAMTS13 gönderildi, normal sonuçlanması üzerine TTP dışlandı ; 06/02/2026 tarihinde dirençli ateşleri olması üzerinden yapılan muayenesinde 3cm hepatomegali 1cm splenomegali mevcuttu, alınan kanlarında Ferritin(8206ug/L) yüksekliği, Fibrinojen düşüklüğü(164mg/dL), Trigliserid(1528mg/dL) yüksekliği saptanması üzerine Hemofagositik Lenfositiyositoz olarak değerlendirildi. Trigliseridleri 1563'e kadar yükseldiğinden plazmaferez 3 gün boyunca yapıldı(06-07-08/02/26'da) Çocuk Romatolojinin önerisiyle 2 gün Anakinra tedavisi aldı(07-08/02/2026), olası maligniteye sekonder HLH açısından Çocuk Hematoloji tarafında Kemik İliği aspirasyonu yapıldı yaymada atipik hücre görülmedi, hemofagositoz görülmedi. 07-08-09-10/02/2026 tarihlerinde 30mg/kg/gün'den pulse steroid tedavisi aldı, takibinde 2mg/kg'dan idame metilprednizolon tedavisi aldı. Takibinde yapılan Eko'sunda Ejeksiyon Fraksiyonu:%55 lere kadar geriledi, ek olarak orta mitral yetersizlik saptanması üzerine Milrinon infüzyonu başlandı takibinde ejeksiyon fraksiyonunun artması ve mitral yetersizliğinin gerilemesi üzerine kademeli olarak azaltılıp kesildi Hastanın 04/02/2026 tarihinde gönderilen gaita tetkiğinde STEC(+) saptandı. Tipik HÜS'le uyumlu bulundu fakat hastanın klinik seyrinin progresif seyretmesi ve ciddi proteinüresinin olması nedeniyle klinik olarak atipik HÜS'te olabileceği düşünülerek Eculizumab tedavisini verildi. Olası atipik HÜS açısından genetik testleri gönderildi. Takip ediliyor. Hastanın mevcut tedavilerle beraber Üre:30mg/dl Kreatinin:0.22mg/dl'ye Ferritin:175ug/L LDH:585mg/dl'ye Trigliserid:109mg/dl'ye kadar düştü. Hgb:9.3g/dl'ye Plt:300.000/mm³'e Fibrinojen:282mg/dl'ye kadar yükseldi. Fizik muayenede periorbital ödemi ve hepatosplenomegalisi geriledi. Bunun üzerine poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgumuzda STEC pozitif bir HÜS olgusu ve takibinde Hemofagositik Lenfositiyositoz tablosuna giren bir vakamızdan bahsettik. HÜS'e sekonder gelişen HLH olgularına baktığımızda genellikle araya giren enfeksiyona sekonder HLH olgularını görmekteyiz. STEC(+) HÜS'e sekonder HLH tablosuna giren olgu literatürde bulamadık, az karşılaşılan bu durumu sizlerle paylaşmak istedik, olası atipik HÜS açısından genetik sonuçları bekleniyor.

Anahtar Kelimeler: HÜS, HLH, WES



PS-261

ORAL ÇİNKO PREPARATININ YANLIŞLIKLA İNTRAVENÖZ UYGULANMASINA BAĞLI AKUT SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT: OLGU SUNUMU

Vildan Rana Yalçın², Ali Genco Gençay¹, Nezihe Köker², Mehmet Tekin²

1 – İnönü Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

2 – İnönü Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Enteral kullanım için tasarlanmış preparatların intravenöz yoldan uygulanması nadir ancak ciddi sistemik reaksiyonlara yol açabilen hasta güvenliği olaylarındandır. Bu olguda, yanlışıklıkla intravenöz uygulanan oral çinko preparatı sonrası gelişen akut sistemik inflamatuvar yanıtın klinik ve laboratuvar bulgularının sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu: Yedi yaşında kız hasta, influenza ve akut gastroenterit ön tanısıyla yatırıldığı merkezde başlanan 30 mg oral çinko tedavisinin yanlışıklıkla intravenöz uygulanması sonucu dakikalar içinde hastada ateş, titreme, siyanoz ve konvülsiyon geliştiği görülmüş. Feniramin hidrojen maleat ve metilprednizolon tedavisinden sonra klinik bulgular gerilemiş olan hasta yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hemodinamik olarak stabil olan hastada belirgin C-reaktif protein ve prokalsitonin yüksekliği, nötrofilik lökositoz, lenfopeni ve geçici AST, ALT, LDH, CK yüksekliği saptandı. Kan kültürleri negatifti. Hasta, literatürde aşırı doz çinko alımında bildirilen bulantı, kusma, epigastrik ağrı, alerjik reaksiyonlar, SIRS bulguları, letarji, siyanoz, konvülsiyon, hipotansiyon gibi bulgular açısından yakın izlendi. Olası akciğer embolisi açısından çekilen ekokardiyografide sağ kalbe dair anormal bulgu gözlenmedi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve destek tedavisi altında inflamatuvar belirteçler hızla geriledi. Yedi günlük izlem sonrası hasta komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç: İlaçların yanlış uygulama yolu ile intravenöz verilmesi sepsis benzeri klinik tabloya yol açabilmektedir. Olgumuzda damar içine steril olmayan bir preparat verilmiş olması nedeniyle ampirik geniş spektrumlu antibiyotik başlanması literatürde önerilen temkinli yaklaşım ile uyumludur. Ancak kültür negatifliği, hemodinamik stabilite ve biyokimyasal parametrelerin hızlı gerilemesi, olayın primer bakteriyel enfeksiyondan ziyade iyatrojenik inflamatuvar yanıt olduğunu desteklemektedir. Bu olgu, pediatrik hastalarda ilaç uygulama güvenliğinin önemini ve önleyici stratejilerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yanlış ilaç uygulama yolu, SIRS, Çinko, Enteral tedavi, İntravenöz tedavi



PS-263

GEÇİKMİŞ TANI, KRİTİK HASAR: PİL ASPIRASYONUNA BAĞLI TRAKEOÖZOFAGEAL FİSTÜL

Aisha Usubova¹, Tuğba Kanar², Gamze Başak², Ali Ekber Hakalmaz³, Güntülü Sare Şık², Gonca Ayşe Tekant³

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonları pediatrik yaş grubunda morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Özellikle pil aspirasyonları, kimyasal yanık ve bası nekrozu nedeniyle kısa sürede ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Özellikle lityum düğme piller, dokuda hidroksit iyonu üretimi yoluyla kısa sürede alkali yanık oluşturur ve 2 saat içinde ciddi mukozal hasara neden olabilir. Tanıda gecikme; trakeoözofageal fistül, bronş perforasyonu ve mediastinit gibi yüksek mortalite riski taşıyan komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu olguda gecikmiş tanı sonrası gelişen komplikasyonlardan bahsedeceğiz.

Olgu Sunumu: Üç yaşında kız hasta dış merkeze ilk olarak kusma şikayetiyle başvurmuş, antiemetik tedavi sonrası taburcu edildi. Bir hafta sonra morarma ve solunum sıkıntısı nedeniyle tekrar başvurdu, inhaler tedavi sonrası taburcu edildi. Şikayetlerin devam etmesi üzerine 3. hastane başvurusunda posteroanterior akciğer grafisinde karina hizasında yaklaşık 2,5-3 cm çapında radyopak görünüm saptandı. Acil bronkoskopi ile sol ana bronş girişinden dairesel ince pil çıkarıldı. Pil çıkarımı sırasında sol bronş proksimalinde perforasyon ve trakeoözofageal fistül saptandı, özofagusa defekt için stent yerleştirildi ve uzun süre oral beslenemeyeceği için PEG açıldı. Mediastinit riski nedeniyle genişspektrumlu antibiyotik başlandı, işlem sonrası entübe olarak izlendi, takiplerde belli aralıklarla bronkoskopi tekrarlandı, defekt çapında spontan küçülme saptanması üzerine entübasyonun 22. gününde ekstübe edildi. Takip ve tedavinin devamı için Çocuk cerrahisi servisine devredildi.

Bronkoskopi İşlemi



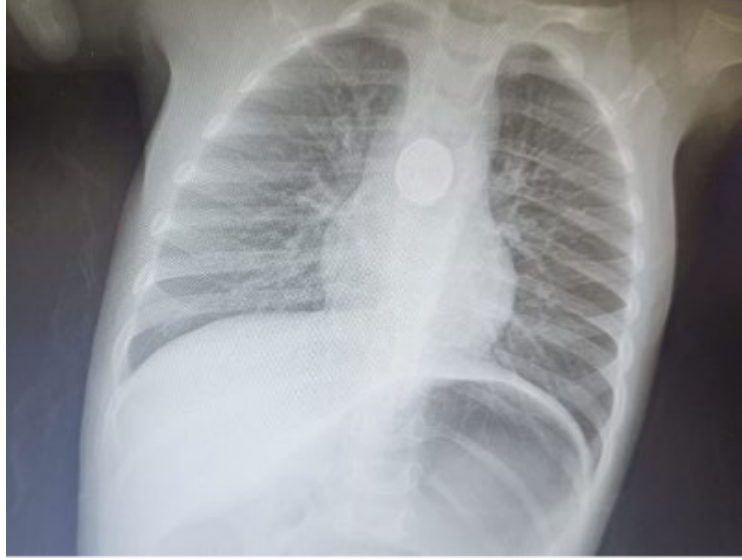
Pilin çıkarılması işleminden önce



Pilin çıkarılmasından sonra



Posterioroanterior grafi



Karinaya oturmuş dairesel pil

Sonuç: Pil aspirasyonlarında erken tanı hayati öneme sahiptir. Özellikle özgül olmayan semptomlarla başvuran hastalarda tanı gecikmesi ciddi trakeobronşiyal hasara yol açabilmektedir. Nonspesifik semptomlarla başvuran küçük çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Pil aspirasyonlarında gecikmiş tanı ağır morbiditeye yol açabilmektedir. Multidisipliner yaklaşım ve yakın yoğun bakım izlemi, ciddi komplikasyon gelişen hastalarda yaşam kurtarıcıdır. Şüpheli yabancı cisim aspirasyonunda normal fizik muayene bulguları tanıyı dışlamaz, özellikle nonspesifik solunum semptomları olan küçük çocuklarda erken görüntüleme önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, pil yutma, trakeoözofageal fistül



PS-265

ADOLESAN YAŞ GRUBUNDA SESSİZ TEHLİKE ARTERIOVENÖZ MALFORMASYON NEDENLİ İNTRAPARANKİMAL KANAMA

Mehmet Emin Demirel¹, Tugba Kanar⁴, Bora Korkmazer², Ömer Orhun³, Güntülü Şık⁴

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa – Radyoloji Anabilim Dalı – Girişimsel Radyoloji Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa – Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı - Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Amaç: İntraparankimal kanamalar çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Altta yatan vasküler malformasyonlar, travma, tümör, koagülopati veya spontan kanamalar etiyolojide rol oynayabilir. Özellikle okul çağı ve adölesan dönemde ortaya çıkan spontan intrakraniyal kanamalarda erken tanı ve altta yatan nedenin hızlı şekilde belirlenmesi, uygun tedavi stratejisinin planlanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle pediatrik hastalarda intrakraniyal kanamaların klinik özelliklerinin ve yönetiminin iyi bilinmesi büyük önem arz etmektedir.

Olgu Sunumu: Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 15 yaşında kız hasta, şiddetli baş ağrısı ve kusma şikayeti ile dış merkeze başvurdu. Yapılan görüntülemelerde intraventriküler kanama saptanması üzerine aynı gün nöroşirürji tarafından opere edilerek bilateral eksternal ventriküler drenaj (EVD) takıldı. Yoğun bakım izlemi sırasında ekstübasyonu tolere edememesi ve ileri merkez ihtiyacı nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Yatışında genel durumu kötü, entübe ve sedatizedi. Glasgow Koma Skoru 6 E2 M4 V-Entübe olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede bilateral üst ekstremité kas gücü 3-4/5, alt ekstremité kas gücü 2/5 olarak saptandı. Pupiller izokorik ve ışık refleksi bilateral pozitif. Hastanın yoğun bakım takibinde mekanik ventilasyon desteği sağlandı. EVD drenajı saatlik takip edildi. Antiepileptik ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri uygulandı. DSA ve kraniyal MR görüntülemelerinde kanamış arteriovenöz malformasyon (AVM) lehine değerlendirildi. Hastanemiz girişimsel radyoloji tarafından hastaya kemoembolizasyon uygulandı. Klinik durumu stabilize olan hasta 9. günde ekstübe edildi ve spontan solunuma geçti. İzlemede kas gücünde kısmi düzelme gözlemlendi. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. Hasta yatışının 15. Gününde tedavi devamı amacıyla nöroşirürji servisine transfer edildi.

Sonuç: İntraventriküler kanamalar pediatrik yaş grubunda multidisipliner yaklaşım gerektiren ciddi klinik tablolardır. Erken tanı, uygun cerrahi girişim ve yoğun bakım desteği prognozu belirleyen temel faktörlerdir. Bu olguda erken dönemde EVD uygulanması, arter kemoembolizasyonu, yakın nörolojik izlem ve uygun enfeksiyon kontrolü sayesinde hastada klinik stabilizasyon sağlanmıştır. Uzun dönem takip ve rehabilitasyon süreci fonksiyonel iyileşme açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, AVM, Kanama, Embolizasyon, Rehabilitasyon



MARFAN SENDROMUNDA İLERLEYİCİ AORT KÖKÜ GENİŞLEMESİ

Berfin Aktağ¹, Mehmet Emre Bayram¹, Aisha Usubova¹, Gamze Başak², Tuğba Kanar², Nida Gülderen Kalay Şentürk³,
Samed Cihat Çelik³, Ali Karakaş³, Nilay Güneş⁴, Dilek Uludağ Alkaya⁴, Oktay Korun⁵, İlker Kemal Yücel³,
Ayşe Güler Eroğlu³, Sare Güntülü Şık²

- 1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul,Türkiye
- 2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul,Türkiye
- 3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, İstanbul,Türkiye
- 4 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Genetik Bilim Dalı, İstanbul,Türkiye
- 5 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul,Türkiye

Amaç: Marfan sendromu (MFS), FBN1 gen mutasyonuna bağlı, otozomal dominant kalıtılan ve bağ dokusunu etkileyen sistemik bir hastalıktır. Tanı klinik değerlendirme ve revize Ghent-2 kriterlerine dayanır. Klinik bulgular başlıca kardiyovasküler, göz ve kas-iskelet sistemlerini içerir. Hastalarda sıklıkla aort kökü genişlemesi, mitral kapak prolapsusu (MVP), aort yetersizliği (AY) ve benzeri kalp ve damar sistemi sorunları; dolikostenomeli, araknodaktili, skolyoz, kifoz, pektus deformiteleri gibi iskelet sistemi bulguları; lens subluksasyonu, yüksek miyopi gibi göz bulguları bulunabilir. Marfan sendromunda morbidite ve mortalitenin temel nedeni aort kökü genişlemesi ve buna bağlı gelişebilen aort diseksiyonudur.

Olgu Sunumu: Hasta altı yaşında marfanoid habitus, pektus karinatum ve eklem hiperlaksitesi nedeni ile Çocuk Genetik Bilim Dalı'na yönlendirilmişti. Fizik muayenesinde uzun yüz, malar hipoplazi, skolyoz, kifoz ve bilateral pes planus saptanmıştı. Revize Ghent-2 kriterlerine göre sistemik skor 11 (> 7) bulunarak Marfan sendromu açısından anlamlı değerlendirilmişti. Genetik incelemede FBN1 geninde c.8147dup(p.Tyr2716*) de novo mutasyon saptanmıştı.Başvuru ekokardiyografisinde sinüs valsalva çapı: 31 mm (Z-skor: 2.9) ölçülmüş ve hasta kardiyolojik izleme alınmıştı. İzlem sürecinde aort kökü çapında ilerleyici artış gözlemlendi. 9 yaşında sinüs valsalva çapı: 35 mm (Z-skor: 4.2), 14 yaşında ise 41 mm (Z-skor: 4.7) olarak ölçüldü. 17 yaşında iken Aralık 2025'te yapılan muayenesinde boyu 191 cm (> 97 persantil) ve kilosu 68 kg (37. persantil) ölçüldü. Ekokardiyografisinde aort kökü genişlemesi [sinüs valsalva çapı: 51 mm (Z-skor: 5.0)], hafif AY, MVP ve hafif mitral yetmezlik (MY) saptanması üzerine kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi ve aort kökü çapı 52 mm olarak ölçüldü. Kalp ve Damar Cerrahisi ile yapılan değerlendirme sonrası hasta ileri derecede aort kökü genişlemesi olduğu ve diseksiyon riski nedeni ile opere edildi. Kapak koruyucu Florida Sleeve ve asendan aort replasmanı ameliyatı yapıldı. Kontrol ekokardiyografide rezidü defekt görülmedi. Postoperatif yoğun bakım izleminde stabil olan hasta servise devredildi. Postoperatif 6. günde taburcu edildi.

Sonuç: Marfan sendromunda prognozu belirleyen en önemli etmen aort kökü genişlemesidir. İzlem sürecinde aort çapı, Z-skoru ve yıllık genişleme hızı temel ölçümlerdir. Bu olgu, Marfan sendromlu hastalarda düzenli kardiyolojik izlemin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Marfan, Aort genişlemesi



PS-267

CORONAVİRUS DİSEASE-19(COVID-19) SONRASI GELİŞEN REFRAKTER STATUS EPİLEPTİKUS VE FIRES: BİR OLGU SUNUMU

Burcu Karaduman¹, Burak Balaban², Abdullah Mesud İnce²

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

2 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım

Amaç: New-Onset Refractory Status Epilepticus (NORSE), önceden epilepsi öyküsü bulunmayan hastalarda, iki veya daha fazla uygun antiepileptik tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan status epileptikus tablosudur. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome (FIRES), NORSE'un pediatrik bir alt tipidir ve genellikle ateşli enfeksiyon sonrası gelişen, süper-refrakter seyir gösteren status epileptikus ile karakterizedir. Etiyoloji çoğunlukla kriptojeniktir ve yüksek morbidite ile ilişkilidir. Bu yazıda FIRES ile ilgili farkındalığı artırmak için bu hastalıkla uyumlu bir vakayı sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Bilinen ek hastalığı olmayan 13 yaş kız hasta, evde ani gelişen gözleri bir noktaya dikme, tüm vücutta kasılma ve kusma şikayeti sonrası 112 aracılığıyla acil servise başvurmuştur. Jeneralize tonik-klonik nöbetleri devam eden hasta status epileptikus ön tanısıyla entübe edilerek merkezimize sevk edilmiştir. Başvurudan 10 gün önce COVID-19'a bağlı üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Nöbetleri devam eden hastaya midazolam infüzyonu başlandı. Nöbet kontrolü sağlanamaması üzerine ketamin infüzyonu eklendi. Ateşlerinin olması nedeniyle meningoensefalit ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı, ampirik antibiyotik ve antiviral tedavi başlandı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) COVID-19 PCR negatif saptandı ve başka etken de saptanmadı. Elektroensefalografide epileptik aktivite gözlenmedi. FIRES olarak değerlendirilen hastanın ketamin ve midazolam infüzyonları kademeli azaltıldı; ancak bu sırada nöbetlerin tekrarlaması üzerine infüzyon dozları yeniden artırıldı. Antiepileptik tedavileri artırıldı. Etiyolojiye yönelik metabolik, romatolojik ve otoimmün tetkikler gönderildi. Kan ve BOS'tan gönderilen limbik ensefalit paneli negatif sonuçlandı. İdrar toksikolojisinde kliniği açıklayacak bir pozitiflik saptanmadı. Paraneoplastik sendrom açısından yapılan incelemelerde patoloji saptanmadı. İmmünmodülatör tedavi olarak 10 gün pulse steroid ve 2 g/kg dozunda intravenöz immünoglobulin uygulandı. Nöbetlerinin durmaması üzerine 7 seans plazma değişimi yapıldı. Beslenmesi ketojenik diyet olarak düzenlendi. Takipte abdominal distansiyon ve kusmaları gelişen hastaya prokinetik tedavi başlandı. Dirençli nöbetleri devam eden hastaya tiyopental infüzyon ve tocilizumab eklendi. Ayrıca ampirik metabolik kokteyl tedavisi verildi. Tiyopental infüzyonu ve gelişen septisemiye bağlı hemodinamik instabilite görüldü. İlerleyen dönemde çoklu organ yetmezliği gelişen hasta, yoğun bakım yatışının 43. gününde exitus oldu.

Sonuç: FIRES, nadir ancak ağır seyirli bir pediatrik nörolojik acildir. Çocuklarda ölüm oranı yaklaşık %12'dir. Etkenler genellikle belirlenemez; ancak immün aracılı mekanizmalar ön plandadır. Tedavi, çoklu antiepileptik ilaçlar, anestezi ajan infüzyonları içerir. Ketojenik diyet ve immünoterapiler etkili tedavi seçenekleri arasında yer alır. Erken tanı ve agresif tedavi prognozu belirleyen önemli faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: FIRSE, COVID-19, Status epileptikus, İmmünmodülatör



PS-268

GUİLLAİN BARRE SENDROMUNUN NADİR GÖRÜLEN BİR VARYANTI: BRAKİOSEFALİK FORM

Şevval Özyıldırım Demirel¹, Atike Berra Mert¹, Tuğba Kanar², Gamze Başak², Seda Sönmez³, Yasemin Sancak³,
Serhat Güler³, Esma Şengenç³, Sare Güntülü Şık²

1 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Amaç: Guillain Barre Sendromu, akut, sonradan edinilen, immun aracılı, ilerleyici kas güçsüzlüğünün en sık nedenlerinden biridir ve genellikle önceden geçirilmiş bir enfeksiyon tarafından tetiklenir. Solunum yetmezliği ve otonomik disfonksiyon ile komplike olabilir. Ön tanı tüm hastaların motor, otonomik (kan basıncı, kalp tepe atımı ve sfinkter fonksiyonu) ve solunum fonksiyonlarının yakından izlenmesi gerekir. GBS tek tip değildir; elektrofizyolojik ve klinik varyantları vardır. Ataksi ve oftalmoplejinin eşlik ettiği Miller Fisher Sendromu ve faringo-serviko-brakiyal varyant gibi tablolar bu durumlara örnektir. Bu bildiride üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası kas güçsüzlüğü, pitozis ve konuşmada zorlanma şikayetiyle başvuran bir olgunun Çocuk Yoğun Bakım'da yönetimi sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Öncesinde bilinen hastalık öyküsü bulunmayan 10 yaş erkek hasta 2 gün önce başlayan boğaz ağrısı, baş ağrısı ve bir gece önce başlayan uyku hali ile şikayetiyle başvurdu. Eşlik eden konuşmada peltekleşme, denge kaybı, hareketlerde yavaşlama ve çift görme şikayetleri mevcuttu. Ateşi yoktu. Konserve tüketim öyküsü yoktu, inkontinans, sekresyonlarda azalma veya kabızlığı yoktu. Pitozis ve kas güçsüzlüğü gün içerisinde değişiklik göstermemişti. ÜSYE sonrası akut nörolojik defisit ve ensefalopati bulguları saptanan hasta tanı ve tedavi açısından Çocuk Yoğun Bakım Ünitimize transfer edildi. Hastanın kranial-spinal BT, MR anjiyovenografi görüntülemeleri normal bulundu. Fizik muayenesinde oda havasında satüreydi. Işık refleksi mevcuttu. Bilateral pitozisi ve oftalmoparezisi olan hastanın dizartirisi ve nazal konuşması mevcuttu. Dört ekstremitede kas gücü 3/5ti ve DTR'leri alınamamıştı. Hastanın lomber ponksiyonu yapıldı. BOS biyokimyası normal sonuçlandı. Kültürlerinde üreme görülmedi. Anti-gangliyozit antikor tetkiki negatif sonuçlandı. Hastanın kliniği akut ilerlemesi ve solunum kaslarını tutmaya başlaması üzerine hızlıca plazmaferez tedavisi uygulandı. 5 kür plazma değişimi sonrası IVIG tedavisi ile izlemine devam edildi. Fizyoterapisi başlandı. Tekrarlayan EMG'lerle değerlendirildi. EMG'de alt ve üst ekstremitelerde motor ve duysal tutulum saptandı. Hastada akut-subakut başlangıçlı pitozis, oftalmoparazi, ekstremitelerde kas güçsüzlüğü, arefleksi olması, BOS incelemelerinde enfeksiyon lehine bulgu saptanmaması ve mevcut klinik seyri ile Miller Fisher sendromu ile Guillain-Barré sendromu overlap tablosu ile uyumlu bulundu. Tedavi altında kas gücü kademeli olarak arttı. Göz bulguları geriledi. Konuşması netleşti. Tedavi devamı için servise transfer edildi.

Sonuç: Guillain Barre sendromu tipik olarak enfeksiyon sonrası asendan kas güçsüzlüğü, arefleksi ile karakterize olup klinikte şüphelendiğimiz olgularda brakiosefalik formları gibi daha nadir görülen formlarını da aklımızda tutmalı ve ayırıcı tanıda botulizm, kas hastalıkları, miyasteni tanılarının yanında mutlaka aklımıza getirmeliyiz ve bu olguları gerek servis gerek yoğun bakım ünitelerinde yakın izlemde tutmalıyız ve solunum yetmezliği gibi komplikasyonlara yönelik yönetim planlarımızı hazır bulundurmaliyiz.

Anahtar Kelimeler: Guillain barre sendromu, plazmaferez, kas güçsüzlüğü



PS-269

LOKAL ANESTEZİK SİSTEMİK TOKSİSİTESİ (LAST): OLGU SUNUMU

Süheyla Nur Koç¹, Sare Güntülü Şık², Gamze Başak², Hüseyin Kılıç³

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

3 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

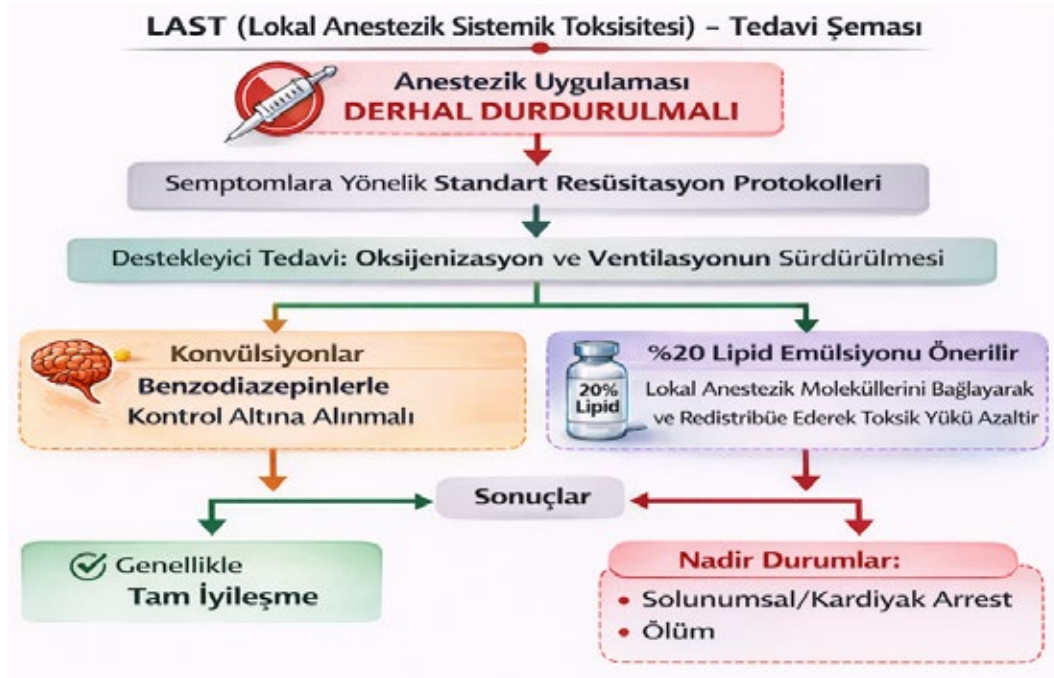
Amaç: Lokal anesteziklerin sıklıkla belirgin yan etki veya toksisite riski taşımayan ajanlar olduğu yönünde hatalı bir algı mevcuttur. Oysa lokal anestezi sistemik toksisitesi (LAST), tüm lokal anestezi ajanlarla ve uygulama yolundan bağımsız olarak ortaya çıkabilen potansiyel bir komplikasyondur. Bununla birlikte, lokal anesteziklerin bu denli yaygın kullanımına rağmen LAST konusunda farkındalık düzeyi ve bilgi birikimi yetersizdir.

Olgu Sunumu: Önceden sağlıklı olan 5 aylık erkek hasta lidokain lokal anestezi ile yapılan sünnet işleminin sonunda nöbet geçirmesi nedeniyle midazolam bolus ve levitirasetam yüklemesi yapılarak entübe edilmiş. İzleminde 30 dakika sonrasında nöbetin durması nedeniyle extübe edilmiş. 20 dk sonrasında nöbeti tekrarlayan ve midazolam bolus uygulanan hasta status epileptikus tanısıyla maske oksijen ile tarafımıza sevk edildi. Hastanın gelişinde solunumunun yüzeysel olması ve gasping tarzında soluması nedeniyle entübe edildi. İdame levitirasetam tedavisi başlandı. Hastanın yapılan elektroensefalogram (EEG) ve kranial difüzyon MR görüntülemeleri normal sonuçlandı. Hasta lidokaine bağlı lokal anestezi sistemik toksisitesi (LAST) olarak değerlendirildi. Hasta 2 gün entübe izleminden sonra extübe edilerek oda havasına alındı. İzleminde nöbeti tekrarlamayan hasta levitirasetam tedavisi 20 mg/kg/gün olarak devam edecek şekilde çocuk nöroloji poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Lokal anesteziklere bağlı sistemik toksisite en sık olarak merkezi sinir sistemi (MSS) ve kardiyovasküler sistemi tutar. Klinik tablo nörolojik semptomlardan ciddi kardiyak aritmilere kadar ilerleyebilir ve ölümcül seyredebilir. Klinik bulgular genellikle uygulamadan sonra 1–5 dakika içinde ortaya çıkar ancak 60 dakikaya kadar uzayabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrasında gelişen yeni belirti veya bulgular, toksisite olasılığı açısından değerlendirilmelidir. Risk Faktörleri Çok genç (< 4 ay) veya ileri yaşlı (> 79 yaş) bireyler Küçük vücut ağırlığı veya düşük kas kütlesi Kalp hastalıkları Mevcut organ disfonksiyonu olan hastalar İstenmeyen intra-arteriyel veya intravenöz enjeksiyon Tekrarlayan ve/veya yüksek doz lokal anestezi uygulamaları BULGULAR MSS Bulguları Kas fasikülasyonları Konvülsiyonlar (çoğunlukla jeneralize tonik-klonik nöbetler) Bilinç değişikliği, koma Solunum depresyonu ve arresti Kardiyovasküler Bulgular Miyokard depresyonu Kardiyak disritmiler Hipotansiyon, senkop Kardiyovasküler depresyon ve kollaps Hematolojik Bulgular Methemoglobinemi (Siyanoz, ciltte gri renk değişikliği, takipne) Alerjik Reaksiyonlar Döküntü, ürtiker Anafilaksi (çok nadir)



Tedavi ve Prognoz



Anahtar Kelimeler: Lokal anestezik sistemi toksisitesi, nöbet



PS-270

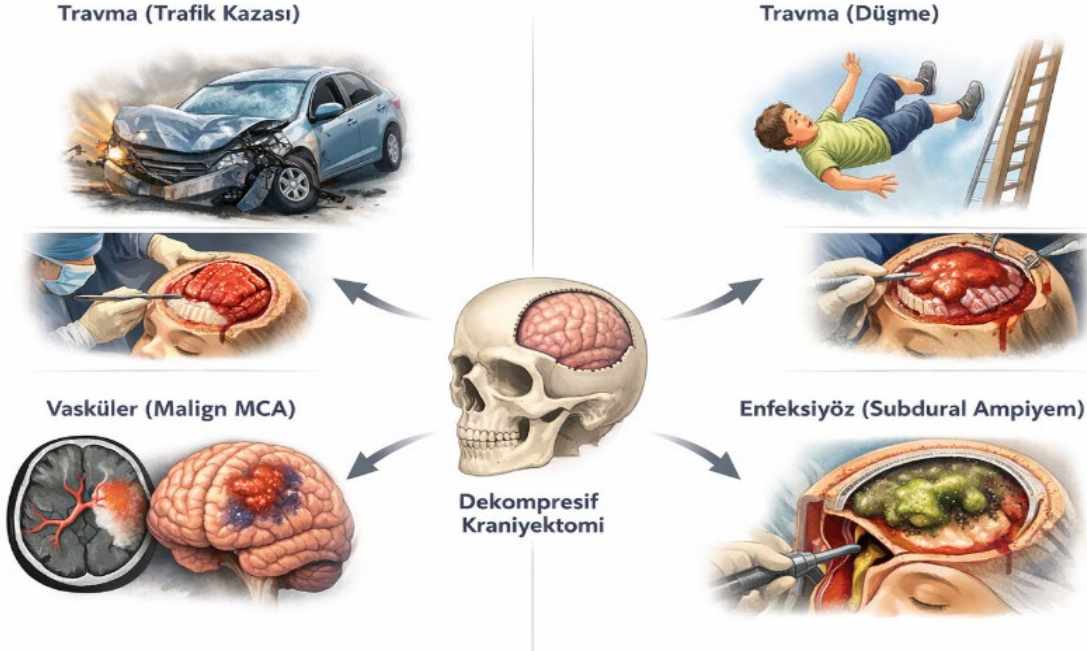
PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE DEKOMPRESİF KRANİEKTOMİ: ÜÇ FARKLI ETİYOLOJİ İLE TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yurdağül Deveci Çayır¹, Tuğba Kanar², Gamze Başak², Sare Güntülü Şık²

1 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pediatrik popülasyonda şiddetli travmatik beyin hasarı (TBH), malign iskemik inmeler ve intrakraniyal enfeksiyonlara bağlı gelişen serebral ödem; yüksek mortalite ve uzun dönemli nörolojik morbidite ile ilişkilidir [1,2]. Medikal tedaviye dirençli intrakraniyal hipertansiyon (İHT) yönetiminde dekompresif kraniyektomi (DK), intrakraniyal hacmi artırarak serebral perfüzyon basıncını korumayı hedefleyen kritik bir kurtarma tedavisidir [3]. Ancak pediatrik popülasyonda DK zamanlaması ve hasta seçimi konusunda kanıt düzeyi halen sınırlıdır [1]. Güncel çalışmalar, özellikle Glasgow Koma Skalası (GKS) 3 olan “kritik” hastalarda ilk 6 saat içindeki ultra-erken cerrahinin, tarihsel olarak “umutsuz” görülen bu olguları “potansiyeli olan vakalara” dönüştürebileceğini bildirmektedir [4]. Bu çalışmada, farklı etiyolojilerle “erken” dönemde DK uygulanan dört olgunun klinik seyirlerinin literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.



Yöntem: Pediatrik yoğun bakım ünitemizde son 1 yıl içinde üç farklı etiyolojiye (travma, inme, enfeksiyon) bağlı gelişen serebral ödem nedeniyle erken dönemde dekompresif kraniyektomi uygulanan 4 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Olgu 1: Araç içi yüksek enerjili trafik kazası sonrası GKS 3, başvuruda anizokorik ve ışık refleksi/- saptanan 6 aylık erkek bebekte BT’de yaygın subaraknoid kanama ve ağır serebral ödem izlendi. Yaralanmanın 7. saatinde DK uygulanan hasta, perioperatif dönemde gelişen hemodinamik instabilite nedeniyle kaybedildi.



Olgu 2: Dördüncü kattan düşme sonrası GKS 3 ve anizokorik pupil ile kabul edilen 8 yaşındaki erkek hastada BT'de pnömosefali ve epidural hematoma saptanması üzerine 7. saatte sol DK ve eksternal ventriküler drenaj (EVD) uygulandı. İzlemede nörolojik iyileşme gözlemlendi ve kraniyoplasti sonrası GKS E4M5V2 düzeyine ulaştı.

Olgu 3: Sol hemisferik iskemik inme nedeniyle yatırılan 11 yaşındaki kız hastanın başvurusunda GKS 9 ve sağ taraflı derin motor defisit (kas gücü 1/5) mevcuttu. DSA'da terminal internal karotis arter düzeyinde "T tipi" oklüzyon izlendi. Malign orta serebral arter enfarktı ve progresif orta hat şifti nedeniyle 10. saatte DK uygulanan hasta, ciddi nörolojik sekelle taburcu edildi.

Olgu 4: Sinüzit sonrası gelişen subdural ampiyem ve yaygın serebral ödem nedeniyle GKS 12 ile kabul edilen 12 yaşındaki kız hastaya acil ampiyem drenajı ve DK uygulandı. Postoperatif yoğun medikal tedavi sonrası klinik iyileşme sağlanarak GKS 15 düzeyine ulaştı.

Tartışma ve Sonuç: Olgu 1 ve 2'nin her ikisi de literatürde tanımlanan "erken" (ilk 12-24 saat) dönemde opere edilse de Olgu 1'deki kayıp, sağkalım için kritik eşik olarak tanımlanan 6 saatlik "ultra-erken" altın pencerenin aşılmasıyla ve yüksek enerjili yaralanma mekanizmasının yarattığı geri dönülemez birincil hasar ile ilişkilidir [4,5]. Yaş faktörü Olgu 2'de pediatrik beynin yüksek nöroplastisite kapasitesi sayesinde sağkalım avantajı sağlarken Olgu 1'de infant beyninin anatomik fragilitesi ve tamamlanmamış miyelinizasyonu sağkalımı sınırlayan temel etken olmuştur [1]. Olgu 3'teki ağır sekele, travma dışı grupta kötü fonksiyonel sonuçlar için tanımlanan en güçlü bağımsız ön gördürücü olan düşük motor skor verisiyle uyumludur [3,6]. Olgu 4 ise DK'nin intrakraniyal enfeksiyon kaynaklı malign beyin ödemi yönetiminde de hayat kurtarıcı bir seçenek olduğunu desteklemektedir [3]. Bu bulgular, dekompresif kraniyektominin pediatrik hastalarda farklı patofizyolojik süreçlerde kritik bir kurtarma tedavisi olabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak cerrahi karar; invaziv monitörizasyon süreçlerindeki gecikmelerin herniasyonu kalıcı hale getirebileceği durumlarda hızlı BT bulguları ve klinik herniasyon göstergeleri (pupil, bradikardi) üzerinden multidisipliner bir yaklaşımla verilmelidir [4,7,8].

Anahtar Kelimeler: Dekompresif kraniyektomi, İntrakraniyal hipertansiyon, Malign serebral enfarkt, Serebral ödem, Travmatik beyin hasarı.

Kaynakça:

1. Manfiotto, M., et al. (2019). Decompressive Craniectomy in Children with Severe Traumatic Brain Injury: A Multicenter Retrospective Study and Literature Review. *World Neurosurgery*, 129, e56-e62.
2. Hubertus, V., et al. (2022). Severe Traumatic Brain Injury in children—paradigm of decompressive craniectomy compared to a historic cohort. *Acta Neurochirurgica*, 164, 1421–1434.
3. Konar, S. K., et al. (2024). Decompressive craniectomy in children: indications and outcome from a tertiary centre. *Child's Nervous System*, 40(11), 3757-3764.
4. Boyraz, M., et al. (2025). Early surgical intervention in pediatric trauma patients with GCS 3 – Results of 8 Years experience. *World Neurosurgery: X*, 27, 100476.
5. Schulien, A., et al. (2025). Factors predicting the need for rescue decompressive craniectomy for refractory intracranial hypertension in pediatric traumatic brain injury. *Child's Nervous System*, 41, 368.
6. Patel, N., et al. (2013). Pediatric traumatic brain injuries treated with decompressive craniectomy. *Surgical Neurology International*, 4, 128.
7. Carlhan-Ledermann, A., et al. (2023). Decompressive hemicraniectomy in pediatric malignant arterial ischemic stroke: A case-based review. *Child's Nervous System*, 39, 2377–2389.
8. Jaradat, A., et al. (2025). Early versus Late Decompressive Craniectomy in Pediatrics with Traumatic Brain Injuries: A Retrospective Study. *World Neurosurgery*, 196, 123827.



PS-271

PTLD'YE EŞLİK EDEN HLH: PEDIATRİK KARACİĞER NAKLİNDE TERAPÖTİK BİR PARADOKS

Abdülkadir Altuntaş¹, Emrullah Aygüler², Zerrin Önal³, Serap Karaman⁴, Demet Demirkol²

1 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

2 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

3 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul

4 – İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Epstein–Barr virüs (EBV) ilişkili posttransplant lenfoproliferatif hastalık (PTLD), pediatrik karaciğer nakli sonrası özellikle EBV seronegatif alıcılarda erken dönemde gelişebilen ciddi bir komplikasyondur. Nadir ancak mortalitesi yüksek bir tablo ise PTLD'ye sekonder hemofagositik lenfositosis (HLH) gelişimidir. Bu birliktelik, zıt immünolojik tedavi gereksinimleri nedeniyle klinik olarak son derece karmaşıktır.

Olgu Sunumu: Akçaağaç şurubu idrar hastalığı nedeniyle Şubat 2025'te canlı vericili karaciğer nakli yapılan, EBV seronegatif ve takrolimus tedavisi alan pediatrik hasta; erken dönemde persistan ateş ve gastrointestinal kanama ile başvurdu. EBV DNA düzeyi 316.000 kopya/mL olarak saptandı. Görüntülemelerde yaygın lenfadenopati izlendi ve eksizyonel biyopsi ile EBV pozitif polimorfik PTLD tanısı konuldu. Rituksimab temelli immünomodülatör tedavi başlanırken immünsüpresyon dikkatli şekilde azaltıldı. İzlemede progresif bisitopeni, hiperferritinemi, hipertrigliseridemi, hipofibrinojenemi ve kemik iliğinde hemofagositoz saptanması üzerine sekonder HLH tanısı konuldu. Yüksek doz steroid tedavisi başlandı ve yanıtı göre dozu ayarlandı. İzlemede EBV viral yükü negatiflendi ve klinik stabilizasyon sağlandı.

Sonuç: PTLD'ye eşlik eden HLH, pediatrik transplant alıcılarında yaşamı tehdit eden bir immünolojik acildir. PTLD tedavisinde immünsüpresyonun azaltılması gerekirken, HLH kontrolü için immün baskılama gereklidir. Bu karşıt tedavi gereksinimleri, greft reddi, enfeksiyon ve sitokin fırtınası arasında hassas bir denge kurulmasını zorunlu kılar. Erken tanı ve multidisipliner yönetim sağkalım açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik karaciğer nakli, hemofagositik lenfositosis, Epstein–Barr virüs, posttransplant lenfoproliferatif hastalık



PS-274

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE TANISI ZOR KONULAN SAĞ TARAFLI KONJENİTAL DİYAFRAM HERNİSİ

Şeyda Yıldız Sağıroğlu¹, Şahin Takcı¹, Canan Seren¹, Mustafa Ali Akın¹

1 – Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Konjenital diyafram hernisi (KDH), insidansı yaklaşık 1/2200–1/4000 olan, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden ciddi bir anomalidir. Sıklıkla kardiyak, ürogenital, kromozomal, genetik ve iskelet sistemi anomalileri ile birliktelik gösterir. Olguların yaklaşık %85–90'ı sol, %10–15'i sağ, %2'si bilateral yerleşimlidir. Prenatal ultrasonografinin yaygınlaşmasıyla antenatal tanı oranı artmış olsa da, sağ taraflı KDH tanısı postnatal dönemde zor olabilmektedir. Sağ taraflı KDH, karaciğerin herniasyonu ve radyolojik olarak pulmoner sekestrasyon, konjenital hava yolu malfarmosyonları ya da kitlelerle karışabilmesi nedeniyle tanısal güçlük yaratır. Prenatal şüphe varlığında doğumun donanımlı merkezlerde gerçekleştirilmesi ve postnatal dönemde çoklu görüntüleme yöntemlerinin kullanılması tanıyı kolaylaştırır. Bu olguda zor tanı konulan ve nadir görülen sağ taraflı diyafram hernisi sunularak multidisipliner yaklaşım ve zamanında cerrahi müdahalenin prognozda önemi vurgulanmıştır.

Olgu Sunumu: 31 yaşındaki annenin 4. gebeliğinden, 35+6 haftalık, 2410 g kız bebek sezaryen ile doğdu. Prenatal detaylı ultrasonda sağ diyafram hernisi şüphesi saptanması nedeniyle hasta doğum salonunda entübe edilerek Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Fizik muayenede solunum sıkıntısı ve interkostal çekilmeler mevcuttu. Laboratuvar bulguları normaldi. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta heterojen dansiteler izlendi (Şekil 1). Ekokardiyografide interatriyal septumda küçük anevrizma ve hafif soldan sağa şant saptandı. Postnatal 1. günde yapılan toraks ve abdomen ultrasonografisinde sağ hemitoraksta bağırsak ansları olabilecek görünüm izlendi. Kesin tanı için yapılan kontrastlı BT'de sağ hemitoraksta bağırsak ansları, sağ akciğerde hipoplazi ve sol akciğerde atelektaziler izlendi (Şekil 2.). Hasta postnatal 2. günde opere edildi. İntraoperatif olarak ince bağırsak ansları, çekum, çıkan kolon ve karaciğer sağ lobunun bir kısmının herniye olduğu ve defektin geniş olduğu görüldü. Herni redüksiyonu ve diyafram onarımı yapıldı. Postoperatif dönemde hasta 6. günde ekstübe edildi, 18. günden itibaren oksijen ihtiyacı kalmadı taburcu edildi.

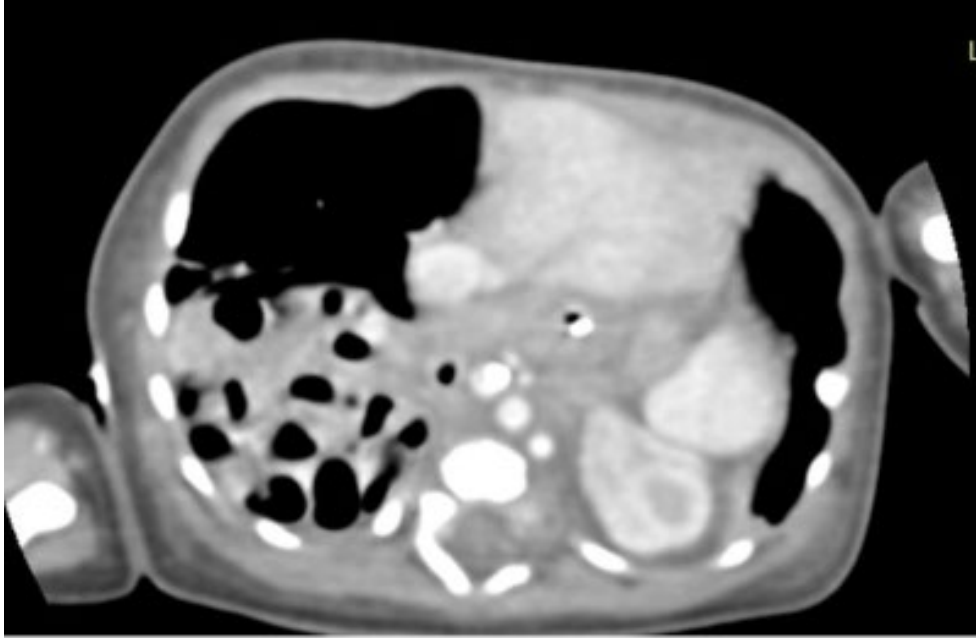
Şekil 1.



Postnatal 1.gününde çekilen akciğer grafisi



Şekil 2.



Postnatal 2.gününde çekilen Toraks ve Abdomen BT

Sonuç: Sağ taraflı konjenital diyafram hernileri nadir görülmekle birlikte, tanısı zor ve mortalitesi yüksek olgulardır. Erken tanı, uygun merkezde doğum, multidisipliner yaklaşım ve zamanında cerrahi müdahale, prognozu belirleyen en önemli faktörlerdir. Uzun dönemde hastalar pulmoner hipertansiyon, pulmoner hipoplazi , gastroözofageal reflü veya akciğer enfeksiyonları, kalp yetmezliği veya nörogelişimsel anormallikler gibi çeşitli komplikasyonlar açısından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital diyafram hernisi, sağ taraflı diyafram hernisi, yenidoğan, pulmoner hipoplazi, pulmoner sekestrasyon, prenatal



PS-275

KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİLİ OLGU: TOPUK KANI ÖNEMİ

İlker Gökay Güney¹, Enes İn², Funda Aydemir², Salih Çağrı Çakır², Hilal Özkan², Nilgün Köksal²,
Münevver Uluba³, Yasemin Öngen³

1 – Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

2 – Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Bursa

3 – Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Konjenital adrenal hiperplazi(KAH), adrenal kortekste kortizol sentezi için gerekli olan enzimlerin eksikliğine bağlı olarak gelişen, OR bir hastalık grubudur. En sık tipi 21-Hidroksilaz eksikliğidir. Klasik ve klasik olmayan şeklinde sınıflandırılır. Kilo kaybı, kusma, letarji, hiponatremi, hiperkalemi ve dehidratasyon bulguları gibi ciddi klinik bulguları olan KAH tanısında topuk kanı tarama testleri kullanılmaktadır. Burada doğum sonrası topuk kanı alınmayan, postnatal 21.gününde dehidratasyon ve adrenal yetmezlik bulgularıyla tanı alan olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 18yaş annenin ilk gebeliğinden 39.haftada sezaryenle dış merkezde doğurtulan,APGAR skorları 8-9 olan erkek bebeğin özgeçmişinde doğumdan sonra 1.topuk kanı alındığı, 2.topuk kanı verilmediği öğrenildi. Soygeçmişinde anne-baba arasında akrabalık yok ve KAH tanılı kuzen öyküsü mevcuttu. Hasta postnatal 21.gününde sepsis, dehidratasyon, böbrek yetmezliği ve kardiyak arrest olması nedeniyle sevk ile yatırıldı. Fizik muayenesinde yatış vücut ağırlığı3225gram(25-50p), boy54cm(50-90p), başçevresi36cm(10-50p), genel durumu kötü, ağır dehidrate, entübe ve genital muayenesinde bilateral inmemiş testis izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde üre 162mg/dl, kreatinin 4,23mg/dl, sodyum 139mmol/l, potasyum 7,1mmol/l, klor 105mmol/l, CRP 48,8mg/l olarak sonuçlandı. Hastanın izleminde hipotansiyon gelişmesi nedeniyle inotrop başlandı, renal yetmezlik tanısıyla diyaliz başlandı. Gönderilen ACTH 3062 ng/L (0-45 ng/L), Kortizol 7,7 ug/dl (0,5-16,6 ug/dl) saptanırken hormon tetkiklerinde androstenedion > 10ng/ml(0,6-3,1 ng/ml), total testosteron 2382ng/dl(8-290 ng/dl), 17OHprogesteron > 20 ng/ml (< 8 ng/ml), 11 deoksikortizol 95.3 ng/dl olarak sonuçlandı. Hastaya sonuçlarla KAH, adrenal yetmezlik ön tanısıyla hidrokortizon 100 mg/m²/gün başlandı. Kromozom analizi 46 XY ve 21 hidroksilaz eksikliğine bağlı KAH tanısı konuldu. Hasta postnatal 62. gününde 2 gram oral sodyum, fludrokortizon 2*0,2 mg, hidrokortizon 30 mg/m²/gün, amlodipin 0,3 mg/kg/gün, levetirasetam 20 mg/kg/gün, fenitoin 7 mg/kg/gün, karnitin 75 mg/kg/gün, D vitamini 400 ünite, lizinopril 0,1 mg/kg/gün tedavileriyle taburcu edildi.

Sonuç: KAH OR geçişli genetik bir hastalık grubu olup, akraba evliliği oranının yüksek olduğu toplumlarda daha sık görülmektedir. Yenidoğanlarda topuk kanından 17-OH progesteron ölçümü yapılarak KAH tanısı erken dönemde konulabilmekte ve erken bebek ölümlerinin önüne geçilebilmektedir. Ülkemizde KAH taraması ilk kez 2017 yılında pilot tarama programı ile uygulanmaya başlamış ve bu çalışma ile ülkemizde KAH insidansının önceki raporlara göre daha yüksek olabileceği bildirilmiştir. KAH mortalitesinin yüksek olması nedeniyle erken tanı ve tedavisinin önemi akılda tutulmalı, fizik muayenenin ve topuk kanı taramalarının önemi unutulmamalıdır .



Dış Genital Organların Görünümü



Dış Genital Organların Görünümü



Anahtar Kelimeler: Konjenital Adrenal Hiperplazi, Cinsiyet Gelişim Bozukluğu, Topuk Kanı Tarama Testi, 21-Hidroksilaz Eksikliği



PS-276

MATERNAL EPİZYOTOMİ ANESTEZİSİNE BAĞLI YENİDOĞANDA AĞIR METHEMOGLOBİNEMİ: OLGU SUNUMU

Muhammed Furkan Oduncu¹, Seda Kunt², Zehra Arslan², Dilek Ulubaş Işık², Ahmet Özyazıcı², Eyüp Sarı¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

2 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Yenidoğan Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Siyanotik bir yenidoğanda başta respiratuar distres sendromu ve pnömoni gibi akciğer hastalıkları; siyanotik konjenital kalp hastalıkları, persistan pulmoner hipertansiyon, sepsis, hipoglisemi ve santral sinir sistemi patolojileri düşünülmelidir. Bu geniş yelpazede methemoglobinemi, nadir görülmesine rağmen hızla tanınması gereken, hayatı tehdit edici bir siyanoz nedenidir. Methemoglobinemi, hemoglobinin oksidasyonu sonucu doku hipoksisi ile karakterize bir tablodur. Yenidoğanlar, hemoglobini indirgeyen NADH-sitokrom b5 redüktaz enzim aktivitesinin erişkin düzeyinin %50-60'ı kadar olması ve fetal hemoglobinin (HbF) oksidasyona daha duyarlı yapısı nedeniyle edinsel methemoglobinemiye oldukça yatkındır. Bu sunumda, normal doğum sırasında maternal epizyotomi amacıyla uygulanan lokal anesteziye maruziyet sonrası derin siyanoz tablosu oluşan ve methemoglobinemi tanısı alan bir yenidoğan olgusu tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu: 17 yaşındaki anneden G1P1Y1 olarak 39+5 gestasyon haftasında normal spontan vajinal yol ile 9/10 APGAR skoru ile 2980 gr doğan kız bebek, doğum sonrası erken dönemde anne yanında izleme alındı. Postnatal 3.saatinde solunumunun kötüleştiği ve siyanotik olduğu gözlemlendi. Satürasyon değeri 82-86 görülen hastadan alınan venöz kan gazında pH:7,36 pCO₂:42 mmHg HCO₃:23,4 mmol/L sO₂:%79 Lac:3,27 mmol/L FMetHb: %51,9 saptandı. Metilen mavisi 1 mg/kg dozunda uygulandı. Kontrol venöz kan gazında FMetHb:%31 saptanması nedeniyle 2.doz Metilen mavisi 1 mg/kg dozunda tekrarlandı. İzleminde FMetHb %0,5'e gerileyen hastanın siyanozu tamamen düzeldi. Etiyolojiye yönelik alınan tetkiklerinde G6PD düzeyi 19,7 IU/g Hb (7-21) ve EKO sonucunda PFO saptanan hasta taburcu edildi.

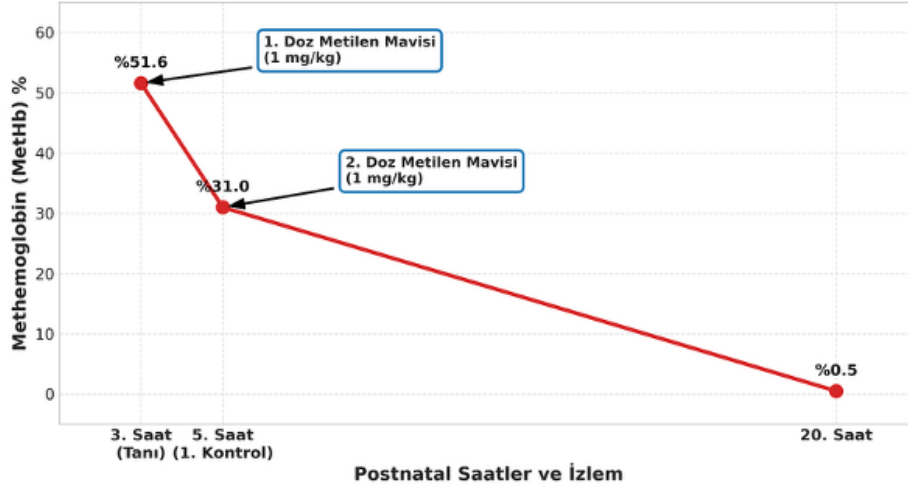
Hastanın 3.saatindeki görüntüsü





Methemoglobin Seyri

Vakada Methemoglobin (MetHb) Düzeyi ve Tedavi Yanıtı



Sonuç: Methemoglobinemi, hemoglobin molekülündeki demir atomunun ferroz (Fe^{2+}) halden ferrik (Fe^{3+}) hale okside olması sonucunda oluşan, kanın dokulara etkili bir şekilde oksijen taşıyamamasıyla karakterize klinik bir durumdur. Yenidoğandaki fizyolojik enzim immatüritesi, lokal anestezi (prilokain, lidokain) gibi ekzojen oksidanlara duyarlılığı artırır. Olgumuzda maternal epizyo anestezisinin transplasental geçişiyle yaşamı tehdit edici FMetHb düzeyi(%51,9) gelişmiştir. Tedavide Metilen Mavisi (1-2 mg/kg) ilk seçenektir ancak NADPH bağımlı etki mekanizması nedeniyle G6PD eksikliğinde etkisiz kalabileceği ve hemolizi tetikleyebileceği unutulmamalıdır. Olgumuzda G6PD normal saptanmış ve iki doz tedaviyle tam kür sağlanmıştır. Sonuç olarak, açıklanamayan yenidoğan siyanozunda maternal lokal anestezi maruziyeti ayırıcı tanıda mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Methemoglobinemi, Siyanoz, Yenidoğan



PS-277

NEONATAL KONVULSİYONUN GENETİK NEDENİ: Kcnq2 MUTASYONU

Ayşenur Demirci¹, Funda Aydemir², Enes İn², Ergül Özel Kurtoğlu², Cansu Sivrikaya Yıldırım², Rabia Tütüncü Toker³,
Salih Çağrı Çakır², Hilal Özkan², Nilgün Köksal²

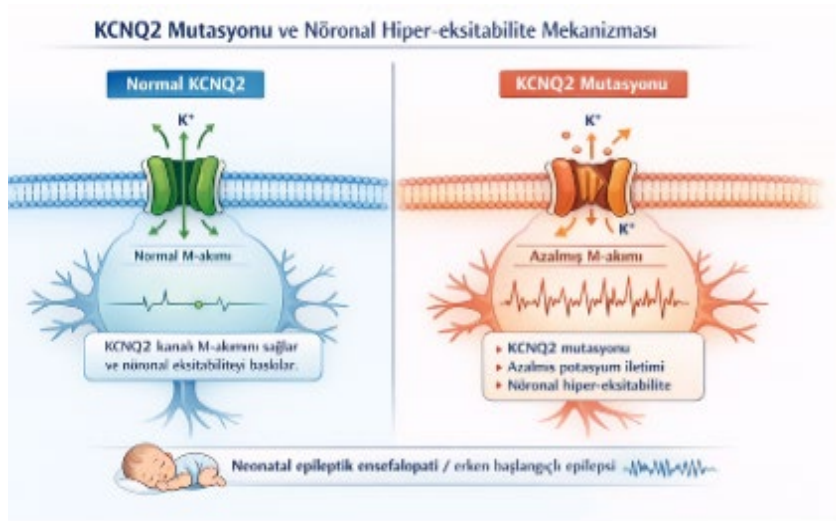
1 – Uludağ Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

3 – Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Amaç: Neonatal konvülsiyonlar yenidoğan döneminin en sık nörolojik acillerinden biridir ve hipoksik-iskemik ensefalopati, metabolik bozukluklar, enfeksiyonlar ve intrakraniyal kanamalar en sık nedenlerdir. Etiyolojisi açıklanamayan olgularda nadiren genetik nedenler, özellikle son yıllarda genetik tanı yöntemlerindeki gelişmelerle iyon kanal gen mutasyonları önem kazanmaktadır. Bu bildiride yenidoğan döneminde nadir görülen KCNQ2 heterozigot patojenik mutasyonuna bağlı neonatal konvülsiyon olgusu sunulmaktadır.

Resim 1.



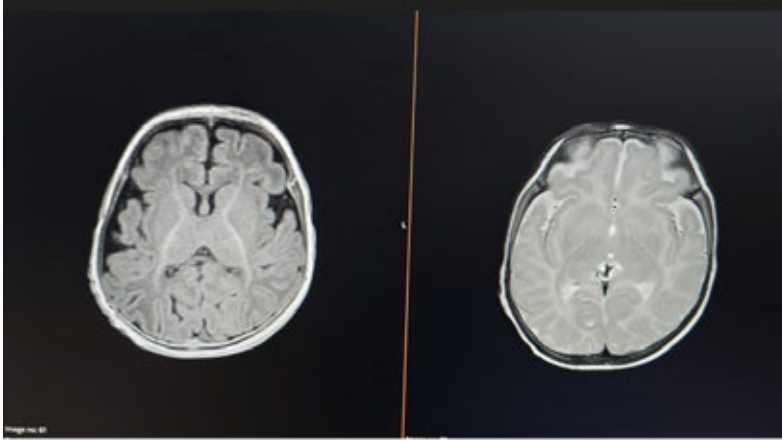
KCNQ2 Mutasyonu, nöronal etki mekanizması

Olgu Sunumu: Yirmi sekiz yaş anneden birinci gebeliğin ilk yaşayan bebek olarak 37+4 gebelik haftasında sezaryen ile APGAR 6-8 olarak doğan hasta anne yanı izleminde posnatal birinci gününde, tüm vücutta ve ekstremitelerde kasılma şeklinde nöbet geçirmesi üzerine fenobarbital (20 mg/kg'dan) yüklenerek aEEG ile izleme alındı. Öz geçmişinde annede üçüncü trimesterde COVID enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı 2895 gr (10-50P), boy:50cm (50-90P), baş çevresi 32,5 cm (10-50P) diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde bebekte COVID IgG pozitifliği haricinde özellik saptanmadı, lomber ponksiyon ve metabolik tetkiklerinde özellik izlenmedi. Hastanın çekilen konvülsiyonel EEG'sinde burst supresyon paterni zemininde elektroklinik nöbet gösteren EEG saptandı. Kranial MR görüntüsü normal olarak değerlendirildi. EEG'sinde elektrografik nöbeti devam eden hastanın tedavisine sırasıyla fenitoin (5 mg/kg/doz), piridoksin 100mg ve piridoksal fosfat (10 mg/kg/doz), eklendi, sonrasında levetirasetam (20mg/kg) ve midazolam infüzyonu (0,01mg/kg/sa) başlandı. Dirençli konvülsiyonları devam etmesi üzerine kanalopati düşünüldü, tedavisine karbamazepin eklendi. Epilepsi genetik paneli gönderildi. Hastanın izlemde nöbetleri azaldı, kademeli olarak almakta olduğu midazolam tedavisi



düüürüldü. Hastanın genetik WES analizinde KCNQ2 heterozigot patojenik gelişimsel ve epileptik ensefalopati pozitifliği saptandı. Oral beslenebilen nöbeti olmayan hasta postnatal kırk sekizinci gününde fenobarbital (45mg/kg/gün), piridoksin (100 mg/gün), piridoksal fosfat (10mg/kg/doz), levetirasetam (60 mg/kg/doz), karbamazepin (20 mg/kg/gün) tedavileri ile taburcu edildi. Takiplerinde almakta olduğu piridoksin, piridoksal fosfat, fenobarbital tedavileri kesildi, nöbetsiz izlemine devam edilen hasta levetirasetam, karbamazepin tedavilerini almakta.

Resim 2.



Olgumuzun mr'ının T1-T2 Sekansı

Resim 3.



Olgumuzun ilk eeg görüntüsü

Sonuç: Olgumuz da oluğu gibi KCNQ2 ilişkili epilepsiler, KCNQ2 genindeki heterozigot mutasyonlara bağı gelişen ve sıklıkla yenidoğan döneminde başlayan epilepsilerdir. Nöbetler genellikle yaşamın ilk günlerinde ortaya çıkar ve tonik, klonik veya apne ile seyreden fokal özellik gösterir. EEG bulguları hafif olgularda normal olabilmekle birlikte, ağır olgularda burst-supresyon paterni izlenebilir. Uygun antiepileptik tedavinin erken dönemde başlanması, nöbet kontrolü ve uzun dönem prognoz açısından önemlidir. Bu olgu, açıklanamayan neonatal konvülsiyonlarda KCNQ2 mutasyonlarının ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanalopatiler, Genetik Tanı, Neonatal Konvülsiyon



PS-278

YENİDOĞANDA TEKRARLAYAN ASPIRASYON VE SOLUNUM SIKINTISININ NADİR BİR NEDENİ: H-TİPİ TRAKEOÖZEFAGEAL FİSTÜL OLGUSU

İrem Demici¹, Seda Kunt², Eda Tüfekçioğlu², Ubeydullah Ünlü¹, Tahir Öztürk¹, İbrahim Karaman³, Eyüp Sarı¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi-Genel Pediatri Kliniği

2 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi-Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi

3 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi-Çocuk Cerrahisi Kliniği

Amaç: Trakeoözefageal fistül (TÖF), yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı ve beslenme problemleri ile seyreden nadir görülen konjenital anomalilerden biridir. Özofagus atrezisi olmaksızın izlenen H-tipi TÖF, nonspesifik klinik bulgular nedeniyle tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda, tekrarlayan aspirasyon öyküsü ve beslenme ile ilişkili solunum sıkıntısı nedeniyle tanısı geciken bir H-tipi trakeoözefageal fistül olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Otuz yaşındaki anneden 39+4 gebelik haftasında sezaryen ile 4220 gram ağırlığında 8/9/9 Apgar skoru ile doğan erkek bebek doğum sonrası erken dönemde solunum sıkıntısı semptomları (desatürasyon, takipne ve retraksiyon) gelişmesi üzerine yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın dinlemekle bilateral ronküsleri ve kaba sekretuar sesleri mevcuttu. Oral beslenme sonrası oksijen satürasyonunda belirgin düşüş olduğu görüldü. Hastaya nazal SIMV ile solunum desteği sağlandı. Klinik izlemde beslenme ile ilişkili öksürük, tekrarlayan aspirasyonlar, sekresyon artışı ve hırıltılı solunum ön plandaydı. Akciğer grafilerinde perihiler infiltrasyon saptandı ve alt solunum yolu enfeksiyonu ön tanısıyla 7 gün ampicilin ve gentamisin antibiyoterapileri uygulandı. Hastanın postnatal yedinci gününde satürasyonunun %70'lere dek düştüğü görülerek septik açıdan kan, idrar tetkikleri ve solunum yolu sürüntü testi alındı. Akut faz reaktanlarında artış saptandı, idrar tetkiki doğal, solunum yolu sürüntü testi negatif sonuçlandı. Kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Gentamisin tedavisi kesilerek sefotaksim antibiyoterapisi başlandı. Oral beslenme sonrası kusmaları olan hastanın tedavisine gastroözofajial reflü açısından gaviscon eklendi. Takibinde sekretuar sesleri, sık aspirasyon ihtiyacı, hırıltılı solunumu ve öksürükleri devam eden hastaya ayırıcı tanılara yönelik ileri tetkikler yapıldı. Ekokardiyografide patent foramen ovale ve hafif periferik pulmoner stenoz dışında ek patoloji saptanmadı. Abdomen ultrasonografisinde pilor stenozu lehine bulgu saptanmadı. Özofagografi incelemesinde karina üst seviyede özofagus ile trakea arasında oblik-vertikal uzanımlı fistül traktı izlendi ve H-tipi trakeoözefageal fistül tanısı konuldu. Hasta çocuk cerrahisi tarafından postnatal 20. gününde opere edildi. Postoperatif bir gün entübe izlenen hasta ikinci günde ekstübe edilerek beslenmesi orogastrik sonda ile sağlandı. Hasta postoperatif yedinci günde tam enteral oral yolla beslenebildi. Postoperatif izlemde aspirasyon ve solunum sıkıntısı semptomlarında belirgin gerileme izlendi.



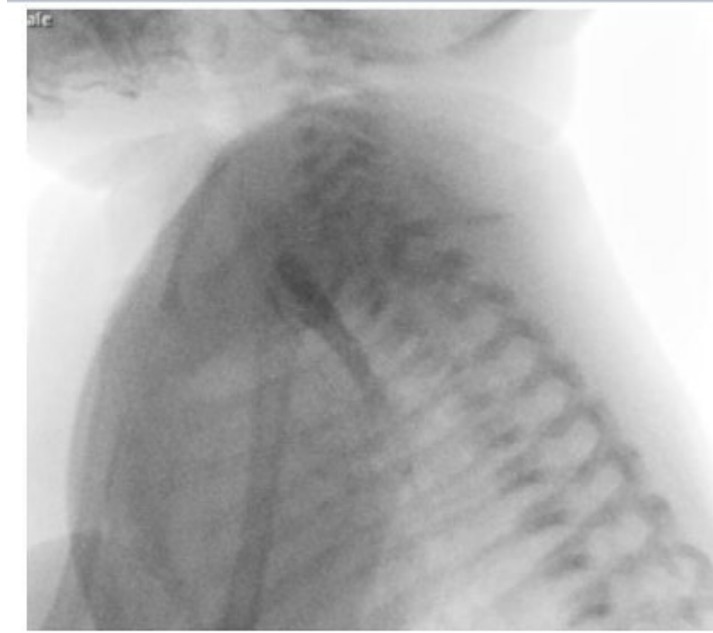
Preoperatif Akciğer Grafisi



29/08/25 Geliş PAAC

Preoperatif akciğer grafisinde perihiler dolgunluk izlenmektedir.

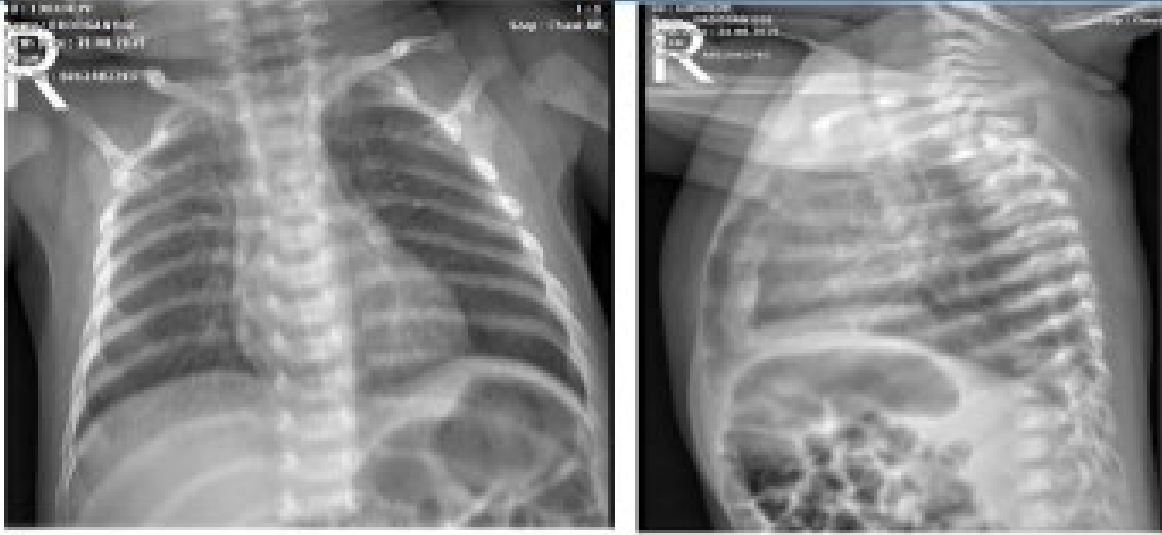
Kontrastlı Özofagus Grafisi (Lateral)



Lateral dekübit incelemede karina üst seviyede özofagus ile trakea arasında oblik-vertikal uzanımlı fistül traktı izlendi. Fistül aracılığıyla trakea ve bronşial ağaca kontrast geçişi kaydedilmiştir.



Postoperatif Akciğer Grafisi



25.09.25 postop PAAC

Sonuç: H-tipi trakeoözefageal fistül, yenidoğan döneminde tekrarlayan aspirasyon, beslenme ile ilişkili solunum semptomları ve açıklanamayan pnömoni varlığında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun cerrahi tedavi, morbiditenin azaltılmasında belirleyici rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trakeoözefageal fistül, H-tipi TÖF, yenidoğan, solunum sıkıntısı, özofagografi, tekrarlayan aspirasyon



PS-282

TERM YENİDOĞANDA TEKRARLAYAN APNE İLE SEYREDEN BİR NÖROGENETİK HASTALIK OLGU SUNUMU: CRİSPONİ SENDROMU

Narin Karaçay¹, **Esra Budak Gençtürk¹**, Emel Altuncu¹, Timuçin İmdadoğlu¹, Elif Yaşar¹, Bülent Güzel¹, Levent Mercan¹

1 – Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Term yenidoğanlarda tekrarlayan apne ve buna bağlı solunum yetmezliği nadirdir ve altta yatan enfeksiyöz, metabolik veya nörolojik nedenlerin araştırılmasını gerektirir. Özellikle eşlik eden yapısal beyin anomalileri, santral ve nörogenetik etyolojileri düşündürmelidir.

Olgu Sunumu: Gestasyonel yaşı 39 hafta olan, vajinal yol ile 2740 g doğan kız bebek, doğum sonrası solunum sıkıntısı olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İzlem sürecinde tekrarlayan apne ve desatürasyon atakları nedeniyle uzun süre noninvaziv solunum desteği gereksinimi oldu. Klinik seyirde; hafif metabolik asidoz ve laktat yüksekliği, beslenme intoleransı gözlemlendi. Muayenesinde dismorfik yüz özellikleri arasında yuvarlak bir yüz, dolgun yanaklar, düşük yerleşimli kulaklar, basık bir burun kökü, uzun ve düz bir filtrum, yüksek damak, mikrognati ve kıvrık üst dudak ile karakteristik bir 'sazan balığı ağzı' görünümü saptandı. Artmış tükürük salgısı, beklenmedik dokunsal veya işitsel uyaranlara karşı aşırı irkilme ve opistotonus benzeri duruş saptandı. Geniş enfeksiyöz ve metabolik incelemeleri normaldi. Kraniyal MRI'da septum pellucidum agenezisi ve ince korpus kallozum görüldü. Uyarı ile tetiklenen apneleri, tekrarlayan enfeksiyonları ve kusmaları nedeniyle klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda nörogenetik bir hastalık olan Crisponi sendromu düşünüldü. Tanıyı desteklemek için ortam sıcaklığı 22 derece altına düşürüldü ve hastada aşırı terleme görüldü. Genetik inceleme ile Crisponi Sendromu tanısı kesinleştirildi.

Dismorfik Yüz Görünümü





Opistotonus Benzeri Kasılma



Beklenmedik dokunsal veya işitsel uyaranlara karşı aşırı irkilme ve opistotonus benzeri duruş sergileme

Sonuç: Crisponi/soğukla tetiklenen terleme sendromu, yenidoğan döneminde ortaya çıkan ve yüksek ölüm oranına sahip, paroksizmal kas kasılmaları, hipertermi eğilimi, beslenme ve yutma güçlüğü gibi ciddi belirtilerle karakterize, nadir görülen otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Bu sunumda amacımız, term yenidoğanlarda açıklanamayan ve tekrarlayan apne varlığında, özellikle orta hat beyin anomalileri eşlik ediyorsa, nörojenetik etiyolojilerin mutlaka akılda tutulması gerektiğine dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, apne, septum pellucidum agenezisi, korpus kallozum, nörojenetik hastalık



PS-284

MONOKORYONİK DİAMNİYOTİK İKİZ GEBELİKTE ANENSEFALİ DİSKORDANSI: KLİNİK YÖNETİM İKİLEMİ

Dilara Umut Altun¹, Leyla Aliyeva², Ersin Ulu², Zeynep Alp Ünkar², Atalay Demirel², Zekeriyya Mehmet Vural²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Neonotoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Monokoryonik diamniyotik (MKDA) gebeliklerde fetüslerin ortak bir plasentayı paylaşması, konjenital anomali görülme sıklığını ve perinatal riskleri belirgin şekilde artırır. Plasental damar anastomozları nedeniyle fetüsler arasında sürekli bir hemodinamik bağlantı bulunması, özellikle ağır yapısal anomaliler varlığında yönetimi karmaşık hâle getirir. Anensefali yaşamla bağdaşmayan bir anomalidir ve birçok rehberde selektif fetosid seçenek olarak sunulsa da, MKDA gebeliklerde fetosid hem işlemsel riskler hem de plasental paylaşımdan kaynaklanan ani hemodinamik etkiler nedeniyle yüksek risk taşır. Öte yandan fetosid uygulanmayan olgularda anensefali fetüsün olası intrauterin ölümü, sağlam fetüste akut kan kaybı, iskemik hasar ve mortalite riskini artırır. Bu nedenle MKDA gebeliklerde anensefali varlığı, her iki yaklaşımın da ciddi riskler barındırdığı bir klinik ikileme yol açmaktadır.

AMAÇ: Anensefali diskordansı olan MKDA bir gebelikte bekle-gör stratejisinin yenidoğan yoğun bakım sürecine ve postnatal sonuçlara etkisini sunmaktır.

OLGU: 35 yaşındaki G1P1A0C0 anneden, 32+1 haftada MKDA ikiz gebeliğin sağlam eşi olarak 1515 g ağırlığında AGA kız bebek C/S ile doğmuştur. İkiz eşinde antenatal dönemde anensefali saptanmış ve aile tercihi doğrultusunda gebelik bekle-gör yaklaşımı ile sürdürülmüştür. Anensefali fetüs canlı doğmuş ancak yaklaşık bir saat içinde kaybedilmiştir. Doğan sağlam bebekte kısa süreli CPAP gereksinimi olmuş, 1. günde oda havasına geçmiştir. Postnatal 2. günde enteral beslenmeye başlanmış ve 9. günde tam enteral beslenmeye ulaşılmıştır. Ekokardiyografisi normaldi. İlk TFUS normal olup seri takiplerde sadece bilateral kaudotalamik olukta Grade 1 IVK ve milimetrik anekoik kistler saptanmıştır. Bebek 39. günde fizik muayenesi normal ve nörolojik muayenesi yaşı ile uyumlu olarak taburcu edildi. Krangal MR görüntüleme ve 24 ay nörogelişimsel izlem planlandı.

TARTIŞMA: Bu olgu, MKDA gebeliklerde anensefali yönetiminin neden standart bir algoritmaya turtulamadığını net biçimde göstermektedir. Plasental anastomozlara bağlı olarak fetosid işlemi sırasında sağlam fetüste ani hipotansiyon ve iskemik hasar görülebilirken; fetosid uygulanmadığında anensefali fetüsün intrauterin ölümü aynı mekanizma ile sağlam fetüste ağır nörolojik sekel veya mortaliteye yol açabilir. Bu vakada anensefali fetüsün canlı doğmuş olması, sağlam ikizi IUFD'ye bağlı gelişebilecek ani hemodinamik çöküşten korumuş ve klinik olarak daha güvenli bir seyir sağlamıştır. Doğum sonrası saptanan Grade 1 intraventriküler kanama, MKDA gebeliklerde bildirilen nörolojik morbidite oranlarıyla uyumludur.

SONUÇ: Bu bulgular, anomali diskordansı olan MKDA gebeliklerde yönetimin aile danışmanlığı, merkez deneyimi ve multidisipliner değerlendirme doğrultusunda bireyselleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Anensefali, Diskordan Anomaliler, Monokoryonik İkizler, Yenidoğan Yoğun Bakım



PS-285

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE KOLESTAZ, DİREKT HİPERBİLİRUBİNEMİ VE GEÇİCİ HİPOGLİSEMİ İLE PREZENTE OLAN BİR KISTIK FİBROZİS OLGUSU

Adnan Azizoğlu¹

1 – Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

ÖZET

Kistik fibrozis (KF), otozomal resesif geçiş gösteren, kalıtsal ve multisistemik bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde en erken ve en sık bulgusu mekonyum ileusu olup, daha nadir olarak kolestaz tablosu ile prezente olabilir. Kistik fibrozis tanısı; aile öyküsü, klinik bulgular ve laboratuvar verilerinin birlikte değerlendirilmesi ile konulmaktadır. Bu olguda, aile öyküsü bulunmayan ve yenidoğan döneminde nadir başlangıç bulguları olan kolestaz ve hipoglisemi nedeniyle tetkik edilen bir hastada kistik fibrozis tanısı konulmuştur. Yenidoğan kolestazı etiyolojisi araştırılırken kistik fibrozisin mutlaka akılda tutulması gerektiği vurgulanmak istenmiştir. Ayrıca mekonyum ileusu başta olmak üzere diğer yenidoğan dönemi bulgularının ve tarama testlerinin erken tanıdaki önemi ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, kolestaz, yenidoğan, hipoglisemi, direkt bilirubin

ABSTRACT

Cystic fibrosis (CF) is an autosomal recessive, hereditary, and multisystemic disease. In the neonatal period, its earliest and most common manifestation is meconium ileus, while it may more rarely present with cholestasis. The diagnosis of cystic fibrosis is established by the combined evaluation of family history, clinical findings, and laboratory data. In this case, cystic fibrosis was diagnosed in a neonate with no family history who was investigated because of the rare initial findings of cholestasis and hypoglycemia in the neonatal period. It is emphasized that cystic fibrosis should always be considered in the differential diagnosis of neonatal cholestasis. In addition, the importance of other neonatal findings particularly meconium ileus and newborn screening tests in achieving early diagnosis is discussed.

Keywords: Cystic fibrosis, cholestasis, neonate, hypoglycemia, direct bilirubin

GİRİŞ

Kistik fibrozis (KF), otozomal resesif geçişli, multisistemik tutulumla seyreden kalıtsal bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde en sık mekonyum ileusu ile prezente olmakla birlikte, karaciğer tutulumu ve buna bağlı kolestaz nadir olarak bildirilmektedir (1). Ayrıca metabolik stres ve ağır sistemik hastalıklar sırasında hipoglisemi tabloya eşlik edebilir (2,3). Bu yazıda, yenidoğan döneminde kolestaz ve hipoglisemi ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda kistik fibrozis tanısı alan bir olgu sunulmaktadır

OLGU SUNUMU

Otuz beş gestasyonel haftada sezaryen ile 1980 gram doğan erkek bebek, anne ve baba arasında kuzen evliliği öyküsü bulunması nedeniyle dikkat çekmekteydi. Doğum sonrası solunum sıkıntısı, cilt altı yaygın ekimozlar ve dolaşım bozukluğu saptanması üzerine erken neonatal sepsis ve solunum yetmezliği ön tanıları ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesinde subkostal ve interkostal çekilmeleri olan, takipneik görünümde, yaygın cilt altı ekimozları bulunan hasta izlendi. Solunum sıkıntısının artması ve oksijen saturasyonlarının düşmesi üzerine hasta entübe edilerek mekanik ventilasyon desteği başlandı.



61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Laboratuvar incelemelerinde; trombosit sayısı 67.000/mm³, beyaz küre 7.500/mm³, nötrofil 3.800/mm³, hemoglobin 19,2 g/dL, hematokrit %59, C-reaktif protein 16 mg/L, üre 17,2 mg/dL, kreatinin 1,22 mg/dL, AST 127 U/L, ALT 67 U/L, INR 1,68, protrombin zamanı 18,7 sn, APTT 29,2 sn, total bilirubin 19,2 mg/dL ve direkt bilirubin 2,2 mg/dL olarak saptandı. İzlemde kan şekeri değerlerinin hipoglisemik seyretmesi üzerine glukoz infüzyon hızı 12 mg/kg/dk'ya kadar artırıldı.

Klinik ve laboratuvar bulguları doğrultusunda erken neonatal sepsis düşünülen hastaya ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. İzlemde direkt bilirubin düzeylerinin progresif olarak artarak 12 mg/dL'ye kadar yükseltmek zorunda kalındı. Kolestaz ve hipoglisemi etiyolojisine yönelik olarak metabolik tarama (Tandem-MS kan aminoasitleri, idrar organik asitleri), TORCH serolojisi, alfa-1 antitripsin düzeyi, amonyak, galaktozemi ve tirozinemi tetkikleri istendi. Hipoglisemi etiyolojisi açısından bakılan insülin, kortizol ve C-peptid düzeylerinde, hipoglisemi anında insülin düzeyinin 20 µIU/mL olması nedeniyle hiperinsülinemik hipoglisemi düşünüldü ve oktreotid tedavisi başlandı.

Beslenme sonrası kan şekeri değerlerinin normale dönmesi üzerine glukoz infüzyonu kademeli olarak azaltıldı ve oktreotid tedavisi kesildi. Metabolik incelemelerde hafif C6-karnitin yüksekliği (0,88 µmol/L) saptanması üzerine yağ asidi oksidasyon defektleri açısından hasta yakın izleme alındı ve total parenteral beslenme lipit dozu 1 g/kg/gün ile sınırlandırıldı. Kontrol Tandem-MS incelemelerinde C6-karnitin düzeylerinin normal saptanması üzerine lipit dozu kademeli olarak 3 g/kg/gün'e çıkarıldı. Kontrol Tandem-MS normal geldi.

Abdominal ultrasonografide safra kesesi ve ekstrahepatik safra yolları normal olarak izlendi. Akolik gaita olmaması ve görüntüleme bulgularının normal olması nedeniyle biliyer atrezi tanısı dışlandı. Hastanın yatış süresince ağır sepsis nedeniyle enteral beslenmeyi tolere edemediği, yaşamın ilk 72 saati içinde mekonyum çıkışının olduğu gözlemlendi. Antibiyotik tedavisi sonrası sepsis kliniği düzelen hastaya minimal enteral beslenme başlandı; ancak ilk 24 saat içinde batın distansiyonu, safralı gastrik rezidüel ve mekonyum çıkışının olmaması üzerine beslenme kesildi.

Çekilen gastrointestinal pasaj grafisinde distale radyoopak madde geçişinin olmaması üzerine ileus düşünüldü ve hasta çocuk cerrahisi tarafından opere edildi. Operasyonda mekonyum tıkaçları saptandı. Başlangıçta ağır sepsis, dirençli hipoglisemi ve direkt hiperbilirubinemi nedeniyle takip edilen hastada mekonyum tıkaçlarının gelişmesi üzerine kistik fibrozis açısından ileri tetkik planlandı.

Fekal elastaz düzeyi 290 µg/g olarak ölçüldü. Prematürite nedeniyle ter testi yapılamadı. Fekal elastazın normal sınırlarda olması, hafif pankreatik yetmezliği olan olgularda yeterli duyarlılığa sahip olmaması nedeniyle kistik fibrozisi dışlamadı. CFTR gen mutasyon analizi sonuçları izleme alındı. Sonradan sonuçlanan yenidoğan tarama testinde immünreaktif tripsinojen düzeyinin yüksek saptanması üzerine kistik fibrozis tanısı desteklendi.

Cerrahi sırasında alınan karaciğer biyopsisinde neonatal hepatit spektrumunda, inflamasyonun belirgin olmadığı bulgular izlendi ve depo hastalıklarına ait birikim saptanmadı. Klinik, laboratuvar ve tarama bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastaya kistik fibrozis tanısı konuldu. Tedavi olarak pankreatik enzim replasmanı, ADEK vitamin desteği, ursodeoksikolik asit ve yeterli kalori desteği başlandı. İzlemde bilirubin düzeylerinde gerileme, hipoglisemi ataklarının tekrarlamaması ve kilo alımında düzelme saptandı. Hasta kistik fibrozis tanısı ile izlenmeye devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Kistik fibrozis, otozomal resesif kalıtım gösteren ve mortalitesi yüksek olabilen bir hastalıktır. Akraba evliliklerinde görülme sıklığı artmakta olup, sunulan olguda anne ve baba arasında kuzen evliliği mevcuttu. Bununla birlikte aile öyküsünde bilinen bir metabolik hastalık ya da kistik fibrozis öyküsü bulunmamaktaydı. Yenidoğan döneminde KF; mekonyum ileusu, mekonyum tıkaçı, obstrüktif sarılık ve solunum sistemi bulguları ile prezente olabilir (4,5).



Yenidoğanlarda KF'nin en erken bulgusu mekonyum ileusu olarak kabul edilmektedir. Ancak sunulan olguda yaşamın ilk 72 saatinde mekonyum çıkışı olması nedeniyle başlangıçta mekonyum ileusu düşünülmemiştir. Klinik izlemde beslenme sonrası gelişen batın distansiyonu ve safralı kusma ile birlikte ileus tablosunun ortaya çıkması üzerine yapılan değerlendirmelerde mekonyum tıkaçı saptanmıştır. Yenidoğan tarama testinin sonradan pozitif sonuçlanması ve ileus bulgularının eklenmesi, kistik fibrozis tanısını desteklemiştir.

Kistik fibroziste hepatobilier tutulum %20-30 oranında bildirilmektedir; ancak yenidoğan kolestazı nadir bir başlangıç bulgusudur (3). Yenidoğan kolestazının en sık nedenleri intrahepatik olup; enfeksiyonlar, TORCH etkenleri, total parenteral beslenme, endokrinopatiler, biliyer atrezi, metabolik hastalıklar ve herediter kolestatik hastalıklar etiolojide yer almaktadır (6,7). Prematür bebeklerde total parenteral beslenme kullanımına bağlı kolestaz insidansının arttığı da bilinmektedir.

Literatürde yenidoğan döneminde kolestaz ile prezente olan kistik fibrozis olguları sınırlı sayıda olup, çoğunlukla ter testi veya genetik analiz ile doğrulanmıştır (8). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ve prematüre ile enfeksiyon gibi risk faktörleri bulunan hastalarda kolestaz ve dirençli hipoglisemi birlikteliğinin kistik fibrozis tanısına yol açabileceği bu olgu ile gösterilmiştir.

SONUÇ

Kistik fibrozis, yenidoğan tarama programlarında yer alan önemli bir hastalıktır ve yenidoğan döneminde en sık mekonyum ileusu ile bulgu verir. Ancak nadir olarak kolestaz ve hipoglisemi ile de prezente olabilir. Yenidoğan kolestazı etiyojisi araştırılırken kistik fibrozisin mutlaka akılda tutulması, erken tanı ve uygun tedavi ile morbiditenin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Colombo C, et al. Liver disease in cystic fibrosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006.
2. Debray D, et al. Cystic fibrosis-related liver disease. *J Hepatol.* 2017.
3. Sathe MN, Freeman AJ. Gastrointestinal and hepatic manifestations of cystic fibrosis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019.
4. Çakır DDE. Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavisinde Yenilikler. *Pediatric.* 2016;8(5):25-34.
5. Bora E, Ataman E. Genetik. In: Olgü Örnekleri ile Tanıdan Tedaviye Çocuk Hastalıkları. 2017:51-131.
6. Gottesman LE, et al. Etiologies of conjugated hyperbilirubinemia in infancy. *BMC Pediatr.* 2015;15:192.
7. Dani C, et al. Italian guidelines for neonatal cholestasis. *Ital J Pediatr.* 2015;41:69.
8. Fawaz R, et al. Guideline for the evaluation of cholestatic jaundice in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:154-168.



PS-289

ANNE YANINDA İZLENEN İNTRAUTERİN GELİŞME GERİLİĞİ OLAN YENİDOĞANDA SPONTAN PNÖMOTORAKS: ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİNİN BİRLEŞTİĞİ NADİR BİR OLGU

Sevim Aslı Ehlil¹, Leyla Aliyeva², Zeynep Alp Ünkar², Ersin Ulu², Atalay Demirel², Zekeriyya Mehmet Vural²

1 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2 – İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Amaç: Neonatal pnömotoraks, alveoler rüptür sonucu havanın plevral boşluğa geçmesi ile gelişen ve erken müdahale gerektiren önemli bir yenidoğan solunum acilidir. Çoğunlukla prematüre, altta yatan akciğer hastalığı bulunan veya ventilasyon desteği alan bebeklerde görülür. Buna karşın başlangıçta stabil olan ve anne yanında izlenen term yenidoğanda gelişmesi nadirdir. Literatürde neonatal pnömotoraks için tanımlanan başlıca risk faktörleri; düşük doğum ağırlığı/SGA, sezaryen doğum, pozitif basınçlı ventilasyon maruziyeti, pulmoner enfeksiyon/aspirasyon ve akciğer adaptasyon bozukluklarıdır. Bu çalışmada anne yanında izlenen IUGR bir yenidoğanda gelişen spontan pnömotoraks sunulmuş ve olgudaki risk faktörleri güncel literatür ile karşılaştırılmıştır.

Olgu Sunumu: 37. gebelik haftasında intrauterin gelişme geriliği (IUGR) nedeniyle takip edilen ve asimetric SGA olarak doğan kız yenidoğan sezaryen ile doğdu. Doğumda kısa süreli non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyon uygulandı, resüsitasyon gereksinimi olmadı ve klinik stabilite sağlanarak anne yanında izleme alındı. Doğumdan itibaren hastada neonatal pnömotoraks ile ilişkili birden fazla risk faktörü mevcuttu: IUGR/SGA (alveoler yapı kırılganlığı ve surfaktan fonksiyon bozukluğu eğilimi), sezaryen doğum (akciğer sıvı klirensinde gecikme ve ventilasyon heterojenliği), kısa süreli pozitif basınç maruziyeti (CPAP). Hastada postnatal 30. saatte, beslenme zayıflığı, huzursuzluk ve ani başlangıçlı takipne, oksijen satürasyonunda düşme, belirgin solunum sıkıntısı ortaya çıkması, oksijen gereksinimi saptanması üzerine hasta yeniden değerlendirildi. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta pnömotoraks ile uyumlu radyolüsensi ve parsiyel akciğer kollapsı izlendi. Hasta acil olarak entübe edilerek tüp torakostomi uygulandı. Laboratuvar incelemelerinde akut faz reaktan yüksekliği saptanması üzerine eşlik eden pulmoner enfeksiyon olasılığı düşünülerek antibiyotik tedavisi başlandı. İzlemede klinik ve radyolojik düzelme izlendi ve hasta postnatal 16. günde sekel olmaksızın taburcu edildi.

Sonuç: Neonatal pnömotoraks olgularının büyük çoğunluğu prematüre veya ventilasyon desteği alan bebeklerde bildirilmişken, başlangıçta stabil olan anne yanında izlenen yenidoğanda gelişmesi nadirdir. Bu olguda literatürde tanımlanan risk faktörlerinin bir arada bulunduğu görülmektedir. IUGR/SGA bebeklerde intrauterin kronik hipoksi akciğer gelişimini etkileyerek alveol duvarında kırılganlığa neden olabilir ve bu durum doğum sonrası intrapulmoner basınç artışı ile alveoler rüptür riskini artırır. Sezaryen doğum, fetal akciğer sıvısının uzaklaştırılmasında gecikmeye yol açarak alveoler gerilimi artırır. Buna ek olarak pulmoner enfeksiyon veya inflamasyon alveol duvar bütünlüğünü bozarak hava kaçağı gelişimini kolaylaştırır. Bu olguda, neonatal pnömotoraksın çoğunlukla tek bir nedene bağlı değil, birden fazla predispozan faktörün eşzamanlı etkisiyle gelişen multifaktöriyel bir süreç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Spontan pnömotoraks, intrauterin gelişme geriliği, anne yanında izlem, solunum sıkıntısı, pulmoner kollaps



PS-291

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE MASİF SAÇ DÖKÜLMESİ İLE TANINAN MONILETHRIX İLE UYUMLU AİLESEL SAÇ ŞAFT ANOMALİSİ: YARIK DAMAK EŞLİKLİ NADİR BİR KLİNİK SUNUM

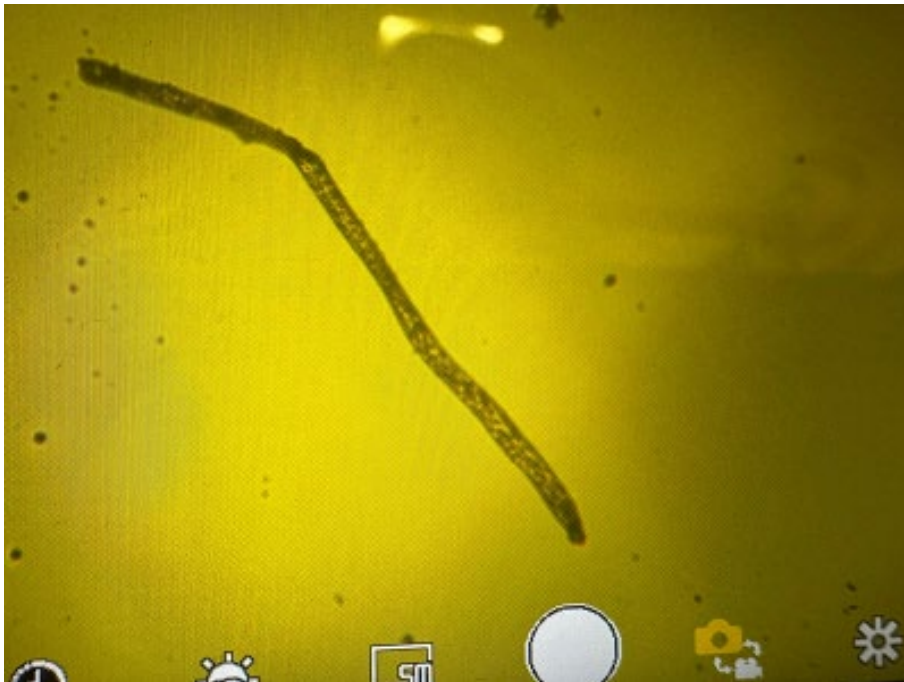
Melisa Gürbüz¹, Leyla Aliyeva¹, Ersin Ulu¹, Atalay Demirel¹, Zeynep Alp Ünkar¹, Mehmet Vural¹

1 — İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Monilethrix, saç shaftında düzenli aralıklarla daralma ve genişlemelerle karakterize, çoğunlukla otozomal dominant kalıtılan nadir bir saç shaft anomalisidir. Klinik bulgular genellikle erken çocukluk döneminde kırılğan ve kısa saçlarla ortaya çıkar. Yenidoğan döneminde belirgin ve masif saç dökülmesi ile tanınması ise oldukça nadirdir. Ek konjenital anomalilerle birlikteliği sınırlı sayıda bildirilmiştir.

Olgu Sunumu: Term, 40. gebelik haftasında 3690 g olarak normal spontan vajinal yolla doğan kız bebek, perinatal asfiksi nedeniyle terapötik hipotermi amacıyla ünitemize kabul edildi. Doğumda yoğun, uzun ve koyu renk saçlı olup, hipotrikoz veya konjenital alopesi bulgusu izlenmedi. Saçlarda belirgin kırılğanlık ve masif dökülme dikkat çekti. Kopmuş saç tellerinin gövde ve oral kavite üzerinde yoğun bir şekilde bulunduğu gözlemlendi. Saç kaybının belirgin ve devamlı olması üzerine ileri değerlendirme planlandı. Laboratuvar değerlendirmesinde vitamin ve eser element düzeyleri normal aralıkta bulundu. Tiroid fonksiyon testlerinde belirgin patoloji saptanmadı. Metabolik ve beslenmeye bağlı nedenler dışlandı. Ayrıntılı aile öyküsünde anne, iki kardeş, teyze ve anneanne dahil olmak üzere birden fazla kuşakta kırılğan ve kolay dökülen saç öyküsü mevcuttu. Dermatoloji konsültasyonu sonrası alınan saç örneklerinin dermoskopik ve mikroskopik incelemesinde saç shaftında düzenli aralıklarla daralma ve genişleme alanları izlenerek monilethrix ile uyumlu bulgular saptandı. Ayrıca hastada eşlik eden izole yarı damak mevcuttu. Yarı damak nedeniyle kromozom analizi yapılmış olup, saç shaft anomali açısından moleküler genetik doğrulama planlanmıştır.

Saç telinin dermoskopik incelemesi





61. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

15 - 19 Nisan 2026

Antalya



Sonuç: Bu olgu, yenidoğan döneminde masif saç dökülmesi ile fark edilen ve güçlü multigenerasyonel aile öyküsü bulunan monilethrix ile uyumlu nadir bir saç şaft anomalisi sunmaktadır. Erken dönemde doğru ayırıcı tanının yapılması, yenidoğan döneminde görülebilen fizyolojik saç dökülmesi gibi benign durumlarla karışmasının önlenmesi, gereksiz metabolik ve endokrin tetkiklerin azaltılması, uygun dermatolojik yönlendirme sağlanması ve aileye genetik danışmanlık verilmesi açısından önem taşımaktadır. Yarı damak birlikteliği atipik olup, fenotip-genotip ilişkisinin netleştirilmesi için genetik doğrulama gereklidir. Yenidoğan döneminde belirgin saç kaybı gözlenen hastalarda, ayrıntılı aile öyküsü sorgulanmalı ve monilethrix ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Monilethrix, Yenidoğan, Yarı Damak, Saç Şaft Anomalisi, Dermatoloji, Saç Dökülmesi



PS-292

ÖNLENEBİLİR BİR PERİNATAL ENFEKSİYON: MULTİSİSTEMİK TUTULUMLU KONJENİTAL SİFİLİZ OLGUSU

Emine İremnur Topbaş¹, Emine Erdemsiz¹, Nursu Kara¹, Ebru Erol¹, Didem Arman¹

1 – SBÜ, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Konjenital sifiliz, *Treponema pallidum*'ün transplasental geçişi sonucu gelişen ve etkin prenatal tarama programları ile önlenabilir olmasına rağmen günümüzde yeniden artış eğilimi gösteren önemli bir perinatal enfeksiyondur. Klinik spektrum asemptomatik enfeksiyondan ağır multisistemik tutulum ve mortaliteye kadar geniş bir dağılım göstermektedir. Erken neonatal dönemde bulguların sıklıkla nonspesifik olması tanısal gecikmeye neden olabilmektedir. Bu olgu sunumu ile, erken dönemde multisistemik klinik bulgularla seyreden ve konjenital sifiliz saptanan yenidoğanın sunulması ve prenatal taramanın kritik rolünün vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Otuz altı gestasyon haftasında fetal distress nedeniyle acil sezaryen ile koyu mekonyumlu doğan erkek bebek, doğum sonrası gelişen solunum sıkıntısı ve yaygın kutanöz lezyonlar nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Maternal öyküde gebelik takibinin yetersiz olduğu, prenatal dönemde sifiliz açısından serolojik tarama yapılmadığı ve spesifik tedavi uygulanmadığı öğrenildi. Tartı 2540 gr (10-50p), boy 50 cm (50p), baş çevresi 33 cm (50p) idi; preterm AGA olarak değerlendirildi. 1-5' Apgar skorları 4 ve 7 idi. Fizik muayenede tüm vücutta makülopapüler etrafı eritemli ortası soluk döküntüler, belirgin hepatomegali ve batında perihepatik-perisplenik düzeyde yaygın sıvı saptandı. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 11,3 g/dL, trombosit 14.000/mm³, c-reaktif protein 251 mg/L saptandı. Karaciğer fonksiyon testlerinde aspartat transaminaz yüksekliği (670 U/L) ile birlikte direkt hiperbilirubinemi (6.99 mg/dL) saptandı. VDRL-RPR testi yenidoğanda ve maternal serumda pozitif saptandı. *Treponema pallidum* hemaglutinasyon testi (TPHA) yenidoğanda 1/1280 titrede pozitif saptandı. Nörosifiliz açısından yapılan beyin omurilik sıvısı analizinde hücre sayısı normal sınırlarda, protein düzeyi hafif artmış ve BOS VDRL negatif olarak saptandı. Klinik ve serolojik değerlendirme sonucunda erken konjenital sifiliz tanısı konularak intravenöz kristalize penisilin G tedavisi başlandı ve 14 gün süreyle uygulandı. Tedavi süresince kutanöz lezyonlarda gerileme ve hematolojik parametrelerde düzelme gözlemlendi. Hasta yaşamının 28. gününde klinik stabilite sağlanarak taburcu edildi ve serolojik izlem programına alındı.

Dorsal bölgede makülopapüler döküntü





Ekstremitelerde ve gövdede peteşiyal ve makülopapüler lezyonlar



Plantar lezyon



Sonuç: Konjenital sifiliz, erken neonatal dönemde multisistemik tutulum ve nonspesifik bulgularla seyredebilmesi nedeniyle yüksek farkındalık gerektiren bir enfeksiyondur. Maternal serolojik taramanın yetersizliği temel risk faktörlerinden biridir. Prenatal dönemde etkin ve tekrarlayan tarama stratejilerinin uygulanması, hastalığın önlenmesinde temel yaklaşım olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital sifiliz, yenidoğan, penisilin, treponema pallidum



PS-294

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ARTRİT VE ARTRALJİ: FARKLI ETYOLOJİLERDEN DÖRT OLGU SUNUMU

Ramis Maden¹, Fatih Aytaç¹, İsmail Topal¹, Fatma Hancı¹, Zeynep Balık Aykut², Emel Çelebi Çongur²

1 – Trabzon Üniversitesi tıp fakültesi

2 – Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında artralji ve artrit, enfeksiyöz, post-enfeksiyöz ve otoimmün nedenlerle ortaya çıkabilen, tanı ve tedavi açısından zorluklar barındıran klinik tablolardır. Erken tanı ve uygun tedavi, kalıcı eklem hasarı ve sistemik komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada farklı etyolojilerle başvuran dört pediatrik olgu sunulmuştur.

Yöntem: Bu çalışma, çocukluk çağında akut artrit ile başvuran dört hastanın etiyolojik ve klinik özelliklerini ortaya koymayı amaçlayan retrospektif bir olgu serisi olarak planlanmıştır. Çalışmaya ait veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir.

Bulgular: Birinci olgu, 5 yaşında kız hasta olup birkaç aydır devam eden sol ayak bileği ağrısı ve şişliği ile başvurmuş, ek olarak ateş ve ayağının üzerine basamama yakınmaları gelişmiştir. Görüntüleme bulguları ve laboratuvar sonuçları ile eklem sıvısı incelemesi tüberküloz artrit lehine değerlendirilmiş ve hastaya antitüberküloz tedavi başlanmıştır. İkinci olgu, 10-11 yaşında erkek hasta olup üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası sol diz ve ayak bileğinde şişlik, ağrı ve yürüyememe şikâyetleriyle başvurmuştur. Yüksek ASO titresi ve klinik özellikler doğrultusunda poststreptokoksik reaktif artrit tanısı almış, depo penisilin profilaksisi başlanmıştır. Üçüncü olgu, 10 yaşında kız hasta, ateş ve sağ dizde belirgin şişlik ile başvurmuş, kültürlerinde Staphylococcus aureus üremesi saptanmıştır. Manyetik rezonans görüntülemesinde osteomyelit lehine bulgular izlenmiş, intravenöz antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Dördüncü olgu, 13 yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı ve sonrasında gelişen diz eklemi şişliği ile başvurmuştur. Fizik muayenede üfürüm saptanmış, ekokardiyografide mitral yetersizlik izlenmiştir. Klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucu modifiye Jones kriterleri doğrultusunda akut romatizmal ateş tanısı konulmuş, kortikosteroid tedavisi ve depo penisilin profilaksisi başlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çocukluk çağında artralji ve artrit yakınmaları, enfeksiyöz (tüberküloz, osteomyelit), post-enfeksiyöz (poststreptokoksik reaktif artrit) ve otoimmün/immün aracılı (akut romatizmal ateş) nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Klinik benzerliklere rağmen etyolojilerin farklı olması tanıda multidisipliner yaklaşımı zorunlu kılar. Erken dönemde uygun laboratuvar, görüntüleme ve mikrobiyolojik incelemelerin yapılması, ayırıcı tanıda enfeksiyöz ve romatolojik nedenlerin birlikte değerlendirilmesi büyük önem taşır. Bu olgu serisi, çocuklarda artralji ve artritin heterojen nedenlerini vurgulamakta ve klinisyenlere tanısal süreçte yol gösterici olmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, tüberküloz artrit, poststreptokoksik reaktif artrit, osteomyelit, akut romatizmal ateş



PS-295

KOLİK SEMPTOMLARI OLAN BEBEKLERDE LAKTAZ ENZİMİ DESTEĞİ: EBEVEYN DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Vefik Arıca¹, Belen Ateş¹, Taner Adıgüzel³, **irem Öztürk¹**, Eren Güzeloğlu¹, Sevilay Kök¹, Emine Gözde Yıldız Öz drama¹

1 – Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

2 – Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Dr. Öğretim Üyesi, Yalova, Türkiye

3 – Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Dr. Öğretim Üyesi, Yalova, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, 0–12 ay bebeklerde oral laktaz desteğinin kolik semptomları, dışkılama düzeni ve ebeveyn çıktıları üzerindeki etkisi değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi ve Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülen iki merkezli gözlemsel çalışmaya, en az 4 hafta laktaz kullanan, 0-12 ay arası 50 bebek dahil edildi. Veriler yüz yüze anketlerle toplandı. Oral laktaz enzimi kullanımı öncesi–sonrası sürekli değişkenler Wilcoxon, kategorik değişkenler McNemar testi ile değerlendirildi ($p < 0,05$).

Bulgular: Oral laktaz enzimi kullanımı sonrası günlük ağlama süresi 4 saatten 1 saate, ağlama sıklığı 12'den 2'ye düştü (her ikisi $p < 0,001$). Bebeklerde huzursuzluk şikayeti %100'den, %42'ye; gaz şikayeti %100'den %52'ye; karın şişliği %100'den %69,4'e azaldı ($p < 0,001$). Bebeklerde dışkılama düzensizliği %76'dan %24'e geriledi; dışkı kıvamı %96 oranında normalleşti; dışkı rengi %96 kahverengi oldu ($p < 0,001$). Ebeveynlerin %92'si iyileşme bildirdi; memnuniyet %94; yan etki görülmedi. Preterm bebeklerde kullanım süresi daha uzundu ($p=0,029$).

Tartışma ve Sonuç: Oral laktaz takviyesi infantile kolikte semptom yükünü azaltmada yararlı ve iyi tolere edilen bir seçenektir; hasta seçimi ve yanıt izlemi ile etkinlik artabilir. Özellikle süt bazlı beslenmede intolerans riski yüksek olan toplumlarda tedavi algoritmasına dahil edilmesi önerilmektedir. Laktaz enzimi infantil kolik semptomlarını ilk günden itibaren anlamlı şekilde azaltmaktadır. Ağlama süresi ve sıklığında hızlı düşüş sağladığı için ailelerin stresini azaltıcı etkisi vardır. Gaz, karın şişliği ve dışkılama düzensizliğinde belirgin düzelme sağlamaktadır. Güvenli bulunmuş, advers etki rapor edilmemiştir. Klinik pratikte, özellikle laktoz intoleransı öyküsü olan bebeklerde düşünülmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn memnuniyeti, infantil kolik, laktaz enzimi, laktoz intoleransı



PS-301

KAWASAKİ HASTALIĞINDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ (MPV) İLE İNTRAVENÖZ İMMÜNOGLOBULİN DİRENCİ VE KORONER ARTER TUTULUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kubilay Pıçaklar¹, Feza Sarı Şen¹, Mustafa Çakan², Abdullah Alpınar³, Rabia Gönül Yamanel Sezer¹

1 – Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

2 – Çocuk Romatoloji, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

3 – Çocuk Kardiyoloji, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Kawasaki hastalığı (KD) küçük çocuklarda görülen, tedavi edilmediğinde koroner arter tutulumu ile morbidite riski taşıyan sistemik bir vaskülitir. İntravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi standart yaklaşımdır; ancak bazı olgularda klinik yanıt yetersiz kalabilir. Tam kan sayımı parametreleri, inflamatuvar yük ve olası komplikasyon riskinin değerlendirilmesinde pratik ve erişilebilir belirteçlerdir. Bu çalışmada KD tanısı alan çocuklarda IVIG öncesi ve sonrası ortalama trombosit hacmi (MPV) değerlerindeki değişimin değerlendirilmesi; ayrıca koroner arter lezyonu (CAL) varlığı, IVIG sonrası ateşin devamı ve steroid gereksinimi gibi klinik alt gruplarda MPV değişiminin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Hastanemizde 2012-2025 yılları arasında KD tanısı alan çocukların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet ve laboratuvar parametreleri (özellikle MPV ve hemogram değişkenleri) kaydedildi. MPV değerleri IVIG öncesi ve IVIG sonrası dönemde eşleştirilerek karşılaştırıldı. Ekokardiyografide CAL varlığı, IVIG sonrası ateşin devamı ve steroid tedavisi gereksinimi grup analizlerinde kullanıldı.

Bulgular: Toplam 129 hasta (73 erkek, 56 kız) analiz edildi; ortalama yaş $3,9 \pm 3,5$ yıl idi. Ekokardiyografide CAL(+) kaydı bulunan hasta sayısı 44 idi. MPV verisi hem IVIG öncesi hem IVIG sonrası mevcut olan 116 hastada eşleştirilmiş karşılaştırma yapıldı. IVIG öncesi MPV $8,29 \pm 1,21$ fL iken IVIG sonrası MPV $8,05 \pm 1,11$ fL saptandı; ortalama değişim $-0,24$ fL idi (medyan değişim: $-0,20$ fL). MPV'deki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00041$). CAL(+) ve CAL(-) alt gruplarında MPV değişimi yönü benzer olup, MPV değişimi açısından gruplar arasında belirgin bir ayrışma izlenmedi. IVIG sonrası ateşin devamı ve steroid gereksinimi alt gruplarında da MPV değişimi açısından belirgin bir farklılık saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Son yıllarda, MPV, IVIG direnci ve CAL için olası bir inflamasyon belirteci olarak araştırılrsa da yüksek MPV değerleri tek başına belirleyici değildir. Biz de çalışmamızda MPV değerlerinin CAL tutulumunu öngörmeye veya IVIG direncini belirlemede anlamlı bulmadık. MPV'nin CAL öngörüsündeki değerini netleştirmek için başka biyobelirteçler ile beraber seyrini izleyen, standart zaman noktalarıyla planlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, intravenöz immünoglobulin, MPV, tam kan sayımı, koroner arter lezyonu.



PS-302

NONSPESİFİK KLİNİK BULGULARLA BAŞVURAN BEBEKTE DİFFÜZ PONTİN GLİOM: OLGU SUNUMU

Könül Dünder¹, Elif Betül Keskin Çetinkaya¹, Merve Nur Kılıç¹, Yeşim Coşkun¹

1 – Sancaktepe Eğitim ve Araştırma hastanesi

Amaç: Diffüz intrinsik pontin gliom (DIPG), çocukluk çağında nadir görülen ancak prognozu oldukça kötü olan, beyin sapı yerleşimli agresif tümörlerdir. Genellikle okul çağı çocuklarında kraniyal sinir felçleri, ataksi ve uzun yol bulguları ile başvurur. Bebeklik döneminde görülmesi nadirdir ve klinik bulgular çoğu zaman özgün olmayıp ateş, uykuya meyil ve beslenme güçlüğü gibi nonspesifik yakınmalarla ortaya çıkabilir. Bu durum tanıda gecikmeye ve başlangıçta enfeksiyon ön tanılarının ön planda düşünülmesine yol açabilmektedir

Olgu Sunumu: Bilinen ek hastalığı olmayan 5 aylık kız hasta, uykuya meyil ve inleme şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde fontanel bombe görüldü, ek özellik saptanmadı. Başlangıç tetkiklerinde lökositoz mevcut olup CRP ve prokalsitonin negatifti. Tam idrar tetkikinde lökosit ve eritrosit pozitifliği saptanan hastaya idrar yolu enfeksiyonu ön tanısıyla seftriakson tedavisi başlandı. Klinik seyrinde ateşlerinin devam etmesi ve genel durumunun düzelmemesi üzerine lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelemesinde hücre sayısında artış ve protein yüksekliği saptandı; BOS kültürü ve viral menenjit paneli negatif sonuçlandı. Antibiyotik tedavisi menenjit dozuna çıkarılarak vankomisin ve asiklovir eklendi. Hastada konvülsiyon gelişmesi üzerine yapılan ileri görüntülemelerde kontrastlı kraniyal MR'da ponsta santral nekrotik alanlar içeren, heterojen kontrast tutan kitle lezyonu saptandı ve ayırıcı tanıda diffüz intrinsik pontin gliom ön planda düşünüldü. Hasta beyin cerrahisi kliniğine devredildi.

Sonuç: Bebeklik döneminde enfeksiyon ön tanısıyla izlenen ve tedaviye yanıt vermeyen olgularda santral sinir sistemi tümörleri mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Klinik kötüleşme varlığında ileri nörogörüntüleme yöntemlerinin gecikmeden planlanması tanının erken konulmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz intrinsik pontin gliom (DIPG), beyin sapı tümörleri



PS-304

KAWASAKİ HASTALIĞI OLAN HASTALARDA KORONER ARTER LEZYONLARI İLE İLİŞKİLİ SERUM ALBUMİN DÜZEYİNİN İLİŞKİSİ

Kübra Subaşı Elçin¹, Feza Sarı Şen¹, Mustafa Çakan¹, Nurdan Erol¹, Rabia Gönül Sezer Yamanel¹

1 – Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Serum albumin düzeyi, akut Kawasaki hastalığında inflamasyonun bir göstergesi olup koroner arter lezyonları (CAL) gelişimi ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada serum albumin düzeyi ile koroner arter tutulumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve albuminin tanısal performansının belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: 2012–2025 yılları arasında Kawasaki hastalığı tanısı alan toplam 129 pediatrik hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 73'i erkek (%56.6), 56'sı kız (%43.4) idi. Serum albumin düzeyi ile koroner arter tutulumu arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Albuminin tanısal performansı ROC analizi ile incelendi.

Bulgular: Hastaların 44'ünde (%34,1) koroner arter lezyonu saptandı. Serum albumin düzeyi ile koroner arter lezyonu varlığı arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($r=-0.057$, $p=0.5444$). ROC analizinde albumin için optimal kesim değeri 3.00 g/dL olarak bulundu. Bu kesim değerinde sensitivite %19.5, spesifite %94.6 olarak hesaplandı.

Tartışma ve Sonuç: Serum albumin düzeyi ile koroner arter lezyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmaktadır ($r=-0.057$, $p=0.5444$). Düşük albumin düzeyleri koroner arter tutulumu ile ilişkili olup inflamatuvar yanıtın şiddetini yansıtabilir. Belirlenen kesim değerinde albuminin sensitivite (%19.5) ve spesifite (%94.6) değerleri sınırlı olup tek başına güçlü bir prediktif belirteç değildir.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, Koroner arter, Serum albumin, Çocuk



PS-309

SOL GÖĞÜS HİPERTROFİSİ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN ÇOCUKTA POLAND SENDROMU

Engin Tosun¹, İslam Hanefioğlu¹, Nurten Tosun²

1 – SBÜ İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

2 – İstinye Üniversitesi

Amaç: Poland sendromu, tek taraflı pektoral kas hipoplazisi ve ipsilateral üst ekstremité anomalileri ile seyreden nadir bir konjenital anomalidir. Bu olguda, sol göğüs şişliği ile başvuran ve değerlendirme sonucunda sağ pektoral kas yokluğu ile birlikte sağ el parmak agenezisi saptanan bir Poland sendromu hastası sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Dokuz yaşında erkek hasta, sol meme bölgesinde şişlik şikayeti ile pediatri polikliniğine başvurdu. Öyküsünde bayılma, siyanoz, çarpıntı ya da efor intoleransı bulunmamaktaydı. Anne-baba arasında akrabalık yoktu ve ailede benzer fenotipik özellik gösteren birey saptanmadı. Tıbbi kayıtları incelendiğinde, yenidoğan döneminde sağ elde 2., 3. ve 4. parmak agenezisi saptandığı ve bu nedenle plastik cerrahi tarafından değerlendirilerek el cerrahisi önerildiği görüldü. Yapılan genetik danışma sonucunda genetik tetkikler normal olarak raporlanmıştı. Güncel fizik muayenede sağ hemitoraksın sola göre belirgin basık olduğu, sol tarafın ise göreceli olarak daha belirgin görüldüğü izlendi. Palpasyonda sağ pektoral kas hipoplazisi düşünüldü. Sternum sol kenarında 1/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Antropometrik ölçümler yaşına göre alt-orta persentil aralığındaydı (27 kg, 130 cm, VKİ: 15,98 kg/m²). Ekstremité muayenesinde sağ elde 2., 3. ve 4. parmakların yokluğu mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkikleri ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Kardiyak inceleme amacıyla yapılan EKG normal sinüs ritmi saptandı. Çocuk kardiyolojisi tarafından yapılan EKO'da kardiyak patoloji saptanmadı. Doğumdan itibaren mevcut olan sağ el parmak agenezisi ile birlikte sağ pektoral kas yokluğu bulguları birlikte değerlendirilerek olgu Poland sendromu ile uyumlu kabul edildi ve hasta multidisipliner izleme alındı.

Şekil 1. Sağ pektoral hipoplaziye bağlı göğüs duvarı asimetrisi





Şekil 2. Sağ elde 2., 3. ve 4. parmak agenezisi



Şekil 3. PA Akciğer Grafisi



Sonuç: Göğüs duvarı asimetrisi ile başvuran çocuklarda karşı taraf pektoral kas hipoplazisi akılda tutulmalıdır. Doğumdan itibaren mevcut üst ekstremité anomalilerinin eşlik etmesi Poland sendromu açısından uyarıcıdır. Eşlik edebilecek kardiyak anomaliler nedeniyle elektrokardiyografik ve ekokardiyografik değerlendirme önerilir. Erken tanı multidisipliner izlem ve cerrahi planlama açısından önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Parmak agenezisi, Pektoral kas hipoplazisi, Poland sendromu



PS-310

HEREDİTER MULTİPLE EKZOSİTOZ OLGUSU: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ANORMAL KEMİK ÇIKINTILARINA YAKLAŞIM

Feyza Nur Karabacak¹, Meda Kondolot¹

1 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Herediter Multiple Ekzositoz (HME) çok sayıda ekzositozların varlığı ile karakterize, otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilir ve genellikle aile öyküsü mevcuttur. Bu olgu sunumunda, yürüme zorluğu ve yaygın kemik çıkıntıları ile başvuran bir HME vakası ve yönetimine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Altı yaşında erkek hasta, vücutta ele gelen çıkıntılar ve üç senedir zaman zaman olan yürümede zorluk şikayetiyle başvurdu. Eşlik eden başka şikâyeti yoktu. Özgeçmişinde;34 haftalık, 2300 gr prematüre doğduğu, 14 gün yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın nöromotor gelişimi ve okul başarısı normaldi. Soygeçmişinde babasının da çocukluğundan beri omuzlarında benzer şekilde kemik çıkıntıları olduğu öğrenildi.Fizik muayene; sağ el bileğinde, sol omuzda, kostalarda, bilateral diz medialinde, sağ ayak bileğinde kemik oluşumları palpe edildi (40'dan fazla), kas gücü 5/5, eklem açıklığı normaldi. Hepatosplenomegalisi ve patolojik lenfadenopati yoktu. Laboratuvarda; kalsiyum: 9.96 mg/dL, fosfor: 4.4 mg/dL, ALP:197 PTH: 39.8 pg/mL, 25-OH VitD: 19 ng/mL saptandı. Çekilen kemik grafilerinde genel osteopenik görünüm mevcuttu. Torakolomber, üst ve alt ekstremitte grafilerinde medüller devamlılık gösteren multipl osteokondromlar saptandı (Resim 1). Ortopedi tarafından HME tanısı konuldu. Çocuk Endokrinoloji değerlendirmesinde kemik mineral dansimetresi Z-skoru -2.4 (0.473 g/cm²) olarak ölçüldü. Mevcut değerler hastanın yaş ve cinsiyetine göre normal kabul edilerek takibe alındı. Hastanın ortopedi, endokrin ve fizik tedavi bölümleri ile beraber izlemi devam etmektedir.

Resim-1



Resim-2





Resim-3



Resim-2



Sonuç: HME tanısı hastanın kliniğine ve radyolojik incelemeye göre konulabilir. Uzun kemiklerin juksta-epifizer bölgesinden köken alan en az iki osteokondrom tespit edildiğinde HME düşünülür. EXT1 mutasyonu ciddi ve yaygın hastalık seyriyle ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Klinikte ekstremitte kısalığı, uzun kemiklerde eğilme, psödo-madelung deformitesi, eklem hareket kısıtlılığı ve boy kısalığı gibi çeşitli iskelet deformiteleri görülebilir. Ayrıca damar-sinir basısı ve malign dejenerasyon gibi komplikasyonlara da yol açabilir. Tedavi sürecinde fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde iyileşmeye yardımcı olabilir. Büyüme bozukluğu, nörovasküler yapılar basısı, eklem hareketlerinde ileri derecede kısıtlılık varsa cerrahi tedavi gerekebilir. Sonuç olarak HME hem fonksiyonel hem de kozmetik sorunlara yol açabilen, farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Vakaların bireysel ihtiyaçlarına ve klinik gidişatlarına göre multidisipliner izlemi esastır.

Anahtar Kelimeler: Herediter, ekzositoz, osteokondrom



PS-311

2-18 YAŞ ÇOCUKLARDA UYKU: BİR ÇOCUK HASTANESİNDEN PEDIATRİK UYKU ANKETİ SONUÇLARI

Hatice Ulusoy Kalkan¹, Nihan Uygur Külcü¹, Emek Uyur², **Tuğçe Yavuz Dursun¹**

1 – Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2 – Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Çocuklukveergenlik döneminde uyku,genel sağlık,gelişimve akademikbaşarı için önemlidir.Buçalışmada 2-18yaş arası geniş bir örnekleme uyku süresi,uykuyadalmasıüresi,uyku alışkanlıkları vesosyaljet-lag'in yaş vecinsiyete göre incelenmesi amaçlanmıştır.Sosyaljet-lag,bireyin haftaiçi ve haftasonu uyku düzenleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanan kronik bir uyku yoksunluğu durumudur veözellikle ergenlikte sirkadiyen ritimdeki değişimlerle daha belirgin hale gelebilir.

Yöntem: 2-18yaş aralığında toplam 501çocuk ve ergen dahil edilmiştir.2-6yaş,7-11yaşve 12-18yaş olmak üzere üç ana yaş grubuna ayrılmıştır.Uyku durumları,PediatricUykuAnketi(PSQ)ile değerlendirilmiştir.PSQ;uykuya geçiş/gece davranışları (Akategorisi),uyku zamanlaması/gündüz işlevselliği(B kategorisi) vemotor hareketlilik/fizyolojik uyarılabilirlik(Ckategorisi)alt ölçeklerini içermektedir. Demografik bilgiler ve eşlik eden klinik durumlar kaydedilmiştir.Veri analizlerinde nonparametrik testler ve regresyon modelleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 501çocuğun %50'sikız,%50'sierkekti.Yaş ortalaması 8.87 ± 4.57 yıl idi.Cinsiyetler arasında yaş açısından ve haftaiçivehaftasonu uyku sürelerinde yaş grupları ve cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır.Ancak haftaiçi daha uzun uyuyan çocukların haftasonu da uzun uyumaya eğilimli olduğu bulunmuştur($r=0.349, p < 0.001$).Yaş grupları arasında yatma ve kalkma saatleri farklılık göstermese de,grubunda 12-18 yaşgrubunda hem haftaiçi hem haftasonu yatma saatlerinin daha geçe kaydığı ve varyansın genişlediği, sirkadiyen ritimde yaşa bağlı bir düzensizlik eğilimi olduğu gözlenmiştir.Regresyon analizleri,haftasonu uyumave uyanma saatleri için yaşı bağımsız bir belirleyici olduğunu(sırasıyla $\beta=-0.308, p < 0.001$ ve $\beta=0.200, p < 0.001$)göstermiştir.UykuyaDalmaSüresi, yaşgrupları arasında farklılık göstermemiştir.ASKoruyaşla birlikte azalma eğilimi göstermiş, özellikle2-6yaş grubunun12-18yaş grubuna göre daha yüksek puanlara sahip olduğu sınırdan anlamlı olarak bulunmuştur(düzeltilmiş $p=0.084$).Uykuya dalma süresi ile Askoru arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.176, p < 0.001$). BSkoru yaş büyüdükçe (özellikle ergenlikte) belirgin şekilde düşük bulunmuştur($p < 0.001$).Hafta sonu yatma saati ($r=0.760, p < 0.001$), hafta içi yatma saati ($r=0.186, p < 0.001$)ve hafta içi kalkma saati($r=0.335, p < 0.001$) ile güçlü pozitif korelasyonlar göstermiştir.CSkoru yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Uykuya dalma süresi ile negatif korelasyon($r=-0.146, p=0.001$) ve hafta sonu yatma saati ile zayıf ama anlamlı bir ilişki ($r=-0.100, p=0.025$) bulunmuştur.Geniz eti ve astım erkeklerde daha sık izlenirken ($p < 0.05$), diğer değişkenlerde cinsiyet veya yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aaltgrubunda skorun > 0.33 olduğu 32 hastanın (%6.4) klinik olarak anlamlı uyku sorunu riski taşıdığı belirlenmiştir;bu durum cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Buçalışma,Türkçocuk ve ergen popülasyonunda uyku sürelerinin yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak görece stabil olduğunu,ancak uyku zamanlamasının ergenlik dn belirgin farklılıklar gösterdiğini gösterdi.Öz.haftasonu uyku düzenlemelerindeki yaşabağlı değişimler,ergenlerde"sosyaljet-lag'riskinin arttığını düşündürmektedir.Bulgular,çocuk ve ergenlerde uyku sağlığı değerlendirmelerinin yaşa özgü ve kapsamlı yaklaşımlarla yapılması gerektiğini ve sosyal jet-lag'in bukonuda müdahalelerin dikkate alınmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: Pediatric Uyku, Uyku Bozuklukları, Sosyal Jet-Lag, Pediatric Uyku Anketi (PSQ)



Adres: Halaskargazi Mah. Rumeli Cd. Nur Apt. No: 35-37

Kat:3 Daire:6 Şişli, İstanbul

Telefon: 0212 632 86 33

Faks: 0212 632 86 33



ORGANİZASYON SEKRETARYASI
SOLO EVENT

Tel: 0212 279 00 20 • Faks: 0212 279 00 35

E-Mail: turkpediatri@soloevent.net