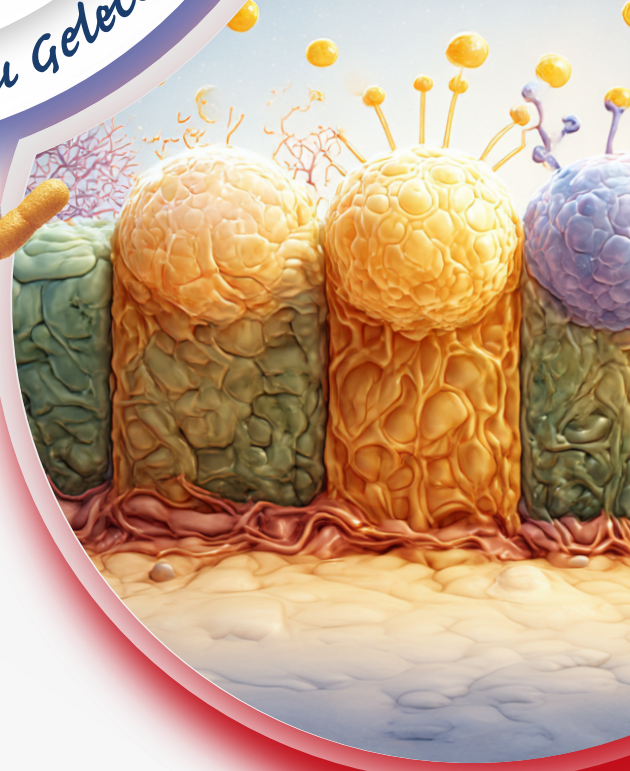
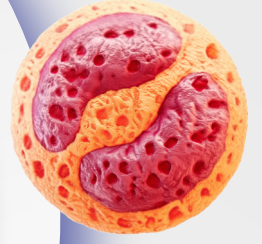


ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

ULUSLARARASI KATILIMLI
20. ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE ASTIM
KONGRESİ

2 - 5 NİSAN 2026
GLORIA GOLF KONGRE MERKEZİ
ANTALYA

Sağlıklı Epitel, Sağlıklı Gelecek



ELEKTRONİK KİTAP

ÖNSÖZ	3
KURULLAR	4
BİLİMSEL PROGRAM	5
SUBKUTAN İMMÜNOGLOBULİN (SCIG) TEDAVİSİ DR. ŞEFİKA İLKNUR KÖKCÜ KARADAĞ	27
SANTRAL TOLERANS MEKANİZMALARI DOÇ. DR. ÖMER AKÇAL	28
HEREDİTER ANJİOÖDEMDE AKUT ATAK YÖNETİMİ: NE ZAMAN, NE UYGULAMALI PROF. DR. C. DOST ZEYREK	29
EPİTEL BARIYER HASARININ MOLEKÜLER TEMELLERİ: ÇEVRESEL MARUZİYETLERDEN KRONİK HASTALIKLARA DR. İSMAİL ÖĞÜLÜR	30
İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE ÇEVRESEL KİRLİLİĞİN EPİGENETİK YANSIMALARI DOÇ. DR. ŞÜKRÜ ÇEKİÇ	31
DOĞRU HASTAYI SEÇMEK: EVCİL HAYVAN ALERJİSİNDE ALERJEN İMMUNOTERAPİ ENDİKASYONLARINI OLGULARLA DEĞERLENDİRMEK DOÇ. DR. AHMET TÜRKELİ	32
ÇOCUKLARDA NON ALERJİK RİNİT BİR PROBLEM Mİ ? DR. FATİH DİLEK	35
SÖZEL BİLDİRİLER	36
POSTER BİLDİRİLER	116
DİZİN	221

Saygıdeğer Hocalarımız, Değerli Meslektaşlarımız ve Katılımcılar,

Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Derneği olarak, **2-5 Nisan 2026** tarihleri arasında Antalya Gloria Golf Otel’de düzenleyeceğimiz **“Uluslararası Katılımlı 20. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi”**ne sizleri davet etmekten büyük onur ve mutluluk duyuyoruz.

Kongremizde, alanında uzman ulusal ve uluslararası konuşmacılarla birlikte, çocuk alerji, immünoloji ve astım alanındaki en güncel bilimsel gelişmeleri tartışma fırsatı bulacağız. Klinik deneyimlerin paylaşılacağı oturumların yanı sıra, yenilikçi tanı ve tedavi yaklaşımlarına ışık tutacak bilimsel sunumlar ve atölye çalışmaları da yer alacaktır.

Kongremizin bu yılki mottosu **“Sağlıklı Epitel, Sağlıklı Gelecek”**’tir. Epitel bütünlüğünün alerjik ve immünolojik hastalıkların önlenmesinde ve yönetiminde ne denli kritik bir rol oynadığını vurgulayan bu tema çerçevesinde, güncel bilimsel veriler ışığında epitel bariyer fonksiyonları ve klinik uygulamalara yansımaları da ele alınacaktır.

Değerli hocalarımızın katkıları, genç meslektaşlarımızın katılımı ve interaktif tartışmalarla kongremizin bilimsel zenginliğinin artacağına yürekten inanıyoruz.

Bilimsel içeriğin yanı sıra, sosyal programlarla da paylaşımı güçlendirecek, mesleki dayanışmamızı pekiştirecek 20. yıla özel, bu güzel kongrede sizleri aramızda görmekten büyük memnuniyet duyacağız.

2-5 Nisan 2026’da, “Sağlıklı Epitel, Sağlıklı Gelecek” mottosuyla Antalya’da kongremizde buluşmak dileğiyle,

Saygılarımızla,



**Prof. Dr.
Figen Gülen**
Kongre Başkanı



**Prof. Dr.
Tuba Tuncel**
Kongre Bilimsel Kurul
Başkanı



**Doç. Dr.
Handan Duman Şenol**
Kongre Sekreteri



**Prof. Dr.
Arzu Bakırtaş**
Çocuk Alerji İmmünoloji
ve Astım Derneği
Başkanı

ÇAİAD ONURSAL BAŞKANI

PROF. DR. ÜLKER ÖNEŞ

ÇAİAD BAŞKANI

PROF. DR. ARZU BAKIRTAŞ

ÇAİAD YÖNETİM KURULU

PROF. DR. METİN AYDOĞAN
PROF. DR. H. TEKİN NACAROĞLU
PROF. DR. KORAY HARMANCI
PROF. DR. ZEYNEP ÜLKER ALTINEL
PROF.DR. MUSTAFA ARGAN
PROF. DR. PINAR UYSAL
PROF. DR. DENİZ ÖZÇEKER
DOÇ. DR. ESRA YÜCEL

KONGRE BAŞKANI

PROF. DR. FİGEN GÜLEN

BİLİMSEL KURUL BAŞKANI

PROF. DR. TUBA TUNCEL

KONGRE SEKRETERİ

DOÇ. DR. HANDAN DUMAN ŞENOL

DÜZENLEME KURULU

PROF. DR. ARZU BAKIRTAŞ
PROF. DR. METİN AYDOĞAN
PROF. DR. PINAR UYSAL
DOÇ. DR. ESRA YÜCEL
PROF. DR. SERAP ÖZMEN
PROF. DR. HASİBE ARTAÇ
PROF. DR. DUYGU ERGE
PROF. DR. DİLEK AZKUR
DOÇ. DR. HÜLYA ANIL
DOÇ. DR. ÖZLEM SANCAKLI
DOÇ. DR. HAKAN GÜVENİR
DOÇ. DR. MAHİR SERBES

2 NİSAN 2026, PERŞEMBE (KURSLAR)

A SALONU

Besin Alerjisine Güncel Yaklaşım

13.30-14.30

Besin Alerjisinin Temelleri

Oturum Başkanları: **Koray Harmancı, Mustafa Arga**

Besin Alerjisi Gelişimi Önlenebilir mi?

Besin Alerjisinde Mikrobiyatanın Rolü

İSPA ve Besin Alerjili Çocuğun İzleminde Pediatristin Rolü - Pediatristler Ailelere

Ne Önermeli?

Pınar Uysal

Zeynep Ülker Altınel

Arzu Bakırtaş

14.30-14.45

Tartışma

14.45-15.15

KAHVE ARASI

15.15-16.30

Olgularla Besin Alerjisi Tanı ve Tedavisine Yaklaşım

İnteraktif Oturum

Oturum Başkanları: **Koray Harmancı, Mustafa Arga**

Besin Alerjisinde Klinik Bulgular ve Tanısal Yaklaşım

İSPAda Güncel Tedavi Yönetimi

Tekin Nacaroğlu

Metin Aydoğan

18.00-19.30

AÇILIŞ

B SALONU

Doğuştan Bağışıklık Kusurlarında Her Yönü ile İmmunoglobulin Replasman Tedavisi:
Teoriden Pratiğe

13.30-14.30

İmmunoglobulin Replasman Tedavisi (İGRT) Temelleri ve Karar Verme

Oturum Başkanları: **Hasibe Artaç, Esra Yücel**

Doğuştan Bağışıklık Kusurlarında İGRT Endikasyonları

İGRT Uygulama Yöntemleri, Dozları ve Preparatları

İnfüzyon Protokolleri, Yan Etkiler ve Yönetimi

İsmail Reisli

Deniz Çağdaş Ayvaz

Elif Karakoç Aydın

14.30-14.45

Tartışma

14.45-15.15

KAHVE ARASI

15.15-16.30

İmmunoglobulin Replasman Tedavisine (İGRT) Olgu Temelli Yaklaşım

Oturum Başkanları: **Elif Karakoç Aydın, Deniz Çağdaş Ayvaz**

İGRT Tedavisi Başlanan Antikor Eksikliği

İGRT Tedavisi ve Yan Etki Yönetimi

SKİG mi İVİG mi? Karar Verme

Sevgi Bilgiç Ertan

Elif Soyak Aytekin

Betül Karaatmaca

16.30-17.30

SKİG Uygulama Eğitimi

İlknur Kökçü Karadağ

18.00-19.30

AÇILIŞ

2 NİSAN 2026, PERŞEMBE (KURSLAR)

C SALONU

Besin Alerjisi Oral İmmünoterapisinde Klinik Pratik Yaklaşımlar ve Yeni Ufuklar

13.30-14.30 Oral İmmünoterapiye Genel Yaklaşım

Oturum Başkanları: **Esen Demir, Figen Gülen**

Oral İmmünoterapi Nedir? Ne Bekliyoruz?

Kime Başlanır? Ne Zaman?

Protokoller

Mahir Serbes

Ezgi Ulusoy Severcan

Nurşen Çiğerci Günaydın

14.30-14.45 Tartışma

14.45-15.15 KAHVE ARASI

15.15-16.30 Oral İmmünoterapi Esnasında Gelişen Reaksiyonların Yönetimi

Oturum Başkanları: **Derya Ufuk Altıntaş, Nurşen Çiğerci Günaydın**

Eskalasyon Fazının Yönetimi

İdamedeki Problemler

Esen Demir

Esen Demir

16.30-17.30 Pratik Uygulama: Farklı Kliniklerden Oral İmmünoterapi Uygulamaları

Esen Demir, Cansın Saçkesen,

Ayşe Süleyman, Mahir Serbes

18.00-19.30 AÇILIŞ

D SALONU

Çocuklarda Güncel Rehberler Eşliğinde Sık Rastlanan İlaç Alerjilerine Yaklaşım

13.30-14.30 Beta Laktam Alerjilerine Genel Yaklaşım

Oturum Başkanları: **H. İbilge Ertoy Karagöl, Hakan Güvenir**

Beta-Laktamlar ile Erken Reaksiyonlarda Tanısal Yaklaşım

Beta-Laktamlar ile Geç Reaksiyonlarda Tanısal Yaklaşım

Beta-Laktamlarda Çapraz Reaksiyonlar ve Alternatif İlaç Seçimi

Hülya Anıl

Zeynep Şengül Emeksiz

Özge Atay

14.30-14.45 Tartışma

14.45-15.15 KAHVE ARASI

15.15-16.30 NSAIİ Alerjilerine Genel Yaklaşım ve İlaç Alerjilerinde Desensitizasyon Prensipleri

Oturum Başkanları: **Özlem Cavkaytar, Emine Vezir**

NSAIİ Alerjisi Şüphesinde Tanısal Yaklaşım

NSAIİ Alerjisi Olan Hastaya Alternatif İlaç Seçimi

İlaç Alerjisinde Desensitizasyon Prensipleri (Olgularla)

Serap Özmen

Şule Büyük Yayıtkgil

İşıl Eser Şimşek

16.30-17.30 Pratik Uygulama

Prick ve İntradermal Test

Yama Testleri

Provokasyon Testleri

Özge Yılmaz Topal

Zeynep Şengül Emeksiz

Şule Büyük Yayıtkgil

18.00-19.30 AÇILIŞ

3 NİSAN 2026, CUMA

08.45-10.00	ANA OTURUM Oturum Başkanları: Arzu Bakırtaş, Figen Gülen Bilimde Birlikte Yolculuk: Yol Boyunca Öğrendiklerimiz Epitel Bariyer Teorisinde Yeni Gelişmeler Alerjene Spesifik B Hücrelerinin Fıstık OIT Sonrasında Geliştirilen İmmun Yanıttaki Rolü	A SALONU Mübeccel Akdiş Cezmi Akdiş Cezmi Akdiş Mübeccel Akdiş
08.00-08.45	İdiyopatik Anafilaksi: Her Hastaya Mast Hücre Hastalığı Taraması Gerekir mi? Oturum Başkanları: Fazıl Orhan, Nurşen Cığerci Günaydın Pro: Evet Con: Hayır	B SALONU Velat Çelik Murat Cansever
08.00-08.45	Çocuklarda Eozinofilik Özefajit: Değişen Paradigmalar, Zor Klinik Kararlar Oturum Başkanları: Fügen Çullu Çokuğraş, Özlem Yılmaz Tetikleyici Besin Nasıl Bulunur? Diyet Tedavisinin Püf Noktaları, Sürdürülebilirliği, Gerekli Destekler ve İzlemi Biyolojik Tedavi Ne Zaman, Nasıl ve Ne Kadar? Dünyada ve Ülkemizde Durum ve Erişebilirlik	C SALONU H. İlbilge Ertoyl Karagöl Ayşe Süleyman
08.00-08.45	Sözel Bildiri Oturumu 1 (S-01 - S-06) Oturum Başkanları: Deniz Çağdaş Ayvaz, Safa Barış	D SALONU
10.00-10.30	KAHVE ARASI - İKLİM ATÖLYESİ (E SALONU)	
10.30-11.15	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanı: Koray Harmancı İSPA'da Güncel Yaklaşımlar: Mikrobiyota Modülasyonu ve Sinbiyotiklerin Rolü	A SALONU Ener Çağrı Dinleyici Mustafa Arga
11.15-11.30	KAHVE ARASI - İKLİM ATÖLYESİ (E SALONU)	
11.30-12.15	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanları: Koray Harmancı, Metin Aydoğan Pediatrik Alerjik Hastalıkların Tedavisinde Allerjen İmmünoterapinin Rolü	A SALONU Demet Can
12.15-13.15	ÖĞLE YEMEĞİ	

3 NİSAN 2026, CUMA

13.15-14.15	IgE Aracılı Besin Alerjisinin Tanı ve Takibinde Güncel Yaklaşımlar Oturum Başkanları: Derya Ufuk Altıntaş, Fulya Tahan Laboratuvarın Tanı ve Takipte Kullanımı Çapraz Reaksiyonların Çözümünde Laboratuvar Yöntemlerinin Akılcı Kullanımı Besin Yükleme Testinin Şiddetini Öngörmeye ve Toleransı Değerlendirmede Klinik İpuçları ve Biyobelirteçler	A SALONU Nevin Uzuner Bülent Şekere Metin Aydoğan
13.15-14.15	Geleceği Okumak: Astımı Engellemek Mümkün mü? Oturum Başkanları: Nermin Güler, A. Zülfikar Akelma İlk Tanışma: RSV ve Rinovirüs Astımın Kaderini Belirler mi? Görünmeyen Kalkan - Epitel Bariyer ve Astım Anne Karnından Sofraya: Beslenme ile Astıma Dur Demek	B SALONU Haluk Çokuğraş Mahir Serbes Özlem Yılmaz
13.15-14.15	Doğuştan Bağışıklık Kusurlarında Tanısal Yaklaşım Oturum Başkanları: Figen Doğu, Günnur Deniz Doğuştan Bağışıklık Kusurlarından Şüphelendiren Klinik Bulgular Tanıda Kullanılan Temel İmmünolojik Testler İleri Laboratuvar Analizler	C SALONU Ferah Genel Hasibe Artaç Figen Doğu
13.15-14.15	Sözel Bildiri Oturumu 2 (S-07 - S-13) Oturum Başkanları: Şükrü Çekiç, Nazlı Ercan	D SALONU
14.15-15.00	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanları: Pınar Uysal, Tekin Nacaroğlu Ektraktan Moleküle : Moleküler Alerji Testi ile Gelen Yenilikler	A SALONU Esra Yücel
15.00-15.30	KAHVE ARASI - İKLİM ATÖLYESİ (E SALONU)	
15.30-16.15	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Şule Çağlayan Sözmen İç Mekan Hava Kalitesinin Alerjik Enflamasyon Üzerine Etkileri	A SALONU Tekin Nacaroğlu

3 NİSAN 2026, CUMA

16.15-17.15	Atopik Dermatitte Yangıyı İyileştir, Devamlılığı Sağla	A SALONU
	Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Demet Can	
	Atopik Dermatitin Uzun Dönem İzlemi: Enfeksiyonlar, Alevlenmelerin Kontrolü, Yan Etkiler	Suna Asilsoy
	Sık Nüks Kavramı ve Proaktif Tedavi	Duygu Erge
	Çocuklarda Atopik Dermatit Tedavisinde Sistemik Tedavi Yaklaşımları	Ümit Murat Şahiner
16.15-17.15	Çocukluk Döneminde Alerjen İmmünoterapide Tartışılanlar	B SALONU
	Oturum Başkanları: Remziye Tanaç, Figen Gülen	
	Önleyici İmmünoterapi - Ne Zaman?, Nasıl?, Kime?	A. Zülfikar Akelma
	5 Yaş Altı Çocukta AIT	Arzu Babayiğit
	Çocukta Doz Ayarlama ve Etkinliğin Değerlendirilmesi	Nerin Bahçeciler
16.15-17.15	Anafilakside Güncel Konular	C SALONU
	Oturum Başkanları: Ayfer Yükselen, Yakup Canitez	
	Anafilaksi Tanı Kriterlerini Gözden Geçirelim	Fazıl Orhan
	İnfanat Anafilaksisinde Tanıda Zorluklar	Mustafa Arga
	İdiopatik Anafilaksi: Kime, Hangi Tetkik?	Ebru Arık Yılmaz
16.15-17.15	Sözel Bildiri Oturumu 3	(S-14 - S-20)
	Oturum Başkanları: Pınar Gökmirza, Dilek Azkur	D SALONU

3 NİSAN 2026, CUMA

17.15-18.15	Oral İmmünoterapide Kritik Sorular	A SALONU
	Oturum Başkanları: Esen Demir, Zeynep Ülker Altınel	
	OİT'i Erken Başlamak mı, Beklemek mi Daha Doğru?	Esen Demir
	OİT'de İnce Çizgi: Doz, Süre ve Güvenlik Üçgeni	Nurşen Çiğerci Günaydın
	Tekli mi, Çoklu mu? Biyolojiklerle Kombine mi?	Derya Ufuk Altıntaş
17.15-18.15	İmmünolojide Güncel Konu: İmmün Tolerans Mekanizmaları ve Klinik Yansımaları	B SALONU
	Oturum Başkanları: İsmail Reislı, Cevdet Özdemir	
	Santral Tolerans Mekanizmaları	Ömer Akçal
	Periferik Tolerans Mekanizmaları, Regülatuar T Hücre ve FOXP3 Keşif Yolculuğu	Safa Barış
	İmmüdisregülasyonun Farklı Yüzü-Alerjik Hastalık mı, Doğuştan Bağışıklık Kusuru mu?	Nurhan Kasap
17.15-18.15	Hereditör Anjioödemde Tanı Süreci ve Zorluklar	C SALONU
	Oturum Başkanları: Öner Özdemir, Ebru Arık Yılmaz	
	Hereditör Anjioödemde Tanı ve Alt Tiplerin Ayırıcı Özellikleri	Sait Karaman
	Akut Atak Yönetimi: Ne Zaman, Ne Uygulamalı?	Dost Zeyrek
	Profilaksi Yaklaşımları: Kimlere, Ne Zaman, Hangi İlaç? (Ülkemizde Ne Yapabiliyoruz?)	Mehtap Kılıç
17.15-18.15	Sözel Bildiri Oturumu 4 (S-21 - S-27)	D SALONU
	Oturum Başkanları: Hülya Anıl, Özlem Sancaklı	
18.15-19.00	POSTER SUNUMLARI	

4 NİSAN 2026, CUMARTESİ

08.00-09.00	Erken Yaşam Müdahalelerinin Alerjik Hastalıklar Üzerine Etkisi	A SALONU
	Oturum Başkanları: Cansın Saçkesen, Tuba Tuncel	
	Erken Yaşam Mikrobiyotası ve Alerjik Hastalık Gelişimi - Alerji mi Disbiyozis mi Önce Başlıyor?	Ceren Can
	Deri Bakımı ve Etkili Atopik Dermatit Tedavisi, Yüksek Riskli Bebeklerde Besin Alerjisi Gelişimini Engellebilir mi?	Zeynep Güleç Köksal
	Besin Alerjileri ve Alerjik Hastalıklar, Beslenmeyle Önlenebilir mi?	Pınar Uysal
08.00-09.00	Alerjist Gözüyle Değişen Çevre ve Alerjenler: Uzun Uzun Konuşalım	B SALONU
	Oturum Başkanları: Ersoy Civelek, İsmail Ögülür	
	İklim Değişikliği ve Çevresel Kirliliğin Epigenetik Yansımaları	Şükrü Çekiç
	Hava Kirliliği, Orman Yangınları ve Alerjik Hastalıklar: Çocuklar Ne Kadar Risk Altında?	Nihat Sapan
	Değişen Çevrenin Polen ve Alerjen Dinamiklerine Etkisi: Türkiye'de Aerobiyojik Gözlemler	Ercan Küçükosmanoğlu
08.00-09.00	Doğru Hastayı Seçmek: Alerjen İmmünoterapi Endikasyonlarını Olgularla Değerlendirmek	C SALONU
	Oturum Başkanları: Nerin Bahçeciler, Duygu Erge	
	Çoklu Polen Alerjisinde	Ayfer Yükselen
	Küf Alerjisinde	Nilüfer Galip
	Evcil Hayvan Alerjisinde	Ahmet Türkeli
08.00-09.00	Sözel Bildiri Oturumu 5 (S-28 - S-34)	D SALONU
	Oturum Başkanları: Derya Ufuk Altıntaş, Dilara Kocacık Uygun	

4 NİSAN 2026, CUMARTESİ



09.00-10.00	Okul Öncesi Tekrarlayan Hışıldıda ve Astımda Profilaksi: Fenotipe Dayalı Yaklaşım	A SALONU
	Oturum Başkanları: Özlem Keskin, Cem Hasan Razi T2 İnflamasyon Fenotipinde Profilaksi: İnhaler Kortikosteroidler Enfeksiyonla İlgili Fenotipler ve Antibiyotikler Basamak 4 Tedavi Gerektiren Zor Grubu Nasıl Tanımlayalım? Olası Tedavi Yaklaşımları Neler Olabilir?	Fulya Tahan Serkan Filiz Arzu Bakırtaş
09.00-10.00	İmmünonutrisyon ve Güncel Tartışmalar	B SALONU
	Oturum Başkanları: Bülent Şekerel, Emine Dibek Mısırlıoğlu İmmünonutrisyon Kavramı Alerjik Hastalıkların Tedavisinde Beslenme ve Destek Ürünlerinin Rolü Enfeksiyonlardan Korunmada Beslenme ve Destek Ürünlerinin Kanıta Dayalı Kullanımı	Nermin Güler Özlem Sancaklı Nazlı Ercan
09.00-10.00	Doğuştan Bağışıklık Kusurlarında Karşılaşılan Sistem Tutulumları ve Tedavileri	C SALONU
	Oturum Başkanları: Sara Şebnem Kılıç Gültekin, Şükrü Nail Güner Gastrointestinal Sistem Tutulumu Solunum Sistemi Komplikasyonları APDS ve Hedefe Yönelik Tedaviler	Saliha Esenboğa Neslihan Edeer Karaca Ayça Kıyıkım
09.00-10.00	Sözel Bildiri Oturumu 6 (S-35 - S-41)	D SALONU
	Oturum Başkanları: Hakan Güvenir, İlknur Külhaş Çelik	
10.00-10.30	KAHVE ARASI - İKLİM ATÖLYESİ (E SALONU)	
10.30-11.15	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanları: Figen Gülen, Koray Harmancı Solunum Yolu Alerjilerinde Kombinasyon Stratejileri	A SALONU Zeynep Ülker Altınel



4 NİSAN 2026, CUMARTESİ

11.15-12.15	Alerjik Hastalıklarda Sıcak Başlıklar	A SALONU
	Oturum Başkanları: Pınar Uysal, Ayça Kıyıkım	
	Epitel Bariyer Hasarının Moleküler Temelleri: Çevresel Maruziyetlerden Kronik Hastalıklara	İsmail Öğülür
	Ekspozom, Disbiyosis, Epitel Bariyer Hasarı ve Alerjik Hastalıklar İlişkisi: Deri-Bağırsak-Beyin Aksı	Cevdet Özdemir
11.15-12.15	Besin Alerjisi Tedavisinde Yeni Rotalar	B SALONU
	Oturum Başkanları: Gülbin Bingöl, Ayşen Bingöl	
	İSPA'da Süt Merdiveni Kime? Ne Zaman? Nasıl? Nerede?	Betül Büyüktiryaki
	Çok Yüksek Riskli İSPA'lı Hastada Tam Eliminasyon Diyeti mi? Yoksa Çift Fırınlanmış Ürünler mi?	Cansın Saçkesen
	Besin Alerjisinde Biyolojik Tedaviler: Doğru Zaman, Doğru Hasta	Esra Yücel
11.15-12.15	Ürtikerde Sınırları Zorlayan Durumlar ve Yönetimi	C SALONU
	Oturum Başkanları: Nevin Uzuner, Arzu Babayigit	
	Ürtiker mi, Taklidi mi? Klinik Tuzaklar ve İpuçları	Özge Uysal Soyer
	Kronik Ürtikerde Endotipler ve Tedavi Yaklaşımlarındaki Farklılıklar	Deniz Özçeker
	Tedaviye Dirençli ve Relaps Olan Olgularda Tedavi Yönetimi ve Başarı	Ahmet Kan
11.15-12.15	Sözel Bildiri Oturumu 7 (S-42 - S-48)	D SALONU
	Oturum Başkanları: Zeynep Arıkan, Mahir Serbes	
12.15-13.15	ÖĞLE YEMEĞİ	

4 NİSAN 2026, CUMARTESİ

13.15-14.15	Çocuklarda Beta-Laktam Antibiyotiklerle Oluşan Aşırı Duyarlılık Reaksiyonları Rehberi	A SALONU
	Oturum Başkanları: H. İbilge Ertoy Karagöl, Emine Vezir	
	Rehber Hazırlık Süreci	Emine Vezir
	Rehberin Anlatılması	Hakan Güvenir
13.15-14.15	Eyvah Hastam Venom Alerjisi! Şimdi Ne Yapmalıyım?	B SALONU
	Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Ümit Murat Şahiner	
	Venom Alerjisine Genel Yaklaşım	Yakup Canitez
	Venom Komponentinden AIT Kararı	Hatice Eke Güngör
	Venom İmmünoterapide Anafilaksi Gelişen Hastalarda Kanıta Dayalı Yaklaşımlar	Melike Ocak
13.15-14.15	Astımda İnhaler Tedavinin Akılcı Evrimi	C SALONU
	Oturum Başkanları: İpek Türkteş, Özlem Yılmaz Özbek	
	Tek İnhalerde Çift Etki (AIR ve SMART): Kurtarıcıyla Birlikte Antienflamatuar Yaklaşım	Erdem Topal
	12 Yaş Altı Çocuklarda AIR ve SMART Kullanımı	Tuba Tuncel
	Antikolinergikler	Zeynep Arıkan
13.15-14.15	Sözel Bildiri Oturumu 8 (S-49 - S-55)	D SALONU
	Oturum Başkanları: Murat Cansever, Fatma Duksal	
14.15-15.00	UYDU SEMPOZYUMU 	A SALONU
	Oturum Başkanı: Koray Harmancı	
	Dupixent ile Atopik Dermatit Tedavisinde Etki ve Güven	Emine Dibek Mısırlıoğlu
15.00-15.30	KAHVE ARASI - İKLİM ATÖLYESİ (E SALONU)	
15.30-16.15	UYDU SEMPOZYUMU 	A SALONU
	Oturum Başkanları: Özlem Keskin, Tuba Tuncel	
	Çocuklarda Ağır Astım Tedavisi ve Mepolizumab ile Klinik Deneyimler	Ayşen Bingöl Deniz Özçeker

4 NİSAN 2026, CUMARTESİ

16.15-17.15	İmmüoglobulin Replasman Tedavisinde Konuşulması Gerekenler	A SALONU
	Oturum Başkanları: İlhan Tezcan, Neslihan Edeer Karaca Bireysel Endikasyonlar; Kime İVİG, Kime SKİG Verelim? Sekonder İmmün Yetersizlikte Ne Zaman İmmüoglobulin Replasmanı Yapalım? İmmüoglobulin Replasman Tedavisi Alan Hastada Aşılar ve Biyolojik Ajan Kullanımı	Sara Şebnem Kılıç Gültekin Fatih Çelmeli Dilara Kocacık Uygun
16.15-17.15	Non IgE Besin Alerjilerinin Sessiz Dünyası: Tanı, Tedavi ve İzlemede Yenilikler	B SALONU
	Oturum Başkanları: Metin Aydoğan, Betül Büyüktiryaki Proktokolit: Tek Bir Fenotip mi? İzlem mi, Eliminasyon mu? Enterokolit 2026: Klinik, Fenotipler ve Besin Yükleme Testlerinde Güncel Yaklaşım Besin Alerjilerinde Fenotipik Geçişler: Non-IgE'den IgE'ye Geçiş Var mı? Farklı Fenotipler Bir Arada Görülüyor mu?	Pınar Gökmirza Gülbin Bingöl Ayşegül Ertuğrul
16.15-17.15	Alerjik Rinit Pratiğimiz: Sık Görülen Hastalığın Az Bilinen Yönleri	C SALONU
	Oturum Başkanları: Ceren Can, Mehmet Halil Çeliksoy Alerji Değil, Enfeksiyon Değil: Çocuklarda Non Alerjik Rinit Bir Problem mi? Lokal ve Dual Alerjik Rinit Tanılarını Nasıl Koyalım? Alerjik Rinit Tedavisi ve Hastalığın Ağırlığına Göre Basamak Yaklaşımı	Fatih Dilek Özlem Yılmaz Özbek Reha Cengizlier
16.15-17.15	Sözel Bildiri Oturumu 9 (S-56 - S-62) Oturum Başkanları: Hatice Eke Güngör, Burçin Beken	D SALONU

4 NİSAN 2026, CUMARTESİ

17.15-18.15	Çocuklarda Ağır Astımda Olgu Örnekleriyle Biyolojik Ajanların Kullanımı Oturum Başkanları: Arzu Bakırtaş, Özge Uysal Soyer Biyolojik Ajan Seçimi Klinik Yanıtın Değerlendirilmesi: Tam, Kısmi ve Yetersiz Biyolojik Kullanımında İzlem Stratejileri: Devam Et, Değiştir, Birleştir, Sonlandır	A SALONU Himmet Haluk Akar Özlem Keskin Tuğba Arıkoğlu
17.15-18.15	Çocuklarda Mast Hücre Hastalıkları Tanı ve İzlem Oturum Başkanları: Dost Zeyrek, Mehtap Kılıç Çocuklarda Kutanöz Mastositoz İzlem Protokolleri ve Risk Yönetimi Mast Hücre Aktivasyon Sendromu ve Tanısal Güçlükler Hereditör Alfa Triptazemi	B SALONU Öner Özdemir Mehmet Kılıç Sevgi Sipahi Çimen
17.15-18.15	Başlangıcı Sessiz, Süreci Kritik: İlaç Reaksiyonlarına Farklı Bakış Oturum Başkanları: Mehtap Yazıcıoğlu, Serap Özmen Çocukluk Çağında Enine Boyuna DRESS Ayrırcı Tanıda Kırmızı Çizgiler: Her Döküntü İlaç Alerjisi mi? Ağır Kutanöz İlaç Reaksiyonlarında Arada Kalan Olguların Çözümlemesi, İzlenmesi, Yönetilmesi	C SALONU Aylin Kont Ayşegül Akan Özge Yılmaz Topal
17.15-18.15	Atölyeler- Alerjik Çocuk Nasıl Beslenmeli? Uygulamalı İmpuls Osilometri	E SALONU

5 NİSAN 2026, PAZAR

08.00-09.00	Atopik Dermatit Tedavisi Güncel Yaklaşım ve Gelecek	A SALONU
	Oturum Başkanları: Suna Asilsoy, Pınar Uysal	
	Atopik Dermatitte Yeni Nesil Nemlendiriciler ve Cilt Bakımına Dair Güncel Öneriler	Sakine Işık
	Topikal Steroid Kullanımı Prensipleri Kime, Ne Zaman, Ne Kadar Süreyle?	Belgin Usta Güç
	Atopik Dermatitte Yeni Topikal İlaç Uygulamaları	Burçin Beken
08.00-09.00	İlaç Alerjilerinde Yenilikler ve Az Bilinenler	B SALONU
	Oturum Başkanları: Zeynep Ülker Altınel, Aylin Kont	
	İlaç Reaksiyonlarında Fenotipler ve Yeni Tanımlanan Endotipler	Burcu Tahire Köksal
	NSAİİ Alerjilerinde Yeni Sınıflamalar	Fatma Duksal
	Serum Hastalığı Benzeri Reaksiyonlar Klinik Pratikte Ne Kadar Biliniyor?	Şule Çağlayan Sözmen
08.00-09.00	Anafilakside Cevaplanması Gerekenler	C SALONU
	Oturum Başkanları: Mehmet Kılıç, Erdem Topal	
	Rehberlere Göre Anafilaksinin Ağırılık Sınıflaması ve Kritik Klinik Belirtiler	Hülya Sarıçoban
	Hastam Anafilaksi mi?	Dilek Azkur
	Adrenalin Uygulamasında Yenilikler	Mehmet Yaşar Özkars

5 NİSAN 2026, PAZAR

09.00-10.00	Astımda FeNO Rutin İzlemede Gerekli mi?	A SALONU
	Oturum Başkanları: Reha Cengizlier, Himmet Haluk Akar Pro: Yapalım Con: Yapmayalım	Cem Hasan Razi Ersoy Civelek
09.00-10.00	Çocuk Alerji İmmunoloji Eğitimi ve Hizmet Sürecindeki Güncel Sorunlar	B SALONU
	Oturum Başkanları: Feyzullah Çetinkaya, Ercan Küçükosmanoğlu Çocuk Alerji İmmunolojide Etik: Yetki, Sorumluluk ve Sınırlar Çocuk Alerji İmmunoloji Eğitim Süreci ile İlgili Sorunlar Yandal Uzmanlığı Mecburi Hizmetinde Karşılaşılan Sorunlar	Şükrü Nail Güner Ercan Küçükosmanoğlu Murat Özer
09.00-10.00	İlaç Alerjisinde Zor Vakalar - Aynı Anda Birden Fazla İlaç Kullanan Hastada Reaksiyon Geliştiğinde Nasıl Yaklaşalım?	C SALONU
	Oturum Başkanları: Tuğba Arıkoğlu, Işıl Eser Şimşek IgE Aracılıklı Reaksiyonlarda Ağır Kutanöz İlaç Reaksiyonlarında	Özlem Cavkaytar İlknur Külhaş Çelik
10.00-10.30	KAHVE ARASI	
10.30-11.30	Çocuk Hekimliğinde Karmaşadan Netliğe Adım Adım: Alerji mi, Başka Bir Hastalık mı?	A SALONU
	Oturum Başkanları: Mustafa Atilla Nursoy, Ahmet Türkeli Sürekli Burnu Akan Çocukta Kronik Öksürükte Hışıltılı Çocukta	İlknur Bostancı Selime Bölük Özen Seda Şirin
10.30-11.30	Yılın Makaleleri	B SALONU
	Oturum Başkanları: Recep Sancak, Özlem Sancaklı Astım Atopik Dermatit Besin Alerjisi	Uğur Altaş Fatih Çiçek Hayrunnisa Bekis Bozkurt
10.30-11.30	Akılcı İlaç Oturumu	C SALONU
	Oturum Başkanı: Pınar Uysal Akılcı İlaç Kullanımı	Tuba Tuncel
11.30-12.30	KAPANIŞ	

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİLER-1 | 3 NİSAN 2026, 08:00 - 08:45 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: DENİZ ÇAĞDAŞ AYVAZ, SAFA BARIŞ

S-01	Eozinofilik Gastrointestinal Sistem Hastalıklarının Görünmeyen Yüzü: Primer İmmün Yetmezlikler Kübra Baskın, H. İlbilge Ertoý Karagöl, Kenan Çetin, Zeynep Çavdar, Sümeyra Aktepe, İlkur Atalay Can, Hakan Öztürk, Ödül Eğritaş Gürkan, Sinan Sarı, Buket Dalgıç, Arzu Bakırtaş
S-02	Persistan Çok Yüksek IgE ve İmmüdisregülasyon Aynı Bir Klinik Fenotip mi? İlke Baş, Handan Duman Şenol, Zeynep S. Pirim, Ersin E. Gülem, Duygu L. Dağlı, Pınar Şahin, Emine Ülgen, Ayça Aykut, Neslihan Edeer Karaca, Figen Gülen, Güzide Aksu, Necil Kütükçüler, Esen Demir
S-03	IgG Alt Sınıf Eksikliği Tanısı ile IVIG Replasman Tedavisi Alan Pediatrik Hastaların Yaşam Kalitesinin Prospektif Değerlendirilmesi Lütfi Kılınçkaya, Öner Özdemir
S-04	Birinci Basamak Hekimlerinin Birincil İmmün Yetmezlik Hastalıklarına İlişkin Görüşleri Mehmet Yıldız, Ahmed Cihad Genç, Enes Zafer, Öner Özdemir
S-05	Sık Enfeksiyon Geçiren Çocuklarda Astıma Yatkınlık Ve miRNA Ekspresyonu Emre Aslanbay, Özlem Keskin, Serdar Öztuzcu, İbrahim Halil Karahan, Ercan Küçükosmanoğlu
S-06	Üçüncü Basamak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde İmmün Yetmezlik Sıklığı, Klinik Özellikleri ve Mortalite ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Cankat Geniş, Funda Aytekin Güvenir, Emre Karadeniz, Serhat Emeksiz, Ayşe Metin, Betül Karaatmaca

SÖZEL BİLDİRİLER-2 | 3 NİSAN 2026, 13:15 - 14:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: ŞÜKRÜ ÇEKİÇ, NAZLI ERCAN

S-07	Çocuklarda Alerjik Rinit ve Astımda Clustoid® ve Roxit® ile Uygulanan Subkutan Alerjen Spesifik İmmünoterapi İlişkili Etkinlik ve Advers Reaksiyonlar Emine Ülgen, Handan Duman Şenol, Duygu Hamarat, Pınar Şahin, İlke Baş, Duygu Lüleci Dağlı, Figen Gülen
S-08	Pediatrik Alerjen İmmünoterapisinin Gerçek Yaşam Klinik ve İmmünojenik Etkinliği:12 Aylık Prospektif Değerlendirme Şefika İlkur Kökcü Karadağ, Şule Papağan, Çağla Öztürk Turan, Muhammed Fatih Erbay, Hamit Boloğur, Aslı Berivan Topçak, Hasan Tunç Şarman, Ömer Yılmaz Ulutaş, Merve Karaca Şahin, Hilal Güngör, Nilay Çalışkan, Güler Yıldırım, Deniz Özçeker
S-09	Çocuklarda Subkutan Alerjen İmmünoterapisi: Klinik Etkinlik ve Güvenlik Açısından Tek Merkez Deneyimi Gizem Kabadayı, Özge Atay, Damla Baysal Bakır, Halime Yağmur, Nevin Uzuner
S-10	Çocuklarda Subkutan Alerjen İmmünoterapi: Lokal ve Sistemik Advers Reaksiyonların Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri Sinem Aslan, Hülya Anıl, Koray Harmancı
S-11	Hışlıttan Astıma: Pediatrik Yoğun Bakım Sonrası Uzun Dönem Prospektif İzlem Bulguları Betül Gemici Karaaslan, Oğuzhan Tin, Özge Kaynar, Sezin Aydemir, Haluk Çokuğraş, Sümeyra Nur Aydın, Cansu Durak, Fatih Aygün, Esra Yücel, Ayça Kıyıkım
S-12	Kontrol Gerçekten Bizde mi? Çocukluk Çağı Astımında Makine Öğrenmesi ile Küçük Hava Yolu Disfonksiyonu (SAD) Endotipleri Cihançir Şahin, Nur Törer, Selime Özen Bölük, Duygu Erge, Pınar Uysal
S-13	Covid-19 Pandemisinin, 6-18 Yaş Arası Atopik Çocuk Hastalarda Ev İçi Alerjen Duyarlılığı Üzerine Etkileri Necia Burcu Koçer Ahmadoy, Handan Duman Şenol, İlke Baş, Figen Gülen

SÖZEL BİLDİRİLER-3 | 3 NİSAN 2026, 16:15 - 17:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: PINAR GÖKMIRZA, DILEK AZKUR

S-14	Adölesan Anafilaksisinde Klinik Bulgular ve Tetikleyici Faktörler Merve Beğüm Öztürk, Ebru Solakoğlu Küçükdoğru, Ezgi Ulusoy Severcan, Seda Şirin
S-15	Çocuklarda Bifazik, Dirençli ve Uzamış Anafilaksi Gizem Köken, H. İlbilge Ertoý Karagöl, Sinem Polat Terece, Ceren Varer Akpınar, Kenan Çetin, Zeynep Çavdar, Berkehan Kara, A. Kübra Baskın, Arzu Bakırtaş
S-16	Eozinofilik Özofajitli Çocuklarda Semptomların Histolojik Aktiviteyi Öngörme Gücü Yaş Gruplarına Göre Farklılık Gösterir Sinem Polat Terece, Dilek Yapar, İlbilge Ertoý Karagöl, Özgür Ekinci, Kenan Çetin, Gizem Köken, Avniye Kübra Baskın, Hakan Öztürk, Ödül Eğritaş Gürkan, Sinan Sarı, Buket Dalgıç, Arzu Bakırtaş, Pediatrik Gastrointestinal Hastalıklar Çalışma Grubu
S-17	Çocukluk Çağında Çoklu Besin Alerjileri: Birliktelik Paternleri ve Anafilaksi Riski İsmail Özanlı, Nezihe Nefise Uluç, Nagehan İskender, Sibel Balcı, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan
S-18	Alfa-Hairpinin (Pap s 1.0101) Duyarlılığı ve Prick-to-Prick Testi, Çocuklarda Haşhaş Tohumu Alerjisini Tanımlar Canan Caka Özdemir, Melike Ocağ, Özge Soyer, Bülent Enis Şekerel
S-19	Besin Alerjisinin Geç Dönem Komplasyonu Olarak Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu (ARFID) Berna Uzunoğlu, Ege Gürbüz, Aymen Hişmioğulları, Fatma Sibel Durak, Figen Çelebi Çelik, Canan Şule Ünsal Karkiner, Özlem Sancaklı, Demet Can
S-20	Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromlu Hastalarda Eozinofilik Özofajit Semptomları ne Kadar Sık? İlknur Atalay Can, Hacer İlbilge Ertoý Karagöl, Şenay Karaca, Busenur Sarıduman, Sümeyra Aktepe, Avniye Kübra Baskın, Hakan Öztürk, Ödül Eğritaş Gürkan, Sinan Sarı, Buket Dalgıç, Arzu Bakırtaş

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİLER-4 | 3 NİSAN 2026, 17:15 - 18:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: HÜLYA ANIL, ÖZLEM SANCAKLI

S-21	Alerjik Rinitli Çocuklarda Semptomların ve Semptom Şiddeti ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi Ece Şenbaykal Yiğit, İlke Taşkırđı, İdil Akay Hacı, Rıza Yıldırım, İkbal Nur Şafak, Tuba Tuncel
S-22	Çocuk Alerji ve İmmünoloji Pratiğinde Yapay Zekâ: Farkındalık, Kullanım Alışkanlıkları ve Gelecek Beklentileri Zeynep Gulec Koksall, Kazım Okan Dolu, Cihangir Şahin, Arife Toksöz, Aslı Kuzu Kuşaklı, Cankat Geniş, Ahmet Zülfikar Akelma
S-23	Alerjik Rinitli Çocuklarda Hipoksi ile İndüklenebilir Faktör-1α (HIF-1α) Düzeyleri ve Hastalık Şiddeti ile İlişkinin Değerlendirilmesi Saliha As, Hatice Eke Güngör, Derya Koçer
S-24	Çocukluk Çağı Solunum Alerjilerinde Servi Poleni Duyarlılığı: Gaziantep'ten Klinik Veriler Rabia Deniz Kılçık, Ercan Küçükosmanoğlu, İbrahim Halil Karahan, Gaye İnal, Özlem Keskin
S-25	6-14 Yaş Arası Alerjik Rinit Tanılı Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Prevalansı ve İlişkili Faktörler Seda Çevik, İlknur Pençe, Tuba Karakurt, Dilek Kacar, Cansu Duran, Ayşe Cavidan Sonkur, Seda Aksoy Girgiç, Nurhan Kasap, Mustafa Arga
S-26	Çayır Poleni Duyarlı Çocuklarda Çayır Polen Paneli Spesifik İmmünglobulin E Düzeylerinin Deri Prik Testi Sonuçları ile Korelasyonu Fatma Nur Kuzucu, Cankat Geniş, Gökhan Yörüşün, Zeynep Şengül Emeksiz, Emine Dibek Mısırlıoğlu
S-27	Pandemi Dönemi Evcil Hayvan Edinmeye Bağlı Olarak Kedi Duyarlılığı Arttı mı? Özgül Güngör, Damla Altıntaş, Nur Ümit, Ceren Güleriyüz, Dilara Fatma Kocacık Uygun, Ayşen Bingöl

SÖZEL BİLDİRİLER-5 | 4 NİSAN 2026, 08:00 - 08:45 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: DERYA UFUK ALTINTAŞ, DILARA KOCACIK UYGUN

S-28	Besine Bağlı Anafilaksi Sonrası Ebeveyn Anksiyetesi: "Alerji Parmak İzi Gibidir" Merve Gümüş, Pınar Şahin, İlke Baş, Emine Ülgen, Figen Gülen, Esen Demir, Handan Duman Şenol
S-29	Pediyatrik Oral Besin Yükleme Testlerinde Yedi Farklı Şiddet Derecelendirme Sisteminin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi: Anafilaktik ve Anafilaktik Olmayan Reaksiyonlar Arasındaki Farklılıklar Taha Yasin Akın, Yusuf Ziya Varlı, Nagihan İskender, Nefise Nezihe Uluç, İsmail Özanlı, Mebrure Yazıcı, Döndü Ceren Kaval, Mehmet Serkan Erkan, Muhammet Taha Demirci, Sibel Balcı, Müjde Çöğürü, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan
S-30	İnek Sütü Alerjisinde İlk Oral Provokasyon Testi, Takip Eden Yükleme Testini Öngörmeye Anahtar mıdır? Taha Yasin Akın, Yusuf Ziya Varlı, Nagihan İskender, Nefise Nezihe Uluç, İsmail Özanlı, Mebrure Yazıcı, Döndü Ceren Kaval, Mehmet Serkan Erkan, Muhammet Taha Demirci, Sibel Balcı, Müjde Tuba Çöğürü, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan
S-31	Çocuklarda Susam Alerjisinde Klinik Reaktivite ve Toleransın Değerlendirilmesi: Retrospektif Analiz Ayman Hişmioğulları, Özlem Sancaklı, Melike Ocak, Berna Uzunoğlu, Soner Günder, Figen Çelebi Çelik, Canan Şule Karkiner, Demet Can
S-33	Susam Duyarlılığı Olan Hastalarda Susama Karşı Toleransı ve Reaktiviteyi Belirleyen Faktörlerin Araştırılması Gamze Yaylak, Gizem Kuruoğlu, İlayda Ataç, Ayşe Güneri Alparlan, Betül Büyüktiryaki, Cansın Saçkesen
S-34	Çocuklarda Baklagil Alerjisi Fenotipleri: Tanısal Süreçler, Klinik Özellikler ve Çapraz Reaktivitenin Değerlendirilmesi Güler Yıldırım, Nilay Çalışkan, Merve Karaca Şahin, Hamit Boloğur, Muhammed Fatih Erbay, Hilal Güngör, Hasan Tunç Şarman, Aslı Berivan Topçak, Şefika İlknur Kökçü Karadağ, Özlem Terzi, Çağla Öztürk Turan, Ömer Yılmaz Ulutaş, Şule Papağan, Deniz Özçeker

SÖZEL BİLDİRİLER-6 | 4 NİSAN 2026, 09:00 - 10:00 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: HAKAN GÜVENİR, İLKNUR KÜLHAŞ ÇELİK

S-35	Çocukluk Çağında Parasetamol ve İbuprofen İlişkili Reaksiyonlar Leman Tuba Karakurt, Sezin Aydemir, Seda Aksoy Girgiç, Mustafa Arga, Özlem Cavkaytar
S-36	Çocuklarda Ağır Kutanöz İlaç reaksiyonları: Ulusal Çok Merkezli Çalışma H. İlbilge Ertoy Karagöl, Şule Büyük Yaytokgil, Yüksel Kavas Yıldız, Aylin Kont Özhan, Tuğba Arıkoğlu, Cebbar Yıldırımçakar, Ebru Arık Yılmaz, Arzu Bakırtaş, Esra Yücel, Ayça Kıyıkım, Halime Çiçek, Yakup Canitez, Emine Vezir, Leman Tuba Karakurt, Özlem Cavkaytar, Hilal Karabağ Çıtlak, Nalan Yakıcı, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan, Özlem Sancaklı, Ayşen Bingöl, Fulya Tahan, Özge Atay, Handan Duman Şenol, Ramin Mahmudov, Ahmet Kan, Öner Özdemir, İlknur Külhaş Çelik, Pınar Uysal, Lida Bülbül, Deniz Özçeker, Tuğba Güler, Hayrunisa Bekis Bozkurt, Hülya Anıl, Mehmet Kılıç, Fatma Duksal, Özlem Yılmaz, Hatice Eke Güngör, Sibel Sarıkavak Kaplan, Zeynep Gizem Gündüz, Semiha Bahçeci Erdem, Dilek Azkur, Sümeyye Baysal, Hakan Güvenir, Şenay Şaşıhüseyinoğlu, Semanur Kuyucu
S-37	Şüpheli Beta-Laktam Alerjisi Olan Çocuklarda Pen-Fast Skorunun Tanısal Değeri ve Deri Testi Gerekisinin Belirlenmesindeki Rolü Dilek Kacar, Leman Tuba Karakurt, Seda Çevik, Pınar Yağmur Altınkaynak, Gizem Uslu, Ayşe Cavidan Sonkur, Sezin Aydemir, Özlem Cavkaytar, Mustafa Arga
S-38	Çocuklarda İlaç İlişkili Anafilaksi Yatan ve Ayaktan Hastalarda Farklı mı? Gizem Köken, H. İlbilge Ertoy Karagöl, Sinem Polat Terece, Zeynep Çavdar, Kenan Çetin, A. Kübra Baskın, Arzu Bakırtaş
S-39	Düşük Riskli Pediyatrik Beta-Laktam Alerjisinin Tanısında Doğrudan İlaç Provokasyon Testi: Risk Sınıflamasına Dayalı Retrospektif Bir Çalışma Özlem Sancaklı, Soner Günder, Ayman Hişmioğulları, Figen Çelebi Çelik, Canan Şule Karkiner, Demet Can
S-40	Çocukluk Çağında İbuprofen Hipersensitivitesini Öngörmeye İ3A Skorunun (İbuprofen, Yaş, Anjiyoödem, Anafilaksi) Tanısal Doğruluğu ve Klinik Validasyonu Gökhan Kığılı, Bekir Karakaya, Gül Kılavuz, Cevdet Özdemir, Zeynep Altınel, Nermin Güler, Ayşe Süleyman
S-41	Çocuklarda İlaç Alerjisi Etiketinin Kaldırılmasında Yaşın Rolü: 1139 Olgunun Gerçek Yaşam Verileri Bekir Karakaya, Gökhan Kığılı, Gül Kılavuz, Cevdet Özdemir, Zeynep Altınel, Nermin Güler

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİLER-7 | 4 NİSAN 2026, 11:15 - 12:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: ZEYNEP ARIKAN, MAHIR SERBES

S-42	Çocukluk Çağı Astımında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi Rıza Yıldırım, Pelin Abdal Yıldırım, Ece Şenbaykal Yiğit, İkbal Nur Şafak, Gülce İmamoğlu, Ayşe Pakel, İlke Taşkırda, Belde Kasap Demir, Tuba Tuncel
S-43	Çocuklarda Ağır Astım Alevlenmesi Tedavisinde Dekametazon ve Metilprednizolon Karşılaştırması: Tek Merkezli, Randomize Kontrollü Çalışma Gülser Esen Besli, Aytaç Göktuğ, Gizem Uslu, Abdülmelik Bucak, Dilek Keleş Kacar, Fatma Bal Çetinkaya, Pınar Yağmur Altınkaynak, Ayşe Cavidan Sonkur, Nurhan Kasap, Leman Tuba Karakurt, Özlem Cavkaytar, Mustafa Arga
S-44	Akdeniz Diyetinin Atopik Astımlı Çocuklarda Klinik Kontrol Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi Ebru Deniz Yurtsuz, Leman Tuba Karakurt, Pınar Yağmur Altınkaynak, Dilek Kacar, Ayşe Cavidan Sonkur, Fatih Haşlak, Burcu Aksoy Canyolcu, Nurhan Kasap, Mustafa Arga
S-45	Çocukluk Çağı Astımında Bir Risk Faktörü Olarak Ultra-İşlenmiş Besin Tüketimi Şenay Çatak, Ezgi Topyıldız, Feride Candan, Melis Öztürk Aykaç, Mediha Şahin, Aslı Kuzu Kuşaklı, Betül Karaatmaca, Özlem Yılmaz, Semiha Bahçeci, Nazlı Ercan, Ahmet Ergin, Özlem Sancaklı
S-46	Astım için İlaç Uyumu Bildirim Ölçeğinin (İUBÖ-A) 12-18 Yaş Arası Astımlı Çocuklarda Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Fatma Nur Kuzucu, Mustafa Tunçtürk, Cankat Geniş, Ahmet Selmanoğlu, Arzu Özlem, Zeynep Şengül Emeksiz, Emine Dibek Mısırlıoğlu
S-47	Astımlı Hastaların Serum Diamin Oksidaz Düzeylerinin Değerlendirilmesi Burcu Özge Erdoğan, Mehmet Özkaya, Emre Özdamar, Zehra Bayazit, Mustafa Altay Atalay, Sezer Uçar, Fulya Tahan
S-48	Astımlı Çocuklar ve Ebeveynlerinde Fiziksel Aktiviteye İlişkin Tutum ve Bilgi Düzeyi: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırma Mehmet Cihat Sifili, Şule Büyük Yaytokgil, Gülay İrem Parlak Özel, Yüksel Kavas Yıldız, Emine Vezir

SÖZEL BİLDİRİLER-8 | 4 NİSAN 2026, 13:15 - 14:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: MURAT CANSEVER, FATMA DUKSAL

S-50	Çocukluk Çağında Ağaç Yemişi ve Yer Fıstığı Alerjisinde Gereksiz Eliminasyonu Azaltan Klinik Öykü, DPT ve sIgE Temelli Karar Algoritması Taha Yasin Akın, Yusuf Ziya Varlı, Nagihan İskender, Nefise Nezihe Uluç, İsmail Özanlı, Mevrure Yazıcı, Döndü Ceren Kaval, Mehmet Serkan Erkan, Muhammet Taha Demirci, Sibel Balcı, Müjde Tuba Çöğürü, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan
S-51	Yumurta alerjisinde tolerans: Klinik ve laboratuvar ile öngörme, kademeli yaklaşım ile değerlendirme Nezihe Nefise Uluç, Nagihan İskender, İsmail Özanlı, Müjde Tuba Çöğürü, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan
S-52	Non-IgE Aracılı Besin Alerjilerinde Yapay Zekâ Tabanlı Chatbotların Klinik Yanıt Performansı: Hekim ve Hasta Soruları Üzerinden Bir Karşılaştırma Eren Sarı, Melis Öztürk Aykaç, Tuğba Aydoğdu, Berkant Sezer, Özlem Yılmaz
S-53	İlk İki Yaşta İnek Sütü Alerjisi Tanısı Alan Çocuklarda 8 Yaş ve Sonrasında Persistan Seyir ile İlişkili Olabilecek Risk Faktörleri İdan Fırat Unay, Yasemin Tepe, Zeynep Efşan Başer Sinoplu, Hande Üçler Çınar, Himmet Haluk Akar
S-54	Çocuklarda Süt Oral İmmünoterapisi Sırasında Gelişen Alerjik Reaksiyonların Değerlendirilmesi Gamze Yaylak, Gizem Kuruoğlu, İlayda Ataç, Betül Büyüktiryaki, Cansın Saçkesen
S-55	Doğumdan Sonraki İlk 24 Saatteki Beslenme Şeklinin 2 Yaş Altı Çocuklarda Besin Alerjisi ve Atopik Dermatit Gelişimi Üzerine Etkisi Gaye Kocatepe, Cengizhan Kılıçaslan, Mehmet Semih Demirtaş

SÖZEL BİLDİRİLER-9 | 4 NİSAN 2026, 16:15 - 17:15 | SALON D
OTURUM BAŞKANLARI: HATİCE EKE GÜNGÖR, BURÇİN BEKEN

S-56	Besin Alerjisi Olan Çocuklarda Ebeveyn Aşırı Tereddüdü ve Aşılama Uygulamaları Ece Şenbaykal Yiğit, Özlem Bağ, Seda Tunca, Tuba Tuncel
S-57	Atopik Dermatitte Bariyerin Gücü; 3:1:1 Seramid Formülasyonunun Pediatrik Klinik Sonuçları Azra Badr, Büşra Dudu, Nur Muhammed Çınar, Hikmet Tekin Nacaroğlu
S-58	Alerjik Çocuklarda Cilt Epitel Bariyeri Bulgularının IgE ve İmmün Yanıt ile İlişkisi Mehmet Geyik, Mikail Özdemir
S-59	Çocuk Hastalarda Treating Through: Tek Merkez Deneyimi Hatice İrmak Çelik, Funda Aytakin Güvenir, Ragıp Dere, Ahmet Selmanoğlu, Zeynep Şengül Emeksiz, Emine Dibek Mısırlıoğlu
S-60	Pediatristler ve Pediatrik Alerjistlerin "Epitel Bariyerinin Korunması ve Hastalıklarla İlişkileri" Hakkındaki Farkındalık Düzeyi Ayça Kıyıkım, Kübra Baskın, Zeynep Hızlı Demirkale, Hayrünnisa Bekis Bozkurt, Sevgi Sipahi Çimen, Saliha Esenboğa, Hülya Anıl, Deniz Çağdaş Ayvaz, İsmail Öğülür, Arzu Bakırtaş, Cezmi Akdiş
S-61	Ebeveyn Bildirimine Dayalı İlaç Alerjisi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (P-DrHy-0) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği Hilal Güngör, Ömer Yılmaz Ulutaş, Aslı Berivan Topçak, Muhammed Fatih Erbay, Hasan Tunç Şarman, Merve Karaca Şahin, Çağla Öztürk Turan, Şule Papağan, Hamit Boloğur, Nilay Çalışkan, Güler Yıldırım, Şefika İlknur Kökçü Karadağ, Deniz Özçekir
S-62	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Alerjik Çocuklarda Bağışıklama ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Şirin Soydemir, Burcu Özge Erdoğan, Zehra Bayazit, Emre Özdamar, Mehmet Özkaya, Fulya Tahan

POSTER BİLDİRLER

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-1
OTURUM BAŞKANLARI: AYŞE SÜLEYMAN, AHMET KAN

EP-01	Polen İmmünoterapisi Uygulanan Pediatrik Hastalarda Klinik Fenotipler ve Eş Duyarlanma Paternleri <u>Damla Altıntaş, Ceren Güleriyüz, Özgül Güngör, Nur Ümit, Dilara Fatma Kocacık Uygun, Ayşen Bingöl</u>
EP-03	Pediatrik Anafilakside Kardiyovasküler Tutulumun Bir Göstergesi Olarak Nötrofil/Lenfosit Oranı <u>Aslı Kuzu Kuşaklı, Zeynep Şengül Emeksiz, Emine Dibek Mısırlıoğlu, Can Demir Karacan</u>
EP-04	Astım ve Süt Alerjisi Olan Adölesanlarda Yaşamı Tehdit Eden Tekrarlayan Anafilaksiler: Omalizumab Deneyimi <u>Rabia Uysal, Melike Ocak, Ayşegül Ertuğrul, Ümit Murat Şahiner, Özge Soyer, Bülent Enis Şekerel</u>
EP-05	KontROLSÜZ astımın ilginç bir nedeni: Muz ile anafilaksi sonrasında tanı alan lateks alerjisi <u>Hatemi Esam Demirtaş, Ece Şenbaykal Yiğit, Rıza Yıldırım, İkbal Nur Şafak, Sanem Eren Akarcan, İlke Taşkırdı, Tuba Tuncel</u>
EP-06	Çoklu Besin Alerjisi Ve Astım Öyküsü Olan Bir Çocukta Non Spesifik Lipid Transfer Protein İlişkili Oral Alerji Sendromu: Olgu Sunumu <u>Yasemin Tepe, İdan Fırat Unay, Zeynep Efşan Başer Sinoplu, Hande Ucler Cinar, Himmet Haluk Akar</u>
EP-07	Atopik Çocuklarda İnflamasyonun Dolaylı Belirteçlerinin Tanısal ve Ayırıcı Tanı Değerleri <u>Selçuk Yazıcı, Fatma Damla Kurt, Yağmur Güvendik, Aslıhan İzol</u>
EP-08	Zorunlu Tedaviye Güvenli Yaklaşım: Nörofiliz Olgusunda Başarılı Penisilin Desensitizasyonu <u>Aysu İlhan Yalaki, Veysi Akbey, Musa Şahin, Melis Aydın Mut, Ebru Çelebi Develi, Aylin Kont Özhan, Tuğba Arıkoğlu, Edanur Yeşil, Necdet Kuyucu, Semanur Kuyucu</u>

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-2
OTURUM BAŞKANLARI: AYŞEGÜL AKAN, AYŞEGÜL ERTUĞRUL

EP-09	Antipiretik- Analjezik İlaçlara Bağlı Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstüloz (AGEP) <u>Müge Selin Ensari, İlkur Bodur, Burcu Mutlu, Hayrünnisa Yıldız Bulut, Fatih Mehmet Kışlal</u>
EP-10	Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ağır Astım Alevlenmesi ile İzlenen Hastaların Klinik, Laboratuvar ve Tedavi Özellikleri <u>Ceren Güleriyüz, Özgül Güngör, Damla Altıntaş, Nur Ümit, Nazan Ülgen Tekerek, Ayşen Bingöl, Dilara Fatma Kocacık Uygun</u>
EP-11	Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromunda Toleransı Öngörmede Klinik ve Laboratuvar Bulguların Önemi <u>Gülçin Kaymakoglu, Aymen Hişmioğulları, İdil Akay Hacı, Figen Çelebi Çelik, Canan Şule Karkiner, Özlem Sancaklı, Demet Can</u>
EP-12	Çocuk Alerji İmmünoloji Poliklinikinde Yumurta Merdiveni Uygulanan Olguların Değerlendirilmesi <u>Nur Ümit, Ceren Güleriyüz, Damla Altıntaş, Özgül Güngör, Ayşen Bingöl, Dilara Kocacık Uygun</u>
EP-13	Besin Alerjisi Olan Çocuk Hastalarda Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşılması Sonrası Alerjik Reaksiyonlar: Tek Merkez Deneyimi <u>Gülşay İrem Parlak Özel, Şule Büyük Yayıkoğlu, Yüksel Kavas Yıldız, Mehmet Cihat Sifil, Emine Vezir</u>
EP-14	Omalizumab ile Birlikte Süt Oral İmmünoterapisi: Reaksiyonsuz Hızlı Tam Doz Başarısı <u>İbrahim Halil Karahan, Özlem Keskin, Gaye İnal, Ercan Küçükosmanoğlu</u>
EP-15	Anjiyoödem ve Ekstremitte Parestезisi ile Başvuran Bir Olguda Psödötümör Serebri Tanısı ve Servikal Annüler Fissür Birlikteliği <u>Muhammed Sabit Tülek, Fatma Kaya, Meltem Cömert, İlyas Emre Tekdemir, Fatma Duksal</u>
EP-16	Mastositöz ile Karşılabilen Bir Olgu: Pityriasis Lichenooides Et Varioliformis Acuta <u>Niyazi Onur Şapçı, Hülya Anıl, Koray Harmancı</u>
EP-17	Akut Batın ve Plevral Efüzyon ile Seyreden Pediatrik Hipereozinofilik Sendrom Olgusu <u>Zeycan Canitez Oral, Güney Küçük Külice, Enes Onkun, Fatih Çelmeli</u>

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-3
OTURUM BAŞKANLARI: EZGİ ULUSOY SEVERCAN, FATİH ÇİÇEK

EP-18	Simetrik İlaç İlişkili İntertriginöz ve Fleksural Ekzantem (SDRIFE) Olan Bir Olgu <u>Sevde Demirsöz, Ebru Solakoğlu Küçükdoğru, Ezgi Ulusoy Severcan, Seda Şirin</u>
EP-19	Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromu Tanılı Çocuk Hastaların Klinik Özellikleri <u>Muhammed Aydın, Dilan Demir Gümüş, Ecem Kahveci, Zeynep Meriç, Betül Gemici Karaaslan, Sezin Aydemir, Ülviye Mustu, Şebnem Öiker, Esra Yücel, Ayça Kıyıkım</u>
EP-20	Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromunda Zaman İçinde Değişen Tetikleyici Besinler: Tek Merkez Deneyimi <u>Mustafa Beykan İstanbullu, Cebbar Yıldırımçakar, Cansu Kavukçu Horasan, Nuran Özçiftçi Ertuğral, Ebru Anık Yılmaz</u>
EP-21	Oral İmmünoterapinin Sessiz Geç Reaksiyonu: Yumurta ve Buğday ÖİT Sonrası Gelişen Eozinofilik GIS Hastalığı <u>Büşra Hatice Fidan, Nilgün Bahar Teker, Hüseyin Başpınar, Elisa Kundakçı, Mehmet İnaltekin, Mahir Serbes, Dilek Özcan, Derya Ufuk Altıntaş</u>
EP-22	Kronik Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromlu Hastaların İzlemi <u>Şenay Karaca, Busenur Sarıduman, Hacer İlbilge Ertoyl Karagöl, İlkur Atalay Can, Sümeyra Aktepe, Avniye Kübra Baskın, Arzu Bakırtaş</u>
EP-23	Çocuklarda Bal Tüketimi Sonrası Gelişen Alerjik Reaksiyonlar <u>Ceren Üstün, Özge Uysal Soyer, Ayşegül Ertuğrul, Ümit Şahiner, Bülent Enis Şekerel, Melike Ocak</u>
EP-25	Orta/Şiddetli Atopik Dermatitte Tedaviye Dirençli Olgu Sunumu <u>Nurşen Çiğerci Günaydın, Batuhan Mehmet Çetinkaya, Zeynep Topkarcı, Hikmet Tekin Nacaroğlu, Nedim Samancı</u>
EP-26	Antep Fıstığı ve Kaju Alerjisi Olan Hastalarda Klinik Bulgular ve Tanısal Yaklaşım <u>Zeynep Meriç, Gökçe Nuran Cengiz, Sueda Öztürk Aydın, Muhammed Aydın, Dilan Demir Gümüş, Ecem Kahveci, Betül Gemici Karaaslan, Sezin Aydemir, Esra Yücel, Ayça Kıyıkım</u>

POSTER BİLDİRLER

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-4
OTURUM BAŞKANLARI: FATİH DİLEK, SAİT KARAMAN

EP-27	Pediyatrik Olguda Ritüksimab Aşırı Duyarlılığı: Geç İntradermal Testin Tanısal Önemi Ceren Üstün, Melike Ocak
EP-28	Meyve Alerjisi Tanısı Alan Çocuk Hastalarda Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi Gülizar Demir, Duygu Peker, Saniye Mertek Şensoy, Mukaddes Cihan, Hanife Sandıkçı, Nalan Yıldız, Fazıl Orhan
EP-29	Yumurta Sarısı Alerjisi: IgE ve Non-IgE Reaksiyonu Olan Hastalarda Besin Yükleme Testleri Saniye Mertek Şensoy, Gülizar Demir, Duygu Peker, Mukaddes Cihan, Hanife Sandıkçı, Nalan Yıldız, Fazıl Orhan
EP-30	Adana Pediyatrik Alerji (ADAPAR) Doğum Kohort Çalışmasının 12.yıl Verilerinin Değerlendirilmesi Hüseyin Arslan, Elisa Kundakçı, Mehmet İnaltekin, Hatice Büşra Fidan, Hüseyin Başpınar, Dilek Özcan, Mahir Serbes
EP-31	Adölesan Hastada Nadir Görülen Muz Anafilaksisi Ebru Solakoğlu Küçükdoğan, Merve Begüm Öztürk, Ezgi Ulusoy Severcan, Seda Şirin
EP-32	Çocukluk Çağı Besin Alerjilerinde Basamaklı Oral Provokasyon Testleri Sibel Kaplan Sarıkavak, Talat Sarıkavak, Meryem Özçelik, Mihriban Rencüzoğulları, Çiğdem Aydoğmuş, Pınar Gökmirza
EP-33	Atopisi Olan Bir Hastada Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (MMR) Aşısı Sonrası Anafilaksi Gelişen Bir Olgu Sunumu Hande Üçler Çınar, Yasemin Tepe, İdan Fırat Unay, Zeynep Efşan Başer Sinoplu, Kazım Okan Dolu, Himmet Haluk Akar
EP-34	Pediyatrik Eozinofilik Gastritte Dupilumab ile Sağlanan Klinik ve Histolojik Remisyon: Bir Olgu Sunumu Özan Kapçay, Burcu Hıdımoğlu, Bilal Tunçtürk, Filiz Demir Şahin, Mehmet Kılıç
EP-35	Çoklu Besin Alerjisinin Eşlik Ettiği IgE Aracılı İnek Sütü Alerjisinde Başlangıçtaki Şiddetli Klinik Reaksiyonlar Persistansı Öngörebilir mi? Ercan Yılmaz, Erdem Topal
EP-36	IgE Aracılı İnek Sütü Alerjili Çocuklarda Ulusal ve Uluslararası Kabul Görmüş Kestirim Değerleri ile Tolerans Değerlendirilmesi Cansu Kavukçu Horasan, Nuran Özçiftçi Ertuğral, Mustafa Beykan İstanbullu, Cebbar Yıldırımçakar, Ebru Arık Yılmaz

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-5
OTURUM BAŞKANLARI: MELİKE OCAK, ÖZGE ATAY

EP-37	Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu Tanısı Alan Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi Kezban İpek Demir, Arife Toksöz, Zeynep Güleç Köksal, Ayşegül Ertuğrul, Seda Şirin, Ezgi Ulusoy Severcan
EP-38	Yüksek Doğurganlık Oranına Sahip Bir Bölgede İnek Sütü Proteinine Bağlı Alerjik Proktokolit: Klinik Deneyimimiz Mehmet Şirin Kaya, Sümeyye Baysal
EP-40	Atopik Dermatit Hastalarında Serum 25-Hidroksivitamin D Düzeyleri: Mevsimsel Değişkenlik ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi Burcu Çil Yılmaz, Hatice İrmak Çelik, Zeynep Şengül Emeksiz, Özge Yılmaz Topal, Emine Dibek Mısıroğlu
EP-41	Kronik Ürtikerli 12 Yaş Altı ile 12 Yaş ve Üzeri Çocuk Hastalarda Klinik, Laboratuvar Özellikler, Tedavi Yanıtı ve Remisyonun Karşılaştırılması Hatice Demir Çilek, H. İlbilge Ertoy Karagöl, Sinem Polat Terece, Gizem Köken, Zeynep Çavdar, A. Kübra Baskın, Arzu Bakırtaş
EP-42	Flushing ile Başvuran Soliter Kutanöz Mastositom: Susam Alerjisi ile Birlikte Görülen Bir Olgu Nuran Özçiftçi Ertuğral
EP-43	Filaggrin Gen Mutasyonu ile İlişkili Atopik Dermatit ve Besin Alerjisi: İki Kardeşin Karşılaştırmalı Olgu Sunumu Aslı Berivan Topçak, Nilay Çalışkan, Güler Yıldırım, Hamit Boloğur, Hilal Güngör, Merve Karaca Şahin, Muhammed Fatih Erbay, Hasan Tunç Şarman, Çağla Öztürk Turan, Ömer Yılmaz Ulutaş, Şule Papağan, Şefika İlnur Kökcü Karadağ, Deniz Özçeker
EP-44	Dudak Parlatıcısı Kullanımı Sonrası Gelişen Bir Kontak Keilit Olgusu Muhammed Fatih Erbay, Merve Karaca Şahin, Hasan Tunç Şarman, Aslı Berivan Topçak, Çağla Öztürk Turan, Ömer Ulutaş, Şule Papağan, Şefika İlnur Kökcü Karadağ, Hilal Güngör, Deniz Özçeker
EP-45	Kına ve Saç Boyalarının Alerjen Yüzü: p-Phenylenediamine Duyarlılığı Hasan Tunç Şarman, Merve Karaca Şahin, Hilal Güngör, Muhammed Fatih Erbay, Aslı Berivan Topçak, Çağla Öztürk Turan, Ömer Yılmaz Ulutaş, Şefika İlnur Kökcü Karadağ, Deniz Özçeker

POSTER BİLDİRLER

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-6
OTURUM BAŞKANLARI: NİLÜFER GALIP, SAKİNE İŞİK

EP-46	Adölesan Hastada Benzoil Peroksit Kullanımı Sonrası Gelişen Kontak Dermatit Çağla Öztürk Turan, Merve Karaca Şahin, Hasan Tunç Şarman, Aslı Berivan Topçak, Muhammed Fatih Erbay, Hilal Güngör, Ömer Yılmaz Ulutaş, Şule Papağan, Şefika İlkur Karadağ Kökçü, Deniz Özçeker
EP-47	Atopik Dermatitli Pediatrik Olgularda Klinik Fenotip, Alerjen Duyulanması, Laboratuvar ve İmmünojenik Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi Hilal Karabağ Çıtlak
EP-48	Pediatric Alerjik Kontakt Dermatit Hastalarında Yama Testi Sonuçlarımız: Tek merkez deneyimi Elif Berna Engin, Figen Çelebi Çelik, Gülçin Kaymakoglu, Ayman Hişmioğulları, Soner Günder, Emre Fırat, Necmi Can Yüksel, Berna Uzunoğlu, Hatice Ceren Eser, Canan Şule Karkiner, Özlem Sancaklı, Demet Can
EP-49	Çocuk Alerji Polikliniğine Döküntü ile Başvuran Parvovirüs B19 Enfeksiyonlu Çocukların Klinik ve Laboratuvar Bulguları Enes Çelik, Hande Yüksel Bulut, Sedat Vezir
EP-50	Adenoidektomi ve/veya Tonsillektomi Uygulanan 2-6 Yaş Çocuklarda Preoperatif İmmün Profil ve Alerjen Duyarlılığı Halime Yağmur, Özge Atay, Gizem Kabadayı, Nevin Uzuner
EP-51	Bleomisin Tedavisi Alan Pediatrik Onkoloji Hastalarında Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi Emine Müge Özkan, Mehmet İnaltekin, Serhan Küpeli, Dilek Özcan, Ayşe Özkan, Gülay Sezgin, İbrahim Bayram
EP-52	Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu mu, Stevens-Johnson Sendromu mu? İki Olgu Üzerinden Zor Bir Ayırıcı Tanı Saniye Yasemin Yılmaz, İlkur Külhaş Çelik, Gülsüm Alkan, Hasibe Artaç
EP-53	Antiepileptik İlişkili DRESS Sendromu: Pediatrik Olgu Sunumu Mustafa Akın, Meltem Cömert, İlyas Emre Tekdemir, Fatma Duksal
EP-54	Ateş, Yaygın Döküntü ve Hiperinflamasyon ile Seyreden Bir Olguda DRESS Sendromu Ayırıcı Tanısı Selim Can Berk, Taha Yasin Akın, Yusuf Ziya Varlı, Döndü Ceren Kaval, Muhammet Taha Demirci, Mevrure Yazıcı, Nezihe Nefise Uluç, Nihal Şahin, Işıl Eser, Metin Aydoğan

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-7
OTURUM BAŞKANLARI: SEDA ŞİRİN, ŞULE BÜYÜK YAYTOKGİL

EP-55	Elexacafort /Tezacafort/Ivacafort ile Gelişen İlaç Döküntüsünde Desensitizasyon Deneyimi Emine Ülgen, Pınar Şahin, İlke Baş, Gökçen Kartal Öztürk, Figen Gülen, Handan Duman Şenol
EP-56	Pediatric Kutanöz Mastositozlu Hastalarda Klinik Özellikler ve İzlem Sonuçları Ecem Kahveci, Betül Gemici Karaaslan, Muhammed Aydın, Dilan Demir Gümüş, Zeynep Meriç, Sezin Aydemir, Süheyla Ocak, Ayça Kıyıkım, Esra Yücel
EP-57	Kronik Ürtikerde Omalizumab Tedavisinde Tek Merkez Deneyimimiz Ece Tüsz Önata, Öner Özdemir
EP-58	Mycoplasma Enfeksiyonuna Bağlı Reaktif Mukokutanöz Döküntü Demet Hafızoğlu, Sait Kılıç, Fatma Dilşad Aksoy, Gülsema Ferah
EP-60	Vasküler Basiya Bağlı İntratorasik Obstrüksiyon: Astımı Taklit Eden Bir Olgu Ebru Çelebi Develi, Melis Aydın Mut, Musa Şahin, Aylin Kont Özhan, Tuğba Arkoğlu, Semanur Kuyucu
EP-61	Lokal Anestezik Alerjisi Şüphesi İle Kliniğimize Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi: Gerçek Yaşam Verileri Uğur Tokdemir, Serkan Küçüktürk, Mehmet Yavuz Özbey, Nejdet Karabey, Gökhan Özel, Serhat Yıldırım, Dilruba Zeynep Demircioğlu, Sevgi Keleş, İsmail Reisli, Şükrü Nail Güner

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-8
OTURUM BAŞKANLARI: BURCU TAHİRE KÖKSAL, ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ

EP-62	Çocuklarda Non-Steroidall Antiinflatuar İlaç Aşırı Duyarlılığı: Tek Merkez Deneyimi Duygu Peker, Fazıl Orhan, Nalan Yıldız, Gülizar Demir, Saniye Mertek Şensoy
EP-63	D vitaminiye bağlı ani aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen pediatrik olgu Hasret Erkmen, Yunus Emre Karaduman
EP-64	FVIII/vWF Konsantrisine Karşı Ani Tip Sistemik Aşırı Duyarlılık Reaksiyonu Gelişen Pediatric Hastada Başarılı Desensitizasyon Uygulaması Çansu Duran, Sezin Aydemir, Leman Tuba Karakurt, Nurhan Kasap, Zülal Sude Yaman, Mehmet Onur Çandır, Fatma Betül Çakır, Mustafa Arga
EP-65	Anafaksi Sonrası Lipozomal Amfoterisin B Desensitizasyonu Yapılan Olgu Hüseyin Başpınar, Nilgün Bahar Teker, Hatice Büşra Fidan, Mehmet İnaltekin, Elisa Kundakçı, Mahir Serbes, Dilek Özcan
EP-66	NSAİİ Hipersensitivitesi Şüphesi Olan Pediatric Hastalarda Tanısal Algoritma ve Gerçek Yaşam Verileri Melis Öztürk Aykaç, Eren Sarı, Özlem Yılmaz
EP-67	Lokal Anestezik Alerjisi Şüphesi ile Yönlendirilen Hastaların Değerlendirilmesi: 10 Yıllık Deneyim Figen Çelebi Çelik, Soner Günder, Özgen Soyöz, Canan Şule Karkiner, Özlem Sancaklı, Demet Can
EP-68	Şüpheli Penisilin Alerjisi Olan Akut Romatizmal Ateşli Çocuklarda Penisilin Deri Testi Kiti Yokluğunda Benzatin Penisilin G ile Tanısal Testler Güvenli Bir Alternatif Olabilir mi? Cebbar Yıldırımçakar, Mustafa Beykan İstanbullu, Cansu Kavukçu Horasan, Ebru Arık Yılmaz
EP-69	Lokal Anestezik İlaç Aşırı Duyarlılığı Şüphesi ile Başvuran Çocuk Hastalarda Tanısal Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi Demet Tekcan, Hasibe Artaç, İlkur Külhaş Çelik
EP-70	Pediatric NSAİİ Aşırı Duyarlılığında Erken Tolerans: Yeniden Değerlendirme Ne Zaman Gerekli? Merve Karaca Şahin, Nilay Çalışkan, Hamit Bologur, Güler Yıldırım, Muhammed Fatih Erbay, Aslı Berivan Topçak, Hasan Tunç Şarman, Çağla Turan Öztürk, Hilal Güngör, Ömer Yılmaz Ulutaş, Şule Papağan, Şefika İlkur Kökçü Karadağ, Deniz Özçeker

POSTER BİLDİRLER

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-9
OTURUM BAŞKANLARI: BETÜL KARAATMACA, SERKAN FILİZ

EP-71	Hiper-IgE Sendromlarının Klinik, İmmünolojik ve Genetik Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi <u>Burcu Sarıgül Çimi, Zehra Şule Haskoğlu, Candan İslamoğlu, Sevgi Keleş, Caner Aytekin, Serdar Ceylaner, Esin Figen Doğu, Kamile Aydan İkinçioğulları</u>
EP-72	Süt Çocuğunun Geçici Hipogamaglobulinemisi Tanısıyla IVIG Tedavisi Başlanan Hastalarda Klinik Seyir ve İzlem Sürecindeki Tanısal Değişim: Retrospektif Klinik Çalışma <u>Kübra Çevik Tokmak, Öner Özdemir</u>
EP-73	Doğuştan Bağışıklık Kusuru Olarak STAT3 Hiper IgE Sendromu: 14 Vaka, Tek Merkez Deneyimi <u>Burkay Çağan Çolak, Razin Amirov, Necmiye Öztürk, Selcen Bozkurt, Ramin Mahmudov, Metin İlkbahar, Melek Yorğun Altunbaş, Sevgi Bilgiç Eltan, Elif Karakoç Aydiner, Ahmet Özen, Safa Barış</u>
EP-74	ORAI-1 Defektine Bağlı Kombine İmmün Yetmezlik: Olgu Sunumu <u>Emel Görgülü, Ömer Akçal</u>
EP-75	22q11.2 Delesyon (DiGeorge) Sendromlu Çocukta İmmün Disregülasyon ve Lenfoproliferatif Bulgular <u>Kübra Yırgın, Ahmet Sert, Meryem Özçelik, Şeyda Köse Özcan, Simge Erdil, Serkan Arslan, Pinar Gökmirza, Çiğdem Aydoğmuş</u>
EP-76	Burkitt Lenfoma ve Ağır İmmün Yetmezlik Fenotipinde Oligojenik Zemin: TNFRSF13B, TCF3 ve G6PD Varyantlarının Sinerjistik Etkisi <u>Enes Onkun, Güney Küçük Küllice, Ayşe Öz, Zeycan Canitez Oral, Fatma Betül Özen, Mine Balasar, Sultan Aydın Aslantaş, Fatih Çelmeli</u>
EP-77	Tekrarlayan Menenjitlerin Ardındaki Sessiz Kusur: MYD88 Eksikliği Olgusu <u>Seda Aksoy Girgiç, Gizem Uslu, Dilek Kacar, Seda Çevik, Ayşe Cavidan Sonkur, Halil Alkaya, Cansu Duran, Mehmet Cihan Şentürk, Sezin Aydemir, Leman Tuba Karakurt, Nurhan Kasap, Mustafa Arga</u>
EP-78	Splenektomi Planlanan Adölesan Hastada COVID Tanısı: Cerrahi Kararı Tersine Çeviren Bir Olgu <u>Yusuf Ziya Varlı, Taha Yasin Akın, Mebrure Yazıcı, Muhammet Taha Demirci, Mehmet Serkan Erkan, Döndü Ceren Kaval, Işıl Eser Şimşek, Metin Aydoğan</u>
EP-79	B Hücre Lenfopenisi, Etanercept Duyarlı Otoinflamatuvar Sendrom Ve Splenomegali Gözlenen TRNT1 Mutasyonu Olgusu <u>Duygu Lüleci Dağlı, İlke Baş, Emine Ülgen, Pinar Şahin, Nihal Karadaş, Deniz Yılmaz Karapınar, Emin Karaca, Güzide Aksu, Neslihan Edeer Karaca</u>
EP-80	Doğuştan Bağışıklık Kusuru Tanısında Klinik Şüphe ve Doğru Genetik Testin Önemi <u>Burkay Çağan Çolak, Razin Amirov, Necmiye Öztürk, Selcen Bozkurt, Ramin Mahmudov, Metin İlkbahar, Melek Yorğun Altunbaş, Sevgi Bilgiç Eltan, Safa Barış, Elif Karakoç Aydiner, Ahmet Özen</u>

3 NİSAN 2026, 18:15 - 19:00 | FUAYE ALANI, KIOSK-10
OTURUM BAŞKANLARI: ÖMER AKÇAL, NURHAN KASAP

EP-81	Maternal Engraftman Saptanan Ağır Kombine İmmün Yetmezlik Olgularının Klinik ve Tanısal Değerlendirmesi <u>Şeyda Köse Özcan, Simge Kılıçoğlu, Ahmet Sert, Serkan Arslan, Meryem Özçelik, Kübra Yırgın, Serdar Al, Pinar Gökmirza, Çiğdem Aydoğmuş</u>
EP-82	Heterozigot TNFRSF13B (TAC1) Mutasyonlarının Farklı Klinik Yansımaları <u>Mervener Kurtuluş, İlknur Külhaş Çelik, Fatih Çölkesen, Hasibe Artaç</u>
EP-83	Konjenital Nötropenili Hastaların Klinik Özellikleri ve Tedavi Yanıtlarının Değerlendirilmesi <u>Dilan Demir Gümüş, Zeynep Meriç, Muhammed Aydın, Ecem Kahveci, Sezin Aydemir, Betül Gemicci Karaaslan, İremnaz Karahan, İsmail Hakkı Özcan, Simge Çınar Özel, Süheyla Ocak, Esra Yücel, Ayça Kıyıkım</u>
EP-84	Kabuki Sendromunda İmmünolojik Profil ve Klinik Özellikler: Beş Olgunun Değerlendirilmesi <u>Yağmur Özkan, Çiğdem Aydoğmuş, Pinar Gökmirza</u>
EP-85	Bebeklik Döneminde WHIM Sendromunun Erken Tanısı: De Novo CXCR4 Mutasyonu Olan Bir Olgu <u>Halil Alkaya, Pinar Yağmur Altınkaynak, Gizem Uslu, Dilek Kacar, Seda Çevik, Ayşe Cavidan Sonkur, Seda Aksoy Girgiç, Cansu Duran, Mehmet Cihan Şentürk, Sezin Aydemir, Leman Tuba Karakurt, Nurhan Kasap, Mustafa Arga</u>
EP-86	Komplike Enfeksiyonla Başvuran Bir Olguda Erken Genetik İncelemenin Önemi <u>Zeynep Gizem Gündüz, Lala Guliyeva, Engin Altundağ, Alişan Yıldırım</u>
EP-87	PU.1 Eksikliği: Nadir Bir Ağammaglobulinemi Olgusu <u>Güney Küçük Küllice, Özgür Erkal, Zeycan Canitez Oral, Enes Onkun, Fatih Çelmeli</u>
EP-88	"DOCK8 Eksikliği Şüphesiyle Değerlendirilen, Heterozigot Varyant ve Somatik Reversiyon Saptanan Hafif Seyirli Bir Olgu" <u>Meryem Özçelik, Kübra Yırgın, Ahmet Sert, Şeyda Köse Özcan, Simge Erdil, Serkan Arslan, Pinar Gökmirza, Arzu Akçay, Safa Barış, Çiğdem Aydoğmuş</u>
EP-89	Erken infantil dönemde atopik fenotipli immün yetmezlik bulguları ile başvuran immün disregülasyon: Otulipeni <u>Mehmet Cihan Şentürk, Pinar Yağmur Altınkaynak, Gizem Uslu, Dilek Kacar, Seda Çevik, Ayşe Cavidan Sonkur, Halil Alkaya, Cansu Duran, Seda Aksoy Girgiç, Sezin Aydemir, Leman Tuba Karakurt, Nurhan Kasap, Mustafa Arga</u>

KONUŞMA METİNLERİ

SUBKUTAN İMMÜNOGLOBULİN (SCIG) TEDAVİSİ

DR. ŞEFİKA İLKNUR KÖKCÜ KARADAĞ

PROF.DR.CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

İmmünooglobulin replasman tedavisi, primer antikor yetmezlikleri başta olmak üzere çeşitli inborn errors of immunity (IEI) olgularında tedavinin temel bileşeni oluşturmaktadır. Subkutan immünooglobulin (SCIG), intravenöz yola (IVIG) kıyasla daha stabil serum IgG düzeyleri sağlaması, hastane bağımlılığını ortadan kaldırması, sistemik advers reaksiyon riskinin düşük olması ve ev ortamında bağımsız uygulamaya imkân tanınması nedeniyle pediatrik immünoloji pratiğinde giderek daha fazla tercih edilmektedir. IVIG'de gözlenen pik-dip dalgalanmasının aksine SCIG, fizyolojik sınırlara yakın tutarlı bir serum konsantrasyonu sağlayarak uygulamalar buna bağlı enfeksiyon riskini azaltmaktadır.

Formülasyonlar ve Doz Programı

Günümüzde %10, %20 konsantrasyonlarda konvansiyonel SCIG preparatları ile rekombinant insan hiyalüronidazı (rHuPH20) içeren formülasyonlar kullanılmaktadır. fSCIG, subkutan dokunun geçirgenliğini geçici olarak artırarak tek seansta daha yüksek hacim infüzyonuna ve daha seyrek uygulama sıklığına olanak tanır. Doz hesaplamasında temel yaklaşım, aylık IVIG dozunun uygulama sıklığına göre bölünmesidir: haftalık uygulamada dörde, iki haftada bir uygulamada ikiye, on günde bir uygulamada üçe bölünür. Tek bölgeye verilebilecek maksimum hacim tercihen 25 mL, en fazla 50 mL olarak belirlenmiş olup 30–50 mL'yi aşan dozlarda eş zamanlı 2–4 bölge kullanılması önerilmektedir. Pompa yöntemiyle başlangıç hızı bölge başına 25 mL/saat ile sınırlı tutulmalı; ilk uygulamalarda daha düşük hızdan başlanarak toleransa göre titre edilmelidir.

Sık tercih edilen uygulama bölgeleri abdomen, ön uyluk ve üst kolun dış-yan yüzüdür. Karın bölgesinde göbeğin 3 parmak yanından başlayarak dört kadrana (sağ/sol üst-alt) rotasyon uygulanması, nodül oluşumunu ve doku hasarını önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Bölgeler arası mesafe en az 5 cm olmalı, önceki uygulamada nodül veya doku değişikliği saptanan alanlar bir sonraki uygulamada es geçilmelidir. İğne boyu seçiminde yaş ve vücut yapısı belirleyicidir: bebeklerde 4 mm, 9 yaş altı veya düşük BMI'li çocuklarda 6 mm, büyük çocuklar ve yetişkinlerde 9–12 mm iğne tercih edilir. İğne açısı; cilt kıvrımı en az 2–2,5 cm yükseliyorsa 45°, en az 5 cm yükseliyorsa 90° olarak uygulanmalıdır. Kritik teknik nokta "kuru iğneleme" (dry needling) ilkesidir: immünooglobulin bir cilt irritanı olduğundan iğne ucunun ıslak girmesi yanma ve kızarıklığa neden olur.

Hasta ve Aile Eğitimi

Ev uygulamasına geçiş, yapılandırılmış üç aşamalı bir süreçle gerçekleştirilmelidir. İlk aşamada sağlık personeli uygulamayı gerçekleştirirken hasta ve aile gözlemler; ikinci aşamada 2–3 denetimli uygulamada hasta/aile tekniği uygular, hatalar düzeltilir; üçüncü aşamada kompetans değerlendirmesi tamamlanarak bağımsız ev uygulamasına onay verilir. Her uygulamada tarih, bölge, doz, lot numarası ve herhangi bir reaksiyon bilgisinin kayıt altına alınması, hem klinik takip hem de advers etki izlemi açısından zorunludur.

Yan Etki Yönetimi ve Klinik Problemlerin Çözümü

Uygulamaya bağlı en sık görülen sorunlar ve yönetim ilkeleri klinisyen için pratik bir çerçevede şöyle özetlenebilir. Erken başlangıçlı yanma ve hızlı kabarma çoğunlukla intradermal veya çok yüzeysel kanül yerleşimine işaret eder; infüzyon durdurulup doğru açı ve derinlikte yeniden yerleştirme yapılmalıdır. Şiddetli lokal gerginlik ve ağrı genellikle tek bölgeye fazla hacim verilmesinden veya aşırı hızlı infüzyondan kaynaklanır; hız %30–50 azaltılarak kalan doz ek bölgelere paylaştırılmalıdır. Sızıntı görüldüğünde çözüm "hız azalt, hacmi böl, sabitlemeyi güçlendir" üçlüsüne dayanır. Pompa alarmlı tıkanma vakalarında sistemik bir sorun düşünmeden önce set kıvrılması, klemp kapalılığı ve gevşek bağlantı gibi mekanik nedenler dışlanmalıdır. Başlangıç haftalarında sık görülen lokal eritem ve kaşıntı genellikle zamanla azalan beklenen bir reaksiyondur; hastayı bilgilendirmek, rotasyon planını güncellemek ve gerekiyorsa infüzyon hızını bir miktar düşürmek yeterlidir. Buna karşın yaygın ürtiker, nefes darlığı veya boğazda sıkışma hissi gibi sistemik aşırı duyarlılık bulguları ortaya çıktığında infüzyon derhal durdurulmalı ve acil protokol uygulanmalıdır.

Sonuç olarak SCIG tedavisinin pediatrik immünoloji pratiğine başarıyla entegre edilmesi; doğru hasta seçimini, bireyselleştirilmiş doz ve bölge planlamasını, aseptik tekniğin titizlikle uygulanmasını ve yapılandırılmış aile eğitimi gerektirmektedir. "Doğru bölge, doğru donanım, doğru teknik ve doğru yönetim" ilkesi, sürdürülebilir ve güvenli ev tedavisinin temel taşlarını oluşturmaktadır.

Kaynaklar

- Grosse-Kreul D, Allen C, Kalicinsky C, Keith PK. Infusion parameters, safety, and practical guidance for the manual administration of subcutaneous immunoglobulin 20% (Ig20Gly). *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2024;20(1):52. Published 2024 Oct 4. doi:10.1186/s13223-024-00914-7
- Gul Y, Kapakli H, Guner SN, et al. Long-Term Experience of Subcutaneous Immunoglobulin Therapy in Pediatric Primary Immunodeficient Patients with Low and Normal Body Weight. *J Clin Immunol.* 2022;42(1):64-71. doi:10.1007/s10875-021-01144-x
- Mallik R, Henderson T, Lahue BJ, Kafal A, Bassett P, Scalchunes C. Subcutaneous immunoglobulin in primary immunodeficiency - impact of training and infusion characteristics on patient-reported outcomes. *BMC Immunol.* 2020;21(1):47. Published 2020 Aug 10. doi:10.1186/s12865-020-00371-y
- Moschese V, Canessa C, Trizzino A, et al. Pediatric subset of primary immunodeficiency patients treated with SCIG: post hoc analysis of SHIFT and IBIS pooled data. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2020;16:80. Published 2020 Sep 9. doi:10.1186/s13223-020-00478-2

SANTRAL TOLERANS MEKANİZMALARI**DOÇ. DR. ÖMER AKÇAL**ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İmmün sistemin sel antijenlere ve nonpatojen antijenlere karşı tepkisiz kalmasına immün tolerans denilmektedir. Bu homeostatik denge nin birincil basamağı olan santral tolerans, lenfositlerin primer lenfoid organlardaki (timus ve kemik iliğı) gelişim basamaklarında gerçekleşir

T-lenfosit matürasyonu sürecinde timik kortekste gerçekleşen pozitif seleksiyonu takiben, medullada negatif seleksiyon (klonal delesyon) evresi kritik öneme sahiptir. Bu aşamada, Medüller Timik Epitelyal Hücreler (mTEC) tarafından eksprese edilen **AIRE (Autoimmune Regulator)** proteini, periferik dokulara özgü antijenlerin timik ortamda ektopik ekspresyonunu sağlayarak, yüksek affiniteli otoreaktif T-hücrelerinin apoptoza sevk edilmesini yönetir. Bu süreçten kaçabilen ancak orta dereceli afinite gösteren bazı hücreler ise periferik immün supresyonda kilit rol oynayan **natürel regülatuar T-hücrelerine (nTreg)** farklılaşır. Diğer adıyla timik T-reg hücreler santral toleransın ikinci aşamasını oluşturur. Foxp3 ekspresyonu ile antiinflamatuvar özelliklere sahiptir

B-lenfosit serisinde ise santral tolerans kemik iliğinde şekillenmektedir. Self-antijenlere yüksek afiniteyle bağlanan immatür B-hücrelerin apoptozisi ile klonal delesyonu gerçekleşir. Orta düzeyde afinite gösteren hücrelerde **reseptör düzenlemesi (receptor editing)** mekanizmalarıyla B hücre reseptörü modifiye edilir. Özellikle hafif zincir gen rearanjmanı yoluyla spesifite değişimi sağlayan reseptör düzenleme, B-hücre repertuarının otoreaktiviteden arındırılmasında temel bir tamir mekanizmasıdır. Düşük düzeyde affiniteli B hücrelerine ise **anerjik yanıt** gerçekleşir.

Sonuç olarak, santral tolerans mekanizmalarındaki genetik veya edinsel defektler, multiorgan tutulumlu otoimmün sendromların patogenezinde primer rol oynamaktadır. İmmün toleransın kaybı ile ortaya çıkan doğuştan bağışıklık kusurları immün disregülasyon hastalıkları başlığı altında incelenmektedir.

Bu mekanizmaların moleküler düzeyde analizi, otoimmün hastalıkların tanı ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde vazgeçilmez bir öneme sahiptir.

HEREDİTER ANJİÖDEMDE AKUT ATAK YÖNETİMİ: NE ZAMAN, NE UYGULAMALI

PROF. DR. C. DOST ZEYREK

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BD

Herediter Anjioödem (HAÖ) tedavileri genellikle bradikinin oluşum yolundaki 3 alanı hedef alır: C1-INH'nin yerine konması, kallikrein inhibisyonu yoluyla bradikinin oluşumunun engellenmesi ve bradikinin B2 reseptörünün bloke edilmesi. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 2008 yılında ilk hastalığa özgü ilacın onaylanmasından bu yana, bradikinin oluşumuna yol açan bir yol olan kallikrein-kinin sistemine odaklanan tedavi seçeneklerinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Ülkemizde de 2009 yılından beri bulunmaktadır. Günümüzde akut atak tedavisinde kullanılan ilaçlar; Plazmadan elde edilmiş C1INH, Rekombinant C1INH, Oral C1INH Sebetralstat, bradikinin reseptör antagonisti İcatibant ve kallikrein antagonisti Ecallantide'dir. Bu ilaçlar yoksa Solvent/Deterjan plazma, o da yoksa taze donmuş plazma kullanılmalıdır.

HAÖ atakları kendiliğinden veya dış uyaranlarla tetiklenebilir ve hafiften yaşamı tehdit etmeye kadar değişebilir. Lokalizasyonuna bakılmaksızın bütün ataklar tedavi edilmelidir. Çünkü hafif ataklar şiddetli hale gelebilir ve herhangi bir atağı kısa bir sürede başka bir atak takip edebilir. Bir atağı tedavi etmenin amacı, süresini ve şiddetini azaltmak, hastanın fonksiyonel yeteneği üzerindeki etkisini en aza indirmek ve morbiditeyi ve potansiyel mortaliteyi azaltmaktır. Ataklarda tedavinin mümkün olduğunca erken başlatılması semptomların daha hızlı gerilemesini sağlar. HAÖ atakları üst hava yolu veya larengeal, gastrointestinal ve kutaneöz olarak gruplandırılır. Laringeal ataklar en nadir görülen ancak en tehlikeli atak türüdür çünkü hava yolu tıkanıklığı boğulmaya ve ölüme yol açabilir. Tüm HAE hastalarının yarısından fazlası hayatlarının bir döneminde laringeal atak geçirir. Üst solunum yollarını etkileyen tüm anjioödem atakları tıbbi acil durumlardır ve derhal tedavi edilmelidir. Akut atak tedavisi için pC1INH intravenöz 1000 U önerilmektedir. Dakikada 1mL olacak şekilde yavaş infüzyon yapılmalıdır. Yanıt yoksa 1 saat sonra 2.doz. Yine yanıt yok 4 saat sonra bir kez daha 1000 U verilmesi önerilmektedir. Rekombinant C1INH'de 2 yaşından itibaren 50 U/kg dozunda akut ataklarda kullanılabilir. Ayrıca 2 yaş ve üzeri hastalarda bradikinin reseptör antagonisti İcatibant 0,4 mg/kg dozunda ve 12 yaş ve üzeri hastalarda kallikrein antagonisti Ecallantide 30 mg ve Sebetralstat 600 mg kullanılmaktadır. Fakat ilaçların yaş alt sınırı ülkelere göre değişmektedir. Abdominal ataklarda gelişen ağrı, kusma ve sıvı kaybına bağlı olarak gelişen hipotansiyona karşı ağrı kesici, antiemetik ve intravenöz sıvı verilmelidir. Üst hava yolu ödemi durumunda hasta yakından izlenmeli ve gerekli olduğunda entübasyon ve trakeotomi yapılmalıdır.

Eğer yeni geliştirilen ilaçlar yoksa eksik olan C1 İnhibitörü yerine koymak üzere uygulanan 2 ünite taze donmuş plazma, çoğu 45 dakika içinde olmak üzere, sıklıkla ataklarda düzelmeye sağlar. Fakat bazı hastalarda içinde bulunan bradikinin artıran substratlar (FXII, prekalikrein, yüksek moleküler ağırlıklı kininogen) nedeniyle atağın şiddetini artırabilir.

Deucricitabant oral olarak uygulanan spesifik bir B2 reseptör antagonistidir. Profilaksi ve atak tedavisi için araştırılan yeni bir küçük moleküldür. Faz 1 ve 2 çalışmalarından olumlu sonuç alınmış olup araştırmalar halen devam etmektedir.

Son yıllarda ailelerin ilaç kullanımını konusunda eğitilerek akut atakların tedavisinin evde yapılması önerilmektedir. Bu nedenle hastaların elinde 2 doz ilaç bulundurulmalıdır. Evde tedavi uygulamasının atak tedavisinde ilaç başlama süresini anlamlı derecede azalttığı ve yan etkide de artışa neden olmadığı gösterilmiştir. Fakat Ecallantide anafilaktik reaksiyon riski taşıdığı için bir sağlık uzmanı tarafından uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. [Betschel S, Binkley K, Borici-Mazi R, Chapdelaine H, Hébert J, Kanani A, et al.](#) The International/Canadian hereditary angioedema guideline. *Allergy Asthma Clin Immunol*, Baskıda
2. [Fasshauer M, Wedi B.](#) Hereditary angioedema (HAE) in children and adolescents: New treatment options. *Allergologie select* 2024;8:336-345.
3. [Maurer M, Magerl M, Betschel S, Aberer V, Ansotegui IJ, Aygoren-Pursun E, et al.](#) The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema—The 2021 revision and update. *Allergy*. 2022;77:1961–1990.
4. [Christiansen sc, Zuraw BC,](#) Hereditary angioedema: On-demand treatment of angioedema attacks. *Allergy Asthma Proc* 2020;41:S26-S29.
5. [Petersen RS, Fijen LM, Apfelbacher C, Magerl M, Weller K, Aberer W.](#) A Core Outcome Set for Efficacy of Acute Treatment of Hereditary Angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2024;12:1614-21
6. [Uminski K, Goodyear D, Betschel S.](#) Therapeutic Advances in Hereditary Angioedema: A Focus on Present and Future Options. *Adv Ther* 2025; 42:5879–5895
7. [Busse P, Fok JS, Kamdar SS, Longhurst, HJ, Riedl MA.](#) Updates on the Current and Evolving Treatment for Hereditary Angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2026;14:375-83.
8. [Christiansen S, O'Connor M, Craig,T, Radojicic,C, Wedner,HJ, Danese S, et al.](#) On-demand treatment of hereditary angioedema attacks. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2025;134:570–579.
9. [Zuraw BL, Bork K, Bouillet L, Christiansen SC, Henriette Farkas H, Germetis AE, et al.](#) Hereditary Angioedema with Normal C1 Inhibitor: an Updated International Consensus Paper on Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment. *Clin Rev Allergy Immunol* 2025;68(1):24
10. [Mansour E, Veronez CL, Craig T, Grumach AS.](#) Hereditary angioedema in children and adolescents. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2022;50(S Pt 1):1-6

EPİTEL BARIYER HASARININ MOLEKÜLER TEMELLERİ: ÇEVRESEL MARUZİYETLERDEN KRONİK HASTALIKLARA

DR. İSMAIL ÖĞÜLÜR

İSVİÇRE ALERJİ VE ASTIM ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ (SIAF), ZÜRİH ÜNİVERSİTESİ

2000'li yılların başından itibaren besin alerjileri, anafilaksi, ilaç hipersensitivitesi ve eozinofilik özofajit gibi hastalıkların görülme sıklığında belirgin bir artış gözlenmiştir. Bu artışın, çevresel toksik maddelere maruziyet sonucu epitel bariyer bütünlüğünün bozulmasıyla ilişkili olduğu düşünülmekte ve bu durum "epitel bariyer teorisi" çerçevesinde açıklanmaktadır. Günümüzde profesyonel bulaşık deterjanları, gıda lezzet artırıcıları (monosodyum glutamat [MSG], disodyum guanilat [DSG], disodyum inosinat [DSI], maltol) ve emülgatörler (polisorbate 20 [P20], polisorbate 80 [P80]) yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bileşiklerin epitel bariyer üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla hücresel sitotoksosite, transepiteliyal elektriksel direnç (TEER), parasellüler geçiş, RNA dizileme (RNA-seq), proteomik analizler ve fekal mikrobiyom incelemelerini içeren kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bulaşık durulama maddesinin 1:20.000'e kadar seyreltilmesinde dahi doz bağımlı sitotoksosite gösterdiği ve bu etkinin temel olarak alkol etoksilat bileşeninden kaynaklandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, P20 ve P80 %0.1 (v/v) konsantrasyondan itibaren toksik etki göstermiştir. MSG, DSG ve DSI sırasıyla %1, %0.5 ve %2 konsantrasyonlarda sitotoksosite oluştururken, maltol %0.5 düzeyinden itibaren sitotoksik bulunmuştur. İnsan kaynaklı modeller (iPSC-türevi intestinal ve kolon organoidleri, organ-on-a-chip sistemleri ve sıvı-sıvı arayüz kültürleri) kullanılarak yapılan analizlerde, bu maddelerin TEER azalmasına, parasellüler geçişin artmasına ve tight junction proteinlerinde düzensiz boyanmaya yol açtığı gösterilmiştir. Ayrıca, alkol etoksilatların yıkama sonrası yüzeylerde kaldığı ve 1:5 seyreltmeye kadar sitotoksik etkilerini sürdürdüğü saptanmıştır. RNA-seq ve proteomik analizler, hücre ölümü, hücre iletişimi, proliferasyon, epitel gelişimi, metabolizma ve inflamatuvar yanıtla ilişkili genlerin anlamlı şekilde arttığını ortaya koymuştur. P20 ve P80'in toksik olmayan düşük dozlarında bile epitel gelişimi, inflamasyon ve oksidatif stresle ilişkili genlerde artış gözlenmiştir. MSG maruziyeti oksidatif stres, katlanmamış protein yanıtı ve mitokondriyal disfonksiyon gibi kritik yolları etkilemiştir. Sitotoksik olmayan dozlarda maltol ise hücresel stres yanıtını artırırken enerji metabolizmasını azaltmıştır. Ayrıca, maltol'un fekal mikrobiyom üzerinde seçici etkiler gösterdiği; çekirdek anaerobik fermentatif bakterileri azaltarak bütirat üreten türleri düşürdüğü ve daha stres toleran gruplara, özellikle Enterobacteriaceae'ye doğru bir kaymaya yol açtığı gösterilmiştir. Sonuç olarak, bu yaygın çevresel ajanların epitel bariyer bütünlüğünü bozarak hücresel, moleküler ve mikrobiyal düzeylerde olumsuz etkiler oluşturduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, deterjan ve gıda katkı maddelerinin gastrointestinal sağlık üzerindeki potansiyel risklerine dikkat çekmekte ve uzun vadeli güvenliklerinin yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE ÇEVRESEL KİRLİLİĞİN EPİGENETİK YANSIMALARI

DOÇ. DR. ŞÜKRÜ ÇEKİÇ

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI

Epigenetik, DNA dizisinde herhangi bir değişiklik olmaksızın, genlerin çalışma şeklini (ifadesini) belirleyen kalıcı veya geçici değişimleri inceleyen bilim dalıdır. 1940'larda Conrad Waddington tarafından ortaya atılan "epigenetik peyzaj" kavramından günümüzün modern "epigenom" çağına kadar geçen süreçte, bu mekanizmanın genetikten ayrı değil, onunla birlikte çalışan dinamik bir düzenleme sistemi olduğu anlaşılmıştır.

Temel Mekanizmalar: Genlerin "Şalterleri"

Epigenetik, çevreden gelen sinyalleri biyolojik bir hafızaya dönüştüren üç ana mekanizma üzerinden çalışır:

- DNA Metilasyonu:** DNA üzerindeki belirli bölgelere (özellikle sitozin bazlarına) metil grubu eklenmesiyle genlerin genellikle "susturulması" işlemidir.
- Histon Modifikasyonları:** DNA'nın etrafına sarıldığı proteinlerin (histonların) gevşemesi veya sıkılaşmasıyla genlerin okunabilirliğini belirler. Örneğin, asetilasyon genleri aktifleştirirken, deasetilasyon onları baskılar.
- Non-coding (Kodlamayan) RNA'lar:** Protein üretmeyen bu moleküller (miRNA ve lncRNA), gen ifadesini transkripsiyon sonrası aşamada kontrol eder.

Genetik ve Epigenetik Farkı: Hız ve Adaptasyon

Genetik mutasyonlar binlerce yıl sürerken ve kalıcıyken; epigenetik değişimler tek bir nesilde veya anında gerçekleşebilir, dinamiktir ve geri döndürülebilir. İklim değişikliği gibi hızlı gelişen yıkıcı süreçlerde, epigenetik mekanizmalar canlılar için bir "evrimsel kurtarma" işlevi görür. Genetik mutasyonların yavaş kaldığı durumlarda epigenetik, popülasyonların hayatta kalması için gereken fenotipik çeşitliliği ve adaptasyon hızını sağlar.

İklim Krizinin Biyolojik Saatimiz Üzerindeki Etkisi

İnsan sağlığı üzerindeki en çarpıcı etkilerden biri "epigenetik saatler" üzerinden gözlemlenmektedir. Biyolojik yaşlanmayı ölçen bu saatler (Horvath, GrimAge vb.), çevresel stresörlerle takvim yaşının önüne geçebilir. Araştırmalar, yüksek yıllık ortalama sıcaklıkların epigenetik yaşlanmayı (EAA) hızlandırdığını, bunun da akciğer fonksiyon bozukluğu ve artan ölüm riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Alerji, Astım ve Çevresel Faktörler

Hava kirliliği (özellikle PM2.5), **FOXP3** gibi kritik bağışıklık genlerinin metilasyonunu artırarak bağışıklık toleransının kaybına (Treg fonksiyon kaybı) yol açar. Orman yangınları, aşırı yağışlar ve kuraklık gibi olaylar; astım, egzama ve alerjik rinit ile bağlantılı gen bölgelerinde (örneğin HLA-DQB1, IL4) değişimleri tetikler. Ayrıca, polen mevsimlerinin uzaması ve polenlerin alerjenitesinin artması bu süreci şiddetlendirir.

Prenatal Fırsat Penceresi ve Nesiller Arası Aktarım

Anne karnındaki dönem (prenatal pencere), bağışıklık sisteminin gelişimi için kritiktir. Hamilelik sırasında sigara dumanı, aşırı stres, kuraklık veya hava kirliliğine maruz kalmak, çocukta ileride gelişebilecek alerji ve astım riskini epigenetik kodlar aracılığıyla kalıcı olarak artırabilir. İlginç bir şekilde, bu epigenetik izler (stres hafızası) sadece maruz kalan bireyde kalmaz; bitkilerde ve bazı canlı türlerinde 5 ila 25 nesil boyunca aktarılabilir. Ancak, çevresel koşullar normale döndüğünde bu işaretlerin silinmesi (washout etkisi), organizmanın yeniden uyum sağlamasına olanak tanır.

Epigenetik Yaşlanmayı Yavaşlatmak İçin Öneriler

Sunumda, epigenetik dengeyi korumak ve biyolojik yaşlanmayı yavaşlatmak için şu stratejiler önerilmektedir:

- D Vitamini Takviyesi:** Eksiklik durumunda takviye almak biyolojik yaşlanmayı 1.3 ile 2.6 yıl arasında yavaşlatabilir.
- Diyet Kalitesi:** Yüksek diyet kalitesi, özellikle erken yaşlarda, sağlıklı bir epigenetik profilin anahtarıdır.
- Sigardan Uzak Durmak ve Kilo Kontrolü:** Sigara ve obezite, epigenetik yaşlanmanın en büyük tetikleyicileridir.
- Çevresel Maruziyeti Azaltmak:** Aşırı sıcaklardan kaçınmak ve hava kirliliğine maruziyeti minimize etmek epigenetik dengeyi korur.

Sonuç olarak, epigenetik; iklim değişikliğine karşı canlıların en hızlı savunma hattıdır ancak bu esneklik, yanlış çevresel sinyallerle ciddi sağlık sorunlarına ve "epigenetik tuzaklara" da dönüşebilir.

Kaynaklar

- Zschocke J, Fallet M. To live or let die? Epigenetic adaptations to climate change—a review. *Environ Epigenet*. 2024 Jul 4;10(1):dva009.
- Mijač S, Banić I, Genc AM, Lipej M, Turkalj M. The Effects of Environmental Exposure on Epigenetic Modifications in Allergic Diseases. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jan 7;60(1):110.
- Cardenas A, Fadadu R, Bunyavanich S. Climate change and epigenetic biomarkers in allergic and airway diseases. *J Allergy Clin Immunol*. 2023 Nov;152(5):1060-1072.
- Xu R, Li S, Guo S, Zhao Q, Abramson MJ, Li S, Guo Y. Environmental temperature and human epigenetic modifications: A systematic review. *Environ Pollut*. 2020 Apr;259:113840.
- Andrea N Salazar V, Mendoza AM, Manuel J, Prieto G. Epigenetics: from the past to the present *Frontiers in Life Science*, 2016;9:347-370

DOĞRU HASTAYI SEÇMEK: EVCİL HAYVAN ALERJİSİNDE ALERJEN İMMUNOTERAPİ ENDİKASYONLARINI OLGULARLA DEĞERLENDİRMEK

DOÇ. DR. AHMET TÜRKELİ

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, DAHİLİ TIP BİLİMLERİ

Evcil hayvan alerjisi, günümüzde alerjik hastalıkların en yaygın ve klinik açıdan en zorlayıcı alt gruplarından birini oluşturmaktadır. Avrupa’da hanelerin yaklaşık %50’ si en az bir evcil hayvana sahipken, bazı ülkelerde bu oran %65’ e kadar ulaşmaktadır. Çocukluk çağında kedi (*Felis domesticus*) ve köpek (*Canis familiaris*) en sık duyarlılık oluşturan evcil hayvan türleri olmakla birlikte, kobay, hamster, tavşan ve at gibi diğer memeli hayvanlar da önemli alerjen kaynakları arasında yer almaktadır. Alerjenler giysiler ve saçlar ile ev dışı ortamlara da taşınmakta, kedi sahibi olmayan kişilerin sıklıkla bulunduğu okul ve işyerlerinde saptanabilmekte ve aylarca kalıcılığını sürdürebilmektedir. Kedi ve köpek sensitizasyonu Avrupa erişkin popülasyonunda sırasıyla %26 ve %27 düzeyinde bildirilmektedir. Duyarlılık bireyin yaşına bağlı olarak değişmekte olup çocukluk ve ergenlik döneminde artış göstermektedir.

Kedi veya köpeklerden kaynaklanan alerjenler astım ve alerjik rinit gelişimi için önemli risk faktörleridir. Evcil hayvan alerjisine bağlı alerjik rinit ve/veya astımın en etkili tedavisi alerjiye neden olan hayvandan tamamen uzak durmaktır.

Çevresel Önlemler:

- Alerjenlerin birikmesine neden olabilecek halı, döşemeli ve kumaş kaplı mobilyaların mümkün olduğunca değiştirmek
- Yatak ve yastıkların alerjen geçirmez kılıflar ile kaplamak
- HEPA filtreli bir elektrikli süpürgeyi düzenli kullanmak
- Mümkünse evci hayvanı yatak odasından uzak tutmak
- Evcil hayvanın düzenli olarak yıkamak
- Hayvanın tüyelerine topikal losyon uygulamak
- HEPA filtreleri kullanarak havayı temizlemek,

toplam iç mekan evcil hayvan alerjen yükünü azaltma açısından olumlu bir fayda sağlayabilir, ancak tamamen ortadan kaldırmaz.

Allerjen immünoterapi (AIT), IgE aracılı allerji mekanizmasını hedef alan ve hastalığın doğal seyrini değiştirebilen tek tedavi seçeneğidir. Ancak evcil hayvan alerjisinde AIT uygulamaları ekstrakt standardizasyon güçlükleri, polisensitize profiller ve yetersiz randomize kontrollü çalışma sayıları nedeniyle hâlâ tartışmalı bir konu olmayı sürdürmektedir. Bu nedenle kimlerin AIT’ den yarar göreceğinin doğru belirlenmesi, hem klinik başarıyı hem de güvenliği doğrudan etkilemektedir.

AIT başlamadan önce yapılması gereken tanısal değerlendirme; klinik öykü, ekstrakt bazlı testler ve moleküler alerji tanısından oluşan bir süreçtir. Her basamağın katkısı birbirini tamamlar niteliktedir.

Tanı algoritmalarının temel taşı kapsamlı bir klinik öyküdür. Evcil hayvanla temasa özgü ortaya çıkan semptomların (rinit, konjonktivit, ürtiker, astım), maruziyetle kronolojik ilişkisi ve doz-yanıt örüntüsü değerlendirilmelidir.

Deri prik testi (DPT) ve serum spesifik IgE ölçümü, IgE aracılı sensitizasyonu doğrulamada birbirini destekleyen birincil doğrulama testleridir. Ekstrakt bazlı testler polisensitizasyonu ortaya koyabilmekle birlikte primer sensitizasyonu çapraz-sensitizasyondan ayırt etme kapasitesine sahip değildir.

Günümüzde moleküler allerji tanısı (Component-Resolved Diagnosis, CRD), yalnızca DPT ve total ekstrakt bazlı spesifik IgE ölçümünün ötesine geçerek, hastanın gerçek sensitizasyon profilinin ortaya konmasını sağlar. Bu yaklaşım AIT endikasyonunun güçlendirilmesinde, çapraz reaktivitenin değerlendirilmesinde ve immünoterapinin planlanmasında, olası yan etki riskinin tahmininde kritik rol oynamaktadır.

CRD için iki platform kullanılmaktadır: Singleplex (ImmunoCAP, kantitatif) ve multiplex (ALEX², ISAC, yarı-kantitatif ama geniş panel). Multiplex platformlar düşük serum gereksinimleri ve 12’ den fazla alerjen için maliyet etkinlikleriyle öne çıkmakla birlikte düşük total IgE düzeylerinde analitik duyarlılıkları sınırlı kalabilir.

Kedi ve köpek allerjenleri çoğunlukla lipokalinler, sekretoglobulinler ve serum albüminleri gibi belirli protein ailelerine aittir, her iki hayvan da sekiz alerjene sahiptir. Bu proteinlerin yapısal benzerlikleri türler arası çapraz reaksiyonların oluşmasına yol açmaktadır (Tablo 1).

Tablo1: Evcil hayvan alerjen örnekleri

Protein ailesi	Örnek alerjen	Özellik
Sekretogloblin	Fel d 1	Kediye özgü majör alerjen
Lipokalin	Can f 1,2,4,6; Fel d 4,7; *Equ c 1	En yaygın hayvan alerjen ailesi
Serum albümin	Fel d 2, Can f 3, Bos d 6, Equ c 3, *Sus s 1	Türler arası çapraz reaksiyon
Kallikrein	Can f 5	Erkek köpeğe özgü alerjen

*At **Domuz

Fel d 1 majör kedi alerjenidir ve kedi alerjisi olan hastaların %80-96'sında deri testi veya spesifik IgE pozitifliği ile karşılık bulmaktadır. Fel d 1; deri sekresyonları, tükürük bezi ve anal bezlerden salgılanmakta olup 5-10 µm çapındaki partiküllerle taşınır ve havada uzun süre asılı kalabilir. Can f 1 (lipokalin), başlıca köpek alerjenidir. Can f 2, Can f 3 (albumin), Can f 5 (prostatin), Can f 6 ise klinik açıdan önem taşıyan diğer bileşenlerdir. Can f 5 özellikle erkek köpeklere özgü olup bazı hastalarda dominant alerjen olabilmektedir.

Lipokalin grubunda yer alan Fel d 4 ve Fel d 7, Fel d 1 Can f 1 ve Equ c 1 ile yüksek dizi homolojisi paylaşarak türler arası çapraz-sensitizasyona katkıda bulunur.

Serum albumin grubunda yer alan Fel d 2, Can f 3 ve Equ c 3 özellikle besin alerjisi sendromlarının (domuz-kedi sendromu gibi) dışlanmasında önemlidir.

Kedi ve köpeğe duyarlı bireylerde de alerjik semptomların prevalansı, duyarlılık oluşturan alerjen moleküllerinin sayısı ile artar.

Alerjen İmmunoterapide Hasta Seçimi

IgE-aracılı sensitizasyonun kanıtlanması (SPT/sIgE), semptomların alerjen maruziyetiyle klinik korelasyonu şarttır. Maruziyetle semptom ilişkisi öykü ya da gerektiğinde provokasyon testleri ile ortaya konulmalıdır. Kaçınma önlemleri ve optimal ilaç tedavisine rağmen kontrol altına alınamayan orta-ağır semptomlar olmalıdır. Hastanın evcil hayvandan ayrılamaması, astım gelişme riskinin yüksek olması, komponent tanıda majör alerjene (Fel d 1, Can f 1) güçlü sensitizasyon, polisensitize hastalarda birincil duyarlılaştırıcının net olarak belirlenmiş olması ve semptomlar o alerjenle açıkça ilişkilendirilmesi AIT endikasyonunu destekleyen faktörlerdir.

Kontrendikasyonlar;

- Ağır veya yetersiz kontrollü astım (FEV1 < %70).
- Ciddi kardiyovasküler hastalık.
- β-bloker kullanımı (anafilaksi yönetimini güçleştirir).
- Aktif otoimmün hastalık veya immün yetmezlik.
- Gebelik (SCIT için yeni başlangıç kontrendikedir; devam eden protokollerde klinisyen değerlendirmesi gereklidir).
- İleri yaş, malignite veya kötü tedavi uyumu, bireysel risk-yarar değerlendirmesi yapılmalıdır.

OLGU ÖRNEKLERİ

Olgu 1

15 yaşında kadın hasta, son 3 yıldır devam eden burun tıkanıklığı, hapsirik, göz kaşıntısı yakınmalarıyla başvuruyor. 1,5 yıl önce eve yeni alınan kedi ile yakınmalarının belirgin artışı var. Semptomlar; antihistamin ve topikal kortikosteroid ile kısmen kontrol altına alınabilmiş ancak yaşam kalitesi bozulmuş, okul başarısı düşmüş. Kediden ayrılmak istemiyor.

Laboratuvar: DPT: Kedi (8 mm), diğer aeroalerjenler negatif. Fel d 1 sIgE: 12,4 kU/L.

Spirometri: Normal

Klinik Karar: Hasta kediyle yaşamayı sürdürmek istemekte, semptom yükü yüksek ve ilaç tedavisi yetersiz kalıyor. Monosensitizasyon, majör alerjene yüksek sensitizasyon ve sosyal gerekçe ile SCIT başlandı.

Olgu 2

9 yaşında erkek çocuk, 3 yıldır alerjik rinit; son bir yıldır hafif persistan astım eşlik ediyor. Aile evde kedi bulunduruyor. Çocuğun astım semptomları özellikle kedi ile temas sonrasında artıyor.

Laboratuvar: Deri testi: Kedi (7 mm), diğer aeroalerjenler negatif, Fel d 1 sIgE: 6,1 kU/L. Spirometri: Normal ., ACQ (çocuk versiyonu): 1,4.

Klinik Karar: 5 yaşın üzerinde çocukta SCIT için yaş kriteri karşılanıyor. Hafif persistan kontrollü astım, monosensitizasyon, ailenin de-ğiştiremeyeceği maruziyet ve SCIT başlandı; seçenek olarak SLIT de değerlendirildi

Olgu 3

14 yaşında erkek hasta, 5 yıldır yıl boyu süren rinit bulguları var. Evde kedi ve köpek mevcut; Semptomlar yıl boyu görülüyor, mevsimsel fark yok. Kedi teması ile şikayetleri artış gösteriyor.

Laboratuvar: DPT: Kedi (10 mm), Köpek (-), Ev tozu akarı: (6 mm), Çim poleni (4mm)

Fel d 1 sIgE: 15,2 kU/L, Der p 1 sIgE: 1,8 kU/L, Phl p 1 sIgE: 0,9 kU/L. Spirometri: Normal

Klinik Karar: Polisensitizasyon mevcut; ancak anamnez ve komponent analizi kedi alerjisinin baskın nitelikte olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik değerlendirme yapılarak kedi bazlı SCIT başlandı. 6 ay sonra şikayetleri oldukça azaldı.

Olgu 4

16 yaşında erkek hasta, 9 yıldır alerjik astım ve alerjik rinit tanısı mevcut. Düzenli ilaç kullanmıyor ama rahatsız olduğu semptomu yok. 8 yıl önce yapılan DPT de ev tozu akarı ve kedi alerjisi saptanmış. Bu sene kaldığı okul yurduna ve yatakhaneye çok sayıda kedi girip çıkıyor-muş. Hasta sık astım atağı geçirmeye başlamış, alerjik rinit bulguları artmış.

Laboratuvar: DPT Ev tozu akarı (4mm), Kedi (7mm), Ev tozu akarı slgE: 1,2 kU/L, Fel d 1 slgE: 9,4 kU/L. Spirometri: Normal

Klinik Karar: Kedi maruziyetini engelleyemediği için kedi bazlı SCIT başlandı.

Alerjen İmmünoterapi Seçimi

Evcil hayvan alerjisinde hem SCIT hem de SLIT formları mevcut olsa da, günümüzde en kapsamlı etkinlik kanıtı SCIT içindir. SCIT ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarda semptom skor ve medikasyon puanlarında belirgin azalma gösterilmiş; klinik tolerans 3-5 yıllık tedavi sonrasında uzun süre devam edebilmektedir

Dávila ve ark. konsensus belgesinde derlenen çalışmalara göre 12 ay süreyle uygulanan kedi SCIT, rinokonjunktivit ve astımlı erişkinlerde semptom skorlarında ve IgG4 düzeylerinde belirgin artışa yol açmıştır. Optimal idame dozu 15 µg Fel d 1/0,5 mL olarak belirlenmiştir. Klinik iyileşme, köpek ekstraktına kıyasla daha tutarlı bulunmaktadır.

İntralenfatik immünoterapi (ILIT), 12 haftalık bir süre boyunca lenf düğümüne doğrudan alerjen özütü enjeksiyonu içeren, gelişmekte olan bir alerjen immünoterapisi yöntemidir. ILIT, yan etki riskini azaltırken tolerans indüksiyonu için daha düşük dozlarda alerjen verir. Kümülatif doz, SCIT'e göre yaklaşık 1000 kat daha düşüktür. Alerjik rinitin klinik semptomlarında önemli ölçüde iyileşme sağlamıştır.

Ancak, evcil hayvan alerjisinde alerjen immünoterapisi ile ilgili yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmaların azlığı, daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir.

AIT' nin etkinliği; semptom skoru (TNSS, VAS), mediyasyon skoru, yaşam kalitesi ölçekleri (RQLQ, mini-AQLQ) ve spirometri (astım varlığında) ile izlenmelidir. AIT başarısızlığı, birden fazla faktörün aynı anda değerlendirilmesini gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Koçali B, Ocak M, Şekerel BE. Cat, dog, and horse allergies: emerging new insights. Turk J Pediatr 2025; 67: 445-454
2. Lliccardi G, Martini M, Bilò MB, Cecchi L, Milanese M, Brussino L, Motta E, Rogliani P. Why is pet (cat/dog) allergen immunotherapy (AIT) such a controversial topic? Current perspectives and future directions. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2024 Jul;56(4):188-191.
3. Virtanen T. Immunotherapy for pet allergies. Hum Vaccin Immunother. 2018 Apr 3;14(4):807-814.
4. Sotoudeh S, Choudhry H, Cantillo JF, Miranda MA, Fernández-Caldas E, Lockey RF. Cat, Dog, and Exotic Animal Allergy. J Allergy Clin Immunol Pract. 2025 Nov;13(11):2951-2959.
5. Mueller RS, Jensen-Jarolim E, Roth-Walter F, Marti E, Janda J, Seida AA, DeBoer D. Allergen immunotherapy in people, dogs, cats and horses - differences, similarities and research needs. Allergy. 2018 Oct;73(10):1989-1999.
6. Chan SK, Leung DYM. Dog and Cat Allergies: Current State of Diagnostic Approaches and Challenges. Allergy Asthma Immunol Res. 2018 Mar;10(2):97-105.
7. Dhami S, Agarwal A. Does evidence support the use of cat allergen immunotherapy? Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2018 Aug;18(4):350-355.
8. Dávila I, et al. Consensus document on dog and cat allergy. Allergy. 2018 Jun;73(6):1206-1222.
9. Schoos AM, Nwaru BI, Borres MP. Component-resolved diagnostics in pet allergy: Current perspectives and future directions. J Allergy Clin Immunol. 2021 Apr;147(4):1164-1173.
10. Lliccardi G, Martini M, Bilò MB, Cecchi L, Milanese M, Musarra A, Puxeddu E, Rogliani P. A narrative review on allergy and exposure to domestic and non-domestic animals: favorable and unfavorable effects. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2025 May;57(3):99-106.
11. An W, Li T, Tian X, Fu X, Li C, Wang Z, Wang J, Wang X. Allergies to Allergens from Cats and Dogs: A Review and Update on Sources, Pathogenesis, and Strategies. Int J Mol Sci. 2024 Sep 29;25(19):10520.

ÇOCUKLARDA NON ALERJİK RİNİT BİR PROBLEM Mİ ?

DR. FATİH DİLEK

T.C. İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Rinit; burun mukozasının semptomatik inflamasyonudur. Burun akıntısı, burun tıkanıklığı, hapşırma ve burun/göz kaşınmasına yol açar. Kronik rinit (KR) tanısı için; yılda en az 12 hafta boyunca günde en az 1 saat süreyle, en az iki burun semptomunun mevcut olması gerekir. Rinosinüzit gibi nazal mukozayı aşan inflamasyonlar bu tanım dışında değerlendirilir. Non-alerjik rinit (NAR); KR'nin infeksiyon ve alerjik duyarlanma olmaksızın görülmesidir.

Non-alerjik rinit; spesifik bir hastalık olmayıp diğer rinit tiplerinin dışlanmasıyla tanımlanan bir sendromdur. Geçmişte (2000-2010 arasında) bazı yayınlarda lokal alerjik rinit (LAR), NAR'ın bir alt grubu olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde bu yaklaşım tamamen değişmiştir.

Non-alerjik rinit, inflamatuvar ve non-inflamatuvar olarak iki farklı fenotipte değerlendirilir.

Eozinofili ile seyreden non-alerjik rinit sendromu (NARES) inflamatuvar formun tipik örneğidir. Bu bozuklukta hastalar tipik AR semptomatolojisi gösterirler. Koku almaları AR'den daha fazla bozulmuştur (olfaktör disfonksiyon). Bu hastalardaki berrak burun salgıları %25'ten fazla eozinofil içerir. Bu sınırı yöntemine göre (kazıma, sürüntü) %5-20 arasını kabul edenler de vardır. Bu fenotipte LAR'dan farklı olarak nazal SpIgE bulunmaz. NARES çocukluk çağı KR'lerinin %1-5'ini oluşturur.

Bu hastalardan alınan burun biyopsilerinde genellikle artmış eozinofil sayısının yanı sıra artmış mast hücre sayısı ve belirgin mast hücre degranülasyonu görülür. Bazı kohortlarda, NARES'li hastalarda nazal poliple birlikte kronik rinosinüzit gelişiminin görüldüğü bildirilmektedir; bu da NARES'in bu hastalığın erken bir formu olabileceğini düşündürmektedir. NARES, özellikle intranasal steroid tedavisine iyi yanıt verir.

Non-inflamatuvar fenotip ise literatürde ; idiopatik rinit (İR), vazomotor rinit, norojenik rinit, non-alerjik rinopati olarak da adlandırılabilir. Tanı kriterleri belirlenmemiştir, ve bir dışlama tanısıdır. Tüm NAR olgularının %71-80'ini kapsar. Burundaki otomon sinir sistemi disregülasyonu sonucu gelişir. Burun tıkanıklığı, şeffaf akıntı ve postnazal akıntı belirgindir; öksürük sıktır. Hapşırık ve kaşınma nadirdir.

Hastaların muayenesinde nazal mukozada eritem ve şeffaf akıntı görülür. Keskin kokular, sigara dumanı, temizlik maddeleri, soğuk hava, egzoz dumanı, nem ve basınç değişimleri semptomları tetikler. Bu hastalarda TRPV1 (kapsaisin reseptörü veya vanilloid reseptör) -substance P (SP) sinyal yolağının aktivitesinin arttığı gösterilmiştir. SP; vazodilatasyon, serum ekstrasvazasyonu ve mukus hipersekresyonuna neden olur. Rinoskopide; hipertrofik alt konkalar ve hiperemik mukoza görülür. İR'nin temel özelliği burun hiperreaktivitesi (BHR) varlığıdır ve soğuk hava testi BHR'yi göstermekte faydalıdır.

Non-alerjik rinit çocuk çağında birçok noktada sorunlar yaratır. Öncelikle kesin tanı kriterleri olmadığından tanımlanması zordur. Dışlama tanısı aşamasında lokal alerjik riniti (LAR) dışlamak gerekmektedir. Hem ülkemiz hem de dünya genelinde alerjen provakasyon testleri yaygın olarak yapılamadığından tanısız zorluk yaşanmaktadır. Hastalığın tedavisi konusunda da çocukluk çağında yapılmış çalışmalar çok sınırlıdır. Sonuç olarak NAR çocukluk çağında ciddi bir sağlık sorunu olarak önümüzde durmakta ve ileri çalışmaları gerektirmektedir.

Kaynaklar

1. P W Hellings , L Klimek, C Cingi, et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2017 Nov;72(11):1657-1665.
2. [Nina Rackerby](#) , [Curie Ahn](#) , [Bruce D Ball](#). Et al. Evolving paradigms of treatment of allergic and nonallergic rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2025;135:15
3. Fuad M Baroody, Philippe Gevaert, Peter K Smith j. Et al. Nonallergic Rhinopathy: A Comprehensive Review of Classification, Diagnosis, and Treatment. J Allergy clin immunol pract 2024;12:1436
4. Sarah K Wise, Cecelia Damask, Lauren T Roland. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. Int Forum Allergy Rhinol 2023;13:293

SÖZEL BİLDİRİLER

[S-01]

**EOZİNOFİLİK GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARININ
GÖRÜNMEYEN YÜZÜ: PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLER****KÜBRA BASKIN¹, H. İLBİLGE ERTÖY KARAGOL¹, KENAN ÇETİN¹, ZEYNEP ÇAVDAR¹,
SÜMEYRA AKTEPE¹, İLKNUR ATALAY CAN¹, HAKAN ÖZTÜRK², ÖDÜL EĞRİTAŞ GÜRKAN²,
SİNAN SARI², BUKET DALGIÇ², ARZU BAKIRTAŞ¹**

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI
2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Primer immün yetmezlikler (PİY) ve eozinofilik gastrointestinal sistem hastalıkları (EGİS-H) ortak patofizyolojik özelliklere sahiptir. Bu nedenle son yıllarda PİY'li hastalarda EGİS-H sıklığına odaklanan çalışmalar gündeme gelmiştir. Literatürde bu konuda kısıtlı çalışma olsa da tersine EGİS-H'li hastalarda PİY sıklığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Amaç: Kliniğimizde EGİS-H tanısıyla izlenen hastalarımızda PİY sıklığını ve çeşitliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Olgular Ocak 2024 itibarıyla iki yıllık süre boyunca prospektif olarak değerlendirildi. Elektronik sağlık kayıtları EGİS-H'e özgü özellikler, eşlik eden hastalıklar ve önceki laboratuvar testleri açısından tarandı. Tüm olgular Jeffrey Modell Vakfınca tanımlanan on uyarıcı işarete göre sorgulandı. Rutin laboratuvar tetkikleri ve temel immünolojik testler [serum immüoglobulin (Ig) düzeyleri (IgG, IgA, IgM, IgE), isohemaglutininin titresi, anti-HBs ve anti-rubella IgG titreleri] tüm olgulara uygulandı. İlk değerlendirme sonrası seçilmiş olgulara ileri immünolojik tetkikler yapıldı. Tüm PİY tanıları Avrupa İmmün Yetmezlik Derneği (ESID) tanı kriterlerine göre konuldu.

Bulgular: Toplam 88 EGİS-H'li olgu [%76'sı erkek, ortalama değerlendirme yaşı: 12.02 ± 4.54 yıl; 78'i (%88,6) eozinofilik özofajit (EoE) tanılı] çalışmaya dâhil edildi. On dört olguda primer antikor eksikliği saptandı [sınıflandırılmayan hipogamaglobulinemi (n=11), selektif IgA eksikliği (n=2), süt çocuğunun geçici hipogamaglobulinemisi (n=1)]. On sekiz olguda immüoglobulin düzeylerinde tanısız olmayan anormallikler [parsiyel Ig A eksikliği (n=8), parsiyel Ig M eksikliği (n=8), şüpheli hiper Ig E sendromu (n=2)] mevcuttu. Gruplar arası karşılaştırmalarda [PİY tanılı (n=14), PİY saptanmayan (n=56) ve anormal immüoglobulin düzeyleri olan (n=18)] demografik, endoskopik ve patolojik özellikler açısından anlamlı fark bulunmazken, yalnızca topikal budesonid tedavisine yanıtızlık PİY saptanan olgularda anlamlı şekilde yüksek bulundu (p=0,038).

Sonuç: Eozinofilik gastrointestinal sistem hastalığı olan olgularda PİY nadir değildir. Jeffrey Modell Vakfınca tanımlanan uyarıcı işaretleri tek başına tanı için yeterli değildir; bu nedenle ilk basamakta temel immünolojik testlerin uygulanması ve şüpheli olgularda ileri değerlendirme yapılması uygun olabilir. Eozinofilik gastrointestinal sistem hastalığı olan olgularda PİY'i düşünmek için endoskopik bulgular özellikle striktür varlığı ve doku eozinofilisi güvenilir değildir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, eozinofilik gastrointestinal sistem hastalıkları, primer immün yetmezlik

[S-02]

PERSİSTAN ÇOK YÜKSEK IGE VE İMMÜNDİSREGÜLASYON AYRI BİR KLİNİK FENOTİP Mİ?**İLKE BAŞ¹, HANDAN DUMAN ŞENOL¹, ZEYNEP S. PİRİM², ERSİN E. GÜLEM²,
DUYGU L. DAĞLI¹, PINAR ŞAHİN¹, EMİNE ÜLGEN¹, AYÇA AYKUT³, NESLİHAN EDEER KARACA¹,
FİGEN GÜLEN¹, GÜZİDE AKSU¹, NECİL KÜTÜKÇÜLER¹, ESEN DEMİR⁴**

1EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD, İZMİR
2EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD, İZMİR
3EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ GENETİK BD, İZMİR
4ACIBADEM KENT HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ BD, İZMİR

Giriş-Amaç: Serum total IgE düzeyinin ileri derecede ve kalıcı olarak yüksek saptanması, klinik pratikte her zaman alerjik hastalıklar ile açıklanamayan heterojen bir hasta grubunu işaret etmektedir. Bu olgularda tanımlı doğumsal immünite kusurları saptanabilmekle birlikte, önemli bir kısmında klinik tablo bilinen sendromlarla örtüşmemekte olup; altta yatan farklı immüнопатolojik mekanizmaları yansıtan ayrı bir klinik yaklaşım gerektirebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, persistan çok yüksek IgE düzeyine sahip hastaların klinik, laboratuvar ve genetik özelliklerinin değerlendirilmesi ve etyolojisi açıklanamayan olguların ayırt edici özelliklerinin ortaya konarak ayrı bir klinik fenotip oluşturup oluşturmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ege Üniversitesi Çocuk Alerji ve Çocuk İmmünoloji polikliniklerine başvuran Total IgE > 2000 IU/mL'de düzeyinde devam eden 69 hasta çalışmaya alındı. Konjenital iktiyoz gibi epitel bariyer defekti bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların klinik özellikleri, biyokimyasal ve immüнологik parametreleri ile serolojik ve genetik sonuçları incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 142±66 aydı. %62'si (n=43) erkekti. IgE yüksekliği etyolojisine göre hastalar; Grup 1 (doğal immünite kusurları, n=15), Grup 2 (alerjik hastalıklar, n=36) ve Grup 3 (etyolojisi açıklanamayan, n=18) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Grup 1; DOCK8 (n=8), STAT3 (n=5), CARD11 (n=1), IL21R (n=1) defektlerini içerirken; Grup 2; alerjik rinit/konjunktivit (n=23), astım (n=14), atopik dermatit (n=16), besin alerjisi (n=9) den oluşmaktaydı. Üç grubun klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1-2'de gösterildi. Hastaların median izlem süresi 25 (3-210) aydı. Başvuruda median total IgE ve eozinofil sayısı sırasıyla 4216 (2016-33422) IU/mL ve 610 (60-50870)/mm³ idi. Etiyolojisi açıklanamayan grubun diğer gruplardan ayırt edilmesini sağlayan klinik ve laboratuvar değişkenleri belirlemek üzere, Grup 3 referans kategori kabul edilerek tekli ve çoklu multinominal lojistik regresyon analizleri uygulandı. Serolojik ve/veya klinik otoimmünite varlığı Grup 3'ü Grup 2'den (OR=23.729, %95GA: 4.546-123.853, p<0.001) ayırt etmede bağımsız ve güçlü bir belirleyici faktör olarak saptandı. Grup 3'te otoinflamatuar ateş/döküntü/anjiödem atakları ve/veya aile öyküsü olan dört olguda otoinflamatuar panel çalışılmış olup tabloyu açıklayacak mutasyon (-MEFV (R202Q ve M694V), MVK, CARD14) saptandı. Klinik ve serolojik otoimmünite bulguları bulunan on olguda klinik ekzom dizileme (CES) yapılmış olup, analiz sonuçlarında klinik fenotiple ilişkili olabileceği düşünülen RC3H1, IL36RN, CASP10, PLCG2, TBX1 genlerinde varyantlar saptanmış olup üç olgunun sonucu beklenmektedir.

Sonuç: IgE düzeyinin >2000 IU/mL olması, sadece klasik HIES ile açıklanamayan heterojen bir tablo sunmaktadır. Etiyolojisi saptanamayan grupta bulunan yüksek otoimmünite oranı, bu hastalarda altta yatan henüz tanımlanmamış immüндisregülasyon bozukluklarına işaret edebilir. Klasik HIES fenotipine uymayan ancak kalıcı yüksek IgE saptanan hastalarda, otoimmünite varlığı ayırıcı tanıda kritik bir belirteç olarak değerlendirilmeli ve genetik analizler bu perspektifle genişletilmelidir. Tanısal sürecin başlangıcında CES temelli otoinflamatuar ve immün yetmezlik gen panellerinin birlikte analiz edilmesi, genetik nedenin erken belirlenmesini ve klinik yönetimin zamanında planlanmasına katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: immünglobulinE, immüндisregülasyon, otoinflamasyon

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Tablo1: Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=36)	Grup 3 (n=18)	p	Grup1-2	Grup 1-3	Grup2-3
Erkek/kız (%)	7(%46)8	23(%64)13	13(%72)5	0,308			
Başvuru yaşı (ay)	91±49	76±49	72±48	0,491			
Yaş (ay)	203±69	132±60	113±41	<0,001	<0,001	<0,001	0,499
İzlem süresi (ay)	24 (3-210)	27 (3-180)	11 (3-101)	0,636			
Akrabahık	6 (%40)	3 (%8,3)	5 (%28)	0,025	0,013	0,488	0,100
Hastane yatışı	14 (%93)	17 (%47)	11 (%61)	0,009	0,004	0,046	0,395
Tekrarlayan enfeksiyon	14 (%93)	13 (%36)	9 (%50)	0,001	<0,001	0,009	0,386
HİES skoru	36 (15-51)	16 (10-30)	15 (10-30)	<0,001	<0,001	<0,001	0,882
Cilt absesi	4 (%27)	0 (0)	3 (%17)	0,003	0,005	0,674	0,033
Pnömoni	11 (%73)	8 (%22)	2 (%11)	<0,001	0,001	<0,001	0,466
Parankimal akciğer anormallığı	8 (%53)	0 (0)	0 (0)	<0,001	<0,001	<0,001	-
Diğer ciddi enfeksiyonlar	7 (%47)	0 (0)	0 (0)	<0,001	<0,001	0,002	-
Öldürücü enfeksiyon	7 (%47)	0 (0)	0 (0)	<0,001	<0,001	0,002	-
Egzema	11 (%73)	7 (%19)	7 (%39)	0,001	0,001	0,080	0,188
Sinüzit öti (>3/yıl)	2 (%13,3)	3 (%8,3)	2 (%11)	0,854			
Kandidiyazis	6 (%40)	2 (%5,6)	1 (%5,6)	0,002	0,005	0,030	1,000
Süt dışlarının dökülmesinde gecikme	1 (%6,7)	0 (0)	0 (0)	0,161			
Skolyoz	2 (%13)	0 (0)	0 (0)	0,025	0,082	0,212	-
Hiperektansibilite							
Karakteristik yüz görünümü	3 (%20)	0 (0)	3 (%16,7)	0,026	0,022	0,530	0,033
Yüksek damak	6 (%40)	8 (%22,2)	4 (%22,2)	0,382			
Orta hat anomalisi	0 (0)	0 (0)	1 (%5,5)	0,238			
Lenfoma	0 (0)	0 (0)	0 (0)				

Tablo 2: Hastaların Laboratuvar Bulguları

Tablo 2: Hastaların Laboratuvar Bulguları

	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=36)	Grup 3 (n=18)	p	Grup1-2	Grup 1-3	Grup2-3
Değerlendirme yaşı (ay)	90±54	96±54	89±40	0,857			
Total IgE (IU/ml)	7230 (3052-33422)	3296 (2016-9427)	4792 (2349-24633)	<0,001	<0,001	0,089	0,032
IgG (mg/dl)	1425 (1000-2050)	1015 (300-1460)	1164 (711-6180)	0,002	<0,001	0,043	0,148
IgA (mg/dl)	138 (30-500)	136 (26-287)	133 (50-300)	0,845			
IgM (mg/dl)	71 (17-225)	118 (39-610)	131 (64-393)	0,012	0,040	0,007	0,094
Lökosit (mm3)	10600 (5130-83550)	8750 (4340-22550)	6990 (5500-19270)	0,034	0,166	0,022	0,059
Eozinofil (mm3)	950 (103-50870)	600 (60-1420)	400 (70-2070)	0,081			
CD3+T hücreleri (%)	70 (40-89)	72 (32-80)	73 (58-83)	0,668			
CD19+ B hücreleri (%)	19 (5-52)	15 (10-49)	16 (11-33)	0,146			
CD3+CD4+Th hücreleri (%)	30 (14,5-53)	42 (22-66)	37 (27-54)	0,122			
CD3+CD8+Tc hücreleri (%)	27±10	24±5	27±4	0,124			
CD3-CD16 56+ NK hücreleri (%)	5(2-15)	10 (5-22)	10 (2-16)	0,038	0,009	0,149	0,417
Spesifik IgE pozitifliği	13 (%87)	26 (%93)	6 (%55)	0,014	0,275	0,348	0,017
Toksoplazma IgG pozitifliği	1 (%8)	3 (%10)	1 (%6)	0,883			
Toksocara IgG pozitifliği	2 (%13)	3 (%8)	0 (0)	0,195			
Kıst hidatik IgG pozitifliği	0 (0)	11 (%30,5)	8 (%44)	0,087			
Otoimmünite	6 (%40)	7 (%19)	14 (%78)	<0,001	0,164	0,038	<0,001

[S-03]

IGG ALT SINIF EKSİKLİĞİ TANISI İLE IVIG REPLASMAN TEDAVİSİ ALAN PEDIATRİK HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

LÜTFİ KILINÇKAYA, ÖNER ÖZDEMİR

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: IgG altsınıf eksikliği (IgGSD), çocukluk çağında tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalık yükü ile seyreden, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir primer immün yetmezliktir. Bu çalışmada, 2025 yılı içerisinde intravenöz immünooglobulin replasman tedavisi (IgRT) alan IgGSD tanılı pediatrik hastalarda tedavi öncesi ve 12 ay sonrası sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi değişiminin, tedavi memnuniyetinin ve bu parametrelerin demografik özellikler, IGSD ve lenfosit alt grupları ile ilişkisinin prospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, prospektif gözlemsel olarak planlanan çalışmaya IgGSD tanısı ile IgRT başlanan pediatrik hastalar dahil edilmiştir. Hastaların cinsiyet, tanı yaşı (ay), başvuru şikayetleri ve başlangıç immünolojik tetkikleri kaydedilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaş gruplarına uygun KINDL ölçekleri (Kiddy-KINDL, Kid-KINDL, Kiddo-KINDL) kullanılarak tedavi öncesinde ve IVIG tedavisinin 12. ayında değerlendirilmiştir. Tedavi memnuniyeti TSQM-9 anketi ile 12. ayda ölçülmüştür. Akım sitometrik analizde CD3, CD4, CD8, CD19 ve CD16*56* hücrelerinin yüzde ve mutlak değerleri yaşa özgü referans aralıkları ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizlerde uygun parametrik veya non-parametrik testler kullanılmış, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 41 hasta dahil edildi; hastaların %65,9'u (n=27) erkek, %34,1'i (n=14) kızdı. Tanı anındaki yaş ortalaması $80,3 \pm 36,5$ ay olarak saptandı. En sık başvuru şikayetleri tekrarlayan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıydı. Başlangıç immünolojik değerlendirmede en yaygın IgGSD izole IgG3 eksikliği olup, bunu IgG3'e eşlik eden IgG2 ve IgA eksiklikleri izledi. Lenfosit alt grup analizinde yaşa göre referans aralıklar baz alındığında CD3+ düşüklüğü 2 hastada, CD3+CD4+ düşüklüğü 3 hastada, CD3+CD8+ düşüklüğü 2 hastada, CD19+ düşüklüğü 1 hastada ve CD16*56* NK hücre düşüklüğü 3 hastada saptandı. CD3+CD4+ ve NK hücre düşüklükleri olan hastalarda IgG3 içeren eksiklikleri bulunması dikkat çekiciydi. Kohortumuzda genetik analiz yapılan 30 hastanın %53,3'ünde (n=16) NFKB-1 başta olmak üzere etiyolojiye yönelik genetik varyantlar saptanmış olup, 4 hastada varyant saptanmamıştır. IgRT'nin 12. ayında KINDL toplam skorlarında ve özellikle bedensel iyilik hali ile okul işlevselliği alt boyutlarında artış gözlemlendi. TSQM-9 sonuçları, IgRT'ye yönelik genel memnuniyetin yüksek olduğunu gösterdi.

Sonuç: IgGSD tanılı pediatrik hastalarda IgRT, prospektif izlemde yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme ve yüksek tedavi memnuniyeti sağlamaktadır. Bu bulgular, IgGSD'li hastalarda yaşam kalitesi, tedavi memnuniyeti ve immün fenotipin birlikte değerlendirilmesinin hasta merkezli yaklaşımlar açısından önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: IgG alt sınıf eksikliği, IVIG Replasman Tedavisi, Yaşam kalitesi(KINDL ölçeği), Tedavi memnuniyeti (TSQM-9)

[S-04]

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN BİRİNCİL İMMÜN YETMEZLİK HASTALIKLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

MEHMET YILDIZ¹, AHMED CİHAD GENÇ², ENES ZAFER³, ÖNER ÖZDEMİR⁴

1 GİRESUN PROVİNCIAL HEALTH DIRECTORATE BULANCAK FAMILY HEALTH CENTER, BULANCAK, GİRESUN, TÜRKİYE

2 PRIVATE PRACTICE, İSTANBUL, TÜRKİYE

3 DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, SAKARYA TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL, ADAPAZARI, SAKARYA, TÜRKİYE

4 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, EAH, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALLERJİ HASTALIKLARI BD, TÜRKİYE

Amaç: Doğuştan bağışıklık bozuklukları (IEI) olarak da adlandırılan birincil immün yetmezlik hastalıkları (PID), tekrarlayan enfeksiyonlar, bağışıklık düzensizliği ve tanı geciktiğinde artan morbidite ve mortalite ile ilişkili heterojen bir genetik bozukluk grubudur. Birinci basamak hekimleri (PCP'ler) erken tanıda kritik bir rol oynarlar; ancak, birinci basamakta PID ile ilgili bilgi ve hazırlık durumuna ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışma, Türkiye genelinde PCP'lerin PID'ler hakkındaki bilgilerini, klinik yaklaşımlarını ve hazırlık durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu ülke çapında yapılan kesitsel çalışmaya, Türkiye'deki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 385 PCP dahil edilmiştir. Katılımcılar, sosyodemografik özellikleri, eğitim geçmişi, klinik deneyim, kendi değerlendirmelerine göre PID bilgisi ve uluslararası kılavuzlara dayalı 15 PID ile ilgili çoktan seçmeli sorulardaki performanslarını değerlendiren yapılandırılmış bir çevrimiçi anketi doldürmüştür. Toplam bilgi puanları (aralık: 0-15) hesaplanmıştır. Daha yüksek bilgi düzeyleri ile ilişkili faktörleri belirlemek için grup karşılaştırmaları ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Ortalama toplam bilgi puanı $9,09 \pm 2,46$ idi, bu da genel bilgi düzeyinin orta olduğunu göstermektedir. Aile hekimliği uzmanları, aile hekimliği asistanları ve genel pratisyen hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek toplam puanlar elde etmişlerdir ($p < 0,001$) ve çok değişkenli analizde daha yüksek bilgi düzeyiyle bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (OR = 2,02, %95 CI: 1,26-3,23). Genel tıp eğitim faaliyetlerine düzenli katılım, önemli ölçüde daha yüksek toplam puanlarla ilişkilendirildi ($p < 0,001$). İmmünoglobulin testi talep ettiğini veya tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları olan hastaları sevk ettiğini bildiren PCP'ler, önemli ölçüde daha yüksek toplam puanlar elde etti ($p = 0,001$). Kendi değerlendirmelerine göre orta veya iyi düzeyde PID bilgisi, tutarlı bir şekilde üstün objektif performansla ilişkilendirildi ($p < 0,001$).

Sonuç: Türkiye'deki PCP'lerin PID ile ilgili bilgisi ve hazırlığı hala yetersizdir. Birinci basamakta PID'lerin erken tanınması ve yönetimini güçlendirmek için yapılandırılmış lisansüstü eğitim, düzenli eğitim katılımı ve hedefe yönelik farkındalık programları gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, Farkındalık, Birincil İmmün Yetmezlik Hastalıkları, Hekimler, Birincil Bakım

[S-05]

SIK ENFEKSİYON GEÇİREN ÇOCUKLARDA ASTIMA YATKINLIK VE MİRNA EKSPRESYONU

EMRE ASLANBAY¹, ÖZLEM KESKİN¹, SERDAR ÖZTUZCU²,
İBRAHİM HALİL KARAHAN¹, ERCAN KÜÇÜKOSMANOĞLU¹

1 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, GAZİANTEP
2 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOLOJİ ANA BİLİM DALI, GAZİANTEP

Amaç: Astım; solunum işlevinde azalma ile seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Primer immün yetmezlikler de tıpkı astım gibi çocukluk çağında ciddi morbidite ve mortalite sebebidir. Çalışmamızda sık enfeksiyon geçiren çocukların immün yetmezlik zemini, astıma yatkınlığı ve miRna'nın bu hastalıklardaki rolü hakkında fikir sahibi olmayı amaçladık.

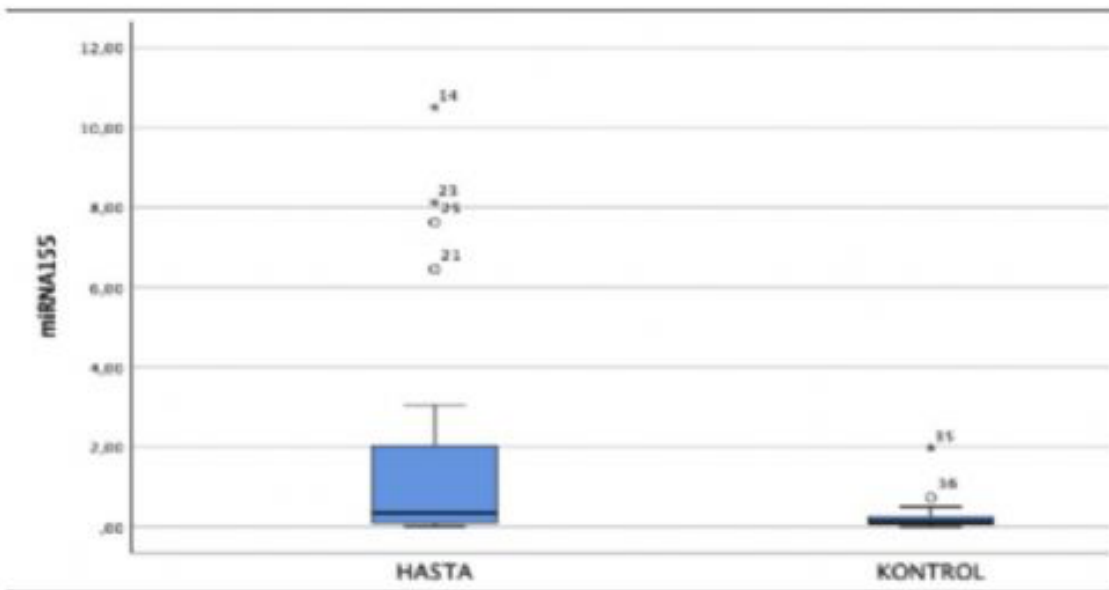
Yöntem: Çalışmaya Kasım 2024- Kasım 2025 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Çocuk Hastanesine başvuran 1-18 yaş arası, sık enfeksiyon öyküsü olan 30 hasta ve 30 sağlıklı grup dahil edildi. Serum numunelerinden dört farklı miRna (miRna 146a,155, 365, 375) normalize edildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve laboratuvar bulguları prospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubunda IgE yüksekliği (%66,6) anlamlı derecede yüksek saptandı. Hasta grubunda bronkodilatatör sonrası FEV-1 değişimi ve r5-r20 değeri anlamlı derecede yüksek saptandı. Bu veriler küçük hava yolu etkilenimine somut deliller sunmaktaydı. Hasta grubunda primer immün yetmezlik öyküsü (%16,6), göğüste hırıltı varlığı (%20), hastane yatış öyküsü (%36,6) ve YDYBÜ (%23,3) yatış öyküsü anlamlı olarak yüksekti. Göğüste hırıltısı olanlarda eozinofili, geceleri kuru öksürüğü olanlarda inhalan allerj duyarlılığı istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi. Hastaneye sık yatış öyküsü olanlarda lenfosit ve CD19 düzeylerinde, 6 ayın altında anne sütü alanlarda CD3/8,CD16/56 düzeylerinde ve ailede primer immün yetmezlik nedeni ile tetkik edilmiş birey olan katılımcılarda lenfosit ve CD16/56 düzeylerinde yaşa göre anlamlı derecede düşüklük saptandı. Prematürite öyküsü olanlarda ve ydybü yatış öyküsü olanlarda boy kısalığı istatistiksel olarak anlamlı saptanırken, prematürite öyküsü olanlarda IgG düzeyleri, ydybü yatış öyküsü olanlarda CD3/4,CD19 düzeyleri yaşa göre anlamlı derecede düşük saptandı. Hasta grubunda miRna 155'te anlamlı düzeyde ekspresyon artışı saptandı. Spirometride obstrüktif patern gösterenlerde ve IgE yüksek saptanan grupta miRNA 365 ekspresyonunda artış saptandı. CD3/8 yaşa göre düşük saptananlarda miRna 375'te anlamlı derecede ekspresyon artışı saptandı. Nezle ve/veya egzema semptomları gösterenlerde miRna 375 ve 155 ekspresyonlarında artış saptandı. Tekrarlayan cilt enfeksiyonu geçirenlerde ise miRNA 146a ekspresyonunda artış saptandı.

Sonuç: Bulgularımız ve örneklem sayımız sık enfeksiyon geçiren çocukta astım çıkarımında yeterli olmasa da çalışma sonucunda çok önemli klinik ve laboratuvar sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca miRNA sonuçları gelecekte tanı ve izlemde kullanılacak yeni biyomarker araştırmaları açısından umut vadetmektedir. Bu nedenle sık enfeksiyon geçiren çocukların çok yönlü değerlendirilmesi ve yeni biyomarker çalışmaları yapılması, önem arz etmektedir

Anahtar Kelimeler: Alerji, Immün Yetmezlik, miRna, Sık Enfeksiyon Geçiren Çocuk

Hasta ve Kontrol grubunda miRNA-155 düzeyleri



Şekil 4.10 Hasta ve Kontrol Grubunda miRna-155 Düzeyleri, (p=0,01)

Hasta grubunda anlamlı derecede miRNA-155 Ekspresyonunda artış saptandı

IgE Düzeyleri ve miRNA Düzeyleri arasındaki ilişki

	Yaşa Göre Normal (n=32)	Yaşa Göre Yüksek (n=28)	P*
miRna-375	1,21±1,29	3,85±7,00	0,28
miRna-365	0,13±0,33	1,09±3,45	0,05
miRna-155	0,81±1,86	1,30±2,58	0,36
miRna-146a	1,49±2,41	2,05±3,99	0,71

*Man Whitney-U Testi, p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı), n=kişi sayısı

katılımcılarda IgE yüksekliği le miRNA-365 ekspresyonu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır

[S-06]

ÜÇÜNCÜ BASAMAK ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İMMÜN YETMEZLİK SIKLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE MORTALİTE İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

**CANKAT GENİŞ¹, FUNDA AYTEKİN GÜVENİR¹, EMRE KARADENİZ²,
SERHAT EMEKSİZ², AYŞE METİN¹, BETÜL KARAATMACA¹**

¹ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, ANKARA, TÜRKİYE
² ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK YOĞUN BAKIM KLİNİĞİ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç: Çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) izlenen kritik hastalarda altta yatan immün yetmezlik (İY) klinik seyir ve prognozu olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada, ÇYBÜ'de çocuk immünoloji konsültasyonu istenen hastalarda İY sıklığını ve klinik/prognostik özellikleri belirlemeyi; ayrıca İY tanısı alan olgularda mortalite ile ilişkili risk faktörlerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Eylül 2019–Aralık 2024 döneminde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ÇYBÜ'de izlenip çocuk immünoloji konsültasyonu istenen 1 ay–18 yaş arası 278 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İY, doğuştan bağışıklık hataları (inborn errors of immunity, IEI) ve/veya sekonder immün yetmezlik olarak sınıflandırıldı. IEI tanıları ESID klavuzları doğrultusunda konuldu ve IUIS 2024 sınıflamasına göre gruplandı; sekonder İY, eşlik eden hastalıklar ve/veya immünsüpresif tedavi öyküsüne göre değerlendirildi. İY varlığına göre gruplar arasında demografik ve klinik özellikler karşılaştırıldı. İY tanılı hastalarda mortalite ile ilişkili faktörler lojistik regresyonla analiz edildi; sağkalım Kaplan–Meier yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 137/278'inde (%49,2) immün yetmezlik (İY) saptandı (IEI: 129/137, %94,2; sekonder: 8/137, %5,8) ve İY olgularının 81/137'si (%59,1) yeni tanıydı. ÇYBÜ mortalitesi İY grubunda, İY olmayan gruba kıyasla daha yüksekti (%27,7 [38/137]'ye karşı %13,5 [19/141]; p=0,003). İY grubunda akraba evliliği, ailede İY öyküsü ve önceki servis/ÇYBÜ yatışları daha sıktı (tümü p<0,001). IEI alt gruplarında en sık predominant antikor yetmezlikleri (%54,7) ve kombine immün yetmezlikler (%16,0) izlendi. İY'li olgularda ÇYBÜ yatış süresi daha uzundu [16 [10–24] güne karşı 10 [7–18] gün; p<0,001]. İY grubunda mortalite gelişen olgularda PRISM-III skoru daha yüksekti [28 [20–38]'e karşı 11,5 [7–15]; p<0,001]. Çok değişkenli analizde ailede İY öyküsü (olasılık oranı [OR]: 3,248), kombine immün yetmezlik (OR: 3,179) ve PRISM-III skoru (OR: 1,141; puan başına) mortalitenin bağımsız prediktörleri olarak saptandı. Kaplan–Meier sağkalım analizinde İY grubunda sağkalım anlamlı olarak daha düşüktü (log-rank testi p=0,001) ve İY grubunda medyan sağkalım süresi 60 gündü.

Sonuç: Bu çalışma, ÇYBÜ yatışının altta yatan immün yetmezliği saptamak için önemli bir "tanısal fırsat penceresi" olabileceğini göstermektedir. Akraba evliliği/ailede İY öyküsü ve tekrarlayan servis/ÇYBÜ yatışları, immünolojik değerlendirmenin erkene çekilmesi için pratik uyarı işaretleridir. İY tanılı olgularda mortalite riskinin aile öyküsü, kombine immün yetmezlik ve yüksek PRISM-III skoru ile artması, ÇYBÜ'de yapılandırılmış ve risk temelli bir değerlendirme yaklaşımının klinik değerini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk yoğun bakım ünitesi, Doğuştan bağışıklık hataları, Mortalite, Pediatrik immünoloji, Sekonder immün yetmezlik

[S-07]

ÇOCUKLARDA ALERJİK RİNİT VE ASTIMDA CLUSTOID® VE ROXİT® İLE UYGULANAN SUBKUTAN ALERJEN SPESİFİK İMMÜNÖTERAPİ İLİŞKİLİ ETKİNLİK VE ADVERS REAKSİYONLAR

EMİNE ÜLGEN¹, HANDAN DUMAN ŞENOL¹, DUYGU HAMARAT²,
PINAR ŞAHİN¹, İLKE BAŞ¹, DUYGU LÜLEÇİ DAĞLI¹, FİGEN GÜLEN¹

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI

² EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç: Alerjik rinit ve astım, çocukluk çağında sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklardır. Subkutan alerjen-spesifik immünoterapi(SCIT), hastalığın doğal seyriyi değiştirebilen etkili bir tedavi yaklaşımıdır. Bu çalışmada, alerjik rinit ve/veya astımı olan çocuklarda SCIT'nin klinik etkinliğinin değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde gelişen advers reaksiyonlarla ilişkili olası risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya 2023–2026 yılları arasında kliniğimizde Clustoid®(n=126) ve Roxit®(Roxall, Almanya) ile SCIT uygulanan 84 çocuk hasta(26 kız, 58 erkek) dahil edildi. Demografik özellikler, alerjen duyarlılıkları ve immünoterapi protokolleri kaydedildi. Tedavi öncesinde, birinci yıl sonunda ve ikinci yılını tamamlayan hastalarda total nazal semptom skoru(TNSS), vizüel analog skala(VAS), astım kontrol ve medikasyon skorları değerlendirildi. Tedavi süresince gelişen lokal ve sistemik advers reaksiyonlar kayıt altına alınarak reaksiyon gelişimi ile ilişkili klinik ve laboratuvar parametreler analiz edildi.

Bulgular: İmmünoterapi başlangıç yaşı 135.9±49.2 ay, tanı yaşı ortanca 108 (15–204) ay ve semptom başlangıç yaşı 36 (11–168) ay idi. Hastaların %12'si monosensitize, %88'i polisensitize olup %33'üne tekli, %67'sine ikili immünoterapi uygulandı. Olguların %5'inde astım, %29'unda alerjik rinit ve %66'sında her iki hastalık birlikte mevcuttu. Tedavi süresince 420 başlangıç ve 2098 idame olmak üzere toplam 2518 doz uygulandı. On sekiz (%21) hastada 28 (%1) lokal reaksiyon gözlenirken sistemik reaksiyon izlenmedi. Reaksiyon gelişimi ile semptom başlangıç yaşı, tanı yaşı, cinsiyet, primer hastalık, eşlik eden besin alerjisi veya atopik dermatit, total IgE düzeyi, eozinofil sayısı, polisensitizasyon ve eş zamanlı ikili immünoterapi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Spesifik IgE ve deri prik test sonuçları da benzerdi. Ancak başlangıç burun akıntısı semptom skoru yüksek olan hastalarda reaksiyon sıklığının arttığı ve riskin yaklaşık iki kat yükseldiği belirlendi (p=0.04; p=0.044). Bir yıllık tedavi sonunda TNSS, VAS, medikasyon ve astım kontrol skorlarında anlamlı iyileşme saptandı (tüm p<0.001). İkinci yılını tamamlayan 20 hastada da TNSS ve VAS skorlarındaki düzelme sürdü (p<0.001).

Sonuç: SCIT, alerjik rinit ve/veya astımı olan çocuklarda semptom kontrolünü iyileştiren, etkili ve genel olarak güvenli bir tedavi yöntemidir. Advers reaksiyonlar çoğunlukla hafif ve lokal düzeyde olup sistemik reaksiyon gözlenmemiştir. Başlangıç burun akıntısı semptom skorunun yüksek olması reaksiyon gelişimi açısından öngörücü olabilir. Bu bulgular, SCIT'nin pediatrik alerji pratiğindeki önemini desteklemektedir

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, Astım, Çocuk, İmmünoterapi, Subkutan alerjen-spesifik immünoterapi

[S-08]

PEDİATRİK ALERJEN İMMÜNÖTERAPİSİNİN GERÇEK YAŞAM KLİNİK VE İMMÜNOLOJİK ETKİNLİĞİ: 12 AYLIK PROSPEKTİF DEĞERLENDİRME

ŞEFİKA İLKNUR KÖKCÜ KARADAĞ, ŞULE PAPAĞAN, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, MUHAMMED FATİH ERBAY, HAMİT BOLOĞUR, ASLI BERİVAN TOPÇAK, HASAN TUNÇ ŞARMAN, ÖMER YILMAZ ULUTAŞ, MERVE KARACA ŞAHİN, HİLAL GÜNGÖR, NİLAY ÇALIŞKAN, GÜLER YILDIRIM, DENİZ ÖZÇEKER

PROF.DR.CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Alerjen immünoterapisi, IgE aracılı alerjik hastalıklarda yalnızca semptom kontrolü sağlamakla kalmayıp hastalık seyrini modifiye edebilen bir tedavidir. Bu çalışma, pediatrik yaş grubunda subkutan alerjen immünoterapisinin (SİT) gerçek yaşam koşullarında klinik bulgular, ilaç kullanımı ve immünojenik parametreler üzerindeki ilk 12 aydaki etkilerini bütüncül olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya 6–18 yaş arası 80 alerjik hasta dahil edildi. Alerjik rinit, astım, alerjik konjonktivit varlığı ile semptom süresi kaydedildi. Başlangıçta kullanılan ilaçlar (antihistaminik, nazal kortikosteroid, montelukast, inhale kortikosteroid) ve polifarmasi (≥ 3 ilaç) belirlendi. Hastaların aldığı SİT (ev tozu akarı veya polen) kaydedildi. Başlangıç ve 12. ayda TNSS(0–12), VAS(0–10) ve CARAT Kids değerlendirildi. İmmünojenik değerlendirmede *D. farinae* ve *D. pteronyssinus* spesifik IgE, total IgE, eozinofil ve bazofil sayıları ile deri prick test sonuçları ölçüldü. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 ve FEV1/FVC kaydedildi. Eşleştirilmiş karşılaştırmalarda uygun parametrik olmayan testler, kategorik değişimlerde McNemar testi; yanıt belirleyicilerinde lineer ve lojistik regresyon kullanıldı ($p < 0,05$).

Bulgular: Olguların ortalama yaşı $12,36 \pm 3,15$ yıl olup %53,8'i erkekti; ortalama semptom süresi $7,12 \pm 3,52$ yıldır. Hastaların %96,2'sinde alerjik rinit, %50,0'sinde astım, %63,2'sinde konjonktivit saptanırken, %47,4'ünde alerjik rinit+astım birlikteliği mevcuttu. Olguların %91,1'i ev tozu akarı, %7,6'sı polen için SİT aldı. On ikinci ayda TNSS, VAS ve CARAT Kids skorlarında anlamlı düşüş izlendi (tümü $p < 0,001$) ve semptom şiddeti kategorilerinde belirgin iyileşme saptandı. Başlangıca göre TNSS'de ≥ 30 azalma gösteren responder oranı %79,2 idi. İmmünojenik değerlendirmede *D. farinae* ve *D. pteronyssinus* spesifik IgE düzeyleri ile eozinofil sayısında anlamlı azalma görülürken, total IgE düzeyi artış gösterdi. Çok değişkenli analizde yaş ve başlangıç TNSS puanı, tedavi yanıtı ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak bulundu.

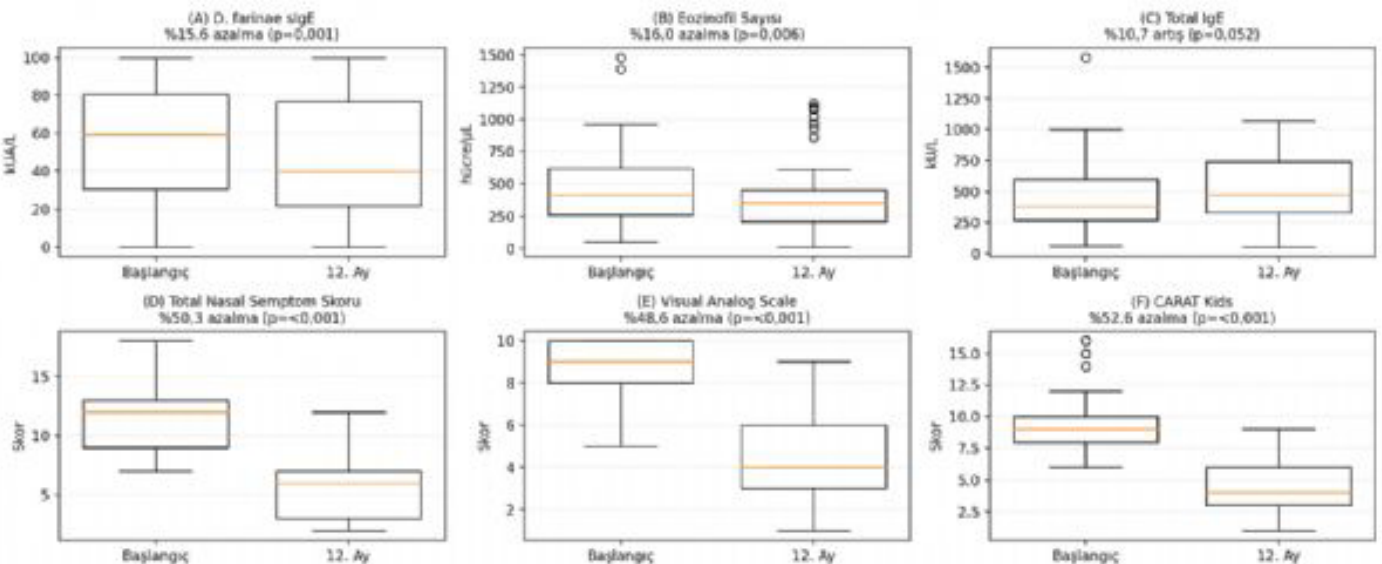
TARTIŞMA: Bu prospektif gerçek yaşam çalışması, pediatrik hastalarda subkutan alerjen immünoterapisinin (SİT) ilk 12 ay içinde dahi klinik olarak anlamlı iyileşme ve yüksek tedavi yanıtı sağladığını; bu iyileşmenin immünojenik değişimlerle de desteklendiğini göstermektedir. Ayrıca yaş ve başlangıç semptom şiddeti, tedavi yanıtını öngörmeye önemli belirleyiciler olarak öne çıkmıştır.

Sonuç: Pediatrik alerjik hastalıklarda SİT; semptom kontrolünü güçlendiren, hastalık yükünü azaltan ve erken dönemde etkinliği gösterilebilen güvenli bir tedavi seçeneğidir. Klinik pratikte, özellikle daha şiddetli semptomlarla başvuran ve daha genç hastalarda yanıt olasılığının daha yüksek olması nedeniyle, hasta seçimi ve izlem stratejileri yaş ve başlangıç semptom şiddeti dikkate alınarak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik alerji, subkutan immünoterapi, ev tozu akarı, alerjik rinit, astım

Resim 1

İmmünoterapi Sonrası Klinik ve İmmünojenik Parametrelerde Değişiklikler



[S-09]

ÇOCUKLARDA SUBKUTAN ALERJEN İMMÜNÖTERAPİSİ: KLİNİK ETKİNLİK VE GÜVENLİK AÇISINDAN TEK MERKEZ DENEYİMİ

GİZEM KABADAYI, ÖZGE ATAY, DAMLA BAYSAL BAKIR, HALİME YAĞMUR, NEVİN UZUNER

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Subkutan alerjen immünoterapisi (SKİT), alerjik hastalıkların doğal seyrini değiştirebilen tek tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, kliniğimizde SKİT uygulanan çocuk hastalarda tedavinin klinik etkinliği ve güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif çalışmaya Eylül 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında, alerjik rinit ve/veya astım tanısı ile SKİT uygulanan 24 çocuk hasta dahil edildi. SKİT kararı hastaların spesifik IgE, DPT ve/veya moleküler alerji testleri sonuçlarına göre verildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar bulguları, Vizüel Analog Skala (VAS), Kombine Semptom ve İlaç Skoru (CSMS), Astım Kontrol Testi (AKT) ve gelişen advers etkiler kaydedildi. Klinik etkinlik 3 ay arayla değerlendirildi. Hastalar uygulanan SKİT'e göre gruplandırıldı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 10,0 yıl (min-max: 5–18) olup, %79,2'si erkekti (n=19). On bir hasta (%45,8) izole alerjik rinit, 13 hasta (%54,2) alerjik rinit ve astım tanılıydı. Hastaların 15'i (%62,5) polisensitize olup, polisensitize hastalarda hayvan ve küf duyarlılığı daha sık izlendi (p<0,05). Polisensitize olan 7 hastanın SKİT kararında moleküler alerji testinden faydalanıldı. Hastaların yarısına tekli (n=12), diğerlerine 2'li SKİT uygulandı. Hastaların alerjen duyarlılıklarına göre planlanan SKİT, en sık polen alerjenleriyle (n=17; 11 Olea, 7 tekli Phleum, 6 çimen karışımı, 1 Cupressus, 1 Parietaria) olmak üzere; akar (n=5), küf (n=4) ve hayvan epiteli (n=1) ile uygulandı. Dokuzuncu ayda polisensitize hastalarda iyi semptom kontrolü (VAS <5), monosensitize hastalara göre anlamlı olarak daha sık saptandı (p=0,035). Başlangıçta küf alerjisi duyarlılığı olan hastalarda CSMS skoru daha yüksek iken (p=0,046); tedavi sonrası değerlendirmelerde gruplar arasında fark izlenmedi. VAS, CSMS ve DSS skorlarında üçüncü aydan itibaren başlangıca kıyasla anlamlı ve kalıcı bir azalma izlendi (p<0,05). Hastaların %16,7'sinde yan etki görülmüş olup (n=4), bunların üçü sistemik (ikisi Grade 2, biri Grade 1), biri lokal reaksiyondur.

Sonuç: SKİT, alerjik rinit ve astımı olan çocuklarda uygun hasta seçimi ile uygulandığında etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. Çalışmamızda semptomlar ve ilaç kullanımında erken dönemde başlayan ve izlem süresince devam eden anlamlı bir iyileşme izlenmiş, ciddi advers etki saptanmamıştır. Polisensitize hastalarda da klinik yanıtın iyi olması, SKİT'nin bu hasta grubunda da etkinliğini desteklemektedir. Bulgularımız, SKİT'nin pediatrik alerjik hastalıklarda uzun dönem klinik fayda sağlayan, güvenilir bir tedavi yaklaşımı olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, astım, güvenlik, klinik etkinlik, subkutan alerjen immünoterapi

Tablo 1. Subkutan alerjen immünoterapi uygulanan hastalarda klinik ve laboratuvar parametrelerin zamana göre değişimi

Parametre	T0	T3	T6	T9	T12
AKT Skoru	24 (19-25)	25 (21-25)	25 (16-25)	25 (21-25)	25 (20-25)
VAS Skoru (rinit)	8 (6-10)	5 (1-9)	4 (0-8)	3 (1-8)	2 (0-10)
DSS	1,3 (0,2-2)	0,4 (0-1,5)	0,3 (0-2)	0,5 (0-2)	0,5 (0-2)
DMS	2 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	2 (0-2)	2 (0-2)
CSMS	3,1 (2-4)	1,34 (0-3,5)	2 (0-3,5)	2,5 (0-4)	2,2 (0-4)
FEV ₁ Z-skoru	0,13 (-3,03 - 2,10)	-	0,41 (-4,57 - 1,90)	-	-0,71 (-2,57 - 1,99)
AES (x10 ³ /µL)	300 (0-1100)	-	-	-	200 (100-2000)
Total IgE (IU/mL)	304,5 (19,7-1863)	-	-	-	307 (49,9-1746)

Veriler medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur.

Kısaltmalar: AKT, Astım Kontrol Testi; VAS, Vizüel Analog Skala; DSS, Günlük Semptom Skoru; DMS, Günlük İlaç Skoru; CSMS, Kombine Semptom ve İlaç Skoru; FEV₁, zorlu ekspiratuvar volüm; AES, Absolüt eozinofil sayısı; IgE, immünoglobulin E;

[S-10]

ÇOCUKLARDA SUBKUTAN ALERJEN İMMÜNÖTERAPİ: LOKAL VE SİSTEMİK ADVERS REAKSİYONLARIN SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

SİNEM ASLAN, HÜLYA ANIL, KORAY HARMANCI

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Subkutan alerjen immünoterapi (SKİT), alerjik hastalıklarda etkin bir immünomodülatör tedavi olmakla birlikte lokal ve sistemik advers reaksiyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada çocuklarda SKİT sonrası gelişen lokal ve sistemik advers reaksiyonların sıklığının ve reaksiyon gelişimi ile ilişkili olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mayıs 2024–Ocak 2026 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde SKİT uygulanan 55 hasta retrospektif olarak incelendi. Venom ilişkili anafilaksi veya alerjik rinit nedeniyle immünoterapi alan hastaların klinik ve laboratuvar parametreleri elektronik veri kayıtlarından tarandı. Venom immünoterapileri konvansiyonel, diğer immünoterapiler hızlandırılmış (rush) şema ile uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 14.3 ± 3.4 yıl olup %56.4'ü erkekti (n=31). Toplam 530 enjeksiyon uygulandı. SKİT sonrası 9 hastada (%16.4) advers reaksiyon gelişti. Reaksiyon gelişen hastaların 6'sı polen, 1'i ev tozu akarı ve 2'si venom immünoterapisi alan grupta yer almaktaydı. Grup içi değerlendirildiğinde reaksiyon oranları polen immünoterapisi alan hastalarda %17.6, ev tozu akarı immünoterapisi alan hastalarda %8.3 ve venom immünoterapisi alan hastalarda %22.2 olup, gruplar arasında reaksiyon sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.251). Erken dönem reaksiyonların tamamı lokal reaksiyon olup sıklığı %0.94 (n=5) idi. Geç dönem reaksiyon sıklığı %1.13 (n=6) olup geç reaksiyonların dağılımı; geç lokal reaksiyon %0.57 (n=3) ve sistemik reaksiyon %0.38 (n=2) şeklindedeydi; ayrıca bir hastada atopik dermatit alevlenmesi gözlemlendi. Sistemik reaksiyonlar ürtiker (grade 1, n=1) ve astım alevlenmesi (grade 3, n=1) şeklinde olup grade ≥ 4 reaksiyon saptanmadı. Reaksiyon gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında yaş, cinsiyet, mutlak eozinofil sayısı ve total immünoglobulin E düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı fakat eşlik eden astım, reaksiyon gelişimi ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (OR 5.14; %95 GA 1.14–23.10; p=0.037).

Sonuç: Çocuklarda SKİT genel olarak iyi tolere edilmektedir. Eşlik eden atopik hastalık varlığı özellikle astım, SKİT sırasında advers reaksiyon gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Bu hasta grubunda immünoterapi sürecinde daha yakın klinik izlem gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı, lokal reaksiyon, sistemik reaksiyon, subkutan alerjen immünoterapi

[S-11]

HIŞILTIDAN ASTIMA: PEDIATRİK YOĞUN BAKIM SONRASI UZUN DÖNEM PROSPEKTİF İZLEM BULGULARI

BETÜL GEMİCİ KARAASLAN¹, OĞUZHAN TİN², ÖZGE KAYNAR², SEZİN AYDEMİR¹, HALUK ÇOKUĞRAŞ¹, SÜMEYYE NUR AYDIN³, CANSU DURAK⁴, FATİH AYGÜN⁴, ESRA YÜCEL¹, AYÇA KIYKIM¹

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BD
2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD
3 İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, HALK SAĞLIĞI DEPARTMANI
4 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK YOĞUN BAKIM BD

Amaç: Hişilti, pediatrik yoğun bakım ünitesine(PYBÜ) yatışın sık nedenlerinden biridir, bu hastaların bir kısmında izlemde astım gelişirken, bir bölümünde farklı klinik fenotipler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle küçük yaş grubunda klinik bulguların örtüşmesi ve erken dönemde ayırt edici belirteçlerin sınırlı olması, astım gelişimini öngörmeyi güçleştirmektedir. Hişilti nedeniyle PYBÜ'ne yatırılmış hastaların taburculuk sonrası astım ve/veya diğer kronik solunum yolu hastalıklarının gelişiminin tespiti amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Haziran 2021–Haziran 2023 tarihleri arasında PYBÜ'de hişilti ile yatan 6 ay-18 yaş arası çocuk hastalar dahil edildi ve çalışma longitudinal gözlemsel bir çalışma olarak tasarlandı. Taburculuk sonrası hastalar 36 aya kadar prospektif olarak 3–6 ay aralıklarla poliklinik viziti/telefon görüşmeleriyle izlendi. Daha önce astım/kronik akciğer hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya 59 hasta dahil edildi, taburculuk sonrası medyan 26 aydı(IQR: 21–28). İzlem sonunda 10 hasta takibe devam etmesi nedeni ile çalışma dışında bırakıldı. Sonuçta, hastaların 33'ünde(%67,3) hekim tanıli astım gelişirken, 16 hasta(%32,7) astım dışı tanımlarla izlendi(n=8 ilk ve tek bir hişilti epizodu, n=8 astım dışı hastalıklar).

Astım gelişen hastalar, astım gelişmeyenlere kıyasla izlem sırasındaki yaş açısından anlamlı olarak daha büyüktü(p=0,001). Aeroalerjen duyarlanması astım grubunda daha sık görülmekle birlikte, çok değişkenli analizlerde bağımsız bir belirleyici olarak kalmadı.

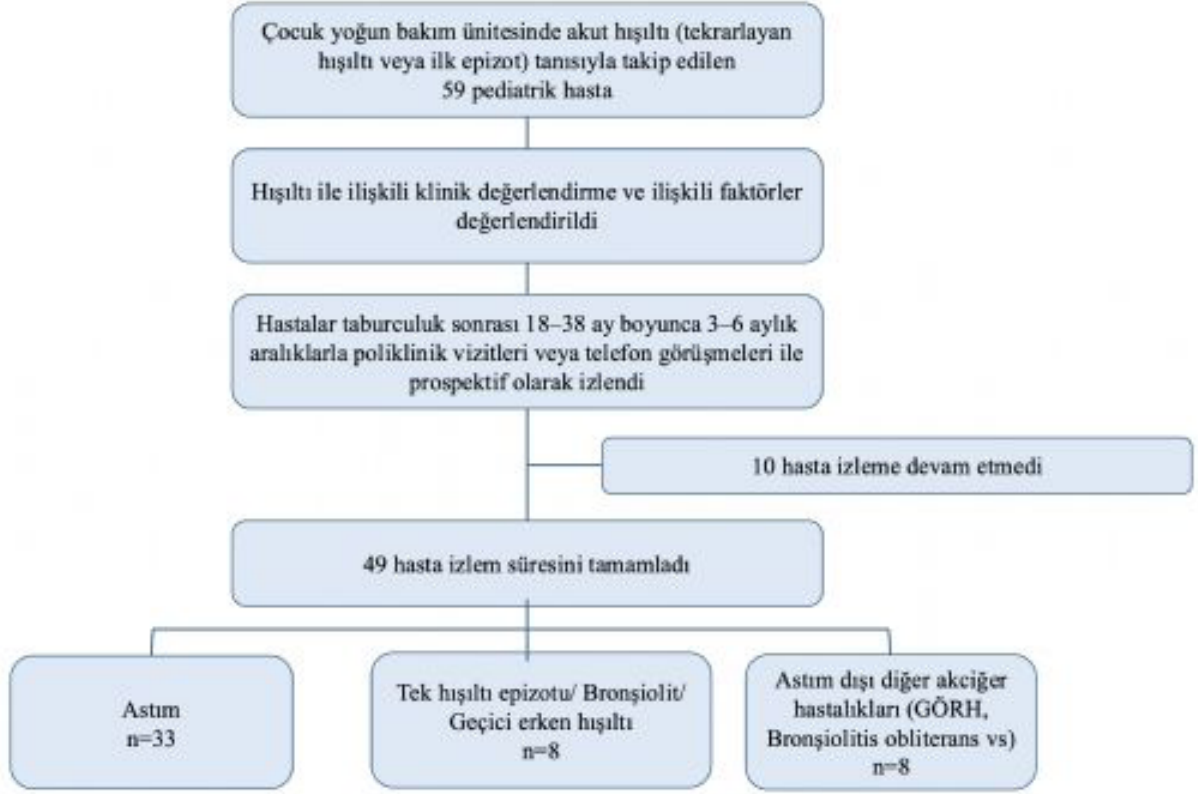
Tekrarlayan atakları olan hastaların analizinde; PYBÜ yatışı sırasında yaşı 36 aydan küçük olan hastaların %37.5'i astım dışı akciğer hastalığı tanısı aldı(p=0.02). PA-AC grafisinde bulgu varlığı ve daha önce geçirilmiş pnömoni öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de astım dışı akciğer hastalığı tanısı alan grupta belirgin olarak daha fazlaydı. Total IgE yüksekliği ise astımlı hastalarda anlamlı şekilde sıklığı(p=0,015).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, PYBÜ'ye yatış sırasındaki yaş, pnömoni öyküsü ve akciğer grafisinde patoloji bulgularının varlığı belirleyici özellik göstermezken, total IgE yüksekliği astım tanısı için bağımsız bir belirleyici olarak tanımlandı(OR: 27.5, %95 GA: 1.18–639.1, p=0.039).

Sonuç: Bu çalışma, PYBÜ'de ağır hişilti ile izlenen çocuklarda uzun dönem astım riskinin altta yatan atopik fenotiple ilişkili olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Erken dönem total IgE düzeyinin değerlendirilmesi yol gösterici olabilir. Ayrıca, özellikle 36 ay altındaki çocuklarda ağır hişilti ile PYBÜ yatışı sonrasında astım/geçici hişilti tanısı dikkatle değerlendirilmelidir. Bu yaş grubunda hastaların önemli bir bölümünün izlemde astım dışı akciğer hastalığı tanısı alması, ayırıcı tanının ön planda tutulmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: astım, hişiltili çocuk, çocuk yoğun bakım

Şekil-1: Çalışma Akış Şeması



Haziran 2021–Haziran 2023 tarihleri arasında hışıltı nedeniyle pediatrik yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların çalışmaya dahil edilmesi, taburculuk sonrası prospektif izlem süreci ve izlem sonunda ulaşılan tanıların dağılımı gösterilmektedir. Taburculuk sonrası 3–6 aylık aralıklarla izlenen hastalar, izlem süresi sonunda astım ve astım dışı tanılar olarak sınıflandırılmıştır.

[S-12]

KONTROL GERÇEKTEN BİZDE Mİ? ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA MAKİNE ÖĞRENMESİ İLE KÜÇÜK HAVA YOLU DİSFONKSİYONU (SAD) ENDOTİPLERİ

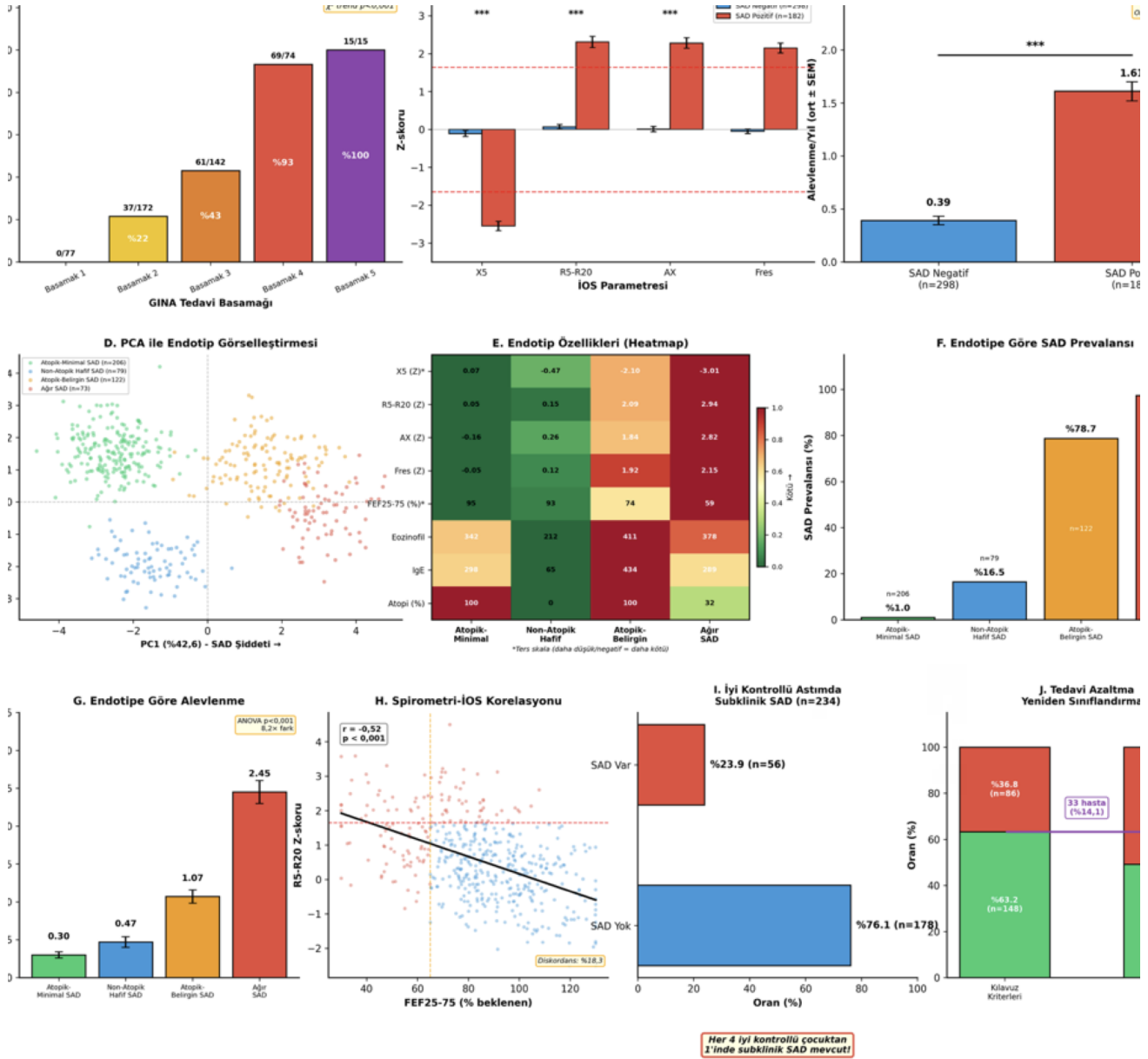
ÇİHANGİR ŞAHİN, NUR TÖRER, SELİME ÖZEN BÖLÜK, DUYGU ERGE, PINAR UYSAL

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, AYDIN

Amaç: Küçük hava yolu disfonksiyonu (Small Airway Dysfunction-SAD), astım kontrolü ve alevlenme riski açısından önemli bir durumdur. Bu çalışmada, Z-skoru tabanlı standart impuls osilometri (İOS) değerlendirmesi kullanılarak astımlı çocuklarda SAD prevalansı, makine öğrenmesi ile endotip tanımlaması ve klinik sonuçlarla ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Ocak-Aralık 2025 tarihleri arasında kliniğimizde takipli, 6-17 yaş arası, hekim tanımlı astımı olan 480 çocuk dahil edildi. İOS parametreleri (X5, AX, R5-R20, Fres) Gochicoa-Rangel referans denklemleri kullanılarak Z-skoruna dönüştürüldü. SAD, en az iki parametrenin eşik değerleri aşması (direnç parametreleri için $Z > +1,645$; X5 için $Z < -1,645$) olarak tanımlandı. K-means kümeleme ile fenotipik özellikler (İOS Z-skorları, spirometri, eozinofil, IgE, atopi) kullanılarak endotipler belirlendi; klinik sonuçlar (alevlenme, kontrol durumu) sirkülariteden kaçınmak için kümeleme girdisi olarak kullanılmayıp dış doğrulama amacıyla değerlendirildi. Prospektif temporal doğrulama kohortu (2026) toplanmaya başlanmış olup bu kohortta: (1) modelin prediktif performansı, (2) endotip dağılımlarının reproducibilitesi ve (3) endotip-klinik sonuç ilişkilerinin tutarlılığı değerlendirilecektir.

Bulgular: SAD 182 hastada (%37,9) saptandı. SAD varlığı GINA basamağı ile pozitif korelasyon gösterdi (Basamak 1: %0, Basamak 5: %100; $p < 0,001$). SAD'lı çocuklarda yıllık alevlenme oranı anlamlı olarak yüksekti (1,61 vs 0,39; $p < 0,001$; OR 4,1). FEF25-75 ile R5-R20 Z-skoru arasında orta düzeyde korelasyon saptandı ($r = -0,52$); FEF25-75 ≥ 65 olan çocukların %18,3'ünde İOS ile SAD belirlenerek spirometri-İOS diskordansı gösterildi. Dört endotip tanımlandı: Atopik-Minimal SAD (%42,9; SAD %1,0; alevlenme 0,30/yıl), Non-Atopik Hafif SAD (%16,5; SAD %16,5; %0 atopi ile non-atopik fenotip), Atopik-Belirgin SAD (%25,4; SAD %78,7) ve Ağır SAD (%15,2; SAD %97,3; paradoks olarak sadece %31,5 atopi). Ağır SAD endotipinde alevlenme oranı 8,2 kat yüksekti (2,45 vs 0,30/yıl; $p < 0,001$). İyi kontrollü 234 çocuğun %23,9'unda subklinik SAD saptandı. Kılavuz kriterlerine göre tedavi azaltmaya uygunluk %63,2 iken, SAD değerlendirmesi eklendiğinde bu oran %49,1'e düşerek 33 hasta (%14,1) yeniden sınıflandırıldı (Şekil 1).



Şekil 1. Çocukluk Çağı Astımda SAD Endotiplerinin Belirlenmesi (Keşif Kohortu, n=480)

(A) GINA tedavi basamağına göre SAD prevalansı (χ^2 trend $p < 0.001$). **(B)** SAD durumuna göre İOS Z-skorumları. Kesikli çizgiler anormallik eşiklerini göstermektedir (X5 için $Z < -1.645$; diğerleri için $Z > +1.645$). **(C)** SAD durumuna göre alevlenme oranları (OR 4,1; %95 GA 2,8-6,0). **(D)** PCA ile endotip görselleştirilmesi. PC1 (%42,6 varyans) SAD şiddetini, PC2 (%16,1 varyans) atopi durumunu yansıtmaktadır. Kümeleme yalnızca fenotipik değişkenler kullanılarak yapılmıştır. **(E)** Endotip özellikleri heatmap'i. Renkler normalize değerleri, sayılar orijinal ölçek değerlerini göstermektedir. X5 için renk skalası ters yöndedir (daha negatif = daha kötü). Ağır SAD endotipi en kötü İOS değerlerine sahipken, Non-Atopik Hafif SAD endotipi T2-düşük fenotipi temsil etmektedir. **(F)** Endotipe göre SAD prevalansı (%1,0 - %97,3 aralığında). **(G)** Endotipe göre alevlenme oranları. Ağır SAD endotipinde 8,2 kat yüksek alevlenme (ANOVA $p < 0.001$). **(H)** Spirometri-İOS korelasyonu ($r = -0.52$; $p < 0.001$). FEF25-75 ≥ 65 olup İOS ile SAD saptanan: %18,3 (spirometri-İOS diskordansı). **(I)** İyi kontrollü astımda subklinik SAD. İyi kontrollü 234 çocuğun %23,9'unda (n=56) semptom bazlı değerlendirmede görülmeyen subklinik SAD saptanmıştır (her 4 iyi kontrollü çocuktan 1'inde subklinik SAD mevcut). **(J)** Tedavi azaltma yeniden sınıflandırma analizi. SAD değerlendirmesi, kılavuz kriterlerine göre tedavi azaltmaya uygun olan 33 çocuğu (%14,1) uygun olmayan kategoriye yeniden sınıflandırmıştır.

Kısaltmalar: AX, reaktans alanı; FEF25-75, zorlu vital kapasitenin %25-75'indeki zorlu ekspiratuar akım; Fres, rezonans frekansı; GA, güven aralığı; GINA, Global Initiative for Asthma; İOS, impuls osilometri; OR, odds oranı; PC, temel bileşen; PCA, temel bileşen analizi; R5-R20, frekansa bağımlı direnç; SAD, small airway dysfunction; SEM, ortalamanın standart hatası; X5, 5 Hz'de reaktans.

Sonuç: Düzenli tedavi ve takibe rağmen astımlı çocukların yaklaşık üçte birinde SAD saptanırken, iyi kontrollü çocukların bile dörtte birinde subklinik SAD saptandı. Z-skoru tabanlı SAD değerlendirmesi ve makine öğrenmesi ile belirlenen endotipler, pediatrik astımda risk tabakalandırması için klinik olarak uygulanabilir bir çerçeve sunmaktadır. Tedavi azaltma kararlarından önce İOS değerlendirmesi, subklinik SAD'ı olan hastaların tanımlanmasına ve çocukluk çağı astımında kontrolün gerçekten bizde olmasına olanak sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı astımı, Endotip, İmpuls osilometri, Küçük hava yolu disfonksiyonu, Makine öğrenmesi

[S-13]

COVID-19 PANDEMİSİNİN, 6-18 YAŞ ARASI ATOPIK ÇOCUK HASTALARDA EV İÇİ ALERJEN DUYARLILIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

NECLA BURCU KOÇER AHMADOV, HANDAN DUMAN ŞENOL, İLKE BAŞ, FİGEN GÜLEN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI, İZMİR

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 artışı 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 ($p:0,038$, $p:0,002$) arasında güçlü ilişki görüldü.

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, çocuk çağı alerjen duyarlılığı, ev içi alerjen, karantina

[S-14]

ADÖLESAN ANAFİLAKSİSİNDE KLİNİK BULGULAR VE TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER**MERVE BEGÜM ÖZTÜRK¹, EBRU SOLAKOĞLU KÜÇÜKDOĞRU¹, EZGİ ULUSOY SEVERCAN¹, SEDA ŞİRİN²**

¹ ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
² YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç: Anafilaksi, ani başlangıçlı, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden ve birden fazla sistemi etkileyebilen ciddi bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Adölesan yaş grubunda tanı; klinik bulguların heterojenliği, tetikleyicilerin her zaman net olarak saptanamaması ve psiko-sosyal faktörler nedeniyle karmaşıklaşmaktadır. Bu çalışmada, anafilaksi tanısı ile izlenen adölesan hastalarda klinik bulgular, tetikleyici faktörler ve maruziyet yollarını tanımlamak ve anafilaksi şiddeti ile ilişkili klinik ve laboratuvar özellikleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Anafilaksi tanısı ile izlenen 10–18 yaş aralığındaki 107 adölesan hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, başvuru yaşı, anafilaksi yaşı, anafilaksi türü, tetikleyiciler, maruziyet yolları, kişisel ve ailede atopi öyküsü, klinik sistem bulguları, acil serviste uygulanan tedavi yaklaşımları, yoğun bakım gereksinimi ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. Laboratuvar değerlendirmesinde total IgE, eozinofil sayısı ve yüzdesi, anafilaksi sırasında ölçülen ve bazal triptaz düzeyleri yer aldı. Anafilaksi şiddeti EAACI ve WAO sınıflamalarına göre değerlendirildi ve uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

Bulgular: Olguların ortalama başvuru yaşı 15 (min-max: 10,00–17,75), ortalama anafilaksi gelişim yaşı 14,25 (min-max: 10,00–17,75) olarak belirlendi. Hastaların %52,3'ü erkekti. Olguların %55,1'i bir kez, %41,1'i tekrarlayan anafilaksi geçirmişti. Anafilaktik olaylar en sık ev ortamında gerçekleşti. Maruziyet yolu en sık oral yol olup, bunu böcek sokması ve parenteral yol izledi. En sık tetikleyiciler ilaçlar (%30,8), besinler (%22,4) ve venom maruziyeti (%17,8) olup, olguların %26,2'si idiyopatikti. Klinik olarak en sık deri (%97,2) ve solunum sistemi (%80,4) bulguları izlendi. Kardiyovasküler sistem bulguları %29,9 oranında saptandı ve erkeklerde anlamlı olarak daha sık görüldü ($p=0,003$). Kardiyovasküler sistem tutulumu besin dışı tetikleyicilerle ilişkiliydi ($p=0,043$). Gastrointestinal sistem bulgusu olan olgularda anafilaksi sırasında ölçülen triptaz düzeyi daha yüksekken ($p=0,028$), kardiyovasküler sistem tutulumu olan hastalarda bazal triptaz düzeyi anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). EAACI ve WAO sınıflamalarına göre ağır anafilaksi erkek cinsiyette daha sık izlendi ($p=0,002$ ve $p=0,003$) ve artan şiddet yoğun bakım gereksinimi ile ilişkili bulundu ($p<0,001$).

Sonuç: Adölesan anafilaksisinde klinik tablo çoğunlukla deri ve solunum sistemi bulguları ile seyretmektedir. Erkek cinsiyet, kardiyovasküler sistem tutulumu ve artmış triptaz düzeyleri anafilaksi şiddeti ile anlamlı olarak ilişkilidir. Bu bulgular, adölesan anafilaksisinde risk değerlendirmesinde bu faktörlerin dikkate alınmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Anafilaksi, Klinik bulgular, Tetikleyici faktörler

[S-15]

ÇOCUKLARDA BİFAZİK, DİRENÇLİ VE UZAMIŞ ANAFİLAKSİ**GİZEM KÖKEN¹, H. İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL¹, SİNEM POLAT TERECE¹, CEREN VARER AKPINAR²,
KENAN ÇETİN¹, ZEYNEP ÇAVDAR¹, BERKEHAN KARA³, A. KÜBRA BASKIN¹, ARZU BAKIRTAŞ¹**

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

2 GİRESUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI, GİRESUN, TÜRKİYE

3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA, TÜRKİYE

Giriş: Anafilaksi, akut sistemik alerjik reaksiyonların en şiddetli tablosudur ve tanısı büyük ölçüde klinik olarak konulur. Hayatı tehdit edebilen tıbbi bir acil olması anafilaksin doğru tanımlanmasının yanında uygun tedavi ve yönetimini destekleyecek yeni bir terminolojiye olan ihtiyacını arttırmıştır. Kasım 2020’de çok disiplinli bir Delphi konsensüs raporu anafilaksi fenotiplerini bifazik, dirençli ve uzamış anafilaksi olarak tanımlamıştır. Şimdiye kadar tüm anafilaksi fenotiplerini bir arada değerlendiren ve karşılaştıran erişkin ya da çocuk çalışması bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, çocuklarda bifazik (BA), refrakter (RA) ve persistan anafilaksi (PA) fenotiplerinin sıklık ve özelliklerinin belirlenmesinin yanında bu fenotiplerin hem kendi aralarında hem de diğer anafilaksi olgularıyla karşılaştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2010 ve Ocak 2025 tarihleri arasında kurumumuzda anafilaksi tanısı alan ≤ 18 yaşındaki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm anafilaksi olguları BA, RA, PA olmayanlar (Grup 1 anafilaksi) ve BA, RA, PA olanlar (Grup 2 anafilaksi) olarak sınıflandırılmıştır. Bu üç fenotip, hem kendi aralarında hem de diğer olgulara karşı tek bir grup olarak demografik özellikler, komorbiditeler, tetikleyiciler, klinik bulgular, tedaviler ve prognozları açısından değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Toplam 393 hasta ve 529 anafilaksi epizodu incelenmiştir. Tüm anafilaksi olgularının 26’sı (%6.6); BA (%3.5), RA (%1.5) ve PA (%1.5) olarak sınıflandırılmıştır. BA için medyan başlangıç zamanı 4 saat (1–24 saat) iken PA için medyan süre 4 saat (4–6 saat) bulunmuştur. Bu fenotipler daha ileri yaşta çocuklarda görülmüş, artmış kardiyovasküler bulgular, daha yüksek şiddet düzeyi ve daha fazla sistemik kortikosteroid kullanımı ile ilişkili bulunmuştur ($p < 0.001$). Cinsiyet, komorbidite, ailede atopi öyküsü, anafilaksi zamanı, yeri ya da epizod sayısı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu fenotiplerde ilaçlar ve venomlar daha sık tetikleyiciler olarak görülürken, besinler diğer anafilaksi olgularında anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur ($p < 0.05$). IM adrenalin, BA, RA ve PA fenotiplerinde %69.2, diğer olgularda ise %52.3 oranında uygulanmış olup, uygulama oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: BA, RA ve PA nadir görülen; daha ileri yaşlarda, sıklıkla ilaç veya venom kaynaklı ortaya çıkan ve daha şiddetli bir klinik tablo ile prezente olan anafilaksi fenotipleridir. Bununla birlikte IM adrenalin uygulaması tüm anafilaksi olgularında da halen istenilen düzeyde değildir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, bifazik, çocuk, persistan, refrakter

Tablo 1. Bifazik, refrakter ve persistan anafilaksi tanılı hastaların genel özellikleri

	Bifazik anafilaksi (n=14)	Refrakter anafilaksi (n=6)	Persistan anafilaksi (n=6)
Cinsiyet, erkek	7 (50.0)	3 (50.0)	5 (83.3)
Anafilaksi yaşı, ay	76 (IQR:136)	142.5 (IQR:78.2)	68.5 (IQR:75)
Atopik hastalık	10 (71.4)	0 (0)	0 (0)
İlaç	8 (57.1)	4 (66.7)	3 (50.0)
Besin	4 (28.6)	0 (0)	0 (0)
Venom	2 (14.3)	2 (33.3)	3 (50.0)
Sağlık kuruluşu	6 (42.9)	4 (66.7)	2 (33.3)
Sağlık kuruluşu dışı	8 (57.1)	2 (33.3)	4 (66.7)
Anafilaksi zamanı, dk	20 (1-60)	12.5 (5-30)	5 (1-120)
Hipoksi	2 (14.3)	2 (33.3)	2 (33.3)
Bronkospazm	1 (7.1)	0 (0)	2 (33.3)
Laringospazm	1 (7.1)	2 (33.3)	2 (33.3)
Hipotansiyon	3 (21.4)	6 (100.0)	5 (83.3)
Ağır	5 (35.7)	6 (100.0)	6 (100.0)
Orta	8 (57.1)	0 (0)	0 (0)
Hafif	1 (7.1)	0 (0)	0 (0)
IM adrenalin	8 (57.1)	1 (16.7)	5 (83.3)
Antihistaminik	11 (78.6)	2 (33.3)	5 (83.3)
Sistemik steroid	12 (85.7)	3 (50.0)	5 (83.3)
Adrenalin infüzyonu	0 (0)	5 (83.3)	0 (0)
Epizod sayısı	1 (1-3)	1 (1-2)	1

Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise medyan (çeyrekler arası aralık) veya medyan (minimum–maksimum) şeklinde sunulmuştur.

Tablo 2. Anafilaksi fenotiplerinin karşılaştırılması

	Grup 1 (n=367)	Grup 2 (n=26)
Cinsiyet, erkek	227 (61.9)	15 (57.7)
Anafilaksi yaşı, ay	45 (IQR:110)*	104 (IQR:105)
Atopik hastalık	178 (48.5)	9 (34.6)
Non-alerjik kronik hastalık	97 (26.4)	7 (26.9)
Ailede atopi öyküsü	158 (43.1)	10 (38.5)
İlaç	154 (42.0)	15 (57.7)
Besin	160 (43.6)*	4 (15.4)
Venom	53 (14.4)	7 (26.9)
Sağlık kuruluşu	130 (35.4)	12 (46.2)
Sağlık kuruluşu dışı	237 (64.6)	14 (53.8)
Anafilaksi zamanı, dk	10 (1-120)	12.5 (1-120)
Cilt	338 (92.1)	26 (100.0)
Solunum	282 (76.8)	23 (88.5)
Gastrointestinal	162 (44.1)	7 (26.9)
Kardiyovasküler	80 (21.8)	15 (57.7)+
Nörolojik	28 (7.6)	3 (11.5)
Ağır	101 (27.5)	17 (65.4)+
Orta	217 (59.1)	8 (30.8)
Hafif	49 (13.4)	1 (3.8)
IM adrenalin	192 (52.3)	18 (69.2)
Antihistaminik	200 (54.5)	18 (69.2)
Sistemik steroid	144 (39.2)	20 (76.9)+
Adrenalin infüzyonu	0 (0)	5 (19.2)

Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise medyan (çeyrekler arası aralık) veya medyan (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. *p değeri<0.05, †p değeri<0.001

[S-16]

EOZİNOFİLİK ÖZOFAJİTLİ ÇOCUKLARDA SEMPTOMLARIN HİSTOLOJİK AKTİVİTEYİ ÖNGÖRME GÜCÜ YAŞ GRUPLARINA GÖRE FARKLILIK GÖSTERİR**SİNEM POLAT TERECE¹, DİLEK YAPAR², İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL¹, ÖZGÜR EKİNCİ³, KENAN ÇETİN¹, GİZEM KÖKEN¹, AVNİYE KÜBRA BASKIN¹, HAKAN ÖZTÜRK⁴, ÖDÜL EĞRİTAŞ GÜRKAN⁴, SİNAN SARI⁴, BUKET DALGIÇ⁴, ARZU BAKIRTAŞ¹, PEDIATRİK GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR ÇALIŞMA GRUBU⁵**

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ BİLİM DALI

2 MURTA PAŞA İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, HALK SAĞLIĞI

3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI

4 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

5 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PEDIATRİK GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR ÇALIŞMA GRUBU

Amaç: Hasta bildirimli ölççekler (HBÖ) pediatrik eozinofilik özofajitte (EoE) sıklıkla objektif hastalık aktivitesini yansıtmakta yetersiz kalmaktadır. Bu uyumsuzluğun gelişimsel evrelere göre değişip değişmediği ise yeterince tanımlanmamıştır. Bu durum semptoma dayalı değerlendirmenin klinik kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu çalışmanın amacı EoE'li çocuklarda, Gazi Üniversitesi Eozinofilik Özofajit Semptom ve Adaptif Davranış Ölçeği versiyon 2.0 (GaziESAS v2.0) ile değerlendirilen semptom bildirimi ile objektif endoskopik ve histolojik hastalık aktivitesi arasındaki ilişkileri yaşa bağımlı olarak belirlemektir.

Yöntem: Bu tek merkezli çalışmaya, çocuk ve ebeveyn bildirimli GaziESAS v2.0 formlarını dolduran EoE tanılı çocuklar dahil edildi. Endoskopik ve histolojik aktivite, Eozinofilik Özofajit Endoskopik Referans Skoru (EREFS), Eozinofilik Özofajit Histoloji Skortlama Sistemi (EoEHSS) ve pik eozinofil sayısı (PEC) kullanılarak değerlendirildi. Yaşa göre analizler (<7, 7-11 ve >=12 yaş) Spearman korelasyon analizi ile yapıldı; histolojik aktivite için ayırt edici kestirim değeri ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 95 EoE'li çocuk çalışmaya dahil edildi. Yedi-on bir yaş grubundaki çocuklarda, hem çocuk hem de ebeveyn tarafından bildirilen toplam GaziESAS v2.0 skorları ve disfaji alt alanı; EoEHSS derece ve evre skorları, çok sayıda EoEHSS histolojik bileşeni ve PEC ile tutarlı şekilde korelasyon gösterdi (tümü için $p<0,05$). Buna karşılık, 7 yaş altındaki çocuklarda anlamlı bir semptom-histoloji ilişkisi saptanmazken, adölesanlarda korelasyonlar zayıf ya da ters yönde olup özellikle fibrotik endoskopik bulgularla ilişkiliydi. Yedi-on bir yaş grubunda GaziESAS v2.0, histolojik aktiviteyi ayırt etmede iyi bir performans gösterdi; ROC eğrisi altında kalan alan çocuk bildiriminde 0,862, ebeveyn bildiriminde ise 0,811 olarak bulundu. Bu yaş grubunda toplam skorun <20 olması, histolojik remisyonu güvenilir biçimde öngördü.

Sonuç: Semptom-histoloji ilişkisi, pediatrik EoE'de belirgin bir yaşa bağımlı patern sergilemektedir. GaziESAS v2.0, özellikle 7-11 yaş arası çocuklarda histolojik hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermektedir. Bu bulgular, HBÖ'lerin yaşa özgü yorumlanması gerektiğini ortaya koymakta ve GaziESAS v2.0'ın seçilmiş pediatrik popülasyonlarda objektif hastalık değerlendirmesine yardımcı bir araç olarak klinik kullanımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: EoEHSS, EREFS, GaziESAS v2.0, korelasyon, pediatrik eozinofilik özofajit

[S-17]

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA ÇOKLU BESİN ALERJİLERİ: BİRLİKTELİK PATERNLERİ VE ANAFİLAKSİ RİSKİ

İSMAİL ÖZANLI¹, NEZİHE NEFİSE ULUÇ¹, NAGEHAN İSKENDER¹,
SİBEL BALCI², İŞİL ESER ŞİMŞEK¹, METİN AYDOĞAN¹

1 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, KOCAELİ, TÜRKİYE

2 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TEMEL TIP BİLİMLERİ, BİYOSTATİSTİK VE TIBBİ BİLİŞİM ANABİLİM DALI, KOCAELİ, TÜRKİYE

Giriş: Literatürde, çoklu besin alerjilerinin sıklığı ve klinik önemiyle ilgili bilgi eksiklikleri bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, IgE aracılı çoklu besin alerjilerinin birlikte görülme paternlerini belirlemek ve besin kaynaklı anafilaksi için risk faktörlerini değerlendirmektir.

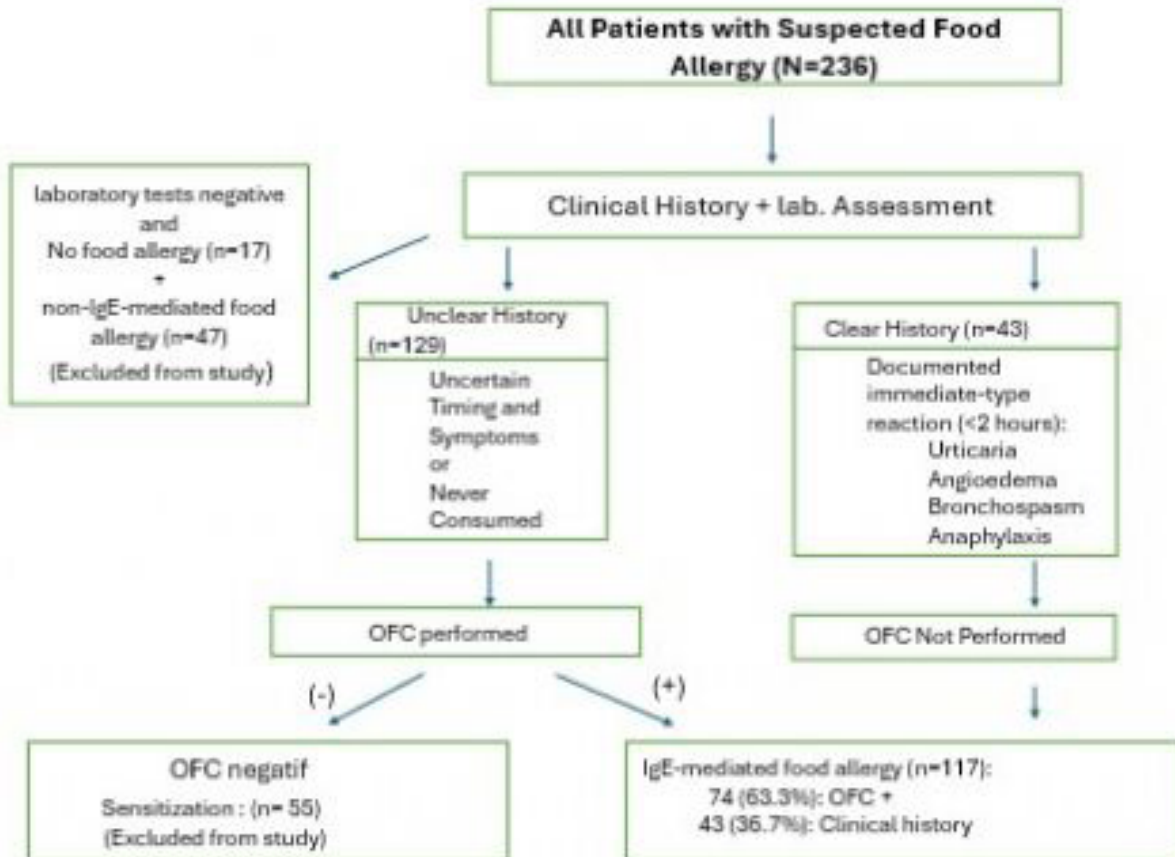
Yöntem: Bu prospektif, kesitsel çalışmaya Ocak 2019 ile Nisan 2024 tarihleri arasında başvuran, IgE aracılı besin alerjisi şüphesi olan 0-18 yaş arası hastalar dahil edildi.

Bulgular: Besin alerjisi şüphesi olan 236 hasta değerlendirildi. Bunların 117'si IgE aracılı besin alerjisi tanısı aldı. Besin alerjisi tanısı alan olguların 79'u (%67,5) erkekti ve başvuru sırasındaki ortalama yaş 11,0 ay (IQR: 6,4-20,0) idi. 52'sinde (%44,4) çoklu besin alerjisi saptandı. Bu hastalarda en sık görülen besin birlikteliği süt ve yumurta olup, ağaç meyşeleri üçüncü sırada eşlik eden alerjen olarak belirlendi. Anafilaksi, çoklu besin alerjisi olan hastalarda anlamlı derecede daha yüksek oranlarda görüldü (%51,9'a karşı %29,2; P=0,013). Ayrıca, ağaç meyşesi alerjisi, ileri yaş, diğer besinlere duyarlılık ve yüksek total IgE seviyeleri, anafilaksi için önemli risk faktörleri olarak tanımlandı.

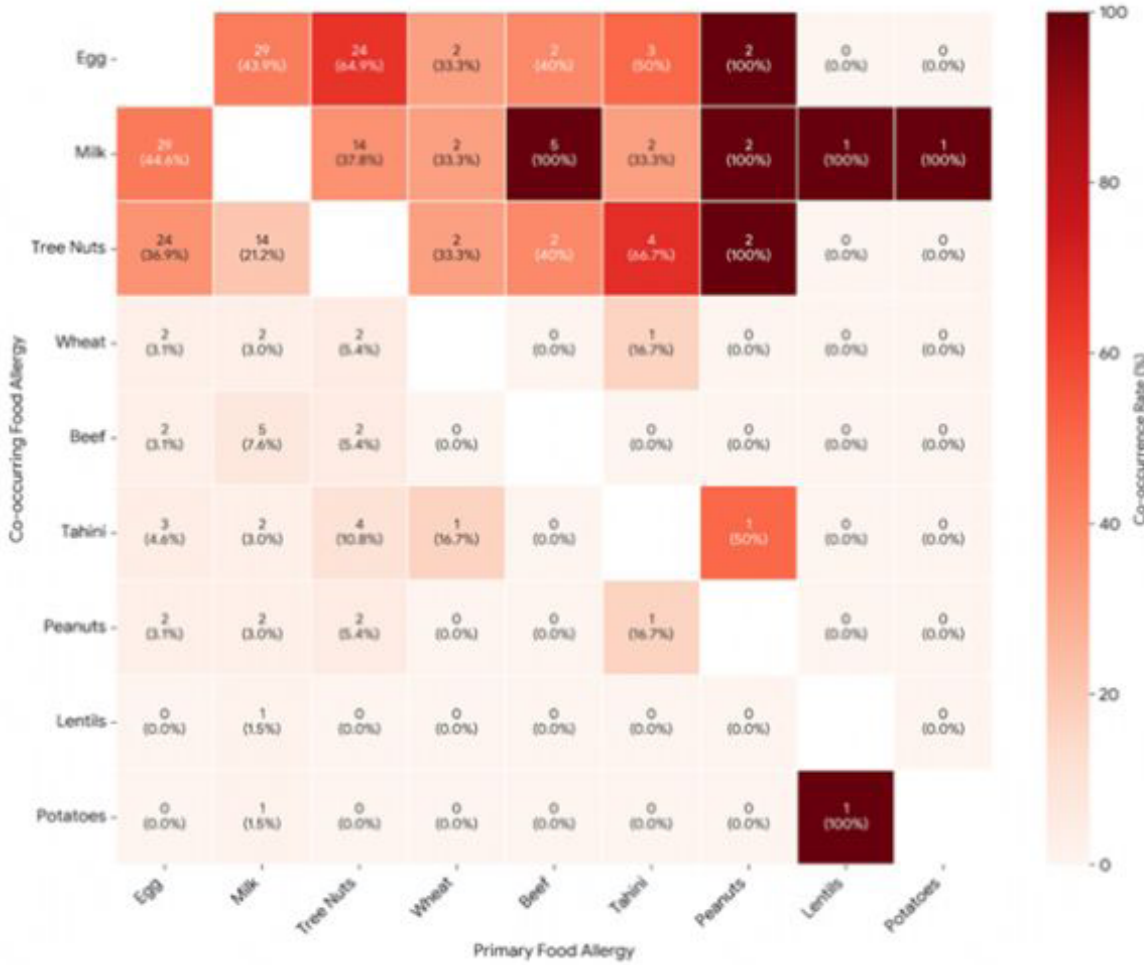
Sonuç: Çalışmamız, çocukluk çağında IgE aracılı çoklu besin alerjilerinin nadir olmadığını (%44.4 oranında görüldüğünü) ve besin kaynaklı anafilaksi için önemli bir risk faktörü oluşturduğunu göstermektedir. En yaygın birlikte görülme paterni süt, yumurta ve ağaç meyşeleri arasında gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bu besin alerjilerinden herhangi birine sahip olan hastaların klinik olarak değerlendirilmesi ve gerektiğinde ek besin alerjileri açısından incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi riski, çoklu besin alerjisi, paternleri

IgE aracılı besin alerjisi için tanı algoritması



Çoklu Besin Alerjilerinin Birliktelik Paternleri



Veriler n (%) olarak sunulmuştur. Sütunlar primer besin alerjilerini, satırlar ise birlikte görülen besin alerjilerini temsil etmektedir.

Ağaç Yemişi Alerjilerinin Birlikte Görülme Paternleri

	Hazelnut	Walnut	Pistachio	Cashew	Almond
Hazelnut		10 (71.1)	5 (55.6)	6 (60)	1 (33.3)
Walnut	10 (35.7)		3 (33.3)	2 (20)	1 (33.3)
Pistachio	5 (17.9)	3 (21.4)		8 (80)	2 (66.7)
Cashew	6 (21.4)	2 (14.3)	8 (88.9)		3 (100)
Almond	1 (3.6)	1 (7.1)	2 (22.2)	3 (30)	

Veriler n (%) olarak sunulmuştur. Sütunlar primer besin alerjilerini, satırlar ise birlikte görülen besin alerjilerini temsil etmektedir.

Gıda Alerjisi Olan Hastalarda Anafilaksi Risk Faktörlerinin Tek ve Çok Değişkenli Analizi

	Univariate Analysis		Multivariate Analysis	
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
Older age of allergic reaction	1.52 (1.28-1.82)	<.001	1.86 (1.11-3.14)	.019
Multi-FA	2.69 (1.25-5.78)	.011	-	-
Tree nuts allergy	2.44 (1.10-5.43)	.028	-	-
Atopic dermatitis	0.37 (0.17-0.81)	.013	0.04 (0.002-1.005)	.049
Food sensitization	3.58 (1.24-10.36)	.018	-	-
Total IgE	1.001 (1.000-1.002)	.034	-	-

[S-18]

**ALFA-HAİRPİNİN (PAP S 1.0101) DUYARLILIĞI VE PRİCK-TO-PRİCK TESTİ,
ÇOCUKLARDA HAŞHAŞ TOHUMU ALERJİSİNİ TANIMLAR****CANAN CAKA ÖZDEMİR, MELİKE OCAK, ÖZGE SOYER, BÜLENT ENİS ŞEKEREL**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI

Amaç: Haşhaş tohumu (Papaver somniferum) alerjisi, nadir görülmekle birlikte ağır reaksiyonlara neden olabilme potansiyeli olan bir tohum alerjisidir. Dünya genelinde tohum tüketiminin artmasına rağmen, haşhaş tohumu (HT) alerjisine ilişkin veriler sınırlı olup çoğunlukla olgu sunumlarına dayanmaktadır. Bu çalışmada, HT alerjisi olan çocukların klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanması ve geleneksel ve moleküler tanı yöntemlerinin tanısal performanslarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2024 yılları arasında üçüncü basamak bir çocuk alerji merkezinde HT alerjisi şüphesiyle değerlendirilen çocuklar retrospektif olarak incelendi. Klinik reaktivite; oral besin yükleme testinde pozitif reaksiyon olması ya da duyarlılığı olan hastada alerjiyle uyumlu klinik öykü olması olarak tanımlandı. Tanısal değerlendirmede prick-to-prick (PtP) testi, serum spesifik IgE (sIgE) düzeyleri ve α -hairpinin dâhil olmak üzere HT alerjenlerini içeren çoklu mikroarray (ALEX²) analizi kullanıldı.

Bulgular: HT'ye duyarlanmış 191 hastanın 38'i (%19,9) klinik olarak alerjik bulundu. Olguların 10'unda (%26,3) anafilaksi gelişti. Klinik alerjisi olan hastalarda medyan PtP kabarıklık çapı, HT-sIgE ve α -hairpinin düzeyleri tolere edenlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (8,0 mm vs 3,0 mm; $p<0,001$; 3,62 vs 0,79 kU/L; $p=0,001$; ve 7,20 vs 0,00 kUA/L; $p<0,001$). PtP kabarıklık çapı ve α -hairpinin düzeyleri en yüksek tanısal performansı gösterdi (AUC=0,937, LR+=4,86 ve AUC=0,932, LR+=5,88; her ikisi için $p<0,001$). Hastaların önemli bir kısmında çoklu besin alerjisi mevcut olup en sık susam ve ağaç yemişi alerjileri eşlik etmekteydi.

Sonuç: Nadir görülmesine rağmen haşhaş tohumu alerjisi ağır reaksiyonlara yol açabilmektedir ve çoklu tohum veya kabuklu yemiş alerjisi olan çocuklarda akılda tutulmalıdır. PtP testi ve α -hairpinin ölçümü yüksek tanısal performans göstermiş olup, α -hairpinin gerçek HT alerjisini çapraz reaktiviteden ayırt etmede umut verici bir moleküler belirteç olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Haşhaş tohumu alerjisi, multiplex microarray, alfa-hairpinin

[S-19]

**BESİN ALERJİSİNİN GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONU OLARAK KAÇINGAN/
KISITLAYICI GIDA ALIM BOZUKLUĞU (ARFID)****BERNA UZUNOĞLU¹, EGE GÜRBÜZ¹, AYMEN HIŞMİOĞULLARI¹, FATMA SİBEL DURAK²,
FİGEN ÇELEBİ ÇELİK¹, CANAN ŞULE ÜNSAL KARKINER¹, ÖZLEM SANCAKLI¹, DEMET CAN¹**

1 S.B.Ü. İZMİR TIP FAKÜLTESİ DR. BEHÇET UZ SUAM ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ
2 S.B.Ü. İZMİR TIP FAKÜLTESİ DR. BEHÇET UZ SUAM ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI KLİNİĞİ

Amaç: Kaçingan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu (ARFID), kilo alma isteği ya da beden algısı kaygısı olmaksızın; yeme miktarının ve/veya çeşitliliğinin belirgin biçimde kısıtlanmasıyla giden bir yeme bozukluğudur. Besin alerjisi olan çocuklarda eliminasyon diyetleri ve reaksiyon korkusunun kısıtlayıcı yeme davranışını artırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, besin alerjisi olan ve olmayan çocuklarda ARFID görülme sıklığını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, geçmişinde IgE aracılı besin alerjisi öyküsü olup tolerans geliştirmiş (toleransın üzerinden en az iki yıl geçmiş) hastalar ile besin alerjisi olmayan sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Katılımcıların yeme davranışları "Dokuz Maddelik ARFID Taraması" (NIAS) ile değerlendirildi. Toplam NIAS puanına ek olarak; Seçici Yeme, Düşük İştah/Yemeye Düşük İlgi ve Olumsuz Sonuçlardan Korkma alt ölçekleri analiz edildi. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya 110 çocuk dahil edildi (ortalama 5,62±1,42). Besin alerjisi 60 (%54,5) hastada mevcuttu. Besin alerjisi olan çocukların NIAS puanları, alerjisi olmayan akranlarına göre anlamlı derecede daha yüksekti: NIAS Seçici Yeme (6,32±4,38 vs 3,12±4,37; p<0,001), NIAS Düşük İştah/Yemeye Düşük İlgi (5,50±4,02 vs 2,58±3,86; p<0,001), NIAS Olumsuz Sonuçlardan Korkma (0,80±1,67 vs 0,00±0,00; p<0,001) ve NIAS toplam (12,62±7,55 vs 5,70±8,08; p<0,001). Alerjik çocuklar arasında 37/60'ında (%61,7) tekli, 23/60'ında (%38,3) çoklu besin alerjisi vardı; tekli vs çoklu alerji grupları arasında NIAS puanları farklılık göstermedi (tüm p>0,05). Mutlak eozinofil sayısı, eozinofil yüzdesi, spesifik ve total IgE değerleri NIAS puanları ile ilişkili değildi. Toleransa kadar geçen süre, NIAS Seçici Yeme (p=0,297, p=0,022) ve NIAS toplam skorları (p=-0,257, p=0,049) ile negatif korelasyon gösterdi.

Sonuç: Çalışmamızda besin alerjisi öyküsü olup tolerans geliştiren çocuklarda, Kaçingan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğunun sağlıklı çocuklara göre daha fazla olduğu bulundu. Bu bulgular, kısıtlayıcı yeme davranışlarının besin alerjisinin geç dönem bir komplikasyonu olabileceğine işaret etmektedir. Alerji polikliniklerinde NIAS gibi araçlarla yapılacak rutin taramalar, risk altındaki çocukların erken belirlenmesine ve uygun multidisipliner yönetimin planlanmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, yeme bozukluğu, arfid

[S-20]

**BESİN PROTEİNİ İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMLU HASTALARDA
EOZİNOFİLİK ÖZOFAJİT SEMPTOMLARI NE KADAR SIK?****İLKNUK ATALAY CAN¹, HACER İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL¹, ŞENAY KARACA¹, BUSENUR SARIDUMAN²,
SÜMEYRA AKTEPE¹, AVNİYE KÜBRA BASKIN¹, HAKAN ÖZTÜRK³, ÖDÜL EĞRİTAŞ GÜRKAN³,
SİNAN SARI³, BUKET DALKILIÇ³, ARZU BAKIRTAŞ¹**

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE
2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE
3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç: IgE aracılı besin alerjilerinin eozinofilik özofajit (EoE) gelişim riskini artırdığı bilinmektedir. Yine EoE tanılı hastalarda non-IgE aracılı besin alerjilerinden besin proteini ilişkili enterokolit sendromunun (BPIES) EoE'si olmayanlara göre fazla görüldüğü de bilinmektedir. Bu nedenle bu çalışmada birinci amacımız BPIES tanılı hastalarda EoE düşündürecek semptomların varlığının değerlendirilmesidir. İkinci amacımız ise bu semptomları taşıyan BPIES'li hastaların ne kadarının EoE tanısı aldığı belirlenmesidir.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2010–Aralık 2024 tarihleri arasında BPIES tanısı alan ≥ 2 yaş hastalar dahil edildi. Hastalara telefon görüşmesi/poliklinik ziyaretleri sırasında EoE semptomlarını sorgulamak için GaziESAS v2.0 ölçeği uygulandı. Ölçek sorularına verilen cevaplar EoE değerlendirmesi için kategorize edildi; 7-11 yaş arası çocuklarda nondisfaji (ND) sorularından ≥ 2 'ne ≥ 1 puan ve/veya disfaji (D) sorularından ≥ 1 'ne ≥ 1 puan ve/veya adaptif davranış (AD) sorularından ≥ 1 'ne ≥ 1 puan anlamlı kabul edildi. 12-18 yaş arası çocuklarda ND sorularından ≥ 2 'ne ≥ 2 puan ve/veya D sorularından ≥ 1 'ne ≥ 1 puan ve/veya AD sorularından ≥ 1 'ne ≥ 2 puan anlamlı kabul edildi. Ebeveynlerde ND sorularından ≥ 2 'ne ≥ 2 puan ve/veya D sorularından ≥ 1 'ne ≥ 1 puan ve/veya AD sorularından ≥ 1 'ne ≥ 2 puan anlamlı kabul edildi. Kabul eden hastalara endoskopik-histopatolojik değerlendirme yapıldı.

Bulgular: BPIES tanılı 63 hastanın ebeveynine, 7-11 yaş arası 25 hastaya, 12-18 yaş arası 13 hastaya GaziESAS ölçeği uygulandı. Hastalarımızın ortanca yaşı 93 ay (24 - 216 ay) olup %54 'ü kızdı. Hastaların %92'si (n=58) BPIES açısından tolerans geliştirmişti ve ortanca tolerans yaşı 18 ay (7- 68 ay) idi. Çocuk grubundan %24'ü D, %20' si ND, %48' i AD kriterlerini karşılıyordu ve buna göre %56'sı; genç grubundan %30'u D, %15'i ND, %38'i AD kriterlerini karşılarken buna göre %53,8'i; ebeveynlerden %19'u çocuğunda D, %14' ü ND, %41'i AD bildirirken buna göre de %46'sı EoE değerlendirmesi için yönlendirildi. Toplamda hastaların %52'si (n=33) yönlendirildi, bunlardan %9'una (n=3) histopatolojik değerlendirme yapıldı. Bir hasta EoE-benzeri özofajit tanısı aldı.

Sonuç: BPIES tanılı hastalarda EoE düşündürecek semptom ve adaptif yeme davranışlarının sık tariflendiği görülmüştür. BPIES tanılı hastaların izleminde, IgE aracılı besin alerjilerinde olduğu gibi EoE sorgulamasının yer alması uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: BPIES, EoE ölçeği, semptom

[S-21]

ALERJİK RİNİTLİ ÇOCUKLARDA SEMPTOMLARIN VE SEMPTOM ŞİDDETİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**ECE ŞENBAYKAL YİĞİT¹, İLKE TAŞKIRDI², İDİL AKAY HACI¹,
RIZA YILDIRIM¹, İKBAL NUR ŞAFAK¹, TUBA TUNCEL²**

¹ İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, İZMİR
² İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Alerjik rinit, çocukluk çağında sık görülen burun mukozasının IgE aracılı enflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Nazal ve oküler semptomlarla kendini gösteren bu hastalık, yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, alerjik rinit tanılı çocuklarda semptomların şiddetini değerlendirmek ve semptom şiddetiyle ilişkili klinik ve laboratuvar faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma, Ağustos–Ekim 2025 tarihleri arasında İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Alerji Kliniğinde gerçekleştirildi. Çalışmaya, 6–18 yaş arasında olan, AR tanısıyla izlenen ve deri prick testi pozitif 260 çocuk dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, semptomları ARIA sınıflamasına göre ağırlık ve süre dağılımları, duyarlanma paternleri, total IgE ve eozinofil düzeyleri kaydedildi. Semptom şiddeti nazal ve oküler görsel analog skala ile değerlendirildi. Veriler SPSS (IBM SPSS Statistics, version 27) yazılımı ile analiz edildi; uygun istatistiksel testler kullanılarak gruplar arası karşılaştırmalar ve korelasyon analizleri yapıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %62,7'si erkekti ve ortalama yaş $11,7 \pm 4,8$ yıl idi. En sık duyarlanma polen (%66,2) ile saptandı. Hastaların %56,9'u polisensitize, %66,2'si orta-ağır AR grubunda, %53,1'i persistan tipteydi. Ortalama nazal GAS skoru $5,55 \pm 2,17$, oküler GAS skoru $3,6 \pm 3,6$ bulundu. Nazal semptom skorları oküler semptom skorlarından yüksekti ($p < 0,001$). Polisensitize, orta-ağır ve persistan tipteki hastalarda da GAS skorları anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Alerjik rinitli çocuklarda semptom şiddeti, hastalığın fenotipi ve duyarlanma paternleriyle yakından ilişkilidir. GAS skorunun klinik değerlendirmede kullanılması, semptom yükünün objektif olarak belirlenmesine ve tedavi stratejilerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Alerji, alerjik rinit, çocuk, görsel analog skala, semptom

[S-22]

ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLojİ PRATIĞİNDE YAPAY ZEKÂ: FARKINDALIK, KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE GELECEK BEKLENTİLERİ

ZEYNEP GULEC KOKSAL¹, KAZIM OKAN DOLU², CİHANGİR ŞAHİN³, ARİFE TOKSÖZ¹, ASLI KUZU KUŞAKLI⁴, CANKAT GENİŞ⁴, AHMET ZÜLFİKAR AKELMA⁵

¹ ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

² KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

³ AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİMDALI

⁴ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

⁵ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ; ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİMDALI

Amaç: Bu çalışma, çocuk alerji ve immünoloji alanında çalışan hekimlerin yapay zekâ (YZ) teknolojilerine ilişkin bilgi düzeylerini, kullanım alışkanlıklarını, eğitim gereksinimlerini ve mesleki gelecek algılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Türkiye genelinde çocuk alerji ve immünoloji alanında çalışan hekimlere Google Formlar aracılığıyla hazırlanan kesitsel anket uygulanmıştır. Ankette demografik veriler, YZ bilgi düzeyi, kullanım sıklığı, eğitim talebi ve mesleki gelecek beklentileri sorgulanmıştır. Yapay zekâ hazırbulunuşluğu "Medical Artificial Intelligence Readiness Scale for Medical Students" (MAIRS-MS) ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 134 hekim ankete katılmıştır. Katılımcıların %35'i yan dal araştırma görevlisi (n=47), %34'ü uzman (n=45), %16'sı profesör (n=22) ve %15'i doçenttir (n=20).

Katılımcıların %35'i YZ konusunda kullanıcı düzeyinde bilgiye sahip olduğunu, %34'ü temel kavramlara hâkim olduğunu, %28'i sınırlı bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. İleri/teknik düzeyde bilgiye sahip olduğunu ifade edenler yalnızca %2'dir.

Mesleki pratikte YZ kullanım sıklığı incelendiğinde, katılımcıların %63'ünün haftada birkaç kez veya her gün YZ araçlarını kullandığı, %28'inin ayda birkaç kez kullandığı ve %9'unun hiç kullanmadığı görülmüştür.

Eğitim talepleri açısından katılımcıların %93'ü klinik uygulamalara entegrasyon, %90'ı akademik yazım uygulamaları ve %90'ı görsel/video uygulamaları konusunda eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Gelecek beklentileri değerlendirildiğinde, katılımcıların %63'ü YZ'nin bazı rutin görevleri devralacağını, %34'ü yalnızca yardımcı rol üstleneceğini, %2'si ise mesleki rollerini ciddi ölçüde etkileyeceğini düşünmektedir. Katılımcıların YZ kullanımında en çok endişelendikleri faktör hatalı/yanlış tıbbi bilgi üretme riski (%50) olarak belirlenmiştir.

Toplam MAIRS-MS puanı medyan 66 (IQR: 55-77) olarak saptanmış olup, ölçeğin teorik skor aralığında orta banda karşılık gelmektedir. Akademik kıdem grupları arasında bilişsel (p=0,666), beceri (p=0,625), öngörü (p=0,852), etik (p=0,497) ve toplam puan (p=0,736) açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Sonuç: Çocuk alerji ve immünoloji hekimlerinin çoğunluğu yapay zekâ araçlarını kullanmakta ancak YZ hazırbulunuşluk skoru ölçeğin teorik aralığının orta bandında yer almaktadır. Akademik kıdem grupları arasında YZ hazırbulunuşluğu açısından anlamlı fark bulunmaması, bu alanda yetkinlik kazanımının unvan veya deneyimden bağımsız olduğunu ve tüm düzeylerde yapılandırılmış eğitime ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun düzenli YZ kullanımına karşın eğitim talep etmesi, mevcut kullanımın sistematik olmayan bir yapıda geliştiğini düşündürmektedir. Hekimlerin YZ'yi ağırlıklı olarak destekleyici bir araç olarak konumlandırması, teknolojinin tıbbi pratiğe entegrasyonunda dengeli bir yaklaşımın benimsendiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, Çocuk alerji ve immünoloji, Dijital sağlık

[S-23]

ALERJİK RİNİTLİ ÇOCUKLARDA HİPOKSİ İLE İNDÜKLENEBİLİR FAKTÖR-1A (HIF-1A) DÜZEYLERİ VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SALIHA AS¹, HATİCE EKE GÜNGÖR¹, DERYA KOÇER²1 KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLojİ
2 KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ, TIBBİ BİYOKİMYA

Amaç: Alerjik rinit (AR), bir veya daha fazla alerjen duyarlılığının neden olduğu, burun mukozasının IgE aracılı inflamasyonu ile karakterize; hapşırık, burun tıkanıklığı ve burun akıntısı gibi klinik semptomlarla tanımlanan bir hastalıktır. Hipoksi ile indüklenebilir faktör 1 (HIF1) transkripsiyon kompleksi, inflamatuvar yanıt sırasında farklı immün hücrelerin aktivasyonunu düzenler. Bu nedenle HIF-1'in alerjik hava yolu iltihabındaki rolü dikkat çekicidir. Bu çalışmada alerjik rinitli hastalarda HIF-1a düzeylerinin değerlendirilmesi ve hastalık şiddeti ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya 5-17 yaş aralığında alerjik rinit tanısı alan toplam 58 hasta ve sağlıklı 30 çocuk olmak üzere 88 olgu alındı. Hastalık şiddeti Rinokonjunktivit Skorlama Sistemine (Rhino Conjunctivits Scoring System, RCSS) göre belirlendi. Semptom skorlaması 0-3 arasında değerlendirildi. Tüm olgulardan kan örnekleri alınarak HIF-1a serum düzeyleri belirlendi. Hasta ve kontrol grubuna deri prick testi yapıldı. Total eozinofil sayıları, serum IGE ve 25 OH Vitamin D3 düzeyleri ölçüldü. Bulunan değerler HIF-1a ile karşılaştırıldı.

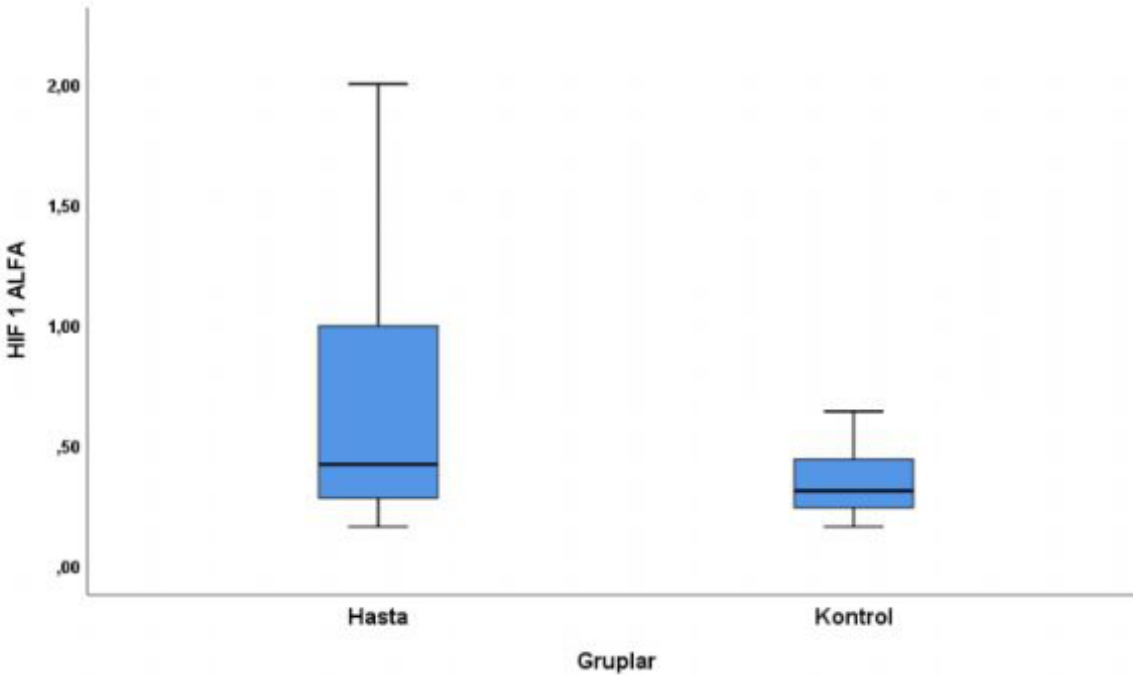
Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet ve yaş dağılımı arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Hasta grubun total eozinofil sayıları, total IGE düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek tespit edildi. Hasta grubunun HIF-1a değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek saptandı. AR olan hasta grubunda atopisi olanların HIF-1a değerleri atopisi olmayanlara göre istatistiksel olarak düşük saptandı. Hasta grubunda HIF-1a ile semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak yüksek pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Alerjik rinitli hastalarda HIF-1a serum seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Hasta grubunda HIF-1a ile semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak yüksek pozitif korelasyon saptandı. Bu çalışma çocukluk çağında alerjik rinitli hastalarda HIF-1a düzeyinin çalışıldığı ilk çalışmadır. Bu sonuçlar HIF1a'nın çocukluk çağı alerjik rinit patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürülebilir.

Hala kesin tedavisi olmayan alerjik rinitte yeni tedavi seçenekleri açısından umut verici olabilir. Bu konuda yapılacak farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, HIF-1a, çocuk, atopi

Resim 1



Hasta ve kontrol grubu HIF 1 ALFA (HIF-1a) düzeyleri karşılaştırılması

Tablo 1

		Gruplar		Test İstatistikleri	
		Hasta	Kontrol	Test Değeri	P Değeri
		n=58	n=30		
Yaş, (Yıl)	$\bar{x} \pm ss$	11,5±3,6	12,4±4,3	1,058	0,293†
	<i>min-max</i>	5-17	5-17		
Cinsiyet, n (%)	Erkek	32 (55,2)	17 (56,7)	0,018	>0,999‡
	Kız	26 (44,8)	13 (43,3)		
Eozinofil (EO#)	M (IQR)	300,0 (382,5)	125,0 (122,5)	3,892	<0,001&
Total IGE (IU/mL)	M (IQR)	156,1 (287,1)	34,1 (108,3)	4,239	<0,001&
25 OH Vitamin D (ng/mL)	M (IQR)	17,20 (11,65)	11,80 (9,07)	2,252	0,024&
HIF-1 α , (ng/ml)	M (IQR)	0,42 (0,73)	0,31 (0,21)	2,35	0,019&
Atopi, n (%)	Var	47 (81,0)	0 (0,0)	52,178	<0,001‡
	Yok	11 (19,0)	30 (100,0)		

Hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

[S-24]

ÇOCUKLUK ÇAĞI SOLUNUM ALERJİLERİNDE SERVİ POLENİ DUYARLILIĞI: GAZİANTEP'TEN KLİNİK VERİLER

RABİA DENİZ KILÇIK¹, ERCAN KÜÇÜKOSMANOĞLU²,
İBRAHİM HALİL KARAHAN², GAYE İNAL², ÖZLEM KESKİN²

1 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, GAZİANTEP
2 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI, GAZİANTEP

Amaç: Gaziantep Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniğine başvuran çocuklarda servi polenine duyarlılık sıklığının belirlenmesi ve deri prik testinde servi polenine duyarlı olguların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

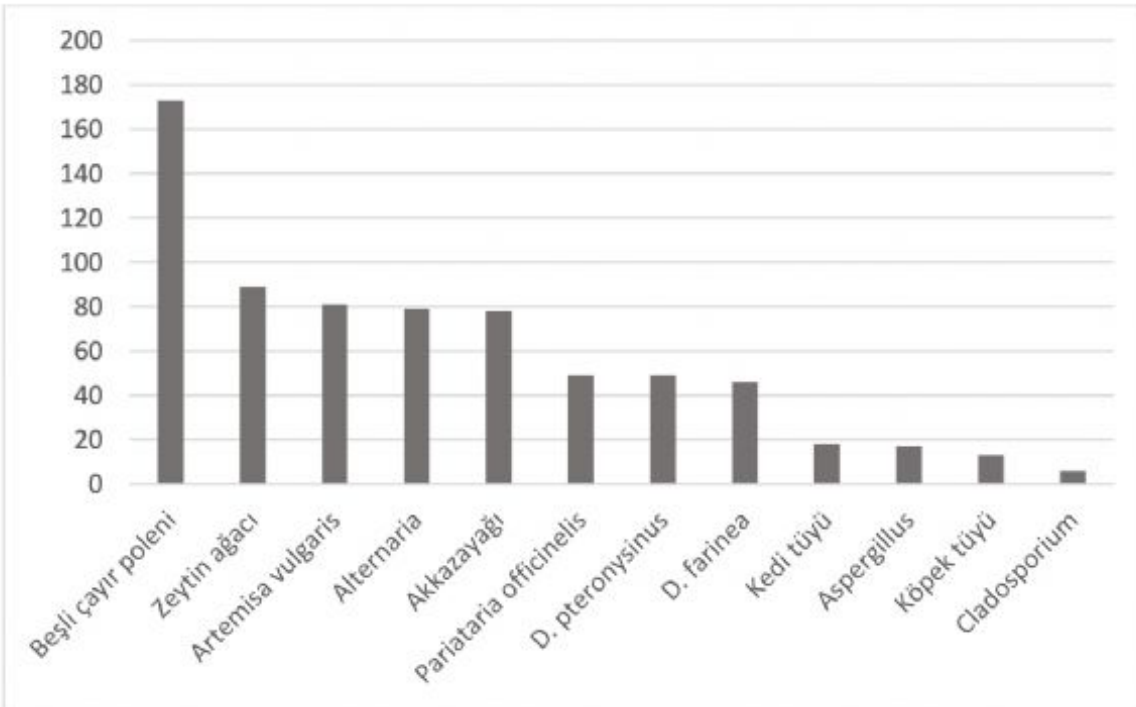
Yöntem: 01.05.2024–31.12.2024 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniğine alerji semptomları ile başvuran toplam 1498 çocuğa solunum alerjenleri içeren deri prik testi uygulanmıştır. Solunum alerjenlerine karşı duyarlılığı saptanan 560 olgudan servi polenine duyarlı olan hastaların demografik verileri, aile öyküleri, klinik semptomları, kullanılan ilaçlar, laboratuvar bulguları (total serum IgE, servi spesifik IgE ve eozinofil sayısı) ve solunum fonksiyon testleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Solunum alerjenine duyarlılığı saptanan 560 hastadan 204'ü (%36,4) servi polenine karşı duyarlı bulunmuştur. Bu olguların %67,2'sinin erkek olduğu görülmüştür. Servi polen alerjisi olan olguların ortalama yaşı $10,04 \pm 3,60$ (3-17) ve medyan on olarak bulunmuştur. Hastaların yalnızca %4,9'unda monosensitizasyon saptanırken, büyük çoğunluğunda çoklu alerjen duyarlılığı mevcuttu. Servi poleni ile en sık birlikte saptanan alerjenler beşli çayır poleni (%84,8), zeytin ağacı (%43,6) ve Artemisia vulgaris (%39,7) olmuştur. Aile öyküsü %51,5 oranında pozitif bulunmuş, en sık gözlenen semptomlar öksürük (%63,2), nefes darlığı (%47,5) ve konjonktivit (%45,6) olmuştur. Spesifik IgE ölçümü yapılan olguların %94,8'inde pozitiflik saptanmıştır. Yaş ile servi spesifik IgE düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$). Klinik tanılar incelendiğinde, olguların %29,4'ünde yalnızca alerjik rinit, %26,5'inde yalnızca astım, %35,3'ünde ise her iki tanının birlikte bulunduğu görülmüştür. Solunum fonksiyon testi uygulanan 156 hastanın %11,5'inde reversibilite pozitifliği belirlenmiştir. Tedavi açısından değerlendirildiğinde ise en sık kullanılan ilaç grubunun intranazal kortikosteroidler (%73) olduğu saptanmıştır.

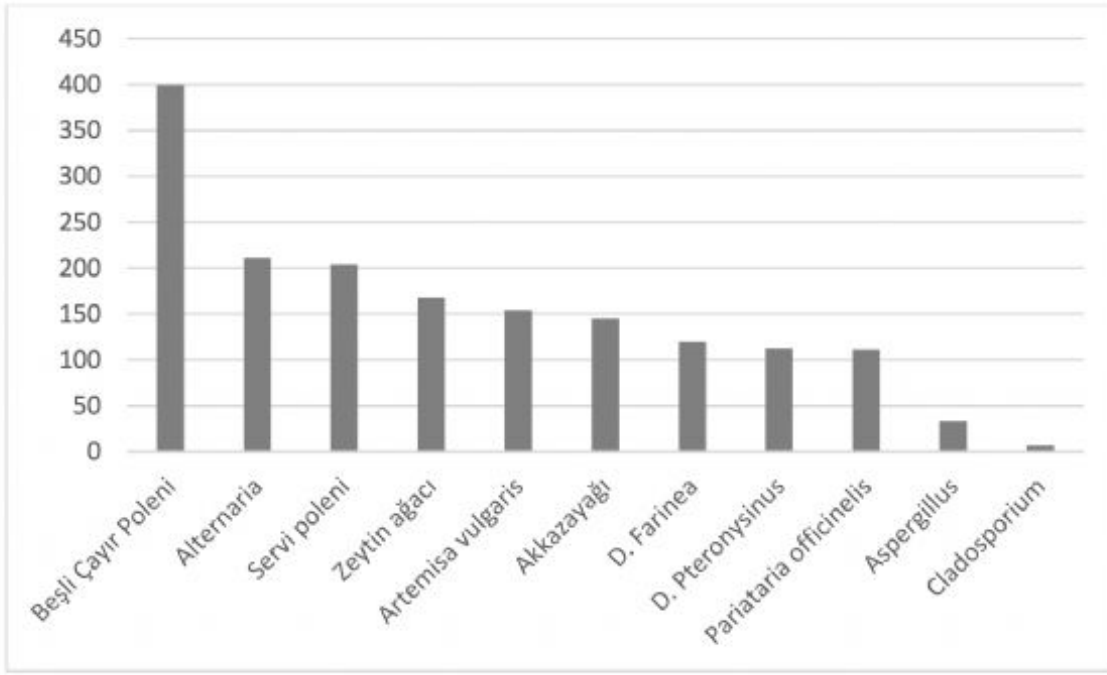
Sonuç: Çalışmamızda solunum alerjenine duyarlılığı saptanan 560 olgunun 204'ünde (% 36,4) yani yaklaşık üçte birinde servi polen duyarlılığı bulunmuştur. Servi polen duyarlılığı oranı literatürdeki bazı verilerden daha yüksek saptanmış; monosensitizasyonun nadir, çoklu duyarlılığın ise yaygın olduğu gösterilmiştir. Akdeniz iklim özellikleri gösteren bölgelerde yaygın kullanılan servi ağaçlarının, çocukluk çağı solunum alerjileri açısından önemli bir çevresel risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, servi polen alerjisi olan çocuklarda klinik ve laboratuvar değerlendirmelerin tanı ve tedavi sürecinde önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, Astım, Deri prik testi, Servi poleni, Spesifik IgE

Servi polen duyarlılığı olan olgulara eşlik eden diğer alerjen türleri



Solunum yolu alerjenleri duyarlılık oranları



Servi polen duyarlılığı olan olgulardaki semptomlar

Semptomlar	n	%
Öksürük	129	63,2
Nefes darlığı	97	47,5
Konjonktivit	93	45,6
Hapşırık	92	45,1
Gözde kızarıklık	92	45,1
Burun akıntısı	84	41,2
Rinokonjonktivit	72	35,3
Kaşıntılı döküntü	48	23,5
Hışıltı	39	19,1

Servi polen duyarlılığı olan olgulardaki alerjik rinit ve astım tanısı varlığı

Tanı	n	%
Sadece alerjik rinit tanısı olan	60	29,4
Sadece astım tanısı olan	54	26,5
Hem alerjik rinit hem astım tanısı olan	72	35,3
Alerjik rinit ve astım tanısı olmayan	18	8,8

Servi polen duyarlılığı olan olguların kullandığı ilaç türleri

İlaç türü	Kız	Erkek	Toplam	p
İnhaler Kortikosteroid	12	35	47	0,224
LABA	30	59	89	0,851
Montelukast	21	62	83	0,057
İntranazal Kortikosteroid Sprey	43	106	149	0,046
Göz Damlası	25	55	80	0,697

Antihistaminik 38 87 125 0,350

Servi polen alerjisi olan olgularda en sık kullanılan tedavi intranazal kortikosteroid spreyle olup 149 (% 73) olguda; en az tercih edilen tedavi ise inhaler kortikosteroidler olup 47 (% 23) olguda kullanıldığı gösterilmiştir. Kullanılan tedavilerden intranazal spreyle ve montelukast kullanımının cinsiyetle anlamlı ilişkisi olduğu ve erkeklerde kullanımın kızlara oranla daha fazla olduğu gösterilmiştir (p>0,05)

[S-25]

6-14 YAŞ ARASI ALERJİK RİNİT TANILI ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

SEDA ÇEVİK¹, İLKNUR PENÇE², TUBA KARAKURT¹, DİLEK KACAR¹, CANSU DURAN¹,
AYŞE CAVİDAN SONKUR¹, SEDA AKSOY GİRGİÇ¹, NURHAN KASAP¹, MUSTAFA ARG¹

1 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

2 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

Amaç: Alerjik rinit (AR) semptomlarının uyku kalitesini bozarak, yorgunluğa ve kognitif fonksiyonlarda azalmaya yol açabileceği bilinmektedir. Literatürde AR'li çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu çalışmada AR tanılı çocuklarda DEHB semptom sıklığının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, hastalık şiddeti ve süresi gibi klinik faktörlerle ilişkisinin hem ebeveyn hem de öğretmen değerlendirmesiyle araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 6-14 yaş arası 80 AR tanısı alan hasta ve 97 sağlıklı kontrol dahil edildi. AR tanısı ARIA kılavuzuna göre konuldu. DEHB semptomları SNAP-IV ölçeği ile hem aile hem de öğretmen formları kullanılarak değerlendirildi. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeklerinden elde edilen toplam skor 18'e bölünerek dikkatsizlik/hiperaktivite skalası (IHS) hesaplandı; IHS>1.25 DEHB semptomları açısından pozitif kabul edildi.

Bulgular: AR grubunda IHS>1.25 oranı sağlıklı gruba göre daha yüksek olmakla birlikte (%11.2 vs %7.2) istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0.504). Erkeklerde DEHB skoru kızlara göre anlamlı yüksekti (p=0.004). Öğretmen formu AR grubunun %32.5'inde, sağlıklı grubun %27.8'inde öğretmenleri tarafından dolduruldu; bu değerlendirmede de gruplar arası fark saptanmadı (p>0,05). Aile ve öğretmen değerlendirmeleri arasında orta düzeyde uyum görüldü (r=0.553, p<0.001); aileler anlamlı olarak daha yüksek skorlar verdi (p=0.002). Alt grup analizinde; DEHB skoru orta-ağır AR'li çocuklarda hafif AR'ye göre anlamlı yüksekti (13.57±10.40 vs 8.53±6.64, p=0,025). Dikkat eksikliği skoru ile hem TNSS (Total Nasal Symptoms Score) hem de AR şikayet süresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla, r=0,229 ve p=0,041; r=0,301 ve p=0,007).

Sonuç: AR varlığı tek başına DEHB semptomlarını anlamlı düzeyde artırmada, hastalık şiddeti ve semptom süresi dikkat eksikliği ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular orta-ağır AR'li çocukların nöropsikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, DEHB, dikkat eksikliği, SNAP-IV

Tablo 1a. Şiddete Göre AR Sınıflaması

Şiddet	n	DEHB Skoru	IHS	p değeri
Hafif AR	36	8.53 ± 6.64	0.474 ± 0.369	
Orta-Ağır AR	44	13.57 ± 10.40	0.754 ± 0.578	0.0253*

Tablo 1b. Süreye Göre AR Sınıflaması

Süre	n	DEHB Skoru	IHS	p değeri
İntermitan AR	27	9.78 ± 8.56	0.543 ± 0.476	
Persistan AR	53	12.08 ± 9.50	0.671 ± 0.528	0.2312

Tablo 1c. AR Grubunda Korelasyon Analizleri

Değişken	Spearman r	p değeri
TNSS vs DEHB Skoru	0.131	0.2454
TNSS vs Dikkat Eksikliği	0.229	0.0409*
TNSS vs Hiperaktivite	-0.008	0.9451
Şikayet Süresi vs DEHB Skoru	0.170	0.1309
Şikayet Süresi vs Dikkat Eksikliği	0.301	0.0066**
Pozitif Alerjen Sayısı vs DEHB Skoru	-0.138	0.2228

[S-26]

ÇAYIR POLENİ DUYARLI ÇOCUKLARDA ÇAYIR POLEN PANELİ SPESİFİK İMMUNGLOBULİN E DÜZEYLERİNİN DERİ PRİK TESTİ SONUÇLARI İLE KORELASYONU

**FATMA NUR KUZUCU¹, CANKAT GENİŞ¹, GÖKHAN YÖRÜSÜN¹,
ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ², EMİNE DİBEK MISIRLIOĞLU²**

¹ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ/İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
² SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ/İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Bu çalışmada, kemilüminesans immünojenik analiz yöntemiyle ölçülen Çayır polen paneli spesifik immunglobulin E (ÇP sIgE) düzeyleri ile çayır poleni deri prik testi (DPT) reaktivitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve klinik uygulamada kullanılabilecek optimal kesim değerlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2023 ve Temmuz 2024 yılları arasında retrospektif olarak planlanan bu çalışma, ÇP sIgE pozitifliği bulunan ve çayır polen ekstreleri ile DPT uygulanmış mevsimsel alerjik rinit (MAR) ve/veya astım tanılı çocukları içermektedir. Hastalara ait demografik, klinik ve laboratuvar verileri medikal dosya kayıtları üzerinden elde edilmiştir. Tanılar Küresel astım girişimi (GINA) ve Alerjik Rinit ve Astım Üzerine Etkisi (ARIA) rehberi esas alınarak konulmuştur. Serum sIgE düzeyleri kemilüminesans immünoassay sistemi kullanılarak ölçülmüştür (Immulate 2000, Siemens Healthineers, Erlangen, Almanya). ÇP sIgE; orchard grass, meadow fescue, perennial ryegrass, phleum pratense ve june grass türlerini kapsamaktadır. DPT, Phleum pratense ve/veya Graminaceae mix-5 (orchard grass, meadow fescue, Italian ryegrass, phleum pratense, Kentucky bluegrass) ekstreleri ile yapılmıştır. Olgular DPT sonuçlarına göre reaktif ve non-reaktif olarak gruplandırılmış, ÇP sIgE için optimal kesim değeri ROC analiziyle belirlenmiştir.

Bulgular: Toplam 888 hastanın değerlendirildiği çalışmada, olguların %89,3'ü (n=793) DPT-reaktif olarak saptanmıştır. Hastaların 649'u (%73,1) yalnızca MAR, 239'u (%26,9) MAR ve astım tanılıydı. Reaktif grupta ÇP sIgE, total IgE ve eozinofil parametreleri anlamlı olarak daha yüksekti (her üç parametre için p<0.001). ÇP sIgE düzeyleri hem laboratuvar parametreleri (eozinofil sayısı, eozinofil yüzdesi ve total IgE) hem de Phleum pratense ve Graminaceae mix-5 endürasyon çaplarıyla pozitif korelasyon gösterdi (tüm parametreler için p<0.001). ROC analizinde sIgE kesim değerleri ÇP duyarlılığı için 15,05 kUA/L, Phleum pratense için 28,2 kUA/L ve Graminaceae mix-5 için 20,5 kUA/L olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Kemilüminesans immünoassay yöntemiyle ölçülen ÇP sIgE düzeylerinin çayır poleni duyarlanmasını öngörmeye güvenilir bir belirteç olabileceği gösterilmiştir. Özellikle Graminaceae mix-5'in daha yüksek prediktif performans sergilemesi dikkat çekicidir. Belirlenen kesim değerlerinin, DPT'nin yapılamadığı durumlarda tanısal süreçte yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Astım, çayır poleni, Çayır polen paneli sIgE, Deri prik testi, Mevsimsel alerjik rinit

[S-27]

PANDEMİ DÖNEMİ EVCİL HAYVAN EDİNMEYE BAĞLI OLARAK KEDİ DUYARLILIĞI ARTTI MI?

ÖZGÜL GÜNGÖR, DAMLA ALTINTAŞ, NUR ÜMİT, CEREN GÜLERYÜZ,
DİLARA FATMA KOCACIK UYGUN, AYŞEN BİNGÖL

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI ANTALYA

Amaç: Alerjik hastalıklar, dünya nüfusunun yaklaşık %30-40'ını; özellikle çocuklar ile genç erişkinleri etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hava kirliliği, sigara dumanı, küf ve nem maruziyeti ile yaşam tarzı değişiklikleri alerjik hastalık gelişiminin başlıca faktörleridir.

Hayvan epitelleri, çocuklarda en sık karşılaşılan solunum yolu alerjenleri arasında yer almakta olup astım ve alerjik rinit gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür. Kedi duyarlılığı prevalansı dünya genelinde değişkenlik göstermekle birlikte, Avrupa'da çocuklarda %5-%12 arasında bildirilmektedir.

Bu çalışmada, pandemi öncesi ile pandemi sonrasında kedi duyarlılığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Pandemiden öncesi (Ağustos 2018-Aralık 2018) ve pandemi sonrası (Ağustos 2023-Aralık 2023) çocuk alerji immünoloji polikliniğine başvuru ve EPT yapılmış olan 5-18 yaş hastaların deri testleri geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Pandemiden önce ve sonra kedi duyarlılık sıklığı araştırıldı.

Herhangi bir endikasyonla deri prik testi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Beş yaş altı ve alerji dışında kronik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Sonuç: Covid sonrası total IgE düzeyleri ile eozinofil değerlerinin azalması, pandemi sürecinde gelişen immün yanıt değişiklikleriyle ilişkili olabilir. Çalışmalar, sosyal izolasyon ve maske kullanımı gibi önlemlerin özellikle çocuklarda alerjen ve viral tetikleyicilere maruziyeti azalttığını, bunun da Th2 ağırlıklı immün yanıtın baskılanmasına yol açabileceğini göstermiştir. Pandemi astım alevlenmeleri ve alerjik semptomlarda azalma bildirilen çok sayıda çalışma mevcuttur; bu durum, IgE ve eozinofil parametrelerindeki düşüşü destekler niteliktedir.

Pandemi sonrası dönemde evde kedi bulunma oranının artmasına rağmen kedi epiteline duyarlılıkta artış saptanmadı. Bu bulgu, pandemi sırasında artan evcil hayvan sahiplenmenin kısa sürede alerjik duyarlılığa yansımamış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın kısa süreli bir dönemi kapsamaması ve az sayıda hasta ile gerçekleştirilmiş olması nedeniyle daha geniş örneklemlili, uzun süreli ve maruziyetin ayrıntılı olarak değerlendirildiği prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, astım, kedi duyarlılığı

Tablo1

Tablo 1. Çalışma hastalarının tanımlayıcı verileri

Değişken	N=222
Yaş, ortanca (IQR)	8 (6-12)
Cinsiyet (Erkek), n (%)	130 (58,6)
Kovid, n (%)	
Öncesi	114 (51,4)
Sonrası	108 (48,6)
Kedi_apt, n (%)	
Negatif	140 (63,1)
Pozitif	82 (36,9)
Evde Kedi Bulunması, n (%)	35 (15,8)
Tam, n (%)	
Astım	35 (15,8)
Atopik Dermatit	2 (0,9)
Rinit	144 (64,9)
Rinit+Astım	24 (10,8)
Rinit+Ürtiker	2 (0,9)
Ürtiker	15 (6,8)
Eozinofil Yüzde, ortanca (IQR)	3,7 (1,8-6,7)
Eoz/%, ortanca (IQR)	290 (140-480)
IgE, ortanca (IQR)	122 (48-317,5)

Kısaltmalar: IQR: interquartile ratio

Tablo2

Tablo 2. Kovid öncesi ve sonrası çalışma hastalarının karşılaştırılması

Değişken	Kovid Öncesi	Kovid Sonrası	P Değeri
Yaş, ortanca (IQR)	8 (6-11)	9 (7-12)	0,155
IgE, ortanca (IQR)	178 (68-381)	83,4 (36-240)	0,001
Eozinofil Yüzde, ortanca (IQR)	4,2 (2,5-7,5)	2,9 (1,5-6,15)	0,001
Eoz/%, ortanca (IQR)	335 (190-540)	210 (110-455)	0,003
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	65 (57)	65 (60,2)	0,632
Kız	49 (43)	43 (39,8)	
Evde Kedi Bulunması, n (%)	12 (10,5)	23 (21,3)	0,028
Kedi_apt, n (%)	43 (37,7)	39 (36,1)	0,804

Kısaltmalar: IQR: interquartile range

[S-28]

BESİNE BAĞLI ANAFİLAKSİ SONRASI EBEVEYN ANKSİYETESİ: “ALERJİ PARMAK İZİ GİBİDİR”**MERVE GÜMÜŞ¹, PINAR ŞAHİN², İLKE BAŞ², EMİNE ÜLGEN²,
FİGEN GÜLEN², ESEN DEMİR³, HANDAN DUMAN ŞENOL²**¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ² EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI³ İZMİR ACIBADEM KENT HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ

Amaç: Besine bağlı anafilaksi riski taşıyan çocukların ebeveynleri, günlük yaşamlarını yoğun korku, belirsizlik ve duygusal yük altında sürdürmektedir. Literatür, bu durumun ebeveynlerin ruh sağlığını olumsuz etkilediğini ve ailelerin alerji yönetimini şekillendirdiğini göstermektedir. Bu çalışmada, besin alerjisine bağlı anafilaksi öyküsü olan çocukların ebeveynlerinde anksiyete düzeylerini değerlendirmeyi ve anafilaksinin aile yaşamı üzerindeki duygusal, bilişsel ve davranışsal etkilerini karma yöntem yaklaşımıyla incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmada iki aşamalı sıralı karma yöntem deseni kullanıldı. Nicel fazda, Haziran–Temmuz 2025 tarihleri arasında ebeveynlere çevrim içi anket uygulandı ve State–Trait Anxiety Inventory (STAI) ile anksiyete düzeyleri ölçüldü. Toplam 40 aile analiz edildi. Ebeveynlerin durum anksiyetesi (STAI-S) ile ilişkili bağımsız belirleyicileri değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan çocukların yaş ortalaması $93,6 \pm 55,2$ ay, %67.3’ü erkekti. Çocukların %72.5(n=29)’inde inek sütü alerjisi(İSA), %47.5(n=19)’unda çoklu besin duyarlılığı saptandı. Ortalama anafilaksi sayısı 2 (min:1 maks:8) idi ve ilk anafilaksi en sık 0–1 yaş döneminde görülmüştü (%40.8). Anafilaksi anında adrenalin uygulanma oranı %57.1’di.

Annelerin yaş ortalaması 37.8 ± 6.47 yıl, babaların yaş ortalaması $41.7 \pm 7,1$ yıldır. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde %65(n=26)’i üniversite ve üzeri lisans eğitime sahipken babalarda bu oran % 57,5(n=23)’tu. %65 hastanın annesi 2 ve daha fazla çocukta sorumluydu.

Ebeveynlerin ortalama durumluk anksiyete skoru (s skoru) 81.4 ± 7.2 , sürekli anksiyete skoru (d skoru) 81.5 ± 7.4 idi. Durumluk anksiyete skorları İSA olan çocukların ebeveynlerinde anlamlı olarak daha yüksekti (p:0,017), ayrıca erkek çocukların ebeveynlerinde de daha yüksek bulundu(p:0,047). Çok değişkenli lineer regresyon analizinde İSA varlığı, ebeveynlerin durum anksiyetesi düzeyi ile bağımsız olarak ilişkili tek değişken olarak saptandı(B = 6.09, B = 0.38, p = 0.024).

Sonuç: Anafilaksi öyküsü olan çocukların ebeveynlerinde durum anksiyetesi, anafilaktik atakların sıklığından çok, günlük yaşamda sürekli maruziyet riski taşıyan alerjenlerle, özellikle inek sütü alerjisi ile ilişkili görünmektedir. Bulgular, besin alerjisi ve anafilaksi yönetiminde yalnızca çocuğa odaklanan tıbbi yaklaşımın yetersiz olduğunu; ebeveynlere yönelik psikososyal destek ve yapılandırılmış eğitim programlarının besine bağlı anafilaksisi olan hastaların yönetiminde önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, besin alerjisi, anksiyete

[S-29]

PEDİATRİK ORAL BESİN YÜKLEME TESTLERİNDE YEDİ FARKLI ŞİDDET DERECELENDİRME SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMESİ: ANAFLAKTİK VE ANAFLAKTİK OLMAYAN REAKSİYONLAR ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

TAHA YASİN AKIN¹, YUSUF ZİYA VARLI¹, NAGİHAN İSKENDER², NEFİSE NEZİHE ULUÇ³, İSMAİL ÖZANLI⁴, MEVRURE YAZICI¹, DÖNDÜ CEREN KAVAL¹, MEHMET SERKAN ERKAN¹, MUHAMMET TAHA DEMİRCİ¹, SİBEL BALCI⁵, MÜJDE TUBA ÇÖĞÜRLÜ³, İŞİL ESER ŞİMŞEK¹, METİN AYDOĞAN¹

1 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ
2 DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3 SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
4 ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ
5 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ BİYOİSTATİSTİK

Amaç: Bu çalışma, çocuklarda yapılan oral provokasyon testleri (OPT'ler) sırasında ortaya çıkan anafilaktik ve anafilaktik olmayan reaksiyonların klinik özelliklerini ve şiddetini değerlendirmeyi; ayrıca yedi farklı şiddet derecelendirme sistemi arasındaki uyum ve farklılıkları karşılaştırmayı amaçladı.

Yöntem: Bu tek merkezli, retrospektif ve gözlemsel çalışmada, pozitif OPT'ler yedi farklı şiddet sınıflandırma sistemine göre retrospektif olarak derecelendirildi. Dünya Alerji Organizasyonu (WAO) 2024 kriterleri, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. Revizyonu (ICD-11) ve Avrupa Alerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi (EAACI) sınıflandırmaları da dahil olmak üzere sınıflandırma sistemleri arasındaki uyum ve farklılıklar değerlendirildi.

Bulgular: 855 hastada gerçekleştirilen 1901 OPT'nin 344'ü (%82,3; 283) non-anafilaktik reaksiyonlar için pozitifken, 61'i (%17,7) anafilaktik reaksiyon olarak sınıflandırıldı. Anafilaktik reaksiyon gösteren hastalar, non-anafilaktik reaksiyon gösterenlere kıyasla anlamlı derecede daha yaşlıydı (medyan yaş: 27 ay vs. 15 ay; $p < 0,001$). Yumurta ile yapılan OPT'lerde anafilaksi oranları, süte kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü ($p < 0,001$). Gastrointestinal semptomlar, anafilaktik reaksiyonlarda non-anafilaktik reaksiyonlara göre daha sık görüldü (%26,2 vs. %11,0, $p = 0,03$). WAO 2024 kriterleri referans standart olarak kullanıldığında, hem ICD-11 hem de EAACI sınıflandırmaları %100 duyarlılık gösterirken, tüm sistemlerde özgüllük %87,6 ila %99,3 arasında değişti. Şiddet puanlama sistemleri arasındaki farklılıklar, esas olarak gastrointestinal bulguların yorumlanmasındaki farklılıklardan kaynaklanıyordu. EAACI ve ICD-11 sınıflandırmaları, WAO kriterleriyle yakın bir uyum içinde anafilaksiyi belirlemede en yüksek özgüllüğü gösterdi.

Sonuç: Bulgular, hem klinik uygulamada hem de çalışmada geçerli olabilecek uyumlu bir şiddet sınıflandırma sistemine ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Bu tür bir standartlaştırma, tanı doğruluğunu artıracak ve çocuklarda gıda alerjilerinin yönetimini iyileştirecektir. Gastrointestinal tutulumun şiddetini tanımlamak için nesnel ve standartlaştırılmış kriterler sunacak gelecekteki araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Oral provokasyon testi, besin alerjisi, anafilaksi

[S-30]

İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE İLK ORAL PROVOKASYON TESTİ, TAKİP EDEN YÜKLEME TESTİNİ ÖNGÖRMEDE ANAHTAR MIDIR?

TAHA YASİN AKIN¹, YUSUF ZİYA VARLI¹, NAGİHAN İSKENDER², NEFİSE NEZİHE ULUÇ³, İSMAİL ÖZANLI⁴, MEVRURE YAZICI¹, DÖNDÜ CEREN KAVAL¹, MEHMET SERKAN ERKAN¹, MUHAMMET TAHA DEMİRCİ¹, SİBEL BALCI⁵, MÜJDE TUBA ÇÖĞÜRLÜ³, İŞİL ESER ŞİMŞEK¹, METİN AYDOĞAN¹

1 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ

2 DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

3 SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

4 ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ

5 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ BİYOİSTATİSTİK

Amaç: Bu çalışma, inek sütü ve yumurta alerjisi olan okul öncesi çocuklarda, ilk oral provokasyon testinin (OPT) pozitif çıkmasından sonra yapılan takip OPT'de başarısızlık riskini öngören risk faktörlerini belirlemeyi amaçladı.

Yöntem: Gözlem süresi boyunca takip OPT uygulanan, ilk OPT'si pozitif olan toplam 113 okul öncesi çocuk (85'i süt, 28'i yumurta için) bu çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, klinik öyküler, spesifik IgE düzeyleri (süt, kazein, alfa-laktalbumin, beta-laktoglobulin, yumurta akı, yumurta sarısı, ovomucoid ve ovalbümin), anafilaksi varlığı, reaksiyona dahil olan sistemler ve ilk veya son dozdan sonra gelişen reaksiyonlara ilişkin bilgiler tıbbi kayıtlardan elde edildi. Takip OPT'lerinde pozitif sonuçlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: İlk OFC öncesi kazein IgE düzeyi ≥ 3.71 kUA/L, ilk OFC öncesi inek sütü IgE düzeyi ≥ 14 kUA/L, takip OFC'si öncesi inek sütü DPT > 6 mm, ilk OFC sırasında anafilaksi meydana gelmesi, takip OFC'si öncesinde yüksek inek sütü deri prik testi (DPT) sonuçları ve ilk ve takip OFC arasındaki yaşın büyük olması faktörler olarak belirlendi. Çok değişkenli analizde ise yalnızca ≥ 3.71 kUA/L kazein IgE düzeyi ve ilk OFC'de tam doz protokolü tamamladıktan sonra reaksiyon meydana gelmesi bağımsız olarak anlamlı bulundu. Kazein IgE düzeyinin < 3.71 kUA/L olması ve tam doz protokolü sonrası reaksiyon gelişmesinin kombinasyonunun, takip OFC için yaklaşık negatif prediktif değeri (NPV) %92,9 olarak bulundu. Yumurta ile yapılan OFC'lerde ise sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle yalnızca tanımlayıcı istatistikler yapılabildi ve sadece iki hasta takip OFC'sinde pozitif; bu nedenle karşılaştırmalar yapılamadı.

Sonuç: Çalışmamız, süt alerjisi olan çocuklarda ilk OFC sırasındaki klinik ve laboratuvar bulgularının, takip OFC'sini öngörebileceğini gösterdi. İlk OFC öncesi kazein IgE seviyeleri, ilk OFC öncesi inek sütü IgE seviyeleri ve ilk OFC sırasında anafilaksi görülmesi öngörücüdür. Düşük kazein seviyeleri ile tam doz protokolünün kombinasyonu özellikle güçlü bir NPV'ye sahipti. Bulgularımız, takip OFC'si planlanırken ilk OFC sırasında gözlemlenen klinik ve laboratuvar dinamiklerinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnek sütü alerjisi, Yumurta alerjisi, Oral provokasyon testi

[S-31]

ÇOCUKLARDA SUSAM ALERJİSİNDE KLİNİK REAKTİVİTE VE TOLERANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ: RETROSPEKTİF ANALİZ**AYMEN HİŞMİOĞULLARI¹, ÖZLEM SANCAKLI¹, MELİKE OCAK², BERNA UZUNOĞLU¹, SONER GÜNDER¹, FİGEN ÇELEBİ ÇELİK¹, CANAN ŞULE KARKINER¹, DEMET CAN¹**

¹ S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, İZMİR
² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç: Susam alerjisi (SA), son yıllarda küresel ölçekte insidansı artan ve yüksek anafilaksi riski taşıyan önemli bir sağlık sorunudur. Oral besin yükleme testi (BYT) tanıda altın standart olarak kabul edilse de, invaziv olmayan deri prick testi (DPT) ve spesifik IgE (sIgE) düzeyleri için kesin tanısal eşik değerler henüz netlik kazanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, çocuklarda tahin DPT ve susam sIgE'nin tanısal doğruluğunu karşılaştırmak ve pozitif BYT sonuçlarını öngörebilecek klinik ve laboratuvar belirteçlerini tanımlamaktır.

Yöntem: Çalışmaya, SA şüphesiyle değerlendirilen 49 çocuk hasta retrospektif olarak dahil edildi. Tüm katılımcılara tahin ile BYT uygulandı. Tanısal performans ve optimal eşik değerlerin belirlenmesinde ROC eğrisi analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %42,9'unda pozitif BYT sonucu saptandı. Tahin DPT, sIgE düzeylerine kıyasla BYT pozitifliğini öngörmeye anlamlı derecede daha yüksek bir doğruluğa sahipti. Tahin DPT için 7,5 mm'lik optimal kesme değerinde %81 duyarlılık ve %85,7 özgüllük (LR+: 5,6) saptandı. Buna karşılık, 2,60 kU/L kesme değerindeki susam sIgE'nin duyarlılığı %66,7 ve özgüllüğü %82,1 (LR+: 3,7) olarak bulundu. Tolerans geliştiren grubun medyan yaşı (14 ay), reaktif gruba (52 ay) göre anlamlı derecede düşüktü. Atopik dermatit öyküsü toleranslı grupta anlamlı derecede daha yaygın bulunurken (%67,9'a karşı %38,1), anafilaksi öyküsünün BYT sonuçlarını ayırt etmede anlamlı bir etkisi saptanmadı.

Sonuç: Çocukluk çağı susam alerjisi tanısında tahin DPT, klinik reaktiviteyi öngörmeye sIgE düzeylerine göre daha üstün ve güvenilir bir tanısal biyobelirteçtir. Küçük yaş ve atopik dermatit varlığı, hastada tolerans olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren önemli klinik parametrelerdir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Susam alerjisi, Besin yükleme testi

[S-33]

SUSAM DUYARLILIĞI OLAN HASTALARDA SUSAMA KARŞI TOLERANSI VE REAKTİVİTEYİ BELİRLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**GAMZE YAYLAK¹, GİZEM KURUOĞLU², İLAYDA ATAÇ²,
AYŞE GÜNERİ ALPARSLAN¹, BETÜL BÜYÜKTİRYAKI³, CANSİN SAÇKESEN³**

1 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL; KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL,

2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

3 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL;
KOÇ ÜNİVERSİTESİ TRANSLASYONEL TIP ARAŞTIRMA MERKEZİ (KUTTAM), İSTANBUL

Amaç: Dünya genelinde susam alerjisi sıklığı %0.1-0.9 arasında bildirilmektedir. Hastaların yaklaşık %20-30'unda tolerans gelişmektedir. Son yıllarda susamın yemeklerde kullanımının artmasıyla susam alerjisinde ve kazara karşılaşmalarda artış görülmektedir. Birçok gelişmiş ülkede susam, gıda ambalajlarında etiketlenmesi zorunlu alerjen ürünler listesinde yerini almıştır. Susam alerjisine eşlik eden besin duyarlılığı sıklığı ve susama karşı toleransı ve reaktiviteyi belirleyen faktörlerin anlaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2015-2025 yılları arasında Koç Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalına başvuran çocuklar arasında susam duyarlılığı olan çocuklar tarandı. Deri prik testi (DPT) \geq 3mm ve/veya susam spesifik IgE (slgE) \geq 0.35kU/L olduğu durumda susam duyarlılığı, bunlara ilaveten hikayede veya besin yükleme testinde (BYT) alerjik reaksiyon olduğu durumda susam alerjisi tanısı kondu. Çocukların eşlik eden diğer alerjik hastalıkları, aeroalerjen ve besin duyarlılıkları, anafilaksi sıklığı ve susam slgE (ImmunoCAP, Sweden) değerleri kaydedildi.

Bulgular: Susam duyarlılığı olan toplam 130 hastanın 47'si (%36.2) kızdı, ortanca yaşı ise 21 ay [çeyreklerarası aralık (ÇAA):8.0-45.0] bulundu. 93 (%71.5) hastada atopik dermatit, 38 (%29.2) hastada astım, 32 (%24.6) hastada alerjik rinit (AR) tanısı eşlik ediyordu. 122 (%93.8) hastada çoklu besin duyarlılığı saptandı. Kuruyemiş duyarlılığı 106 (%81.5), yumurta duyarlılığı 72 (%66.9), süt duyarlılığı 57 (%43.8) hastada mevcuttu. Hikaye ve/veya BYT'de susam/tahin ile reaksiyon gösteren 36 çocuk (%27.7) "reaktif", yediğinde tolere eden 66 çocuk (%50.8) "toleran" ve hiç karşılaşmamış 28 çocuk (%21.5) "bilinmeyen" olarak tanımlandı.

Susam reaktif (n=36) çocuklarda AR sıklığı %38.9, alerjik konjonktivit (AK) sıklığı %16.7, susam/tahin ile anafilaksi sıklığı ise %54.3 idi. İlaveten susam slgE (ortanca 5.2kU/L, ÇAA:2.0-15.6) ve DPT ölçümü (ortanca 8.0mm, ÇAA:2.0-10.0) susam tolere eden (n=66) çocuklara (sırasıyla AR:%19.7, AK:%4.5, susam/tahin ile anafilaksi:%9.4, ortanca susam slgE:1.6kU/L, ÇAA:0.8-8.8, ortanca DPT:3.0mm, ÇAA:0.0-5.6) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptandı (sırasıyla p=0.037, p=0.04, p<=0.001, p=0.002, p=0.039.).

Susam toleran ve reaktif çocukları %88.9 sensitivite, %50 spesifite, %50 pozitif prediktif değer ve %88.9 negatif prediktif değer ile ayırt eden susam slgE kestirim değeri 1.5kU/L bulundu.

Sonuç: Çoklu besin duyarlılığında susam duyarlılığı sık görülmektedir. Bu nedenle çoklu besin duyarlılığı olan hastalar susam duyarlılığı açısından taranmalıdır. Susam duyarlılığına ek alerjik rinit, alerjik konjonktivit olanlarda, susam/tahin ile anafilaksi geçirenlerde ve susam slgE \geq 1.5kU/L hastalarda tolerans oranı daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Çoklu besin duyarlılığı, Reaktivite, Susam duyarlılığı

[S-34]

ÇOCUKLARDA BAKLAGİL ALERJİSİ FENOTİPLERİ: TANISAL SÜREÇLER, KLİNİK ÖZELLİKLER VE ÇAPRAZ REAKTİVİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**GÜLER YILDIRIM¹, NİLAY ÇALIŞKAN², MERVE KARACA ŞAHİN³, HAMİT BOLOĞUR⁴,
MUHAMMED FATİH ERBAY³, HİLAL GÜNGÖR³, HASAN TUNÇ ŞARMAN³, ASLI BERİVAN TOPÇAK³,
ŞEFİKA İLKNUR KÖKÇÜ KARADAĞ³, ÖZLEM TERZİ⁵, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN³,
ÖMER YILMAZ ULUTAŞ³, ŞULE PAPAĞAN³, DENİZ ÖZÇEKER³**

1 ÇANAKKALE MEHMET AKİF ERSOY DEVLET HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ, ÇANAKKALE

2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETİFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ, İSTANBUL

3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ, İSTANBUL

4 ŞANLIURFA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ, ŞANLIURFA

5 19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ, HALKSAĞLIĞI ANABİLİM DALI, SAMSUN

Amaç: Bu çalışmanın amacı, çocuklarda baklagil alerjisinin fenotipini tanımlamak, farklı baklagil türleri arasında birlikte görülme paternlerini ve olası çapraz duyarlılığı değerlendirmek ve baklagil alerjisinde tolerans gelişimini etkileyen faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma, hastanemiz Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'nde izlenen baklagil alerjisi tanımlı çocuk hastaların dosyalarının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmadır. Baklagil alerjisi tanısı; klinik öykü eşliğinde, deri prik testi (DPT), baklagil spesifik immünooglobulin E (sp IgE) düzeyleri ve moleküler komponent temelli alerji tanı yöntemlerinden biri veya birkaçı ve gerekli olgularda oral besin provokasyon testi sonuçları kullanılarak konulmuştur.

Bulgular: Baklagil alerjisi tanısı alan 90 çocuk hastanın 60'ı (%66,7) erkek, 30'u (%33,3) kızdı. Ortalama yaş $64,4 \pm 39,6$ ay (11–204), tanı yaşı ortalaması ise $24,1 \pm 26,4$ ay (6–130) olarak belirlendi. En sık saptanan baklagil alerjisi yer fıstığıydı (58 hasta, %64,4); bunu kırmızı mercimek (39 hasta, %43,3) izledi (Tablo 1). Hastaların %58,9'unda tek, %41,1'inde ise iki veya daha fazla baklagile karşı alerji saptandı (Tablo 2).

Baklagil türlerine göre ilk semptom, tanı ve tolerans yaşları farklılık gösterdi. Tolerans yaşı ortancası yer fıstığında 30 ay iken, kırmızı ve yeşil mercimekte 42 ay, nohutta 59 ay, fasulyede 60 ay ve bezelyede 74,5 ay olup, özellikle bezelye, nohut ve fasulyede toleransın daha ileri yaşlarda geliştiği görüldü (Tablo 3).

Hastaların 62'sinde (%68,9) eşlik eden başka bir besin alerjisi vardı; en sık kuruyemiş (%54,4), yumurta (%40,0) ve süt (%11,1) alerjisi saptandı (Tablo 4).

Anafilaksi gelişen çocukların yaş ortancası 72,5 ay olup, anafilaksi olmayanlara göre daha yüksekti ($p=0,004$) (Tablo 5). Kırmızı mercimek başlangıç DPT anafilaksi gelişen hastalarda anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$). Mercimek başlangıç sp IgE düzeyleri anafilaksi gelişen grupta anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,001$). Anafilaksi gözlenmeyen çocukların %81,8'inde kırmızı mercimek toleransı gelişirken, anafilaksi olanlarda ise tolerans %45,4 oranıyla daha düşük sıklıkta gelişmişti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,037$) (Tablo 6).

Sonuç: Tolerans gelişimi baklagil türüne göre değişmekte olup, özellikle bezelye, nohut ve fasulyede daha ileri yaşlarda görülmektedir. Sonuçlarımız, kırmızı mercimek başlangıç DPT çapının ve yüksek başlangıç sp IgE düzeylerinin anafilaksi ile ilişkili olabileceğini ve anafilaksi gelişen hastalarda tolerans kazanımının daha düşük olduğunu ve hastalığın daha persistan seyredebildiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Baklagil alerjisi, Çapraz duyarlılık, Çocuk, Tolerans gelişimi

[S-35]

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PARASETAMOL VE İBUPROFEN İLİŞKİLİ REAKSİYONLAR

LEMAN TUBA KARAKURT, SEZİN AYDEMİR, SEDA AKSOY GİRGİÇ, MUSTAFA ARGA, ÖZLEM CAVKAYTAR

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

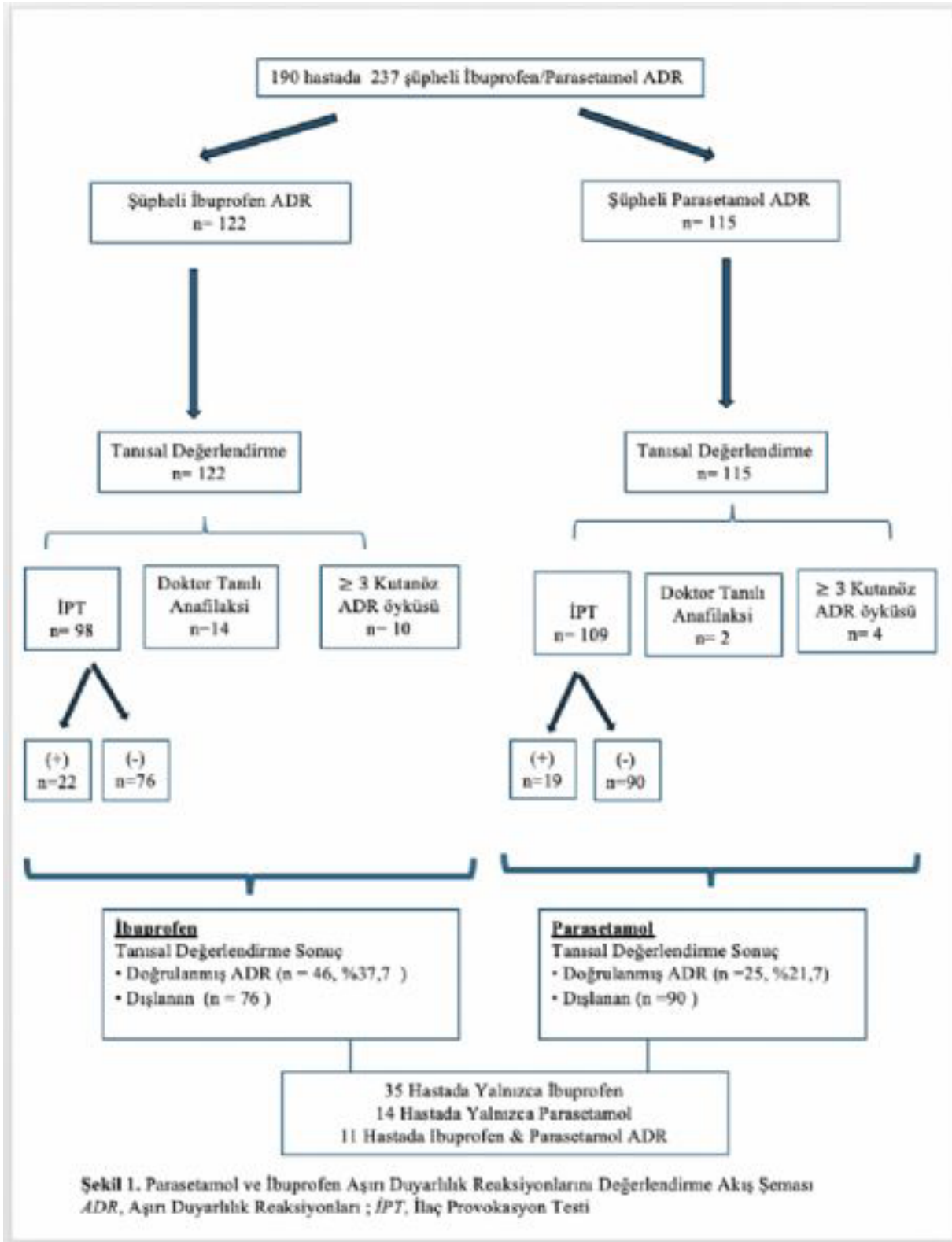
Amaç: Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), özellikle ibuprofen ve parasetamol, çocukluk çağında şüpheli ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarının (ADR) önde gelen nedenlerini oluşturmaktadır. Ancak şüpheli reaksiyonlarda yalnızca öyküye dayalı tanı güvenilir kabul edilmemektedir. İlaça özgü reaksiyon paternleri konusundaki belirsizlik, gereksiz ilaç kaçınmalarına ve uygun analjezik-antipiretik kullanımının kısıtlanmasına yol açabilmektedir. Bu çalışmada, çocuklarda özellikle gerçek parasetamol ve ibuprofen ilişkili ADR'lerde ayırt edici klinik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2017-2025 yılları arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'ne parasetamol veya ibuprofen ilişkili ADR şüphesiyle başvuran çocuk ve adolesanlar dahil edildi. Demografik özellikler, klinik bulgular ve indeks reaksiyon özellikleri kaydedildi. Tanısal değerlendirme için klinik değerlendirme ve sorumlu ilaçla provokasyon testi yapıldı. Doğrulanmış reaksiyonlar değerlendirilerek ilaca özgü klinik ipuçları araştırıldı.

Bulgular: Başlangıçta parasetamol veya ibuprofen ile ilişkili olduğu düşünülen toplam 255 şüpheli ADR kaydedildi. Bu kayıtlar arasından çalışmada medyan başvuru yaşı (çeyrekler arası aralık) 9,2 yıl (5,2-14,5) olan 190 hastada (%54,2'si erkek) 237 reaksiyon değerlendirildi (Şekil 1). Şüpheli reaksiyonların %51,5'i ibuprofen (n=122) geri kalanı parasetamol (n=115) kullanımı ile ortaya çıkmıştı. Tanısal değerlendirme sonucunda 60 hastada toplam 71 reaksiyon (%37) gerçek NSAİİ ADR olarak doğrulandı. Reaksiyonların 41'i ilaç provokasyon testi, 16'sı doktor tanılı anafilaksi öyküsü ve 14'ü ≥ 3 kutanöz ADR öyküsü temelinde tanı aldı. Doğrulanmış NSAİİ ADR'si olanlarda alerjik rinit ve inhalen alerjen duyarlılığı daha yüksek saptanırken [(%48,3 vs. %22,3), (%55 vs. %22,3), $p < 0,05$], astım sıklığı yönünden fark yoktu. Reaksiyonların tanısal değerlendirmesi sonucunda gerçek ibuprofen aşırı duyarlılığı (n=46) gerçek parasetamol aşırı duyarlılığına (n=25) göre neredeyse 2 kat daha sıkı (%64,3vs.%35, $p=0,007$). Tanısal testlerle doğrulanmış parasetamol ilişkili reaksiyonlarda izole ürtiker daha sık saptanırken (%24vs.%0, $p=0,001$), ibuprofen ilişkili reaksiyonlarda izole anjiyoödem şeklinde deri tutulumu ve solunum sisteminin birlikte etkilendiği "blended reaksiyonlar" daha sıkı (%37vs.%12, $p=0,026$). Sadece bir hastada ibuprofen ile ortaya çıkan izole solunum sistemi tutulumu mevcuttu.

Sonuç: Çocukluk çağında her parasetamol ve ibuprofen ilişkili şüpheli reaksiyon gerçek ADR olmayabilir. Bu ilaçlara özgü ADR'ler farklı klinik özelliklerle ortaya çıkmaktadır. Bazı klinik ipuçlarının kullanımıyla ilaca özgü öngörücü modellerin geliştirilmesi mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı duyarlılık reaksiyonları, Çocukluk çağı, Parasetamol, Ibuprofen



Şekil 1. Parasetamol ve İbuprofen Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarını Değerlendirme Akış Şeması

[S-36]

ÇOCUKLARDA AĞIR KUTANÖZ İLAÇ REAKSİYONLARI: ULUSAL ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

H. İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL¹, ŞULE BÜYÜK YAYTOKGİL², YÜKSEL KAVAS YILDIZ², AYLİN KONT ÖZHAN³, TUĞBA ARIKOĞLU³, CEBBAR YILDIRIMÇAKAR⁴, EBRU ARIK YILMAZ⁴, ARZU BAKIRTAŞ¹, ESRA YÜCEL⁵, AYÇA KIYKIM⁵, HALİME ÇİÇEK⁶, YAKUP CANITEZ⁶, EMİNE VEZİR², LEMAN TUBA KARAKURT⁷, ÖZLEM CAVKAYTAR⁷, HİLAL KARABAĞ ÇITLAK⁸, NALAN YAKICI⁸, İŞİL ESER ŞİMŞEK⁹, METİN AYDOĞAN⁹, ÖZLEM SANCAKLI¹⁰, AYŞEN BİNGÖL¹¹, FULYA TAHAN¹², ÖZGE ATAY¹³, HANDAN DUMAN ŞENOL¹⁴, RAMİN MAHMUDOV¹⁵, AHMET KAN¹⁶, ÖNER ÖZDEMİR¹⁷, İLKNUR KÜLHAŞ ÇELİK¹⁸, PINAR UYSAL¹⁹, LİDA BÜLBÜL²⁰, DENİZ ÖZÇEKER²¹, TUĞBA GÜLER²², HAYRUNİSA BEKİS BOZKURT²³, HÜLYA ANIL²⁴, MEHMET KILIÇ²⁵, FATMA DUKSAL²⁶, ÖZLEM YILMAZ²⁷, HATİCE EKE GÜNGÖR²⁸, SİBEL SARIKAVAK KAPLAN²⁹, ZEYNEP GİZEM GÜNDÜZ³⁰, SEMİHA BAHÇECİ ERDEM³¹, DİLEK AZKUR³², SÜMEYYE BAYSAL³³, HAKAN GÜVENİR³⁴, ŞENAY ŞAŞIHÜSEYİNOĞLU³⁵, SEMANUR KUYUCU³

- 1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 2 ANKARA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 3 MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 4 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 5 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 6 ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 7 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI
- 8 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 9 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 10 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 11 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 12 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 13 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BD
- 14 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 15 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 16 DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 17 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SAKARYA EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 18 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 19 AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 20 BAĞCILAR EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 21 İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 22 ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 23 ÜMRANİYE EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 24 OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 25 FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 26 KONYA ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 27 ÇANAKKALE ÖNSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 28 KAYSERİ ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 29 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 30 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 31 İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 32 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD
- 33 ŞANLIURFA EAH ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 34 KOCAELİ ÖZEL ÇOCUK ALERJİ İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ
- 35 BURSA ÖZEL ÇOCUK ALERJİ İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş-Amaç: Ağır kutanöz ilaç reaksiyonları (AKİR), nadir görülmekle birlikte yaşamı tehdit edebilen ve Stevens-Johnson sendromu (SJS), toksik epidermal nekroliz (TEN), ilaç ilişkili eozinofili ve sistemik semptomlar sendromu (DRESS) ve akut jeneralize ekzantematöz püstülozis (AGEP) gibi tabloları içeren ağır ilaç reaksiyonlarıdır. Ancak çocukluk çağında AKİR özelliklerini değerlendiren ulusal ve uluslararası çok merkezli çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı da çocukluk çağında görülen AKİR olgularının ulusal bazda çok merkezli klinik değerlendirilerek ülkemize özgü özelliklerin ortaya konmasıdır.

Yöntem: Ocak 2010-Aralık 2024 tarihleri arasında ilgili merkezlerde SJS/TEN, DRESS, AGEP veya bu tabloların çakışan (overlap) formları tanısı ile izlenen 0-18 yaş arası tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik ve klinik özellikler, tetikleyici ilaç/ilaçlar ve prognoz verileri hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya 32 merkezden AKİR tanılı 216 hasta dahil edildi. Hastaların %60'ı erkek (n=130) olup ortalama tanı yaşı 108 ay (4-216 ay) idi. Tanı dağılımı %50 DRESS (n=108), %21,3 SJS (n=46), %11,6 TEN (n=25), %10,6 SJS-TEN overlap (n=23), %6,5 AGEP (n=14) şeklindeydi. Hastaların %28,7'sinde tek ilaç sorumlu iken, diğer olgularda çoklu ilaç şüpheli idi. Şüpheli ilaç grupları hastaların %61,6'sında (n=133) antibiyotikler, %34,7'sinde (n=75) anti epileptikler, %26,9'unda (n=58) nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve %17,1 hastada (n=37) diğer ilaçlardı. Hastaların ortalama izlem süresi 12ay (1-144ay) olup, %85,2'sinde (n=184) tam düzelme, %11,6'sında (n=25) kısmi düzelme/sekel izlendi.

Sonuç: Bu çalışma ülkemizde ki pediatrik AKİR olgularını ulusal düzeyde inceleyen ilk çalışmadır. On dört yılın üstündeki süreçte en sık görülen pediatrik AKİR tipi DRESS, en az görülen ise AGEP'tir. En sık tetikleyici ilaç grupları sırasıyla antibiyotikler, antiepileptikler ve NSAİİ'lerdir.

[S-37]

ŞÜPHELİ BETA-LAKTAM ALERJİSİ OLAN ÇOCUKLARDA PEN-FAST SKORUNUN TANISAL DEĞERİ VE DERİ TESTİ GEREKSİNİMİNİN BELİRLENMESİNDEKİ ROLÜ

DİLEK KACAR, LEMAN TUBA KARAKURT, SEDA ÇEVİK, PINAR YAĞMUR ALTINKAYNAK, GİZEM USLU, AYŞE CAVİDAN SONKUR, SEZİN AYDEMİR, ÖZLEM CAVKAYTAR, MUSTAFA ARG

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI

Giriş: PEN-FAST; reaksiyonun zamanlaması, klinik şiddeti ve tedavi gereksinimini temel alan, penisilin alerjisi olasılığını öngörmek amacıyla geliştirilmiş risk sınıflandırma aracıdır. Bu çalışmada, şüpheli beta-laktam (BL) alerjisi olan pediatrik hastalarda PEN-FAST skorunun tanısal performansını değerlendirmeyi ve deri testi (DT=DPT/IDT) gereksiniminin belirlenmesindeki rolünü araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Şüpheli BL (penisilin/sefalosporin) alerjisi ile başvuran, tanısal testleri tamamlanmış 0-18 yaş arası hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, indeks reaksiyon özellikleri, PEN-FAST skorları, DT ve ilaç provokasyon testi (İPT) sonuçları analiz edildi. PEN-FAST skorlamasında orta-yüksek risk için ≥ 3 puan eşik değer olarak kullanıldı. Duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değer (PPV/NPV) hesaplanarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 530 hastanın %54,9'u erkek olup, indeks reaksiyon ve değerlendirme yaş ortancası sırasıyla 4,0 ve 7,0 yıldı. BL antibiyotikler arasında en sık suçlanan ajan amoksisilin-klavulanik asit (%78) olup, reaksiyonların %68,5'i erken (≤ 6 saat), %31,5'i ise geç (> 6 saat) tipte izlenmiştir. İndeks reaksiyonlarda en sık görülen bulgular makülopapüler ekzantem (%39,1) ve ürtiker (%37,2) olup, 41 hastada (%7,7) anafilaksi öyküsü mevcuttu. PEN-FAST skorlamasına göre hastaların %31,1'i düşük riskli (< 3 puan), %68,9'u orta-yüksek riskli (≥ 3 puan) grubundaydı. Toplam 46 hastada (%8,7) BL alerjisi doğrulandı (IDT n=21, IPT n=25). Hastaların %91,3'ünde alerji etiketi kaldırıldı.

IDT yapılan 188 hastanın 21'inde (%11,2) pozitiflik saptandı. DT pozitif hastaların %90,5'i (19/21) PEN-FAST ≥ 3 grubundaydı. PEN-FAST < 3 grubunda DT pozitiflik oranı %5,3 (2/38) bulundu ve bu grupta IPT sırasında hiç anafilaksi gelişmedi. Buna karşılık, PEN-FAST ≥ 3 grubunda DT pozitiflik oranı %12,7 (19/150) olup, tüm anafilaksi vakaları (n=3) bu grupta görüldü. ROC analizinde, lojistik regresyon modeliyle elde edilen tahmini olasılıklar kullanılarak hesaplanan eğri altındaki alan (AUC) 0.645 (95% GA: 0.565-0.725; p=0.001) olup, PEN-FAST ≥ 3 eşik değerinde yüksek duyarlılık (%87,0) ve NPV (%96,4) ile düşük riskli hastaların güvenle dışlanabildiği gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmamız, PEN-FAST skorunun pediatrik BL alerjisi değerlendirmesinde yararlı bir risk sınıflandırma aracı olduğunu göstermektedir. PEN-FAST < 3 olan düşük riskli hastalarda DT pozitifliğinin düşük ve ciddi reaksiyon izlenmemesi, seçilmiş olgularda DT uygulanmaksızın doğrudan IPT'nin değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. Buna karşın, PEN-FAST ≥ 3 olan hastalarda DT pozitifliğinin daha yüksek olması, bu grupta IPT öncesinde DT uygulanmasının gerekliliğini desteklemektedir. Bulguların genellenebilirliğinin ortaya konulması için daha geniş ve çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: PEN-FAST, beta-laktam alerjisi, intradermal test, ilaç provokasyon testi, pediatrik popülasyon

[S-38]

ÇOCUKLARDA İLAÇ İLİŞKİLİ ANAFİLAKSİ YATAN VE AYAKTAN HASTALARDA FARKLI MI?

GİZEM KÖKEN, H. İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL, SİNEM POLAT TERECE, ZEYNEP ÇAVDAR, KENAN ÇETİN, A. KÜBRA BASKIN, ARZU BAKIRTAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

Giriş: Çocuklarda ilaç ilişkili anafilaksi (İİA) çalışmaları sınırlı sayıdadır. Ayrıca hastane yatışı sırasında ve evde/ayaktan sağlık kuruluşu başvurularında gözlenen İİA olgularını birebir olarak karşılaştıran ne çocuk ne de erişkin çalışması bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada yatan hasta (YH) ve ayaktan hasta (AH) olarak takip edilen pediatrik İİA olgularının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2010 ve Ocak 2025 tarihleri arasında kurumumuzda İİA tanısı alan ≤ 18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi. İİA tanısı klinik olarak konuldu; uygun hastalarda tanısal testler (deri testleri ve/veya provokasyon testleri) uygulandı. Yataklı servislerde veya yoğun bakım ünitelerinde gelişen İİA olguları YH grubu; evde veya ayaktan sağlık kuruluşu başvurularında gelişen İİA olguları ise AH grubu olarak sınıflandırıldı.

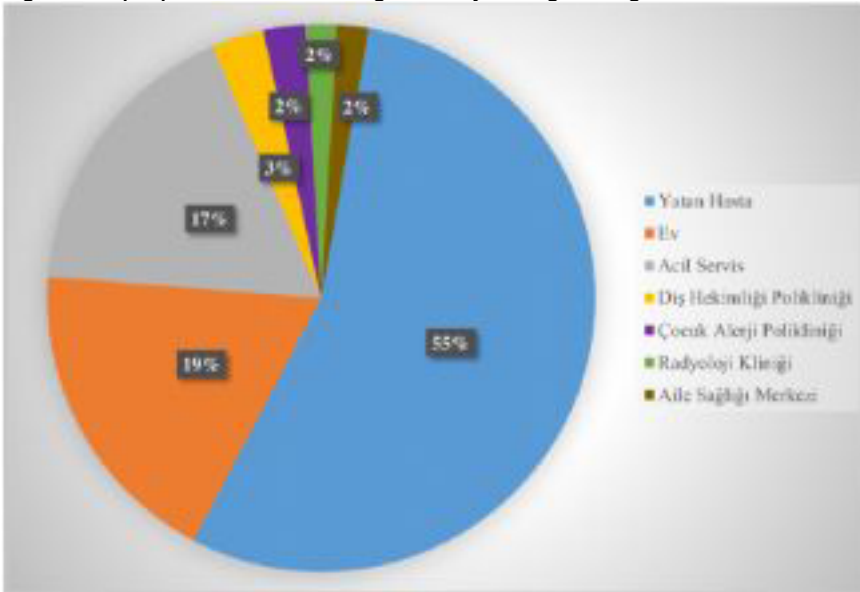
Bulgular: Çalışmaya 162 hasta (ortanca yaş: 87,5 ay) dahil edildi. İİA'ların %55'i YH, %45'i AH ortamlarında gelişmişti (Figür 1). YH grubunda en sık tetikleyici ilaçlar kemoterapötikler, enzim replasman tedavileri ve antibiyotikler iken; AH grubunda NSAİİ'ler, antibiyotikler ve lokal anesteziyelere. Parenteral ilaç kullanımı YH grubunda anlamlı şekilde fazla iken (%97,7'ye karşı %47,9; $p < 0,001$); İİA görülme yaşı, İİA ortaya çıkma zamanı ve İİA şiddeti her iki grupta benzerdi. AH grubundan parenteral ilaç kullanan olgular çıkarıldığında bu üç parametrenin de YH ve AH grupları arasında anlamlı olarak farklı olduğu görüldü (her biri için $p < 0,05$) (Tablo 1).

YH grubunda non-alerjik komorbidite ve gastrointestinal semptomlar daha fazla iken (her biri için $p < 0,001$), AH grubunda astım ve alerjik rinit sıklığı ile anafilaksi kofaktörü (akut enfeksiyon varlığı) daha fazla idi (her biri için $p < 0,001$). Tedavide AH grubunda antihistaminik ve sistemik kortikosteroid kullanımı daha fazla iken (her biri için $p < 0,05$), intramusküler adrenalin kullanımı her iki grupta da benzerdi (sırasıyla %73 ve %64,4) (Tablo 1).

Sonuç: Çocuklarda İİA'larda tetikleyici ilaçlar, komorbidite ve kofaktörler YH ve AH grupları arasında farklılık göstermektedir. Beklenenin aksine her iki grupta İİA'nın ortaya çıkma zamanı ve şiddeti farklı değildir. Bu durum, ayaktan takip edilen hastalarda parenteral ilaç kullanımının görece fazla olması ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, ayaktan hasta, çocuk, ilaç, yatan hasta

Figür 1. İlaç ilişkili anafilaksilerin görülme yerine göre dağılımı



Tablo 1. Yatan Hasta ve Ayaktan Hasta Gruplarında İlaç İlişkili Anafilaksi (İİA)

	Yatan Hasta (n=89)	Ayaktan Hasta (n=73)	p değeri
Cinsiyet, erkek	46 (51.7)	37 (50.7)	0.899
İİA yaşı, ay	67 (2-200)	116 (2-215)	0.067
Astım	11 (12.4)	32 (43.8)	<0.001
Alerjik rinit	5 (5.6)	20 (27.4)	<0.001
Non-anafilaktik ilaç alerjisi	3 (3.4)	5 (6.8)	0.309
Non-alerjik kronik hastalık	78 (87.6)	9 (12.3)	<0.001
Ailede ilaç alerjisi	5 (5.6)	3 (4.1)	0.659
İİA zamanı, dk	10 (1-120)	15 (1-120)	0.129
Parenteral yol	87 (97.7)	35 (47.9)	<0.001
Enteral yol	2 (2.3)	38 (52.1)	-
Cilt	78 (87.6)	67 (91.8)	0.392
Solunum	79 (88.8)	61 (83.6)	0.336
Gastrointestinal	45 (50.6)	19 (26.0)	0.001
Kardiyovasküler	32 (36.0)	27 (37.0)	0.892
Nörolojik	14 (15.7)	8 (11.0)	0.378
Ağır	44 (49.4)	30 (41.1)	0.289
Orta	36 (40.4)	29 (39.7)	0.926
Hafif	9 (10.1)	14 (19.2)	0.100
Kofaktör	21 (23.6)	50 (68.5)	<0.001
IM adrenalin	65 (73.0)	47 (64.4)	0.236
Antihistaminik	45 (50.6)	54 (76.7)	0.002
Sistemik steroid	43 (48.3)	48 (65.7)	0.026
Tanısal test	35 (39.3)	38 (52.1)	0.105

Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise medyan (minimum–maksimum) şeklinde sunulmuştur.

[S-39]

DÜŞÜK RİSKLİ PEDIATRİK BETA-LAKTAM ALERJİSİNİN TANISINDA DOĞRUDAN İLAÇ PROVOKASYON TESTİ: RİSK SINIFLAMASINA DAYALI RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

ÖZLEM SANCAKLI, SONER GÜNDER, AYMEN HIŞMİOĞULLARI,
FİGEN ÇELEBİ ÇELİK, CANAN ŞULE KARKINER, DEMET CAN

S.B.Ü DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Beta-laktam antibiyotikler çocuklarda en sık şüpheli ilaç aşırı duyarlılık reaksiyon nedenidir. Ancak bu reaksiyonların büyük kısmı gerçek alerji değildir. Viral enfeksiyonlara bağlı benign döküntüler sıklıkla ilaç alerjisi olarak etiketlenmekte ve bu durum gereksiz geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ve antimikrobiyal direnç yol açmaktadır. Geleneksel tanı yaklaşımları deri testlerine dayansa da, bu yöntemler çocuklarda pratik kısıtlılıklar taşımaktadır. Güncel kılavuzlar, reaksiyonun tipi ve zamanlamasına göre risk sınıflamasını ve düşük riskli olgularda deri testi olmaksızın doğrudan ilaç provokasyon testini önermektedir. Bu çalışma, düşük riskli durumlarda doğrudan provokasyon testinin güvenli ve etkili bir tanı yöntemi olduğunu vurgulamaktadır.

Yöntem: Şüpheli beta-laktam alerjisi nedeniyle değerlendirilen 180 çocuğun (3–18 yaş) tıbbi kayıtları incelendi. Hastalar, reaksiyonun zamanlaması ve klinik fenotipe göre sınıflandırıldı. Orta–yüksek riskli olgulara deri testi yapıldı ve testleri negatif olanlara ilaç provokasyon testi uygulandı. Düşük riskli olgular ise öncesinde deri testi yapılmaksızın doğrudan oral İPT'ye alındı.

Bulgular: Değerlendirme sırasındaki ortalama yaş $89,5 \pm 44,8$ ay, indeks reaksiyon sırasındaki ortalama yaş $68,3 \pm 44,8$ ay (medyan 60 ay) ve indeks reaksiyon ile değerlendirme arasındaki medyan süre $21,2 \pm 25,2$ ay idi. En sık sorumlu tutulan ajanlar aminopenisilinler (%81,1); bunu sefalosporinler (%13,3) ve penisilinler (%5,6) izledi. Beta-laktam aşırı duyarlılığı hastaların %15,6'sında (28/180) doğrulandı; doğrulanma oranı ani reaksiyonlarda (%21,1), gecikmiş reaksiyonlara (%3,5) kıyasla daha yüksekti. Doğrudan İPT uygulanan 57 düşük riskli gecikmiş hastanın yalnızca 2'sinde (%3,5) hafif ve kendiliğinden düzelen kutanöz reaksiyonlar görüldü; sistemik veya ağır reaksiyon izlenmedi. Gecikmiş başlangıçlı ürtikeri olan (>6 saat sonra) hastalarda pozitif reaksiyon saptanmadı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, sorumlu ilacın parenteral yolla uygulanması (OR = 10,38; %95 GA: 2,34–45,92; p = 0,002) ve anjiyoödem varlığı (OR = 13,83; %95 GA: 1,55–123,42; p = 0,019) doğrulanmış ilaç alerjisi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi. Buna karşılık bazofil yüzdesi bağımsız koruyucu faktör olarak saptandı (OR = 0,03; %95 GA: 0,001–0,80; p = 0,036).

Sonuç: Ayrıntılı klinik öyküye dayalı risk sınıflaması, çocuklarda şüpheli beta-laktam aşırı duyarlılığının değerlendirilmesinde güvenli ve etkili bir strateji sunmaktadır. Öncesinde deri testi yapılmaksızın doğrudan oral İPT, hafif MPD ve benign gecikmiş başlangıçlı ürtiker dahil olmak üzere düşük riskli gecikmiş fenotiplerde güvenli ve etkilidir; zamanında etiket kaldırmayı kolaylaştırmak için daha yaygın olarak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beta-laktam alerjisi, Gecikmiş (non-immediate) aşırı duyarlılık, İlaç provokasyon testi, Penisilin alerjisi, Risk sınıflaması

[S-40]

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İBUPROFEN HİPERSENSİTİVİTESİNİ ÖNGÖRMEDE İ3A SKORUNUN (İBUPROFEN, YAŞ, ANJİYOÖDEM, ANAFİLAKSİ) TANISAL DOĞRULUĞU VE KLİNİK VALİDASYONU

GÖKHAN KIĞILI¹, BEKİR KARAKAYA¹, GÜL KILAVUZ¹, CEVDET ÖZDEMİR², ZEYNEP ALTINEL¹, NERMİN GÜLER¹, AYŞE SÜLEYMAN¹

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İMMÜNOLojİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İMMÜNOLojİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ, PEDIATRİK TEMEL BİLİMLER ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: İbuprofen, pediatrik pratikte en sık kullanılan non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlardan (NSAİİ) biri olup çocuklarda bildirilen ilaç hipersensitivite reaksiyonlarının önemli bir kısmından sorumludur. Ancak enfeksiyonlar ve ürtiker gibi durumların ibuprofen reaksiyonlarını taklit etmesi, klinik öykünün tanısai değerini düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı, ibuprofen reaksiyonu şüphesiyle başvuran çocuklarda NSAİİ hipersensitivitesini EAACI/ENDA nomenklatürüne göre fenotiplendirmek ve klinik öykü bileşenlerine dayalı İ3A skorunun (Yaş, Anjiyödem, Anafilaksi) öngörme başarısını 134 vaka üzerinden doğrulamaktır.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışması, üçüncü basamak bir pediatrik alerji kliniğinde yürütülmüş olup yerel etik kurul onayı alınmıştır. İbuprofen reaksiyonu şüphesiyle sevk edilen ve altın standart oral provokasyon testi (OPT) ile tanısai süreci tamamlanmış 134 pediatrik hasta (ortanca yaş 9.5 yıl; %50.7 erkek) dahil edilmiştir. Hastalara ibuprofen ile OPT uygulanmış; ek ilaç duyarlılığı şüphesi olanlarda asetaminofen, metamizol veya diğer NSAİİ'lerle de provokasyon yapılmıştır. OPT, EAACI/ENDA kılavuzlarına uygun protokolle resüsitasyon ekipmanlarının hazır bulundurulduğu ortamda uygulanmıştır. İ3A skoru (0-4 puan) üç bileşenden hesaplanmıştır: anjiyödem varlığı (2 puan), anafilaksi öyküsü (1 puan) ve indeks reaksiyonda yaş ≥ 10 yıl (1 puan). Optimal kesme değeri ≥ 3 olarak belirlenmiş, tanısai performans ROC analizi ve AUC ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %23.9'unda (n=32) ibuprofen hipersensitivitesi OPT ile doğrulanmıştır. Pozitif vakaların tamamında ibuprofen reaksiyonu mevcuttu; yalnızca ibuprofen n=13 (%40.6), ek asetaminofen duyarlılığı n=8 (%25.0), asetaminofen öyküsü olup ibuprofen ile çapraz duyarlılık n=4 (%12.5) ve ek metamizol duyarlılığı n=2 (%6.3), kalan n=5 (515.6) hastada ise deksketoprofen, ibuprofen ve asetil salisilik doğrulandı. Fenotipik sınıflamada vakaların %65.6'sı (n=21) "Blended" (hem çapraz reaktif hem selektif özellik gösteren) kategoride olup mevcut nomenklatürün pediatrik yeterliliğini sorgulatmaktadır. İ3A skoru ≥ 3 kesme değeri için AUC 0.70 ($p < 0.01$), özgüllük %82.4, duyarlılık %46.9, PPV %45.5 ve NPV %83.1 olarak bulunmuştur.

Sonuç: İ3A skoru, yüksek özgüllüğü (%82.4) ve NPV değeri (%83.1) ile ibuprofen kaynaklı reaksiyonlarda yüksek riskli hastaların provokasyon öncesi belirlenmesinde değerli klinik araçtır.

Anahtar Kelimeler: İbuprofen, Pediatrik Alerji, İ3A Skoru, Oral Provokasyon Testi, NSAİİ Hipersensitivitesi

[S-41]

ÇOCUKLARDA İLAÇ ALERJİSİ ETİKETİNİN KALDIRILMASINDA YAŞIN ROLÜ: 1139 OLGUNUN GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

**BEKİR KARAKAYA¹, GÖKHAN KIĞILI¹, GÜL KILAVUZ¹, CEVDET ÖZDEMİR²,
ZEYNEP ALTINEL¹, NERMİN GÜLER¹, AYŞE SÜLEYMAN¹**

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ, PEDIATRİK TEMEL BİLİMLER ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş-Amaç: Çocukluk çağında ilaç alerjisi şüphesi genellikle hatalı bir etiketleme olarak kalmakta ve gereksiz ilaç kısıtlamalarına yol açmaktadır. Bu çalışma, farklı yaş dönemlerindeki çocuklarda gerçek ilaç alerjisi oranlarını karşılaştırmayı ve literatür verilerine kıyasla oldukça yüksek seyreden hatalı etiketlenme oranlarını gerçek yaşam verileriyle ortaya koyarak sistematik "etiket kaldırma" süreçlerinin klinik önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Tanısal süreci standardize edilmiş protokollerle tamamlanan toplam 1139 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar; 3 yaş altı (n=99), 3-5 yaş (n=273), 6-11 yaş (n=492) ve 12 yaş üstü (n=275) olmak üzere dört gruba ayrıldı. Tüm olgulara deri testleri ve altın standart kabul edilen İlaç Provokasyon Testlerini (İPT) içeren kapsamlı bir algoritma uygulandı. Non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ) duyarlılığı şüphesi olan hastalarda deri testlerinin prediktif değeri düşük olduğu için, rutin deri testi uygulanmaksızın doğrudan provokasyon testleri tercih edildi.

Bulgular: En sık sorumlu ilaç tüm yaş gruplarında beta-laktam antibiyotiklerdi. Çalışma grubunda ilaç alerjisi oranı %21,2 (241/1139) olarak saptanırken, hatalı etiketlenme oranı %78,8 (898/1139) olarak kaydedilmiştir. İPT sonucu pozitif olan çocukların yaş ortalaması, negatif olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (9,1 vs 7,9 yıl; p=0,032). Yaş gruplarına göre hatalı etiketlenme oranları; 3 yaş altındaki grupta %83,8 (83/99), 3-5 yaş grubunda %78,4 (214/273), 6-11 yaş grubunda %79,7 (392/492) ve 12 yaş üstü grupta %76,0 (209/275) idi. Anafilaksi öyküsü bildiren 173 hastanın %32,4'ünde (n=56) alerji doğrulanmış, ancak bu vakaların yarısında deri testleri negatif saptanmıştır.

Sonuç: Gerçek yaşam verileri, çocuklarda ilaç alerjisi etiketinin yüksek oranda hatalı olduğunu kanıtlamaktadır. Hatalı etiketlenme oranı yaş küçüldükçe artış göstermektedir; özellikle 3 yaş altındaki her 10 çocuktan yaklaşık 8'inin aslında alerjik olmadığı saptanmıştır. Tanı alan anafilaksi vakalarının yarısında deri testlerinin negatif olması, tanısal algoritmanın mutlaka İPT ile tamamlanması gerektiğini göstermektedir. Bu veriler, gereksiz ilaç kısıtlamalarını önlemek adına her yaş grubunda sistematik etiket kaldırma çalışmalarının hayati önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı, Hatalı etiketlenme, İlaç provokasyon testi

[S-42]

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

RIZA YILDIRIM¹, PELİN ABDAL YILDIRIM², ECE ŞENBAYKAL YİĞİT¹, İKBAL NUR ŞAFAK¹, GÜLCE İMAMOĞLU², AYŞE PAKEL¹, İLKE TAŞKIRDI³, BELDE KASAP DEMİR⁴, TUBA TUNCEL³

1 İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLJİSİ KLİNİĞİ, İZMİR

2 İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK NEFROLOJİSİ KLİNİĞİ, İZMİR

3 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLJİSİ BD, İZMİR

4 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK NEFROLOJİSİ VE ROMATOLOJİSİ BD, İZMİR

Amaç: Astım, kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize bir hastalık olup, inflamasyon solunum sistemi dışındaki organları da etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, astımlı çocuklarda end-organ hasarının erken bir göstergesi kabul edilen arteriyel sertliğin değerlendirilmesi ve arteriyel sertliği etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma, Mayıs-Aralık 2025 tarihleri arasında astım tanısıyla izlenen 8-18 yaş arası hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu kapsayan kesitsel bir araştırma olarak yürütüldü. Arteriyel sertlik ve kan basıncı ölçümleri, noninvaziv brakial osilometrik yöntem kullanan Mobil-O-Graph® cihazı ile yapıldı. Nabız dalga analizi ile nabız dalga hızı (PWV), santral sistolik ve diyastolik kan basıncı (cSBP, cDBP), augmentasyon indeksi (Alx@75), yansıtma büyüklüğü (RM) ve periferik direnç değerlendirildi. Veriler SPSS programına kaydedildi. P <0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 60 astımlı (M/F: 35/25, ortalama yaş: 12.5±2.6 yıl) ile 43 sağlıklı kontrol (M/F: 25/18, ortalama yaş:12,5±3 yıl) alındı. Astımlı hastaların %11,7'sinde PWV, %23,3'ünde cSBP ve %26,7'sinde Alx@75 değerleri 95 persentilin üzerindeydi. Astımlı çocuklarda DBP, ortalama arter basıncı, cDBP, PWV ve periferik direnç değerleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulundu (p=<0.001, p=<0.001, p=<0.001, p=0.008, p=0.006). Boy ve ağırlık SDS'si artmış hastalarda PWV ve cSBP daha yüksekti. Astımlı hastalarda arteriyel sertliği arttıran faktörler incelendiğinde; pasif sigara maruziyeti olan hastalarda PWV'nin arttığı saptandı (B:0.82, %95 CI=0.03-1.6, p=0.04). Ayrıca Alx@75 persentil grubunun astıma alerjik rinit eşlik eden (OR=4.44 %95 CI=1.57-12.54 p=0.005) ve astım kontrolü puanı düşük olan çocuklarda yükseldiği (OR=0.77 %95 CI=0.61-0.95 p=0.017) bulundu. Kombine tedavi alan hastalarda tekli inhaler kortikosteroid alan hastalara göre arteriyel sertlik parametrelerinin daha düşük olduğu gözlemlendi ancak istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde ağırlık SDS, boy SDS ve sigara maruziyetinin PWV z skorundaki değişkenliğin %36,6'sını açıkladığı görüldü (ANOVA p=<0.001).

Sonuç: Astımlı çocuklarda arteriyel sertlik parametreleri artmış olup bu durum erken dönemde kardiyovasküler hastalık riskinin arttığını göstermektedir. Brakial osilometrik yöntem, çocukluk çağında astıma bağlı vasküler değişikliklerin erken saptanmasında pratik ve güvenilir bir tarama aracı olabilir.

Anahtar Kelimeler: arteriyel sertlik, astım, kardiyovasküler hastalık

[S-43]

ÇOCUKLARDA AĞIR ASTIM ALEVLENMESİ TEDAVİSİNDE DEKSAMETAZON VE METİLPREDNİZOLON KARŞILAŞTIRMASI: TEK MERKEZLİ, RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

GÜLSER ESEN BESLİ¹, AYTAÇ GÖKTUĞ¹, GİZEM USLU², ABDÜLMELİK BUCAK¹, DİLEK KELEŞ KACAR², FATMA BAL ÇETİNKAYA², PINAR YAĞMUR ALTINKAYNAK², AYŞE CAVİDAN SONKUR², NURHAN KASAP², LEMAN TUBA KARAKURT², ÖZLEM CAVKAYTAR², MUSTAFA ARGAN²

¹ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ACIL BİLİM DALI, İSTANBUL
² İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLJİSİ BİLİM DALI, İSTANBUL

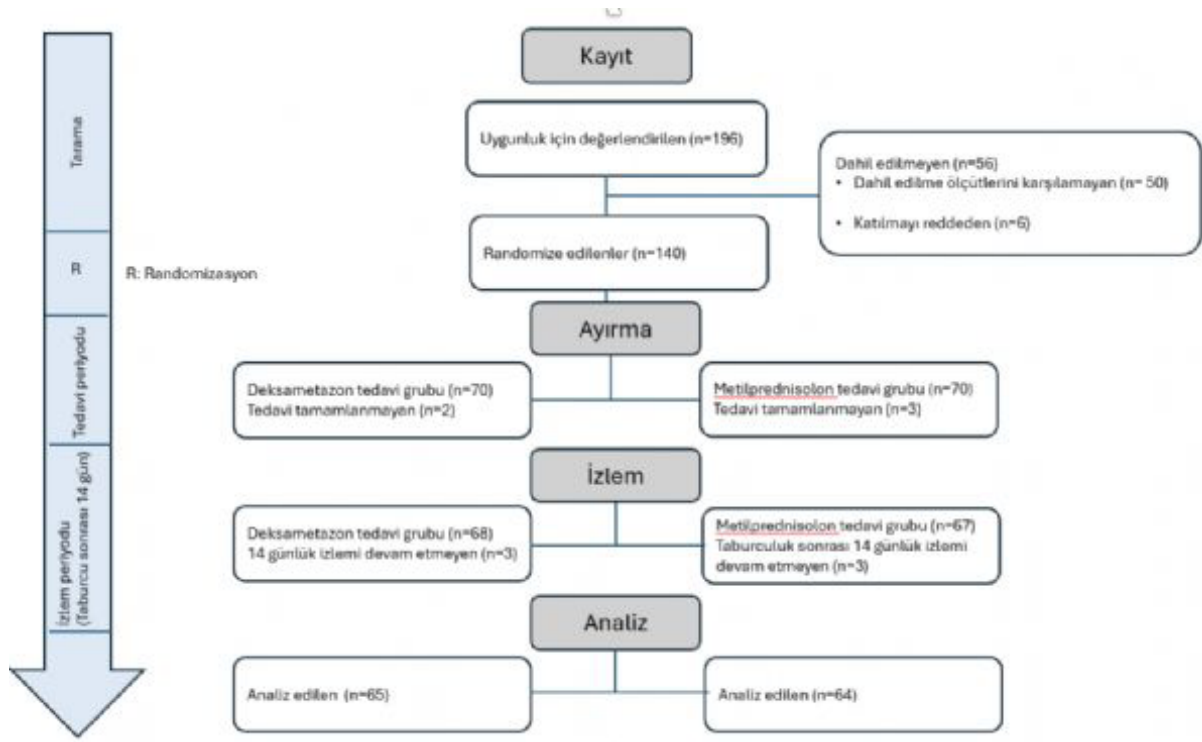
Amaç: Akut astım alevlenmesi (AA) acil tedavisinde sistemik kortikosteroid tedavisi tüm rehberlerde standart tedavi olarak yer almaktadır. Kortikosteroid seçimi ülkelere, sağlık kurumlarına veya hekim tercihlerine bağlı değişiklik gösterebilir. Bu çalışmada ağır astım alevlenmesi tedavisinde 2 günlük deksametazonun, 5 günlük metilprednizolon kadar etkili olup olmadığını belirlemeyi amaçladık. Bildiğimiz kadarıyla bu araştırma, ağır AA'da deksametazon ile metilprednizolon tedavilerinin etkililiğini erken dönemde ve izlem sürecinde nesnel solunum değerlendirme ölçütü kullanarak karşılaştıran ilk randomize kontrollü çalışmadır.

Yöntem: Bir yıl süreyle çocuk acil servisimizde ağır AA tanısı alan 2-18 yaşındaki çocuklarda prospektif, açık etiketli, randomize kontrollü çalışma yürütülmüştür (Şekil1). Araştırma grubuna deksametazon (0,6mg/kg/gün İV/oral 2 gün), standart tedavi grubuna metilprednizolon (2 mg/kg/gün İV/oral 5 gün) uygulanmıştır. Kortikosteroid dışında tüm hastalar standart tedavi protokolü ile izlenmiştir. Kortikosteroid tedavisine hastanede İV başlanmış, protokolü bitmeden taburcu edilenlerin tedavisi evde oral olarak tamamlanmıştır. Hastalar taburculuk sonrası 2.günde yüz yüze, 14.günde telefonla kontrol edilmiştir. Birincil sonlanım noktaları 4. saat ve taburcu sonrası 2. gün PRAM (Pediatric Respiratory Assessment Measure) skorudur. İkincil sonlanım noktaları toplam salbutamol dozu, ek tedavi/müdahale ihtiyacı, hastaneye yatış oranı ve süresi, taburcu sonrası 14 gün içinde yeniden hastaneye başvuru/yatış ve yan etkilerdir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 129 hasta dâhil edildi (metilprednizolon n=65, deksametazon n=64). Demografik özellikler, bazal klinik ve laboratuvar verileri iki grup arasında benzerdi. Birincil sonlanım noktalarından 4. saat PRAM skoru ve taburculuk sonrası 2. gün PRAM skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,582 ve p=0,189). İkincil sonlanım noktalarından toplam salbutamol doz sayısı (p=0,128), hastaneye yatış oranı (p=0,093), hastanede yatış süresi (p=0,858), taburculuk sonrası 14 gün içinde AA nedeniyle yeniden hastaneye başvuru/yatış oranları (sırasıyla p=0,365 ve p=0,496) ile yan etkiler [kusma (p=1,000), hiperglisemi (p=0,749)] açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Birinci ve ikinci saatte ölçülen dakika solunum sayısı deksametazon grubunda metilprednizolon grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla p=0,012 ve p=0,040). Taburculuk öncesi tedavi protokolünün tamamlanma oranı metilprednizolon grubunda %18,5 iken, deksametazon grubunda %62,5 olarak belirlendi.

Sonuç: Ağır AA ile acile başvuran çocuklarda uygun dozda kullanılan deksametazon tedavisi, metilprednizolon ile eşit etki ve güvenlik profiline sahip görünmektedir. Bu sonuç, daha kısa tedavi süresi avantajı olan deksametazon tedavisinin, metilprednizolon tedavisinin etkili bir alternatifi olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı astımı, ağır astım alevlenmesi, deksametazon, metilprednizolon



Çalışma Akış Şeması ve Randomizasyon

[S-44]

AKDENİZ DİYETİNİN ATOPIK ASTIMLI ÇOCUKLARDA KLİNİK KONTROL ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**EBRU DENİZ YURTSUZ¹, LEMAN TUBA KARAKURT², PINAR YAĞMUR ALTINKAYNAK², DİLEK KACAR², AYŞE CAVİDAN SONKUR², FATİH HAŞLAK³, BURCU AKSOY CANYOLU⁴, NURHAN KASAP², MUSTAFA ARGA²**

1 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

2 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

3 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ROMATOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

4 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, BESLENME VE DİYETETİK BİLİM DALI

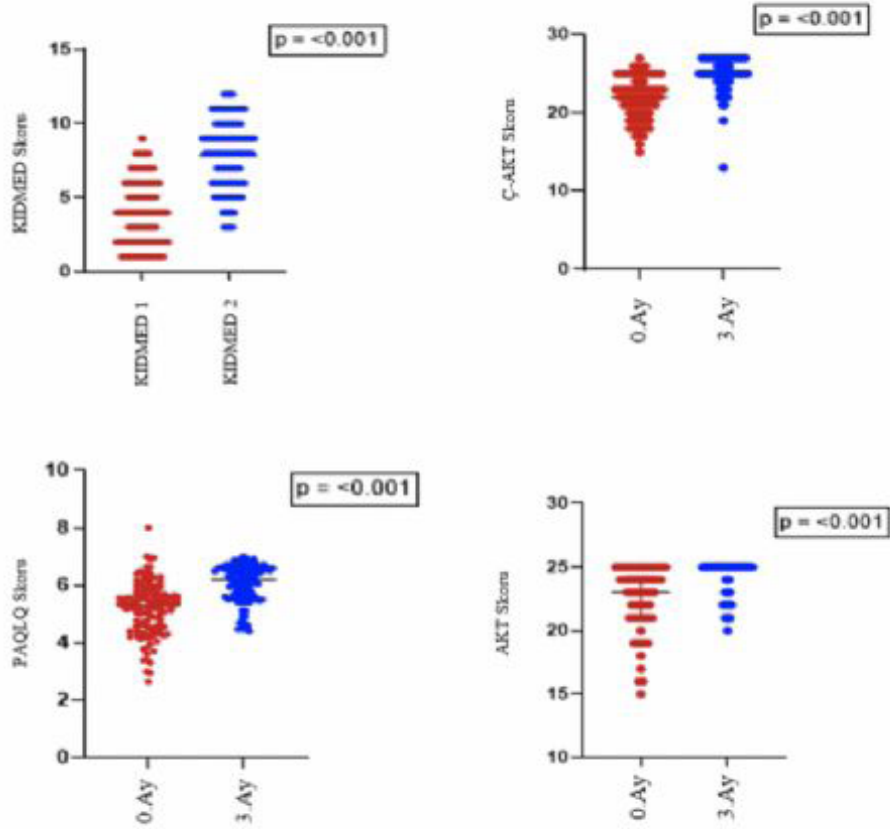
Giriş: Astım, çocukluk çağında sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir inflamatuvar hava yolu hastalığıdır. Son yıllarda, beslenmenin hava yolu inflamasyonu ve oksidatif stres üzerinden astımın klinik seyri ve kontrol düzeyi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Akdeniz diyeti; sebze, meyve, tam tahıl, baklagil ve zeytinyağı ağırlıklı yapısı sayesinde antioksidan ve antiinflamatuvar özellikler taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, astımlı çocuklarda Akdeniz diyetine uyumun astım klinik kontrolü, yaşam kalitesi ve solunum fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Tek merkezli, prospektif olarak yürütülen bu çalışmaya 7–17 yaş arası 123 atopik astımlı çocuk dâhil edilmiştir. Çalışma başlangıcı (0.ay) ve sonu (3. Ay) vizitlerinde Global Initiative for Asthma (GINA) klinik kontrol sınıflaması, yaşa uygun Astım Kontrol Testi (AKT/Ç-AKT), Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) ve solunum fonksiyon testleri uygulanmıştır. Akdeniz diyetine uyum, Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile değerlendirilmiştir. Çalışma başlangıcında tüm katılımcılara yapılandırılmış Akdeniz diyeti eğitimi verilmiş, 1. ve 3. aylarda üç günlük besin tüketim kayıtları ile uyum ve uygulanabilirlik izlenmiştir. Çalışmanın birincil sonlanım noktası, Akdeniz diyetine uyumdaki değişim ile astım klinik kontrol düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır.

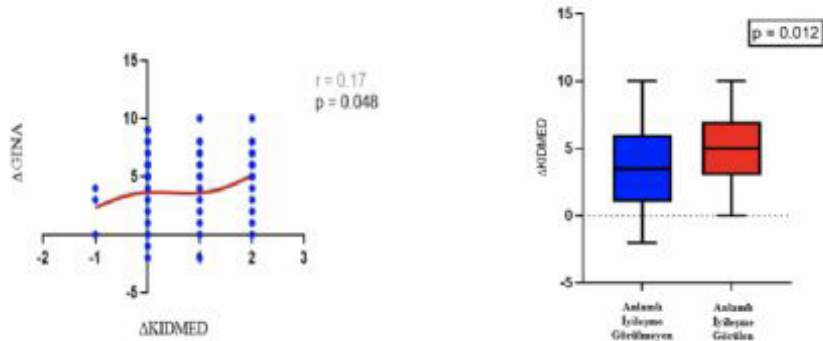
Bulgular: Katılımcıların ortanca yaşı 11[9–13] yıl olup %68,3'ü erkekti. Başlangıçta hastaların %36,6'sı tam kontrollü, %31,7'si kısmi kontrollü ve %31,7'si kontrolsüz astıma sahipti (Tablo 1). Çalışma sonunda (3.ay), KIDMED skoru, AKT/Ç-AKT ve PAQLQ puanları çalışma başlangıcına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Başlangıç KIDMED (KIDMED-1) skoru 4[2–6] iken, çalışma sonunda (KIDMED-2) 8[6–10]'e yükseldi ($p<0,001$, Şekil 1). Δ GINA'da anlamlı iyileşme görülen grupta Δ KIDMED skorunun anlamlı iyileşme görülmeyen gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,012$, Tablo 2). Aynı zamanda Δ FEF25-75 değeri Δ GINA'da anlamlı iyileşme görülen grupta 2[-6-16] iken, anlamlı iyileşme görülmeyen grupta -3[-15-9] saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (Tablo 2,3 Şekil 2, $p=0,032$).

Sonuç: Üç aylık izlemde Akdeniz diyetine uyum, eğitim ve düzenli takip ile anlamlı biçimde artırılabilmiştir. Uyum artışı; astım klinik kontrolünde iyileşme, yaşam kalitesinde belirgin artış ve özellikle küçük hava yolu fonksiyonlarında olumlu değişim ile ilişkilidir. Akdeniz diyeti, çocukluk çağı astımında farmakolojik tedaviyi destekleyen uygulanabilir bir yaşam tarzı yaklaşımı olarak değerlendirilebilir; ancak nedenselliği ve uzun dönem klinik etkileri ortaya koymak için daha uzun süreli kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı astımı, Akdeniz diyeti, Astım klinik kontrolü, Yaşam kalitesi, Solunum fonksiyon testleri



Şekil 1: Çalışma Başlangıcı ve Sonunda Klinik Skorlar



Şekil 2: ΔKIDMED ile ΔGINA ilişkisi

Tablo 1. Astım Kontrol Gruplarının Demografik Özellikleri ve Klinik Verileri

Özellikler	Tam Kontrollü Astım Grubu (n=45)	Kısmi Kontrollü Astım Grubu (n=39)	KontROLSÜZ Astım Grubu (n=39)	P
Cinsiyet				
- Kız	12 (26,7)	12 (26,7)	16 (41,0)	0.315
- Erkek	33 (73,3)	28 (71,8)	23 (59,0)	
AKT*	24 [24-25]	22[21-23]	18 [16-20]	<0.001
Ç-AKT*	25 [24-25]	21 [20-23]	21 [18-22]	<0.001

*Anormal dağılan veriler ortanca [IQR] olarak verilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma veya ortanca [IQR] olarak, kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. Kısaltmalar: AKT: Astım Kontrol Testi, Ç-AKT: Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi

Tablo 2. ΔGINA'da Klinik Olarak Anlamlı İyileşme Durumuna Göre ΔKIDMED Skorlarının Karşılaştırılması

	n	ΔKIDMED	P
ΔGINA			
- Anlamlı İyileşme Görülen Grup	25	5 [3-7]	0.012
- Anlamlı İyileşme Görülmeyen Grup	98	3 [1-6]	

ΔKIDMED skorları ortanca [IQR] olarak verilmiştir. Kısaltmalar: ΔGINA: GINA kontrol düzeyindeki değişim, ΔKIDMED: KIDMED skorundaki değişim, GINA: Global Initiative for Asthma, KIDMED: Akdeniz Diyeti Uyum İndeksi

Tablo 3. ΔGINA'da Klinik Olarak Anlamlı İyileşme Durumuna Göre SFT Değişimlerinin Karşılaştırılması

	Anlamlı İyileşme Görülen Grup	Anlamlı İyileşme Görülmeyen Grup	p
ΔFEV1 (%)	4 [-4-9]	1 [-4-5]	0.144
ΔFVC (%)	2 [-3-8]	2 [-4-7]	0.767
ΔFEV1/FVC (%)	0.8 [-0.3-3.8]	0.45 [-2.5-2.4]	0.253
ΔFEF25-75 (%)	2 [-6-16]	-3 [-15-9]	0.032
ΔPEF (%)	1 [-6-11]	0 [-9-6]	0.399

Kısaltmalar: FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: zorlu vital kapasite, FEF25-75: zorlu ekspiratuvar akım, PEF: tepe ekspiratuvar akım İstatistiksel test: 7 Mann-Whitney U testi.

[S-45]

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA BİR RİSK FAKTÖRÜ OLARAK ULTRA-İŞLENMİŞ BESİN TÜKETİMİ

**ŞENAY ÇATAK¹, EZGİ TOPYILDIZ², FERİDE CANDAN³, MELİS ÖZTÜRK AYKAÇ⁴, MEDİHA ŞAHİN⁵,
ASLI KUZU KUŞAKLI⁶, BETÜL KARAATMACA⁶, ÖZLEM YILMAZ⁴, SEMİHA BAHÇECİ⁷,
NAZLI ERCAN⁸, AHMET ERGİN⁹, ÖZLEM SANCAKLI⁵**

1 AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ, AYDIN, TÜRKİYE

2 ACIBADEM ATAŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BÖLÜMÜ, İSTANBUL, TÜRKİYE

3 BATMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, BATMAN, TÜRKİYE

4 ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ÇANAKKALE, TÜRKİYE

5 İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, İZMİR, TÜRKİYE

6 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, ANKARA, TÜRKİYE

7 İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İZMİR, TÜRKİYE.

8 LİV BONA DEA HOSPİTAL, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BÖLÜMÜ, BAKÜ, AZERBAJYAN.

9 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD VE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD, ÇOCUK İZLEM BİRİMİ, DENİZLİ,

Amaç: Modern beslenme tarzının bir parçası olan ultra-işlenmiş besinlerin (UİB) inflamatuvar süreçler üzerindeki olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu çalışma, çocukluk çağı astımında UİB tüketiminin hastalık şiddeti, astım kontrol düzeyi ve hastaneye yatış gibi klinik morbidite parametreleri ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

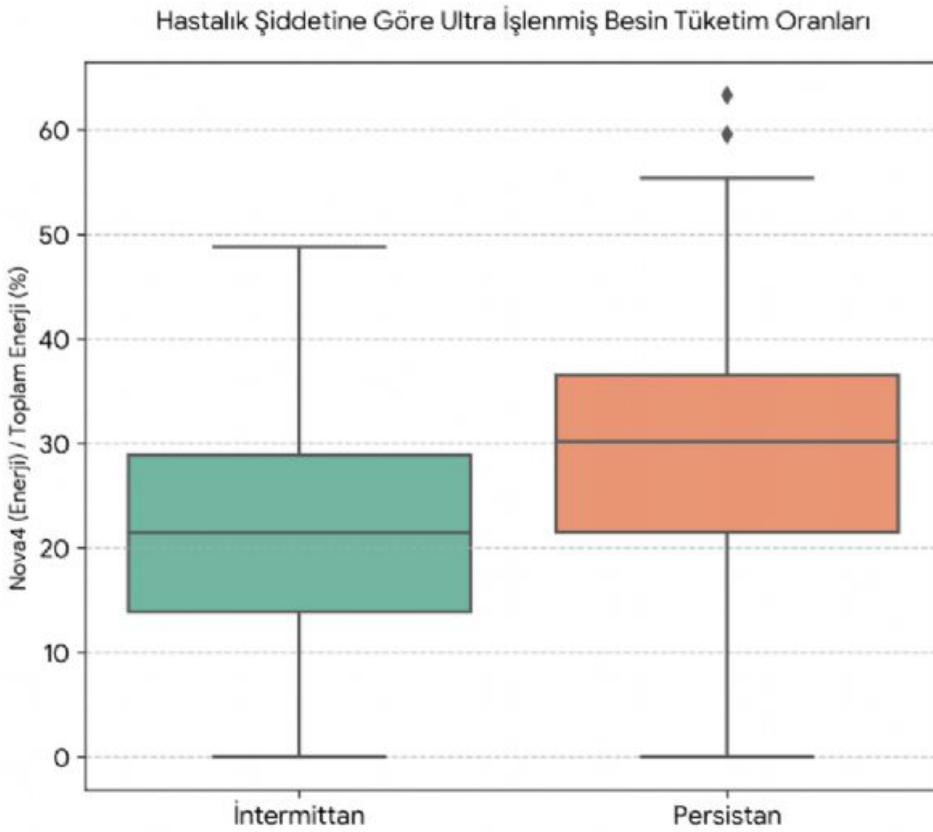
Yöntem: Bu kesitsel çalışma, astım tanısı ile izlenen 152 çocuk (yaş ortalaması 109,84±24,5 ay, %57,9 erkek) üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların demografik özellikleri, beslenme öyküleri, sosyoekonomik düzeyleri ve ailevi alerji öyküleri yapılandırılmış anketler aracılığıyla sorgulanmıştır. Hastaların astım şiddeti GINA kriterlerine göre sınıflandırılmıştır. Astım kontrol düzeyi Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi (Ç-AKT) ile belirlenmiş; solunum fonksiyonları ise spirometrik ölçümler ile değerlendirilmiştir. Laboratuvar analizleri kapsamında tam kan sayımı, total IgE ve serum D vitamini düzeyleri kaydedilmiştir. Alerjik duyarlılık, yaygın alerjenleri içeren deri prick testi ile saptanmıştır. Katılımcıların besin tüketim verileri besin tüketim sıklığı anketi ile elde edilmiştir. Besinler, endüstriyel işlenme derecelerine göre NOVA sınıflandırması kullanılarak dört gruba ayrılmıştır. UİB'lerin (NOVA 4) toplam enerji alımındaki payı hesaplanmıştır. Diyetin kalitesini belirlemek amacıyla; diyet antioksidan kapasitesi ve Çocukluk Çağı Diyet İnflamatuvar İndeksi (C-Dİİ) belirlenmiştir. Verilerin analizi SPSS v22.0 programı ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların günlük enerji alımlarının medyan %27,71'ini UİB'lerin oluşturduğu saptanmıştır. Persistan astım grubundaki çocukların UİB tüketim oranları (%29,3), intermittan gruba (%24,5) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,037). Hastaneye yatış öyküsü olan çocukların diyetindeki n-6/n-3 oranının (medyan 8,20), yatış öyküsü olmayanlara (medyan 6,92) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p=0,002). Ayrıca, UİB tüketimi arttıkça serum D vitamini düzeylerinde anlamlı bir düşüş (r=-0,313, p=0,034) saptanmıştır. Astımı tam kontrollü olan çocukların, kontrolsüz olanlara göre anlamlı derecede daha fazla diyet lifi tükettiği belirlenmiştir (p=0,033).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, UİB tüketiminin çocukluk çağı astımında hastalık şiddetini ve hastaneye yatış riskini artıran bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Özellikle bozulan yağ asidi dengesi (n-6/n-3) ve yetersiz lif alımı, UİB tüketimi ile ilişkili morbidite artışında kilit rol oynamaktadır. Astım yönetiminde tıbbi tedavinin yanı sıra, UİB kısıtlaması ve anti-inflamatuvar beslenme modellerinin (yüksek lif ve dengeli n-3) teşvik edilmesi klinik başarıyı artırabilir.

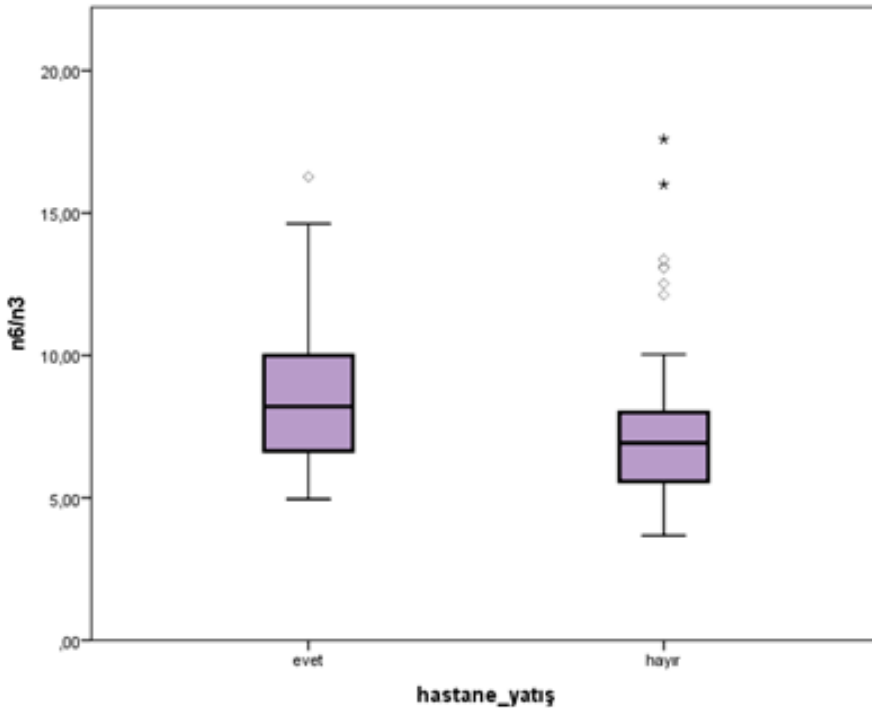
Anahtar Kelimeler: Astım şiddeti, Çocukluk çağı astımı, Çocukluk çağı diyet inflamatuvar indeksi (C-Dİİ), İmmünonütrisyon, Ultra-işlenmiş besinler

Hastalık şiddetine göre UİB tüketim oranları



Persistan astımlı çocukların diyetindeki Nova4 (UİB) kaynaklı enerjinin toplam enerjiye oranı, intermittan gruptaki çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($p=0,037$).

Hastaneye yatış öyküsüne göre diyetteki n-6/n-3 yağ asidi oranlarının dağılımı



Hastane yatış öyküsü olan çocuklarda, n-6/n-3 oranı hastane yatış öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$).

[S-46]

**ASTIM İÇİN İLAÇ UYUMU BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN (İUBÖ-A) 12-18 YAŞ ARASI
ASTIMLI ÇOCUKLARDA TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI****FATMA NUR KUZUCU¹, MUSTAFA TUNÇTÜRK², CANKAT GENİŞ¹, AHMET SELMANOĞLU¹,
ARZU ÖZLEM³, ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ⁴, EMİNE DİBEK MISIRLIOĞLU⁴**

1 ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI,
ANKARA

3 TC SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, ANKARA
4 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Astım, çocukluk çağında en sık görülen kronik solunum hastalığı olup, tüm dünyada artış göstermekte ve önemli bir halk sağlığı yükü oluşturmaktadır. Kontrol edici ve semptom giderici ilaçlara düzenli uyum astım kontrolü ve alevlenmelerin önlenmesinde kritik önem taşımaktadır. İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği-Astım (İUBÖ-A), astımlı hastalarda inhaler ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 10 maddelik öz-bildirim temelli bir araçtır ve farklı dillerde geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Ancak Türkçe literatürde bu ölçeğin adolesan yaş grubu için doğrulanmış bir versiyonu bulunmamaktadır. Bu çalışma, 12-18 yaş arası astımlı adolesanlarda İUBÖ-A'nın Türkçe geçerlilik ve güvenirliliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Tek merkezli prospektif çalışma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Çalışma için Etik kuruldan onay alınmıştır. Astım tanısı Küresel astım girişimi (GINA) kriterlerine göre doğrulanmış 12-18 yaş aralığındaki hastalar dahil edilmiştir. Ölçek madde sayısına göre belirlenen örneklem büyüklüğü kapsamında toplam ölçek madde sayısının 10 katı olacak şekilde 100 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik ve klinik bilgiler kaydedilmiş, astım kontrolü Astım Kontrol Testi (AKT) ile değerlendirildikten sonra İUBÖ-A uygulanmıştır. Ölçeğin çeviri süreci ileri-geri çeviri yöntemi ile tamamlanmış, uzman görüşüyle içerik geçerliliği sağlanmış ve pilot uygulama ile anlaşılabilirliği test edilmiştir. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile, madde-toplam korelasyonları ile güvenirlilik analiz edilmiştir. Yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanılmış ve AKT ile korelasyon incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %58'i erkek ve grubun yaş ortalaması $13,83 \pm 2,02$ yıl idi. İUBÖ-A'nın Cronbach alfa katsayısı 0,729 olarak bulunmuş, madde çıkarıldığında alfanın azalması tüm maddelerin ölçeğe katkı sağladığını göstermiştir. Madde-toplam korelasyonları 0,264-0,589 aralığındadır. KMO=0,713 ve Bartlett's testi $p<0,001$ ile veri setinin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. AFA sonucunda ölçeğin toplam varyansın %58,82'sini açıklayan üç alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Faktör yükleri 0,496-0,788 aralığındadır. İUBÖ-A puanları ile AKT puanları arasında anlamlı ve pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0,385$; $p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda İUBÖ-A ölçeğinin Türkçe sürümünün pediatrik astım tanısı almış hasta grubunda yeterli geçerliliğe ve güvenirliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın ilerleyen safhalarında ölçeğin doğrulayıcı faktör analizlerinin daha geniş bir çalışma grubunda yapılması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Astım, ilaç uyumu, ilaç uyumu bildirim ölçeği, validasyon

[S-47]

ASTIMLI HASTALARIN SERUM DİAMİN OKSİDAZ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**BURCU ÖZGE ERDOĞAN¹, MEHMET ÖZKAYA¹, EMRE ÖZDAMAR¹, ZEHRA BAYAZIT¹, MUSTAFA ALTAY ATALAY², SEZER UÇAR¹, FULYA TAHAN¹**

1 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALLERJİ BİLİM DALI
2 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç: Astım kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize heterojen bir hastalıktır. Alerjik ve alerjik olmayan astım başta olmak üzere farklı fenotipleri vardır. Alerjik reaksiyonların en önemli inflamatuvar mediyatörü olan histamin; histamin-N-metiltransferaz (HNMT) ve diamin oksidaz (DAO) ile metabolize edilir. Bu enzimlerin işleyişi bozulduğunda artan histamin düzeyi kaşıntı, döküntü, dispepsi, bronkospazm, hipotansiyon gibi çeşitli semptomlara sebep olabilir. Bu çalışmanın amacı alerjik ve alerjik olmayan astımlı hastaların serum diamin oksidaz düzeylerinin ve bu enzimin spirometrik, pletismografik testlerle olan etkileşiminin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya; Şubat 2025-Mayıs 2025 yılları arasında alerjik astım tanısı almış 38 hasta, alerjik olmayan astım tanısı almış 42 hasta dahil edildi. Tüm hastaların sosyodemografik verileri, alerjik değerlendirmeleri, spirometrik ve pletismografik verileri kaydedildi. Bütün hastaların ELISA yöntemi ile serum DAO düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Hastaların %31,2'si kız (n:25), %68,8'i (n:55) erkek ve yaş ortalaması 11,27± 2,69 yıldı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05). Alerjik gruptaki hastaların DAO düzeyi ile alerjik olmayan gruptaki hastaların DAO düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). DAO düzeyini; yaşın, vücut kitle indeksinin, eozinofil sayısının, tekli veya çoklu alerjen duyarlılığının, hastalık süresinin, ek alerjik hastalığın, anafilaksi varlığının, aile atopi öyküsünün, sigara maruziyetinin etkilemediği saptandı (p>0,05). Spirometrik ve pletismografik parametreler ile DAO düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı (p>0,05; |r|<0,20).

Sonuç: Çalışmamızda alerjik ve alerjik olmayan astımlı çocuklarda serum DAO düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak daha önce yapılan astım, alerjik rinit, kronik ürtiker gibi alerjik hastalıklarda DAO seviyesi ile ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmesi nedeni ile sağlıklı kontrol grubunun da dahil edildiği yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Astım, DAO, Histamin, Pletismografi, Spirometri

[S-48]

ASTIMLI ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTEYE İLİŞKİN TUTUM VE BİLGİ DÜZEYİ: SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRMA**MEHMET CİHAT SIFIL¹, ŞULE BÜYÜK YAYTOKGİL¹,
GÜLAY İREM PARLAK ÖZEL¹, YÜKSEL KAVAS YILDIZ¹, EMİNE VEZİR²**

¹ ANKARA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİK HASTALIKLAR KLİNİĞİ, ANKARA, TÜRKİYE
² TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI

Amaç: Astım, çocukluk çağında fiziksel aktiviteye katılımı etkileyebilen kronik hastalıklardan biridir. Bu çalışmanın amacı, astım tanısı ile izlenen çocuklar ve ebeveynlerinin fiziksel aktiviteye yönelik tutum ve bilgi düzeylerini değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde astım tanısı ile izlenen çocuklar ve yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontroller prospektif ve kesitsel olarak yapılandırılmış anket ile değerlendirildi. Astım süresi, şiddeti ve son 1 aylık kontrol düzeyi kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 203 astımlı ve 90 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 293 çocuk dahil edildi. Medyan yaş 11 yıl (CAA:8,5-14) ve olguların %62,1'i erkekti. Astımlı çocuklarda ortalama hastalık süresi 27 ay (CAA: 12-60), %38,9'u orta-ağır şiddette, %12,8'i kontrolsüz astımdı. Astım grubunda fiziksel aktivite sıklığı ($p=0,036$) ve spor seans süresi ($p=0,017$) kontrol grubuna göre daha düşüktü. Lisanslı sporcu oranı astım grubunda daha düşüktü (%13,3 vs %23,3; $p=0,032$). Buna karşın, fiziksel aktiviteden keyif alma ($p=0,323$) ve aktivite sırasında kendine güven düzeyleri ($p=0,405$) gruplar arasında benzerdi. Astım şiddeti ve kontrol düzeyi ile fiziksel aktivite yapma sıklığı (sırasıyla $p=0,322$, $0,150$) arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Astım grubunda ebeveyn endişesi daha yüksekti ($p<0,001$) ve egzersiz sırasında/sonrasında problem bildirme daha sıklı ($p<0,001$). Ebeveynlerin fiziksel aktivitenin önemi hakkındaki görüşleri ($p=0,103$) ve çocuklarını teşvik etme sıklığı ($p=0,071$) benzerken, fiziksel aktivitenin faydalarına ilişkin bilgi düzeyi astım grubunda daha düşüktü ($p<0,001$). Astımlı çocukların %41,4'ünde "hasta olma korkusu" fiziksel aktiviteyi sınırlayan önemli bir faktör olarak bildirildi, ayrıca astımlı çocukların %54,5'i egzersiz öncesi hiç ilaç kullanmadığını belirtti.

Sonuç: Astımlı çocuklarda fiziksel aktiviteye katılım sıklığı ve süresi sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük olup, bu azalma hastalık şiddeti ve kontrolünden çok ebeveyn endişesi, algılanan risk ve bilgi eksikliği ile ilişkili görünmektedir. Astım yönetimi ile birlikte güvenli egzersiz, egzersiz öncesi tedavi yaklaşımı ve aile odaklı eğitim programları fiziksel aktivite katılımını arttırmada etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: astım, fiziksel aktivite, spor

[S-50]

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA AĞAÇ YEMİŞİ VE YER FISTIĞI ALERJİSİNDE GEREKSİZ ELİMİNASYONU AZALTAN KLİNİK ÖYKÜ, DPT VE SİGE TEMELLİ KARAR ALGORİTMASI

TAHA YASİN AKIN¹, YUSUF ZİYA VARLI¹, NAGİHAN İSKENDER², NEFİSE NEZİHE ULUÇ³, İSMAİL ÖZANLI⁴, MEBRURE YAZICI¹, DÖNDÜ CEREN KAVAL¹, MEHMET SERKAN ERKAN¹, MUHAMMET TAHA DEMİRCİ¹, SİBEL BALCI⁵, MÜJDE TUBA ÇÖĞÜRLÜ³, İŞİL ESER ŞİMŞEK¹, METİN AYDOĞAN¹

1 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI
2 DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI
3 SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI
4 ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI
5 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, BİYOSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Amaç: Erken çocukluk çağında sık görülen ağaç yemişi (AY) ve yer fıstığı (YF) alerjileri; düşük spontan tolerans oranları, çapraz bulaşma riski ve fatal anafilaksilerdeki rolleri nedeniyle tanı ve uzun dönem yönetimde önemli klinik zorluklar oluşturur. Oral provokasyon testi (OPT) tanıda altın standart olmasına rağmen fatal anafilaksi kaygısı nedeniyle klinik pratikte sıklıkla ertelenmekte ve gereksiz eliminasyon diyetlerine yol açmaktadır. Component-resolved diagnostics (CRD) ve basofil aktivasyon testi (BAT) önerilmekle birlikte erişilebilirliklerinin sınırlı olması geniş popülasyonlarda kullanımını kısıtlamaktadır. Bu nedenle klinik öykü, deri prik testi (DPT) ve spesifik IgE (sIgE) temelli pratik algoritmalara gereksinim vardır. Bu çalışmanın amacı; bilinen çapraz reaktivite paternleri ve %95 pozitif prediktif değer (P-PV) eşikleri dikkate alınarak çocukluk çağında AY ve YF alerjilerinde gereksiz eliminasyonu azaltmayı hedefleyen bir karar algoritması geliştirmektir.

Yöntem: Kasım 2024–Aralık 2025 arasında Kocaeli Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'nde prospektif hasta alımı yapıldı ve veriler kesitsel analiz edildi. EAACI 2023 kılavuzuna göre olgular "allergy", "likely", "probably" ve "possible allergy" olarak sınıflandırıldı. Tüm hastalara sIgE ölçümü ve taze gıda ile DPT uygulandı. Endikasyon varlığında kademeli dört doz protokolü ile oral gıda provokasyonu (OFC) gerçekleştirildi. Klinik reaksiyon öyküsü veya OFC ile doğrulanmış alerji referans alınarak ROC analizi ile cut-off değerleri belirlendi. Ayrıca DPT papül çapı ve IgE düzeyine göre alerji olasılığı lojistik regresyon ile hesaplandı ve olasılık eğrileri oluşturuldu.

Bulgular: Toplam 131 hastada 786 olası AY/YF maruziyeti değerlendirildi; 466'sında eliminasyon vardı. Bunların 187'si OFC ile, 69'u negatif sIgE/DPT sonrası olmak üzere 256'sında (%54,9) eliminasyon sonlandırıldı. Kırk hastanın tüm diyetleri açılırken 91'inde en az bir gıda eliminasyonu sürdü. Bu grupta medyan başvuru yaşı 34 ay, semptom başlangıç yaşı 13 ay, tanı anında anafilaksi oranı %35,2'di. Algoritma ile yapılan 193 OFC'nin 6'sı (%3,1) pozitif (2 anafilaksi, 4 ürtiker). %50 olasılık eşikleri: ceviz IgE 5,48, fındık 1,44, antep fıstığı 6,17, kaju 5,16, yer fıstığı 10,9; DPT sırasıyla 6, 4, 4, 5 ve 5. %95 olasılık eşikleri: IgE için 16,9; 18,2; 20,2; 15,1; 63 ve DPT için 13, 10, 7, 9 ve 17 olarak bulundu.

Sonuç: Klinik öykü, DPT, IgE düzeyi, endikasyon halinde yapılan OFC ile güvenli sınırlar gözeterek eliminasyonu azalmak mümkün. Çalışmamızda hastalarımızın yarısından fazlasının bu algoritma ile diyetleri açılabilir. OPT pozitifliği %3,1 gibi düşük düzeylerdeydi. DPT'nin güçlü ayırt edici özelliği, %95 PPV eşikleri ve çapraz reaktivite riskinin entegrasyonu sayesinde gereksiz eliminasyonları azaltabilir ve güvenli OFC kararlarını destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağaç yemişi alerjisi, Oral gıda provokasyonu, yer fıstığı alerjisi, tanısal algoritma

[S-51]

YUMURTA ALERJİSİNDE TOLERANS: KLİNİK VE LABORATUVAR İLE ÖNGÖRME, KADEMELİ YAKLAŞIM İLE DEĞERLENDİRME**NEZİHE NEFİSE ULUÇ¹, NAGİHAN İSKENDER¹, İSMAİL ÖZANLI¹, MÜJDE TUBA ÇÖĞÜRLÜ², İŞİL ESER ŞİMŞEK¹, METİN AYDOĞAN¹**

¹ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI, KOCAELİ
² SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMÜNOLAJİ, SAKARYA

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yumurta alerjisine karşı tolerans değerlendirmesi için farklı yumurta formlarından (fırınlanmış, haşlanmış yumurta sarısı ve yumurta beyazı) oluşan üç aşamalı kademeli yaklaşımın klinik uygulanabilirliğini değerlendirmek ve bu farklı yumurta formları için medyan tolerans yaşlarını belirlemektir. Ayrıca yumurta alerjisinin prognozuyla ilişkili laboratuvar ve klinik biyobelirteçleri tanımlamaktır.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji-İmmünoloji Bilim Dalı'nda Haziran 2014 ile Kasım 2023 tarihleri arasında IgE aracılı yumurta alerjisi tanısı konulan çocuklar prospektif olarak değerlendirildi. Tolerans değerlendirmesi için yumurtanın üç aşamada (fırınlanmış, haşlanmış yumurta sarısı ve yumurta beyazı) oral provokasyon testi (OPT) ile kademeli olarak verilmesi planlandı. Medyan tolerans yaşlarını tespit etmek için Kaplan-Meier analizi, laboratuvar kestirim değerleri tespiti için ROC analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 91 yumurta alerjili hasta alındı ve tolerans değerlendirmesinde yapılan 226 OPT analiz edildi. Hastaların %61,5'i erkekti(n:56). Olguların ilk OPT yaşı medyan 14 aydı[12-20 (25-75 IQR)]. Olguların medyan tolerans yaşı fırınlanmış yumurta için 14 ay (SE: 0,61), yumurta sarısı için 19 ay (SE: 2,08), yumurta beyazı için 23 ay (SE: 1,63) olarak belirlendi. Yumurta beyaz tolerans yaşı anafilaksi öyküsü olanlarda anlamlı olarak daha geç (42ay,22 ay; p=0,02), bir yaşta fırınlanmış toleran olgularda ise (13 ay,23 ay; p<0,001) anlamlı olarak daha erken tespit edildi. ROC analizinde iki yaş altı olgularda OPT pozitifliğini öngörmeye kestirim değeri olarak sırasıyla YumurtaBeyazSpIge>1,99ku/l (spesifite %42,3, sensitivite %100, AUC:0.681, p=0,032); YumurtaSarıSpIge>1,02ku/l (spesifite %72,7, sensitivite %85,7, AUC:0.792, p<0,001); OvomukoidSpIge>3,63ku/l (spesifite %81,2, sensitivite %70, AUC:0.722, p=0,049); TazeyumurtabeyazıDeriPririkTesti>11mm (spesifite %65, sensitivite %83,3, AUC:0.788, p<0,001) olduğu tespit edildi.

Sonuç: Fırınlanmış yumurta ve haşlanmış yumurta sarısına tolerans yumurta beyazına göre daha erken gelişmektedir. Bu sebeple tolerans değerlendirmesinin fırınlanmış, yumurta sarı ve yumurta beyazı sırası ile kademeli bir şekilde yapılması yumurtanın diyeteye daha erken katılmasına fırsat verebilir. Ayrıca fırınlanmış yumurta ürünlerini tüketenler ana ürün olan yumurta beyazını daha erken tolere ederken, anafilaksi öyküsü olanlarda yumurta beyaz toleransı daha geç olmaktadır. İki yaş altında OPT pozitifliği için YumurtaBeyazSpIge kestirim değerini 1,99ku/l ve altı olarak bulduk. Bu klinik ve laboratuvar biyobelirteçler ile kademeli yaklaşım yumurta alerjili çocukların tolerans değerlendirmesinde yumurtanın gecikmeden, doğru zamanda diyeteye katılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Fırınlanmış yumurta beyazı, Kademeli basamaklı yaklaşım, Tolerans, Yumurta alerjisi, Yumurta sarısı

Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri

Cinsiyet, erkek n(%)	56 (61,5)
İlk semptom, n(%)	
Atopik dermatit	68 (74,7)
Ürtiker/AÖ	32 (35,2)
Anafilaksi	18 (19,8)
İlk OPT yaşı, ay (ortanca, IQR)	14 (12-20)

AÖ:anjioödem, OPT:oral provokasyon testi

Farklı yumurta formları için medyan tolerans yaşları

	Medyan tolerans yaşı, ay	Standart Eror
Fırınlanmış	14	0,619
Yumurta sarısı	19	2,080
Yumurta beyazı	23	1,637

Yumurtanın her bir formu için yaşa göre tolerans oranları

	<12 ay n (%)	<24 ay n (%)	<36 ay n (%)	<48 ay n (%)	<60 ay n (%)
Fırınlanmış	23 (25.3)	70 (80.5)	78 (89.7)	82 (94.3)	83 (95.4)
Yumurta Sarısı	11 (18.3)	39 (67.2)	50 (86.2)	53 (91.4)	56 (96.6)
Yumurta Beyazı	1 (1.8)	27 (52.9)	37 (78.7)	40 (85.1)	44 (93.6)

[S-52]

NON-IGE ARACILI BESİN ALERJİLERİNDE YAPAY ZEKÂ TABANLI CHATBOTLARIN KLİNİK YANIT PERFORMANSI: HEKİM VE HASTA SORULARI ÜZERİNDEN BİR KARŞILAŞTIRMA

EREN SARI¹, MELİS ÖZTÜRK AYKAÇ¹, TUĞBA AYDOĞDU², BERKANT SEZER², ÖZLEM YILMAZ¹

¹ ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI, ÇANAKKALE

² ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ, ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI, ÇANAKKALE

Amaç: Non-IgE aracılı besin alerjilerinde tanısal belirsizlik ve klinik karmaşıklık, aileler ve hekimlerin bilgi edinmek amacıyla dijital kaynaklara ve büyük dil modeli (LLM) tabanlı chatbotlara yönelmesine zemin hazırlamaktadır. Literatürde, non-IgE aracılı besin alerjileri bağlamında chatbot yanıtlarını hekim ve hasta perspektifinden sistematik olarak değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Amacımız, farklı chatbotların hekim ve hasta odaklı sorulara verdikleri yanıtları karşılaştırmaktır.

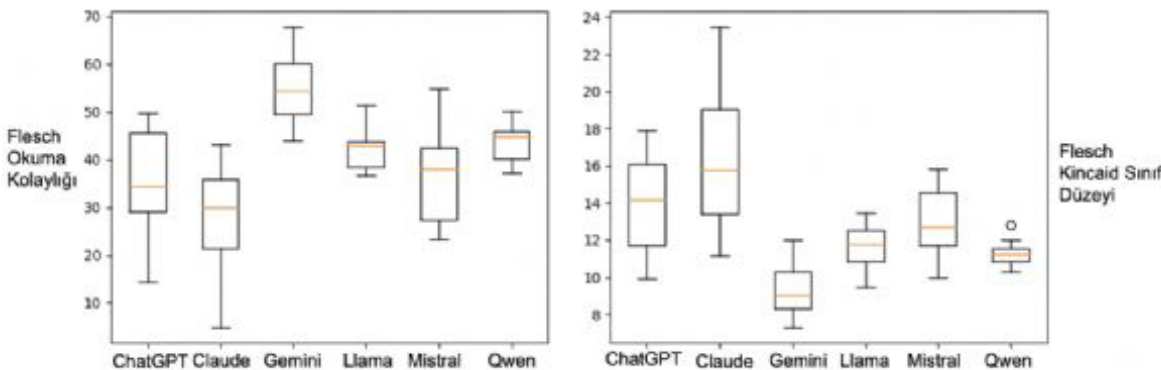
Yöntem: Uluslararası kılavuzlarda tanımlanan kritik başlıklar temel alınarak 10 hekim ve 10 hasta odaklı soru hazırlanmıştır. Sorular altı farklı chatbot tarafından yanıtlanmıştır (ChatGPT 5.1, Claude 4.5 Sonnet, Gemini 3, Llama 3.1 8B, Mistral 7B Instruct ve Qwen 2.5 7B Instruct). Yanıtlar dört bağımsız değerlendirici tarafından kör olarak değerlendirilmiş; doğruluk, açıklık, kullanılabilirlik ve ilişkililik (5'li Likert) ile bütünlük (3'lü Likert) açısından puanlanmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik Intraclass Correlation Coefficient (ICC) analizi ile değerlendirilmiştir. Hasta soruları için ayrıca okunabilirlik analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Hekim ve hasta sorularında ChatGPT 5.1, Claude 4.5 Sonnet ve Gemini 3, doğruluk, bütünlük, açıklık ve kullanılabilirlik ölçütlerinde diğer chatbotlara kıyasla daha yüksek kalite skorları göstermiştir ($p < 0.001$; Tablo 1–2). Buna karşılık, Mistral 7B Instruct aynı ölçütlerde anlamlı olarak daha düşük skorlar elde etmiştir. Hasta sorularında okunabilirlik indeksleri açısından chatbotlar arasında anlamlı farklar saptanmıştır ($p < 0.001$). Okunabilirlik analizleri, Gemini 3'ün diğer modellerle karşılaştırıldığında belirgin biçimde daha kolay okunabilir yanıtlar ürettiğini göstermiştir (Şekil 1). Gemini 3 yanıtları ortaokul-lise başı düzeyinde bir okunabilirlik sunarken, ChatGPT 5.1 yanıtları ağırlıklı olarak lise düzeyinde, Claude 4.5 Sonnet yanıtları ise lise sonu-üniversite başı düzeyinde okunabilirlik göstermiştir. Hasta sorularında kalite ölçütleriyle okunabilirlik indeksleri arasındaki Spearman korelasyon katsayıları düşük düzeyde bulunmuş ($|r| < 0.30$), yanıt kalitesiyle okunabilirliğin birbirinden bağımsız özellikler olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamız, non-IgE aracılı besin alerjilerinde chatbotların genel olarak kabul edilebilir düzeyde yanıtlar üretebildiğini, ancak yanıt kalitesinin modele göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. ChatGPT 5.1, Claude 4.5 Sonnet ve Gemini 3, doğruluk, bütünlük ve açıklık ölçütlerinde yüksek performans sergilerken; diğer chatbotlar klinik olarak yeterli ancak daha sınırlı kalite düzeylerinde kalmıştır. Gemini 3, yüksek kaliteyi korumasının yanı sıra daha yüksek okunabilirliğiyle hasta odaklı kullanım açısından öne çıkmaktadır. Bulgular, chatbotların non-IgE besin alerjilerinde hekim ve hasta bilgilendirmesinde destekleyici araçlar olarak kullanılabileceğini ve optimal sonuçlar için model seçiminin kritik olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Non-IgE besin alerjisi, Yapay zeka, Chatbot, Okunabilirlik, Yanıt kalitesi

Şekil 1. Hasta Sorularına Yönelik Sohbet Robotları Arasında Okunabilirlik Puanlarının Dağılımı



Bu şekil, Flesch Okuma Kolaylığı ve Flesch-Kincaid Sınıf Düzeyi endeksleri kullanılarak değerlendirilen, altı sohbet robotunun hasta odaklı sorulara verdiği yanıtların okunabilirlik puanlarının dağılımını göstermektedir. Her sohbet robotu için okunabilirlik puanları her endeks için ayrı ayrı sunulmuştur. Kutular çeyrekler arası aralığı (Q1-Q3) temsil ederken, orta çizgi medyanı göstermektedir. Her iki endeks için de sohbet robotları arasında okunabilirlikte genel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir (Kruskal-Wallis testi, $p < 0,001$).

Tablo 1. Hekim Soruları İçin Ölçütlere Göre Medyan (Q1-Q3) Skorlar ve Post-hoc Gruplamalar

Ölçüt	ChatGPT 5.1	Claude 4.5 Sonnet	Gemini 3	Llama 3.1 8B	Mistral 7B Instruct	Qwen 2.5 7B Instruct	p-değeri
Doğruluk	5 (4.75-5) a	4 (4-5) ab	5 (4-5) a	4 (3-4) b	3 (3-4) c	4 (3-4) b	<0.001
Bütünlük	3 (2.75-3) a	3 (2-3) a	3 (3-3) a	2 (1-2) b	1.5 (1-2) c	2 (1-2) b	<0.001
İlişkililik	5 (5-5) a	5 (5-5) a	5 (5-5) a	4 (3-5) b	3.5 (3-4) c	4 (4-4) b	<0.001
Açıklık	5 (4-5) a	5 (4-5) a	5 (4-5) a	4 (3-4) b	4 (3-4) b	4 (3-4) b	<0.001
Kullanışlılık	5 (5-5) a	5 (4-5) a	5 (4-5) a	3 (3-4) b	3 (3-4) b	3 (3-3) c	<0.001

Açıklama: Değerler medyan (Q1-Q3) olarak sunulmuştur. Aynı satırda farklı harfler, Wilcoxon işaretli sıralar testi ve Bonferroni düzeltmesi sonrası chatbotlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkları göstermektedir (düzeltilmiş $p < 0.0033$). Aynı harfi taşıyan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 2. Hasta Soruları İçin Ölçütlere Göre Medyan (Q1-Q3) Skorlar ve Post-hoc Gruplamalar

Ölçüt	ChatGPT 5.1	Claude 4.5 Sonnet	Gemini 3	Llama 3.1 8B	Mistral 7B Instruct	Qwen 2.5 7B Instruct	p-değeri
Doğruluk	5 (4.75-5) a	4 (4-5) b	5 (4-5) a	4 (3.75-4) c	4 (3-4) c	4 (3-4) c	<0.001
Bütünlük	3 (3-3) a	2 (2-3) b	3 (2-3) a	2 (2-2) c	2 (1-2) d	2 (1-2) c	<0.001
İlişkililik	5 (5-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (4.75-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0.009
Açıklık	5 (4.75-5) a	5 (4-5) a	5 (4-5) a	4 (4-5) c	4 (3-4) d	4 (4-5) c	<0.001
Kullanışlılık	5 (4.75-5) a	4 (4-5) b	5 (4-5) a	4 (3-4.25) c	3 (3-4) d	4 (3-4) c	<0.001

Açıklama: Değerler medyan (Q1-Q3) olarak sunulmuştur. Aynı satırda farklı harfler, Wilcoxon işaretli sıralar testi ve Bonferroni düzeltmesi sonrası chatbotlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkları göstermektedir (düzeltilmiş $p < 0.0033$). Aynı harfi taşıyan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

[S-53]

İLK İKİ YAŞTA İNEK SÜTÜ ALERJİSİ TANISI ALAN ÇOCUKLARDA 8 YAŞ VE SONRASINDA PERSİSTAN SEYİR İLE İLİŞKİLİ OLABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİ

İDAN FIRAT UNAY, YASEMİN TEPE, ZEYNEP EFŞAN BAŞER SİNOPLU, HANDE ÜÇLER ÇINAR, HİMMET HALUK AKAR

KANUNİ SULTAN SÜLEYMEN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: İnek sütü protein alerjisi (ISPA) çocuklarda en sık görülen besin alerjisi (BA) olup doğal seyrinde sıklıkla ≤ 5 yaş tolerans kazanır. Bu çalışmanın amacı yaşamın ilk 2 yılında immünooglobulin E (IgE)-aracılı ISPA tanısı alan çocukların uzun dönem klinik gidişatını analiz etmek; ≥ 8 yaş persistans ile ilişkili olabilecek klinik ve laboratuvar risk faktörlerini tanımlamaktır.

Yöntem: Çalışmaya ≤ 2 yaş ISPA tanısı alan ve güncel yaşları ≥ 8 yıl olan 171 çocuk dahil edildi (2013–2024). Hastalar persistan (PG; ≥ 8 yaş ISPA'sı devam eden, n:30) ve tolerans (TG; < 8 yaş ISPA'sı düzelen, n:141) kazanmış olgular olarak iki gruba ayrıldı. Olguların demografik özellikleri, başvuru anındaki klinik semptomları, fizik muayene bulguları ve eşlik eden atopik hastalıkları (atopik dermatit, astım, alerjik rinit) kaydedildi. Laboratuvar değerlendirmesinde; tanı ve izlem sürecindeki alerjen spesifik IgE düzeyleri, total IgE ve periferik eozinofil değerlerine bakıldı. Risk faktörlerinin tespiti için lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: 8 \geq yaş alerjisi devam eden çocuklarda (PG), semptomların anlamlı derecede daha erken başladığı (PG; $3,87 \pm 2,32$ TG; $6,42 \pm 3,16$ ay; $p < 0,001$) ve bu çocukların daha erken tanı aldıkları görüldü (PG; $4,37 \pm 2,28$ ay, $8,31 \pm 6,39$ ay, $p < 0,001$). Tanı yaşının ≤ 6 ay olması (PG; %80, TG; %33; $p < 0,001$), tanıda egzama (PG; %70, TG; %25; $p < 0,001$), solunum sistemi semptomu (PG; %40, TG; %11; $p < 0,001$), anafilaksi varlığının (TG; %30, PG; %4; $p < 0,001$) ve ailede alerjik hastalık öyküsünün (PG; %73, TG; %38; $p < 0,001$) PG'ta anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Laboratuvar olarak ta tanıda süt spesifik IgE (F2) düzeyleri PG da anlamlı derecede yüksek saptandı (PG; $36,39 \pm 28,24$ kU/L, TG; $16,72 \pm 15,47$ kU/L; $p < 0,001$) ve ≥ 8 yaş ISPA persistansı öngörmeye kestirim değeri olarak F2 $\geq 12,10$ kU/L olarak bulundu [ROC analizi, AUC: 0,770 (%95 GA: 0,67–0,87); $p < 0,001$].

Sonuç: Bu çalışmada ≤ 2 yaş altı süt spesifik F2 $\geq 12,10$ kU/L düzeylerinin ≥ 8 yaş ISPA persistansını öngörmeye bir kestirim değeri olarak kullanılabilmesi, ayrıca semptom başlangıç yaşının ≤ 6 ay olmasının, tanıda çoklu BA varlığının ve ailede alerjik hastalık hikayesinin ≥ 8 yaş ISPA persistansı için bağımsız risk faktörü olabileceği gösterilmiştir.

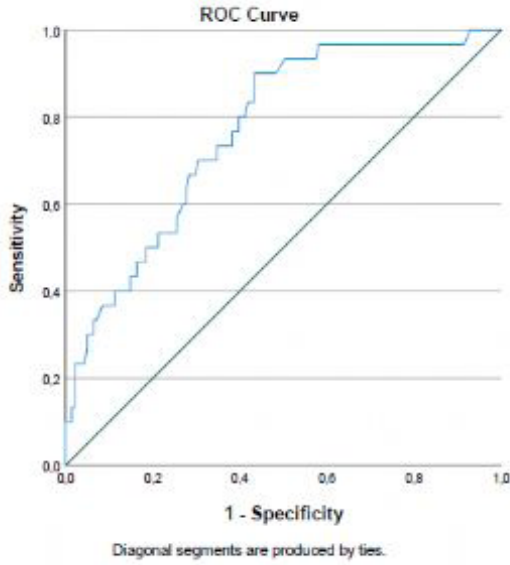
Anahtar Kelimeler: İnek sütü alerjisi, persistans, prognoz

Factors Associated with Milk Allergy Persistence (Logistic Regression Analysis- multivariate)

Süt alerjisi persistansı üzerinde etkili olan bağımsız faktörleri belirlemek amacıyla kurulan çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon modelinde; semptom başlangıç yaşı, tanı anındaki ek besin alerjisi varlığı ve ebeveynlerde alerjik hastalık öyküsünün bağımsız belirleyiciler olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde, semptom başlangıç yaşındaki her bir aylık artışın, hastalığın persistan seyretme olasılığını bağımsız olarak %35,7 oranında azalttığı belirlenmiştir [OR: 0,643 (%95 CI: 0,565–0,732); $p < 0,001$]. Tanı anında süt dışı ek besin alerjisi varlığının persistan seyir olasılığını 2,31 kat artırdığı gözlenirken [OR: 2,310 (%95 CI: 1,063–5,019); $p = 0,034$], ebeveynlerde alerjik hastalık öyküsü bulunmasının da bu olasılığı 2,33 kat yükselttiği saptanmıştır [OR: 2,339 (%95 CI: 1,059–5,168); $p = 0,036$]. Bu sonuçlar, erken yaşta başlayan semptomların ve ailevi/sistemik atopik yatkınlığın süt alerjisinin prognozunda kritik ve bağımsız belirleyiciler olduğunu ortaya koymaktadır.

Variables	Multivariate							
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
SBYA(Semptom Başlama Yaşı (Ay))	-,441	,066	44,497	1	,000	,643	,565	,732
PEKBPVY(başvuru Ek Besin Pozitifliği)	,837	,396	4,470	1	,034	2,310	1,063	5,019
EAHVY(Ebeveynde Alerji Hikayesi)	,850	,404	4,417	1	,036	2,339	1,059	5,168

Roc Eğrisi



Area Under the Curve

Test Result Variable(s): PF2SUT

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
.770	.044	.000	.683	.856

The test result variable(s): PF2SUT has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

Tanı anındaki süt spesifik IgE (F_2) düzeylerinin süt alerjisi persistansını öngördürmedeki başarısını değerlendirmek amacıyla yapılan ROC analizi sonucunda [AUC: 0,770 (%95 GA: 0,683–0,856); $p < 0,001$]; Youden İndeksi ($J=0,418$) baz alınarak saptanan en yüksek tanısal doğruluğa sahip optimal kesim (cut-off) değeri 12,10 kU/L ($F_2 \geq 12,10$ kU/L pozitif kabul edildi) olarak belirlenmiştir. Bu kesim değerinde duyarlılık %90,0 ve özgüllük %51,8 olarak hesaplanmıştır. AUC=0,770 değeri, tanı anındaki F_2 düzeyinin süt alerjisi persistansını ayırt etmede iyi düzeyde ayırıcı olduğunu göstermektedir.

[S-54]

ÇOCUKLARDA SÜT ORAL İMMÜNOTERAPİSİ SIRASINDA GELİŞEN ALERJİK REAKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

GAMZE YAYLAK¹, GİZEM KURUOĞLU¹, İLAYDA ATAÇ¹, BETÜL BÜYÜKTİRYAKI², CANSIN SAÇKESEN²

1 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL
2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL;
KOÇ ÜNİVERSİTESİ TRANSLAYONEL TIP ARAŞTIRMA MERKEZİ (KUTTAM), İSTANBUL

Amaç: Besin alerjili çocuklarda kazara karşılaşmalar ağır ve ciddi reaksiyonlara neden olabilir. Kazara karşılaşmalar sonrası fatal reaksiyonlar görülmesi kalıcı tedavi ihtiyacına dikkat çekmiştir. Bu sebeple başlanan oral immünoterapi (OİT) yeni olup sınırlı sayıda merkezde başlamıştır ancak giderek yaygınlaşmaktadır. Çalışmamızın amacı süt OİT uyguladığımız hastalarda doz artırım ve idame fazında alerjik reaksiyon sıklık ve şiddetini değerlendirmektir.

Yöntem: 2023-2026 yıllarında Koç Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalında süt OİT tedavisi uygulanan çocuklar tarandı. Çocukların alerjik reaksiyon özellikleri ve zamanı, reaksiyonun gerçekleştiği yer, adrenalin uygulanması, hastaneye yatış, hastane ziyaret sayısı ve evde aldığı süt dozu sayısı kaydedildi.

Bulgular: Süt OİT başlanan 23 hastanın 10'unda (%43.5) toplam 28 alerjik reaksiyon gelişti, 2 hasta (%8.7) eozinofilik özofajit (EoE) tanısı aldı. Reaksiyonların 21'i (%75.0) doz artırım fazında, 7'si (%25) idame fazında gerçekleşti. Toplam 9 reaksiyonda (%32.1) adrenalin uygulandı. 6'sında 1 doz, 3'ünde birden fazla doz adrenalin enjeksiyonu yapıldı. 3 reaksiyon sonrasında (%10.7) hospitalizasyon gerçekleşti. 14 reaksiyon (%50.0) omalizumab tedavisi alan hastada görüldü ve bu 14 reaksiyonun 3'ünde (%21.4) adrenalin uygulandı.

Hastanede toplam 587 doz artırım viziti yapıldı ve 8 alerjik reaksiyon (%1.4) gelişti. Bu reaksiyonların 3'ünde adrenalin uygulandı, 1 reaksiyonda birden fazla adrenalin enjeksiyonu yapıldı ve 2 reaksiyon sonrasında hospitalizasyon gerçekleşti. Hastanede reaksiyona neden olan doz ortanca değeri 11mL (çeyrekler arası aralık (CAA):4.1-18.0) saptandı. Evde 10910 süt dozu verildi ve 20 reaksiyon (%0.2) gelişti. Bu reaksiyonların 6'sında adrenalin uygulandı, 2'sinde birden fazla adrenalin enjeksiyonu yapıldı ve 1 reaksiyon sonrasında (%5.0) hospitalizasyon gerçekleşti. Evde reaksiyona neden olan doz ortanca değeri 21.5mL (CAA:1.4-200.0) saptandı.

Evde gerçekleşen reaksiyonların 6'sında (%30) enfeksiyon, 4'ünde (%20) efor, 1'inde (%5) menstrüasyon, 1'inde (%5) yüksek ısı (güneşlenme) öyküsü mevcuttu. 8 reaksiyonun (%40) kofaktörü bilinmiyordu.

Sonuç: Süt OİT'de alerjik reaksiyonların en sık görüldüğü dönem doz artırım fazıdır. Evde verilen doz sayısının fazla olması nedeniyle reaksiyonların çoğunun ev ortamında gerçekleştiği gözlemlendi. Efor ve enfeksiyon gibi kofaktörlerin evde gelişen reaksiyonlarda öne çıkması, ailelerin bu tetikleyiciler konusunda daha ayrıntılı bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Omalizumab tedavisi altındaki hastalarda daha az sıklıkta olsa da adrenalin gerektiren alerjik reaksiyonlar geliştiği gözlemlendi. Süt OİT, alerjik reaksiyon riski taşımaya rağmen, uygun hasta seçimi, yapılandırılmış protokoller ve yakın izlem ile uygulandığında ölümcül reaksiyon gelişmeden güvenli bir şekilde sürdürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Adrenalin, Alerjik reaksiyon, Süt oral immünoterapisi

[S-55]

DOĞUMDAN SONRAKİ İLK 24 SAATTEKİ BESLENME ŞEKLİNİN 2 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BESİN ALERJİSİ VE ATOPIK DERMATİT GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

GAYE KOCATEPE¹, CENGİZHAN KILIÇASLAN², MEHMET SEMİH DEMİRTAŞ²

1 AKSARAY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, AKSARAY
2 AKSARAY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, AKSARAY

Amaç: Bu çalışmanın amacı, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde uygulanan beslenme şeklinin (yalnızca anne sütü, probiyotiksiz formula, probiyotikli formula ve anne sütü ile birlikte formula) 2 yaş altı çocuklarda besin alerjisi ve atopik dermatit gelişimi ile ilişkisini değerlendirmektir.

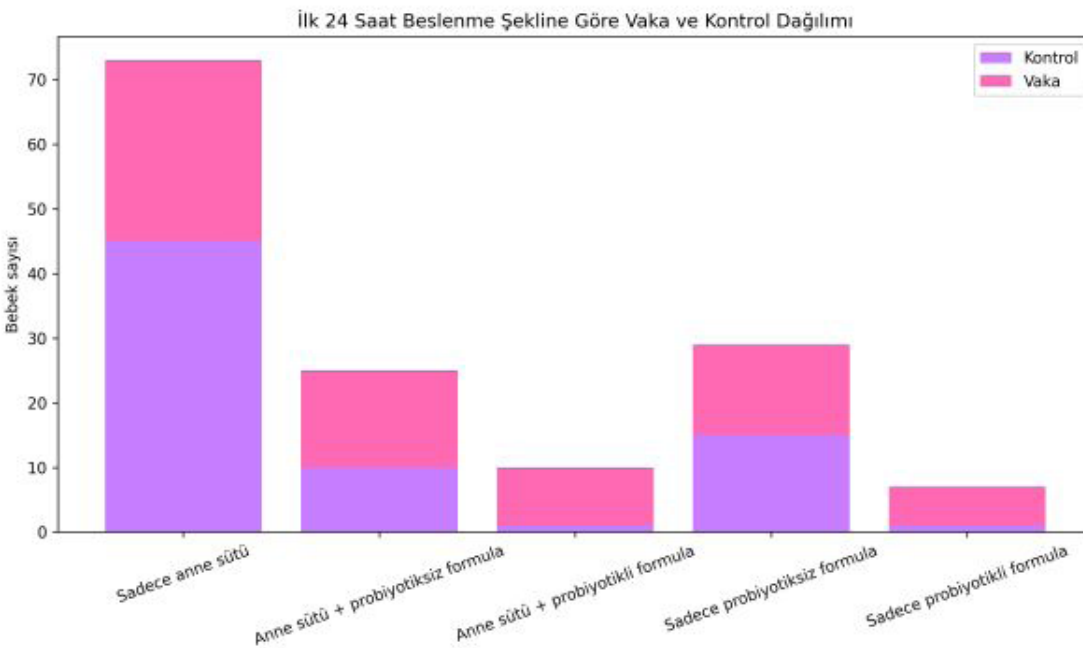
Yöntem: Çalışmamız, besin alerjisi ve/veya atopik dermatit tanısı alan 72 çocuğun vaka grubunu, alerjik hastalık öyküsü olmayan ve yaş ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş 72 çocuğun kontrol grubunu oluşturduğu retrospektif vaka-kontrol tasarımında yapıldı. Annelerle yüz yüze görüşme yapılarak doğumdan sonraki ilk 24 saatlik beslenme şekli beş kategoride sorgulandı. Ailede atopi öyküsü ve perinatal faktörler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 144 çocuğun yaş ortalaması 14 ± 6 ay idi. Vaka grubundaki 72 çocuğun 19'unda besin alerjisi ve atopik dermatit birlikte, 28'inde sadece atopik dermatit ve 25'inde sadece besin alerjisi mevcuttu. İlk 24 saat beslenme dağılımı incelendiğinde, sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin kontrol grubunda daha yüksek oranda olduğu (45/72, %62,5'e karşı 28/72, %38,9), anne sütü ile birlikte formula verilen bebeklerin ise vaka grubunda daha sık bulunduğu görüldü (24/72, %33,3'e karşı 11/72, %15,3). Gruplar arasında ilk 24 saat beslenme şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Referans grup olarak yalnız anne sütü alımı kabul edildiğinde, tek değişkenli analizlerde anne sütü ile birlikte formula verilen bebeklerde alerjik hastalık görülme olasılığı yaklaşık 2,4 kat artmış bulundu (OR: 2,41).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde de, erken formula maruziyeti ile alerjik hastalık gelişimi arasındaki ilişkinin ebeveyn atopi öyküsü ve perinatal faktörlerden bağımsız olarak devam ettiği görüldü ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışma, doğumdan sonraki ilk 24 saatteki beslenme şeklinin 2 yaş altı çocuklarda besin alerjisi ve atopik dermatit gelişimi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Yalnız anne sütü ile beslenme daha düşük alerjik hastalık sıklığı ile ilişkiliyken, anne sütüne ek olarak formula verilen bebeklerde alerjik hastalık görülme olasılığının arttığı saptanmıştır. Buna karşın, yalnızca formula ile beslenen bebeklerde belirgin bir risk artışı izlenmemiştir. Bu bulgular, yaşamın ilk saatlerinde uygulanan beslenme pratiğinin immün tolerans gelişimi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bulguların desteklenmesi ve altta yatan mekanizmaların daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Atopik dermatit, Besin alerjisi, Erken beslenme, Formula



Şekil 1. İlk 24 saat beslenme şekline göre vaka ve kontrol gruplarının dağılımı.

[S-56]

BESİN ALERJİSİ OLAN ÇOCUKLARDA EBEVEYN AŞI TEREDDÜDÜ VE AŞILAMA UYGULAMALARI**ECE ŞENBAYKAL YİĞİT¹, ÖZLEM BAĞ², SEDA TUNCA¹, TUBA TUNCEL³**

1 İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BÖLÜMÜ

2 SAĞLIK BAKANLIĞI ÜNİVERSİTESİ, SOSYAL PEDIATRİ BÖLÜMÜ

3 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç: Besin alerjisi olan çocukların ebeveynlerinde aşı tereddüdünü, sağlıklı çocukların ebeveynleriyle karşılaştırmalı olarak değerlendirmek ve bu popülasyonda aşılamaya uygulamalarını incelemek.

Yöntem: Mart-Ekim 2025 tarihleri arasında yürütülen bu kesitsel, yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş vaka-kontrol çalışmasında, 0-36 ay arası besin alerjisi olan çocukların ebeveynleri ile sağlıklı kontrol grubunun ebeveynleri, kendi ana dillerinde uygulanmış geçerli bir Aşı Tereddüdü Ölçeğini (Vaccine Hesitancy Scale, VHS) doldurmuştur. Aşılamamanın algılanan yararı ve koruyuculuğu, aşı karşıtı tutumlar, aşılamamaya yönelik stratejiler ve aşı tereddüdünü meşrulaştırma alt boyutları ile birlikte aşılamaya uygulamaları gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 250 besin alerjili çocuk ve 250 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Toplam VHS puanları gruplar arasında benzer bulunmuştur (42,8±15,4 ve 41,5±14,0; p=0,54). Ancak "aşılamamaya yönelik stratejiler" ve "aşı tereddüdünü meşrulaştırma" alt ölçek puanları, besin alerjili çocukların ebeveynlerinde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Gecikmiş veya eksik aşılamaya oranı besin alerjili çocuklarda anlamlı derecede daha yüksektir (25'e karşı 4; p<0,001). Bu durum özellikle yumurta alerjisi olan çocuklarda kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK) aşısı için belirgindir.

Sonuç: Besin alerjisi olan çocukların ebeveynlerinde toplam aşı tereddüdü skorları sağlıklı kontrollerle benzer olsa da, "aşılamamaya yönelik stratejiler" ve "aşı tereddüdünü meşrulaştırma" alt boyutlarındaki yüksek puanlar, bu grubun aşı tereddüdü geliştirmeye daha yatkın olabileceğini düşündürmektedir. Gözlenen aşı gecikmeleri ve eksik aşılanma, esas olarak ebeveyn tereddüdünden ziyade kontrendikasyonlara ilişkin yanlış inanışlara bağlı görünmektedir. Pediatristler bu popülasyonda aşı tereddüdü riskinin farkında olmalı ve gerekli önlemleri zamanında alarak eksik ya da gecikmiş aşılamayı önlemek amacıyla aşılamaya konusunda aileleri desteklemelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddüdü, Besin alerjisi, Çocukluk çağı aşılaması, Ebeveyn tutumları, Kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısı

[S-57]

ATOPIK DERMATİTTE BARIYERİN GÜCÜ; 3:1:1 SERAMİD FORMÜLASYONUNUN PEDIATRİK KLİNİK SONUÇLARI**AZRA BADR¹, BÜŞRA DUDU¹, NUR MUHAMMED ÇINAR¹, HİKMET TEKİN NACAROĞLU²**¹ MEDİPOL ÜNİVERSİTE HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD, İSTANBUL² MEDİPOL ÜNİVERSİTE HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Giriş: Atopik dermatit (AD), epidermal bariyer bütünlüğünün bozulması ve immün disregülasyon ile karakterize, kronik ve tekrarlayıcı inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Stratum corneum lipid matriksinin temel bileşenlerini oluşturan seramidler, kolesterol ve serbest yağ asitleri, transepidermal su kaybının kontrolünde ve bariyer bütünlüğünün sağlanmasında kritik rol oynar.

Amaç: Bu çalışmada, pediatrik atopik dermatit hastalarında 3:1:1 oranında seramid-kolesterol-serbest yağ asidi içeren topikal formülasyonun klinik etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya hafif ve orta şiddette atopik dermatit tanısı almış toplam 47 pediatrik hasta dahil edildi. Tüm olgular tedavi öncesinde ve tedavinin 1. ayında dermatolojik muayene ile birlikte SCORAD, PO-SCORAD ve POEM skorları kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler için eşleştirilmiş t-testi veya Wilcoxon işaretli sıralar testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Çalışma için etik kurul onayı alındı ve ebeveynlerden yazılı bilgilendirilmiş onam temin edildi.

Bulgular: Olguların %44,7'si kız (n=21), %55,3'ü erkekti (n=26). Ortalama yaş $10,9 \pm 4,3$ ay, ortalama tanı yaşı ise $5,6 \pm 2,8$ ay olarak belirlendi. Olguların %55,3'ünde (n=26) aile öyküsünde atopi mevcuttu. Beslenme şekilleri değerlendirildiğinde; olguların %34'ü yalnız anne sütü, %17'si anne sütü + mama, %38,3'ü anne sütü + mama + ek gıda ile beslenmekteydi. Besin yükleme testleri ile doğrulanan besin alerjisi birlikteliği %10,6 (n=5) oranında saptandı. Tedavi öncesinde ortalama SCORAD skoru $26,9 \pm 13,9$, PO-SCORAD $34,8 \pm 17,4$ ve POEM $11,6 \pm 5,1$ olarak belirlendi. Tedavinin birinci ayında bu değerler sırasıyla $3,8 \pm 5,2$, $5,1 \pm 6,5$ ve $2,0 \pm 2,4$ olarak saptandı. Wilcoxon işaretli sıralar testi sonucunda tüm klinik skorlar için istatistiksel olarak anlamlı düzelme gözlemlendi (SCORAD: $Z = -4,21$, $p < 0,001$; PO-SCORAD: $Z = -4,17$, $p < 0,001$; POEM: $Z = -3,98$, $p < 0,001$). Tedavi süresince ciddi advers etki izlenmedi.

Sonuç: 3:1:1 oranında seramid içeren topikal formülasyonun, standart tedaviye ek olarak pediatrik atopik dermatitte belirgin klinik ve semptomatik iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Bulgularımız, epidermal bariyer onarımını hedefleyen bu tür emollientlerin çocukluk çağı AD yönetiminde etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olabileceğini desteklemektedir. Epidermal lipid dengesini fizyolojik oranlarda yeniden yapılandırmayı hedefleyen yaklaşımlar, hastalık kontrolünde uzun dönemli stabilite açısından umut vadetmektedir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, seramid, epidermal bariyer

Çalışma sonuçları

Değişken	Başlangıç	1. Ay
Ortalama yaş (ay)	11,4	
Tanı Yaşı (ay)	5,9	
Cinsiyet (K/E)	42,5% / 57,5%	
SCORAD skoru	$27,5 \pm 14,8$	$3,3 \pm 4,8$ ($p < 0,001$)
PO-SCORAD skoru	$35,5 \pm 18,6$	$4,5 \pm 6,2$ ($p < 0,001$)
POEM	$12 \pm 5,4$	$1,7 \pm 2,2$ ($p < 0,001$)

[S-58]

ALERJİK ÇOCUKLARDA CİLT EPİTEL BARIYERİ BULGULARININ IGE VE İMMÜN YANIT İLE İLİŞKİSİ

MEHMET GEYİK¹, MİKAİL ÖZDEMİR²

1 HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ
2 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Amaç: Bu çalışmada, çocukluk döneminde cilt sebumu ve nem düzeylerinin alerjik hastalıklar ile biyobelirteçler arasındaki olası ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Cilt bariyer fonksiyonunu yansıtan bu parametrelerdeki değişimlerin atopik eğilim, alerjen duyarlılığı ve immünolojik yanıt üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışmaya, toplam 177 çocuk hasta dâhil edilmiştir. Katılımcıların cilt sebum (OIL) ve nem (MOIST) düzeyleri dijital cilt analiz cihazı kullanılarak ölçülmüştür. Aynı dönemde serum total IgE, D vitamini düzeyleri, hemogram parametreleri ve inhalan alerjen prick test sonuçları kaydedilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 27.0 programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenler Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon testleri ile değerlendirilmiş; $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %46,3'ü kız, %53,7'si erkekti. Ortalama cilt nemi $26,79 \pm 6,68$, sebum düzeyi ise $38,13 \pm 4,66$ olarak saptandı. Akrabalık öyküsü bulunan olgularda cilt nem düzeyi anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p=0,036$). Beden kitle indeksi ile cilt nemi arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=-0,158$; $p=0,035$). Erkek çocuklarda total IgE ($p=0,005$) ve eozinofil düzeyleri ($p=0,024$) anlamlı olarak daha yüksekti. Nemlendirici kullanan çocuklarda total IgE düzeyi anlamlı olarak daha düşük, D vitamini düzeyi ise anlamlı olarak daha yüksek bulundu (her ikisi için $p=0,001$). Yaş arttıkça nötrofil oranında artış ($r=0,558$; $p < 0,001$), lenfosit ve eozinofil oranlarında ise azalma gözlemlendi.

Sonuç: Cilt nemi ve sebum düzeyleri; genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerden etkilenmekte olup, epitel bariyer bütünlüğünün önemli göstergeleri olarak değerlendirilebilir. Akrabalık öyküsü, vücut kitle indeksi ve nemlendirici kullanımı gibi değişkenlerin bu parametreler üzerindeki belirgin etkileri, epitel bariyerinin alerjik hastalıkların gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynadığını düşündürmektedir. Bulgular, cilt bariyerine yönelik destekleyici yaklaşımların IgE aracılı alerjik yanıtın modülasyonuna katkı sağlayabileceğini ve cilt parametrelerinin immünolojik biyobelirteçlerle birlikte değerlendirilmesinin çocukluk çağındaki alerjik hastalıkların erken öngörülmesi ve yönetiminde yararlı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Alerji, cilt nemi, epitel bariyeri, IgE, sebum

[S-59]

ÇOCUK HASTALARDA TREATİNG THROUGH: TEK MERKEZ DENEYİMİ**HATİCE IRMAK ÇELİK¹, FUNDA AYTEKİN GÜVENİR¹, RAGİP DERE¹,
AHMET SELMANOĞLU¹, ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ², EMİNE DİBEK MISIRLIOĞLU²**

1 ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, PEDIATRİK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ KLİNİĞİ, ANKARA, TÜRKİYE
2 ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, PEDIATRİK ALERJİ VE İMMÜNOLAJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA, TÜRKİYE

Giriş-Amaç: Yatarak tedavi gören çocuklarda ilaç tedavisi sırasında gelişen hafif-orta şiddette kutanöz döküntüler sık görülür ve çoğu zaman şüpheli ilaçların kesilmesine yol açar. Pediatrik popülasyonda Treating Through (TT, tedaviye devam) gibi tedaviye sürdürme stratejileri ile ilgili veriler sınırlıdır. Hastaneden yatarak izlenen ilaç tedavisi sırasında hafif-orta şiddette kutanöz döküntü gelişen çocuk hastalarda "Tedaviye Devam" yaklaşımının güvenilirlik, buna eşlik eden klinik özellikler ve sonuçları tanımlamaktır.

Yöntem: Çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk hastanesinde Ocak 2019–Haziran 2025 tarihleri arasında yatarak izlenen 0-18 yaş arasında olan ilaç alerjisi şüphesi ile Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniğine konsülte edilen hastalar değerlendirildi. Sistemik tutulum olmaksızın hafif-orta şiddette kutanöz döküntüsü olan ve şüpheli ilaçla tedaviye devam edilen hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Treating through yapılan 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortanca yaş 96,0 (3–210) ay olup, %60'ı erkekti. En sık şüpheli ilaç sınıfı antibiyotiklerdi (n=66, %73,3). Antibiyotikler içinde ilk sırada beta-laktam grubu (n=34, %37,8) yer almaktaydı. Hastaların %78,9'unda (n=71) makülopapüler döküntü; %21,1'inde (n=19) ürtikeryal döküntü mevcut idi. Şüpheli ilaç reaksiyonları hastaların %33,3'ünde (n=30) tedavinin ilk gününde ve reaksiyonların %74,4'ü (n=67) son ilaç dozunu takiben ilk 6 saat içinde ortaya çıktı. Treating through yaklaşımı ile 89 hastada (%98,9) tedavi kuru sorunsuz tamamlandı. Yalnızca bir hastada flukonazol infüzyonu esnasında, döküntü progresyonu nedeniyle tedavi kesildi.

Sonuç: Hastanede yatan çocuklarda ciddi olmayan kutanöz döküntü varlığında tedavinin devam edilme gerekliliği durumunda, 'Treating through' yaklaşımı başarılı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Kutanöz ilaç reaksiyonları, Treating through

Tablo 1. Treating Trough Uygulanan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Yaş (ay), Medyan (Min-Max)	96,0 (3-210)
Erkek Cinsiyet, n (%)	54 (%60,0)
Komorbidite varlığı, n (%)	61 (%67,8)
İlaç Tipi, n (%)	
Antibiyotik	66 (%73,3)
β-laktam antibiyotikler	34
Glikopeptidler	14
Linkozamid	6
Florokinolonlar	4
Aminoglikozidler	2
Makrolidler	2
Trimetoprim-sülfonamid kombinasyonu	2
Nitroimidazol	1
Tetrasiklin	1
Antibiyotik-dışı	24 (%26,7)
Antiepileptikler	4
Benzodiazepin grubu sedatif-anksiyolitik/antikonvülzanlar	4
Antifungaller (triazoller, polienler ve ekinokandinler)	4
Antineoplastik/kemoterapötikler	3
Antiviraller	2
Monoklonal antikor biyolojik ajanlar	1
Prostasiklin analogu vazodilatör-antitrombotik ajanlar	1
Analjezik-antipiretikler	1
İnsülin preparatları	1
Kalsinörin inhibitörü	1

Tiyonamid grubu antitiroid ilaçlar	1
Mukolitik/antidot ajanlar	1
Döküntü Tipi, n (%)	
Ürtiker	19 (%21,1)
Makülopapüler Döküntü	71 (%78,9)
Gün, n (%)	
İlk gün	30 (%33,3)
İlk günden sonra	60 (%66,7)
Zamansallık, n (%)	
İlk 6 saat içinde reaksiyon	67 (%74,4)
6 saatten sonra	23 (%25,6)
Kaç Gün İlgili İlaçla Devam, Medyan (min-max)	7,5 (1-180)
Şüpheli İlaçla Tedavi Tamamlanma, n (%)	
Evet	89 (%98,9)
Hayır	1 (%1,1)
Tedavi Tamamlanmadıysa Nedeni, n (%)	
İlaca devam edince reaksiyonun(döküntünün) artması	1 (%100,0)
Viral Marker IgM, n (%)	
Pozitif	5 (%5,6)

[S-60]

PEDİATRİSTLER VE PEDİATRİK ALERJİSTLERİN “EPİTEL BARIYERİNİN KORUNMASI VE HASTALIKLARLA İLİŞKİLERİ” HAKKINDAKİ FARKINDALIK DÜZEYİ

AYÇA KIYKIM¹, KÜBRA BASKIN², ZEYNEP HIZLI DEMİRKALE³, HAYRÜNNİSA BEKİS BOZKURT⁴, SEVGİ SİPAHİ ÇİMEN⁵, SALİHA ESENBOĞA⁶, HÜLYA ANIL⁷, DENİZ ÇAĞDAŞ AYVAZ⁶, İSMAİL ÖĞÜLÜR⁸, ARZU BAKIRTAŞ², CEZMİ AKDİŞ⁸

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

3 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İSTANBUL, TÜRKİYE

4 ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

5 ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

6 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

7 OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ESKİŞEHİR, TÜRKİYE

8 ZÜRİH ÜNİVERSİTESİ, SWISS INSTITUTE OF ALLERGY AND ASTHMA RESEARCH (SIAF), DAVOS, İSVİÇRE

Amaç: Epitel bariyer teorisi, otoimmün, enflamatuvar ve alerjik hastalıkların son zamanlardaki artışının, tehlikeli çevresel etkenlere maruz kalma nedeniyle epitel bariyerlerinin bozulmasından kaynaklandığını öne sürmektedir. Araştırmamızın amacı pediatristler ve pediatrik alerjistlerin “epitel bariyerinin korunması ve hastalıklarla ilişkileri” konusunda farkındalığının düzeyini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamızda Google anket üzerinden toplam 12 soru hazırlanarak kare kod aracılığıyla çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları/uzmanlık öğrencileri, çocuk immünolojisi ve alerji hastalıkları uzmanları/uzmanlık öğrencilerinin anketi doldurmaları istendi.

Bulgular: Toplam 215 katılımcı anketi yanıtladı, %55.8'i(n=120) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %25.5'i(n=55) Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları uzmanı iken, 68 katılımcı uzmanlık eğitimine devam etmekteydi. Katılanların %16.7'si(n=36) epitel bariyer teorisini daha önce duymadığını bildirdi (duymayanlar:çocuk uzmanları %16, uzmanlık öğrencileri %34.5, çocuk immünoloji ve alerji uzmanları %0, p<0.001). Bilgisi olan katılımcıların (%83.3,n=179)%75.1'i epitel bariyer teorisini kongrelerden, %48.6'sı bilimsel kitap/dergilerden, %40.9'u ise uzmanlık derslerinden duyduğunu bildirdi. Katılımcılara epitel bariyerinin bozulması ile ilişkili hastalıklardan bildikleri sorulduğunda %97.7'si atopik dermatiti, %80'i astımı işaretlerken, romatoid artrit ve multipl skleroz (her iki hastalık için de %0.6) en az ilişkilendirilenlerdi. Epitel bariyerini bozan faktörler sorgulandığında %90.6 deterjanlar ve temizlik malzemeleri, %90.1 mikro/nano plastik kirliliği, %89.5 oranda sigara ve %89.5 oranda paketlenmiş/işlenmiş gıdalar en yüksek oranda seçilmişti. Katılımcılara bir liste halinde verilen epitel bariyer bozucuların kaçını duydukları sorgulandığında en çok bilinenler içerisinde çamaşır suları %70.4, pestisitler %64.2 oranda yer alırken, en az bilinen 2-butoksietanol (%15.1) idi. Epitel bariyer bozuculardan korunmak için hangi önlemlerin alınabileceği sorulduğunda “işlenmiş/paketlenmiş uzun ömürlü market ürünlerinden, gıdalardan kaçınmak” %90.6(n=164), “sıcakta bekleyen plastik şişelerde bulunan su/sıvı tüketmemek” %89(n=161) oranda önerildi.

Sonuç: Epitel bariyeri konak savunmasında en önemli mekanizmalardan biri olup epitel bariyer bozucuların pek çok kronik alerjik ve enflamatuvar hastalık gelişimine olumsuz katkısı artan sayıda çalışmalarda gösterilmektedir. Bu bağlamda uygulanacak en ucuz ve basit çözüm epitel bozuculardan sakınılmasıdır. Toplumda farkındalığın artırılması için en önemli görev hekimlere düşmektedir. Katılımcılar büyük oranda epitel bariyer teorisi hakkında bilgi sahibi olmakla beraber, epitel bozucu maddeler ve önlemler konusunda özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları/uzmanlık öğrencilerine daha fazla eğitimin verilmesi gerektiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: epitel, bariyer, çevresel maruziyet, çevre kirliliği, deterjanlar

[S-61]

EBEVEYN BİLDİRİMİNE DAYALI İLAÇ ALERJİSİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN (P-DRHY-Q) TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**HİLAL GÜNGÖR, ÖMER YILMAZ ULUTAŞ, ASLI BERİVAN TOPÇAK, MUHAMMED FATİH ERBAY, HASAN TUNÇ ŞARMAN, MERVE KARACA ŞAHİN, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, ŞULE PAPAĞAN, HAMİT BOLOĞUR, NİLAY ÇALIŞKAN, GÜLER YILDIRIM, ŞEFİKA İLKNUR KÖKÇÜ KARADAĞ, DENİZ ÖZÇEKER**

PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Amaç: Çocuklarda ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonları, yalnızca hastaları değil, ebeveynlerini de psikososyal açıdan önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, çocuklarında ilaç alerjisi olan ebeveynlerin yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiş, hastalığa özgü ilk ölçeğin, "Parent-reported Drug Hypersensitivity Quality of Life Questionnaire (P-DrHy-Q)", Türkçe versiyonunun dilsel ve kültürel uyarlamasını yapmak; geçerlik ve güvenirliliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu metodolojik geçerlik-güvenirlilik çalışması, Ağustos-Ekim 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir çocuk alerji kliniğinde yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, ileri-geri çeviri yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiş ve uzman paneli (1 sosyal pediatri uzmanı, 3 çocuk immünoloji ve alerji uzmanı, 1 erişkin immünoloji ve alerji uzmanı) değerlendirmesi ile kapsam geçerliliği sağlanmıştır. İlaç aşırı duyarlılık öyküsü olan 0-18 yaş arası çocukların ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir. Yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile değerlendirilmiştir. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile, test-tekrar test güvenirliliği ise 15 gün arayla uygulanan ölçümler üzerinden sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sosyodemografik ve klinik özellikler için kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 76 bakım veren dahil edilmiş olup katılımcıların %80,3'ü annelerden oluşmakta ve ortalama yaş 40 yıl olarak saptanmıştır. Üç madde için madde düzeyinde kapsam geçerlilik indeksi (I-CVI) 0,80; diğer maddeler için 1,00 bulunmuş; ölçek düzeyinde kapsam geçerlilik indeksi (S-CVI/Ave) 0,95 olarak hesaplanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, orijinal ölçekle uyumlu olarak Ruhsal Sağlık (7 madde) ve Sosyal Aktivite (5 madde) olmak üzere iki faktörlü bir yapı elde edilmiş ve toplam varyansın %49,02'si açıklanmıştır. Ölçeğin toplam iç tutarlılığı iyi düzeyde bulunmuştur (Cronbach $\alpha = 0,804$). Alt ölçekler için Cronbach alfa değerleri Ruhsal Sağlık alt ölçeğinde 0,783, Sosyal Aktivite alt ölçeğinde 0,689 olarak saptanmıştır. Test-tekrar test güvenirliliği ölçeğin zamansal kararlılığının kabul edilebilir-iyi düzeyde olduğunu göstermiştir (ICC = 0,796). Madde-toplam korelasyonları yapı geçerliliğini destekler niteliktedir.

Sonuç: Psikometrik özellikleriyle orijinal ve Portekizce versiyonlarıyla karşılaştırılabilir düzeyde olup ilaç aşırı duyarlılığı olan çocukların ebeveynlerinde yaşam kalitesini değerlendiren Ebeveyn Bildirimli İlaç Yaşam Kalitesi Ölçeği (EBİL) klinik ve araştırma ortamlarında kullanılabilir ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, ilaç alerjisi, metodolojik çalışma, ölçek, yaşam kalitesi

[S-62]

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALERJİK ÇOCUKLARDA BAĞIŞIKLAMA İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**ŞİRİN SOYDEMİR, BURCU ÖZGE ERDOĞAN, ZEHRA BAYAZIT,
EMRE ÖZDAMAR, MEHMET ÖZKAYA, FULYA TAHAN**

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALLERJİ BİLİM DALI, KAYSERİ

Amaç: Bağışıklama programlarının enfeksiyon hastalıklarına bağlı mortalite ve morbidite oranlarında belirgin azalma sağladığı bilinmektedir. Ancak alerjik çocukların aşılınmalarında zaman zaman aksamalar olduğu gözlenmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının alerjik hastalık öyküsü bulunan çocukların aşılınması konusundaki yüksek kaygı düzeyi gereksiz üst basamak sevklerine, aşılama uygulamalarında gecikmelere yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, alerjik hastalık öyküsü olan çocukların bağışıklama uygulamalarında birinci basamak sağlık hizmeti veren personelin tutum, davranış ve bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya birinci basamak sağlık hizmeti veren 50 sağlık çalışanı dahil edildi. Katılımcılara yaşları, meslekleri, çalışma yılları, alerjik çocuklarda bağışıklama uygulamaları ile ilgili toplam 41 sorudan oluşan anket uygulandı. Anket sonrası alerjik çocuklarda bağışıklama ile ilgili eğitim verildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 50 sağlık çalışanının % 64'ü kadın, % 36'sı erkekti. Yaş ortalaması 41,7±7,8 yıl idi. Hekimler %30, yardımcı sağlık çalışanları %70'ini oluşturuyordu. Meslekte çalışma süresi ortalama 18,1±8,0 yıl idi. Katılımcıların %84'ü besin allerjisi, %80'i ilaç allerjisi, % 40'ı astım, %30'u alerjik riniti,%30'u atopik dermatiti, %40'ı ürtikeri olan hastalara aşı uygulamadıklarını ve bir üst merkeze gönderdiklerini belirtmişti. Anafilaksiyi tanıyıp tanıyamayacakları sorulduğunda %34'ü tanıyamayacaklarını, %64'ü de anafilaksiyi yönetemeyeceklerini ifade etmişti.

Sonuç: Çalışmamız birinci basamak sağlık çalışanlarının alerjik çocukların aşılınmasına yönelik önemli oranda bilgi ve güven eksikliği olduğunu göstermektedir. Sağlık personelinin düzenli hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi alerjik çocuklarda güvenli, etkin ve zamanında aşılama oranlarının artırılmasına yönelik önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: alerji, astım, aşı uygulamaları

POSTER BİLDİRİLER

[EP-01]

POLEN İMMÜNÖTERAPİSİ UYGULANAN PEDIATRİK HASTALARDA KLİNİK FENOTİPLER VE EŞ DUYARLANMA PATERNLERİ**DAMLA ALTINTAŞ, CEREN GÜLERYÜZ, ÖZGÜL GÜNGÖR,
NUR ÜMİT, DİLARA FATMA KOCACIK UYGUN, AYŞEN BİNGÖL**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Polen alerjenleri, çocukluk çağında alerjik rinit ve astımın önemli nedenleri arasında yer almakta olup sıklıkla polisensitizasyon ile birlikte görülmektedir. Polen alerjenlerine yönelik subkutan immünoterapi (SCIT) uygulanan pediatrik hastalarda klinik fenotipler ve eşlik eden duyarlanma paternlerine ait gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, polen alerjenlerine yönelik SCIT uygulanan pediatrik hastalarda klinik fenotiplerin, eş duyarlanma ve ikincil immünoterapi paternlerinin yanı sıra immünoterapiye bağlı reaksiyonların değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ağustos 2024 tarihinden itibaren polen alerjenlerine yönelik SCIT uygulanan pediatrik hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik fenotipleri, eşlik eden ikincil immünoterapi profilleri, atopik marş öyküsü, laboratuvar bulguları ve immünoterapiye bağlı lokal ve sistemik reaksiyonları kaydedildi.

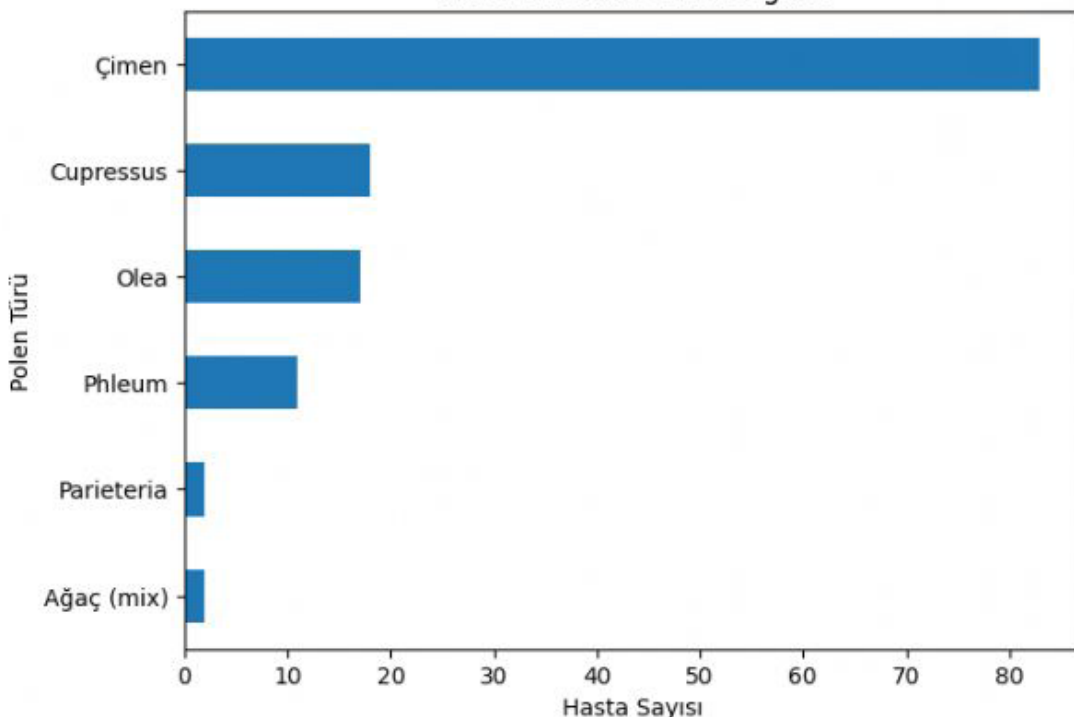
Bulgular: Çalışmaya toplam 133 hasta dahil edildi. Hastaların %59,4'ü erkek olup ortanca yaş 11 yıl (IQR: 9–14) idi. Hastaların %70,7'sinde alerjik rinit ve astım birlikteliği, %29,3'ünde izole alerjik rinit saptandı. Atopik marş öyküsü %29,3 oranında mevcuttu. Hastaların %66,2'si polen ile birlikte akar immünoterapisi alırken, %18,8'i yalnız polen, %12,8'i polen+Alternaria ve %2,3'ü polen+evcil hayvan alerjisi içeren immünoterapi almaktaydı. En sık uygulanan kombinasyon akar+çimen immünoterapisi idi (%42,1). Klinik fenotiplerin dağılımı immünoterapi profillerine göre anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,048$). Alerjik rinit ve astım birlikteliği polen+akar grubunda daha sık izlenirken, izole alerjik rinit yalnız polen immünoterapisi alan hastalarda daha belirgindi. Hastaların %57,9'u çimen/ot poleni ağırlıklı grupta yer aldı ve bu grupta alerjik rinit ve astım birlikteliği daha sık izlenme eğilimindeydi. Total IgE düzeyleri yalnız polen immünoterapisi alan hastalarda daha yüksekti ($p=0,028$). Sistemik reaksiyon izlenmedi. Takip sürecinde hastaların %23,3'ünde semptom giderici ilaç kullanımına gerek kalmadığı saptandı.

Sonuç: Polen SCIT uygulanan pediatrik hastalarda alerjik rinit ve astım birlikteliği baskın klinik fenotip olup sıklıkla polisensitizasyon ile ilişkilidir. Polen immünoterapisi pediatrik hasta grubunda güvenli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmakta ve klinik fenotip ile eş duyarlanma paternlerinin birlikte değerlendirilmesi bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarına katkı sağlayabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alerjen spesifik immünoterapi, klinik fenotip, polen alerjisi

Şekil 1

Polen İmmünoterapisi Alan Pediatrik Hastalarda
Polen Türlerine Göre Dağılım



[EP-03]

PEDİATRİK ANAFİLAKSİDE KARDİYOVASKÜLER TUTULUMUN BİR GÖSTERGESİ OLARAK NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI**ASLI KUZU KUŞAKLI¹, ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ¹, CAN DEMİR KARACAN², EMİNE DİBEK MISIRLIOĞLU¹**

1 ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ANKARA
2 ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ACİL BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), anafilaksi şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olabilecek, rutinde kolayca erişilebilen bir inflamatuvar belirteçtir. Ancak erken dönemde uygulanan adrenalin ve kortikosteroidler, lökosit profilini hızla değiştirebilir ve nötrofil-lenfosit oranının tanınal performansını maskeleyebilir.

Bu çalışmada, pediatrik anafilakside nötrofil-lenfosit oranının reaksiyon şiddeti ve klinik fenotip ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Tedaviye bağlı lökositozun etkisini azaltmak için standartlaştırılmış bir kan örnekleme protokolü kullandık.

Yöntem: Bu retrospektif kohortta, EAACI anafilaksi kriterlerini karşılayan 81 çocuk analiz edildi. İntrinsik inflamatuvar sinyali daha iyi göstermek için, yalnızca adrenalin uygulamasından sonraki 30 dakika içinde ve sistemik kortikosteroid uygulamasından sonraki 1 saat içinde alınan kan örnekleri değerlendirmeye alındı. Reaksiyon sırasındaki nötrofil-lenfosit oranı; hastaya özgü sağlıklı bazal değerlerle, klinik şiddet dereceleriyle, anafilaksi tetikleyicileriyle ve akut serum triptaz düzeyleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Anafilaksi atağı sırasında ve aynı hastaların sağlıklı dönemdeki değerleri karşılaştırıldığında (n=68), akut dönemde nötrofil-lenfosit oranı (medyan 1,10) bazal değere (medyan 0,97) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,032). Nötrofil-lenfosit oranı şiddet gruplarını (hafif-orta vs. ağır) istatistiksel olarak ayırt etmedi (p=0,40); ancak kardiyovasküler tutulum olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olma eğilimi gösterdi. Tetikleyici analizinde ilaca bağlı anafilaksilerde nötrofil-lenfosit oranı besine bağlı reaksiyonlara göre belirgin olarak daha yüksekti (medyan 2,64 vs. 0,92; p<0,001). Akut serum triptazı yüksek olan (>=11,4 ng/mL) hastalarda da nötrofil-lenfosit oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,038).

Sonuç: Yüksek nötrofil-lenfosit oranı, özellikle ilaca bağlı anafilaksilerde belirgin hemodinamik stresin ve masif mast hücresi degranülasyonunun güçlü bir göstergesidir. Bu nedenle nötrofil-lenfosit oranı, "genel şiddet sınıflaması" için değil; ilaca bağlı olgular başta olmak üzere kardiyovasküler bozulmayı işaret eden biyolojik bir kırmızı bayrak olarak değerlendirilmelidir ve bu hastalarda erken kardiyak değerlendirme gecikmeden planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, biyobelirteç, pediatri, nötrofil- lenfosit oranı

[EP-04]

**ASTIM VE SÜT ALERJİSİ OLAN ADÖLESANLARDA YAŞAMI TEHDİT EDEN
TEKRARLAYAN ANAFİLAKSİLER: OMALİZUMAB DENEYİMİ****RABİA UYSAL, MELİKE OCAK, AYŞEGÜL ERTUĞRUL,
ÜMİT MURAT ŞAHİNER, ÖZGE SOYER, BÜLENT ENİS ŞEKEREL**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Adölesan dönemi, besin alerjisi olan bireylerde anafilaksi riskinin belirgin şekilde yükseldiği bir dönemdir. Astımın eşlik etmesi hastalarda anafilaksin şiddetini ve mortalite riskini daha da artırmaktadır. Omalizumab, seçilmiş olgularda tekrarlayan anafilaksilerin kontrolünde potansiyel bir tedavi seçeneğidir. Burada, astım ve süt alerjisi ile izlenen ve yaşamı tehdit eden tekrarlayan anafilaksi öyküleri nedeniyle omalizumab tedavisi başlanan üç olgu sunulmuştur.

Olgular:

Olgu 1: Astım ve süt alerjisi nedeniyle erken çocukluk döneminden itibaren izlenen 15 yaşındaki kız hasta, adölesan döneme geçişle birlikte tekrarlayan ve yaşamı tehdit eden anafilaksi öyküleri olması nedeniyle değerlendirildi. Son bir yıl içerisinde, bir kez entübasyon gerektiren ağır solunum yetmezliği, iki kez ise yoğun bakım yatışı gerektiren anafilaksi öyküsü mevcuttu. Bu ağır ve tekrarlayan klinik seyir nedeniyle hastaya omalizumab tedavisi iki haftada bir 300 mg olarak başlandı. Hasta bir yıldır omalizumab almakta olup, yeni anafilaksisi izlenmedi.

Olgu 2: Astım ve süt alerjisi nedeniyle takipli olan 15 yaşındaki kız hasta, toplamda 15 kez anafilaksi öyküsü olması nedeniyle değerlendirildi. Adölesan dönemde anafilaksi sıklığında artış gözlenen hastanın son bir yıl içerisinde dört kez anafilaksi öyküsü olup bunlardan biri yoğun bakım yatışı gerektirmişti. Yoğun bakım yatışı gerektiren ağır anafilaksi öyküsü olması nedeniyle hastaya iki haftada bir 300 mg omalizumab tedavisi başlandı. Hasta sekiz aydır omalizumab tedavisi almakta olup yeni anafilaksisi izlenmedi.

Olgu 3: Astım ve süt alerjisi nedeniyle izlenen 15 yaşındaki kız hasta, izlem sürecinde toplam 11 kez anafilaksi öyküsü olması nedeniyle değerlendirildi. Adölesan dönemde anafilaksi sıklığında belirgin artış gözlenen hastanın, son bir yıl içerisinde yedi kez anafilaksi nedeniyle acil servis başvurusu mevcuttu. Sık tekrarlayan anafilaksi öyküsü nedeniyle hastaya iki haftada bir 300 mg omalizumab tedavisi başlandı. Hasta dört aydır omalizumab tedavisi almakta olup, izlem süresince yeni anafilaksis izlenmedi.

Tartışma: Adölesan döneme özgü riskli davranışlar ve artan maruziyetler, bu hasta grubunda yaşamı tehdit eden tekrarlayan anafilaksilere yol açabilmektedir. Eşlik eden astım varlığı, anafilaksi epizodlarının daha ağır seyretmesine ve solunum yetmezliği gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır. Omalizumab tedavisi, standart diyet eliminasyonu ve korunma önlemlerine rağmen tekrarlayan ağır anafilaksi öyküsü olan hastalarda, etkili bir tedavi seçeneği olarak bildirilmiştir. Sunulan bu olgularda da omalizumab sonrası izlemde yeni anafilaksi epizodu izlenmemesi, bu yaklaşımı desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: tekrarlayan anafilaksi, omalizumab, süt alerjisi

[EP-05]

KONTROLSÜZ ASTIMIN İLGİNÇ BİR NEDENİ: MUZ İLE ANAFİLAKSİ SONRASINDA TANI ALAN LATEKS ALERJİSİ**HATEMİ ESAM DEMİRTAŞ¹, ECE ŞENBAYKAL YİĞİT¹, RIZA YILDIRIM¹, İKBAL NUR ŞAFAK¹, SANEM EREN AKARCAN¹, İLKE TAŞKIRDI², TUBA TUNCEL²**

¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ KLİNİĞİ
² İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD

Giriş: Muz alerjisi nadir görülen bir besin alerjisidir. Lateks-meyve sendromu çerçevesinde muz ile lateks arasında çapraz duyarlılık bildirilmektedir. Burada muz anafilaksisi sonrasında lateks alerjisi tanısı konulan ve daha önce lateks teması ile olan semptomları astım semptomları olarak değerlendirilmiş olan bir olgu sunuldu.

Olgu: 11 yaş kız hasta, muz ile anafilaksi geçirme sonrasında yönlendirilmesi üzerine değerlendirildi. Öyküsünde muz yedikten 10 dakika sonra yaygın ürtiker, anjiyödem, hışıltı, nefes darlığı, bilinç bulanıklığı ve senkop geliştiği, acil servise başvurduğunda intramüsküler adrenalin uygulandığı öğrenildi. Özgeçmişinde prematüre doğum ve spastik dipleji öyküsü olan hastanın tekrarlayan hışıltı atakları nedeniyle süt çocukluğu döneminden itibaren takip edildiği belirtildi.

Hastanın şikayetleri ayrıntılı sorgulandığında daha önce hiç muz tüketmediği, başka hiçbir besin veya ilaçla şikayetinin olmadığı öğrenildi. Son iki yıldır poliklinik kontrollerine gelmediği, ilaçlarını düzenli kullanmadığı ancak sık sık nefes darlığı nedeniyle bronkodilatatör aldığı belirtildi. Nefes darlığının genellikle aldığı fizik tedavi seansları sonrasında olduğu, haftada 2 kez fizik tedavi uygulandığı, her seans sonrasında nefes darlığı geliştiği, bu sırada gözlerde şişlik, kızarıklık, vücudunda kabarıklıklar olduğu ancak bu şikayetleri için hiç doktora başvurmadığı öğrenildi. Hastanın 6 hafta sonra yapılan deri testinde pozitif kontrol 10×10 mm Muz 10×13 mm Lateks 13×13 mm Olea europaea 3×5 mm Artemisia 3×2 mm saptandı.

Hastanın öykü ve test sonuçları muz-lateks çapraz duyarlılığı ile uyumlu bulundu. Hastaya muz ve lateks içeren ürünlerden kaçınma önerildi, adrenalin otoenjeksiyonu reçetelendi. Hastanın lateks teması kesildiğinde astım semptomlarının da kaybolduğu görüldü.

Tartışma: Muz anafilaksisi çocuklarda nadir görülmekle birlikte lateks-meyve sendromu çerçevesinde klinik açıdan önemli olabilir. Uygun kaçınma stratejileri ve adrenalin otoenjeksiyonu ile güvenli izlem mümkündür. Semptomlarının hafif olduğu özellikle de astım tanısı olan hastalarda astım ataklarıyla karışabilmesi açısından dikkatli sorgulama yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, astım, lateks alerjisi, lateks-meyve sendromu, muz alerjisi

[EP-06]

ÇOKLU BESİN ALERJİSİ VE ASTİM ÖYKÜSÜ OLAN BİR ÇOCUKTA NON SPESİFİK LİPİD TRANSFER PROTEİN İLİŞKİLİ ORAL ALERJİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

**YASEMİN TEPE, İDAN FIRAT UNAY, ZEYNEP EFŞAN BAŞER SİNOPLU,
HANDE UCLER CİNAR, HİMMET HALUK AKAR**

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Oral Alerji Sendromu (OAS) genellikle PR-10 proteinleri ile ilişkili, hafif seyirli bir klinik tablodur. Ancak lipid transfer proteinleri (LTP), ısıya ve sindirime dirençli yapıları nedeniyle orta-ağır sistemik reaksiyonlarla ilişkilendirilen panalerjenlerdir. Çocukluk çağında LTP alerjileri nadir görülmekle birlikte, OAS'tan anafilaksiye kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Bu sunumda, erken çocukluk döneminde çoklu besin alerjisi ve astım öyküsü olan, 8 yaşından önce LTP alerjisine bağlı OAS gelişen nadir bir çocuk olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen çoklu besin alerjisi ve astım tanıları ile izlenen çocuk hastada, 8 yaş öncesinde belirli besinlerin tüketimi sonrası oral mukozada kaşıntı ve ödem şikayetleri gelişmiştir. Yapılan tetkikler sonucunda, hastanın semptomlarının klasik PR-10 duyarlanmasından ziyade LTP duyarlanması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Moleküler tanı yöntemleri kullanılarak doğrulanan bu durumda, hastanın klinik tablosu OAS olarak sınıflandırılmış ve takibi bu yönde planlanmıştır.

Tartışma: LTP duyarlanması Akdeniz havzasında sistemik reaksiyonların önemli bir nedenidir; ancak pediatrik popülasyonda klinik spektrum oldukça heterojendir. Multiplex moleküler testler (ALEX² gibi), daha önce öngörülenden daha sık LTP duyarlanması olduğunu göstermiştir. Bu vaka, çocukluk çağındaki hafif seyirli LTP alerjilerinin, erişkin dönemdeki ağır fenotiplerin öncüsü olabileceğine dikkat çekmektedir. Sonuç olarak, erken yaşta gelişen OAS vakalarında, özellikle atopik arka planı olan çocuklarda, LTP duyarlanmasının akılda tutulması ve moleküler yöntemlerle değerlendirilmesi klinik yönetim açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Lipid transfer protein, Oral alerji sendromu, Çoklu besin alerjisi, Astım, Moleküler alerji testi

Hastanın Klinik ve Temel Laboratuvar Özellikleri

Yaş / Cinsiyet	8 yaş / Erkek
Erken çocukluk besin alerjileri	İnek sütü, yumurta (IgE-aracılı, persistan)
Anafilaksi öyküsü	Var (süt ve yumurta ile)
Kuruyemiş reaksiyon öyküsü	Var (fındık, ceviz, yer fıstığı)
Astım öyküsü	Var
Total IgE	1200 kUA/L
Eozinofil sayısı	900 hücre/ μ L
Eozinofil yüzdesi	%6
Ev tozu akarı duyarlanması	Der p 1, Der p 2 pozitif
Klinik tablo	Oral besin sendromu (LTP ilişkili)

ALEX² Multiplex Moleküler Alerji Testinde Saptanan LTP Komponentleri

Kaynak	Komponent	IgE (kUA/L)	Klinik korelasyon
Şeftali	Pru p 3	0.82	Oral kaşıntı
Kivi	Act d 10	1.33	Oral kaşıntı
Üzüm	Vit v 1	0.26	Oral kaşıntı
Mercimek	Len c 3	0.56	Oral kaşıntı
Yer fıstığı	Ara h 9	1.39	Oral semptom
Fındık	Cor a 8	1.39	Geçmişte döküntü
Ceviz	Jug r 3	0.27	Geçmişte döküntü
Pelin poleni	Art v 3	2.29	Çapraz duyarlanma

[EP-07]

**ATOPIK ÇOCUKLARDA İNFLAMASYONUN DOLAYLI BELİRTEÇLERİNİN
TANISAL VE AYIRICI TANI DEĞERLERİ****SELÇUK YAZICI¹, FATMA DAMLA KURT², YAĞMUR GÜVENDİK³, ASLIHAN İZOL⁴**

1 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
2 SOMA DEVLET HASTANESİ
3 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
4 ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Atopik hastalıklar ile hematolojik parametreler, nötrofil-lenfosit oranı (NLR), eozinofil-lenfosit oranı (ELR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar artmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, astım, alerjik rinit ve atopik dermatitli hastalarda bu parametreleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma retrospektif ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Çalışma grubu 172 hastadan ve 105 kontrol vakasından oluşmuştur.

Klinik bulguları olan, tlgE seviyesi yüksek olan veya deri prick testinde (SPT) pozitiflik gösteren hastalar atopik olarak kabul edildi ve çalışmaya dahil edildi. Birden çok atopik hastalığı olanlar dahil edilmedi.

İncelenen hematolojik parametreler; hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), eozinofil sayısı (Eos #), lenfosit sayısı (Lym #), nötrofil sayısı (Neu #), lökosit sayısı (WBC), ortalama eritrosit hacmi (MCV), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombosit sayısıydı (plt). NLR, PLR ve ELR, ilgili değerlerin oranlanmasıyla hesaplandı.

Bulgular: Hastaların tanı dağılımı şöyledi: Astım 53 (%30,8), Alerjik Rinit (AR) 93 (%54,1) ve Atopik dermatit (AD) 26 (%15,1). Atopik hastalarda en sık saptanan alerjenler Dermatophagoides farinae (n = 97) ve Dermatophagoides pteronyssinus (n = 95) idi (Tablo 1).

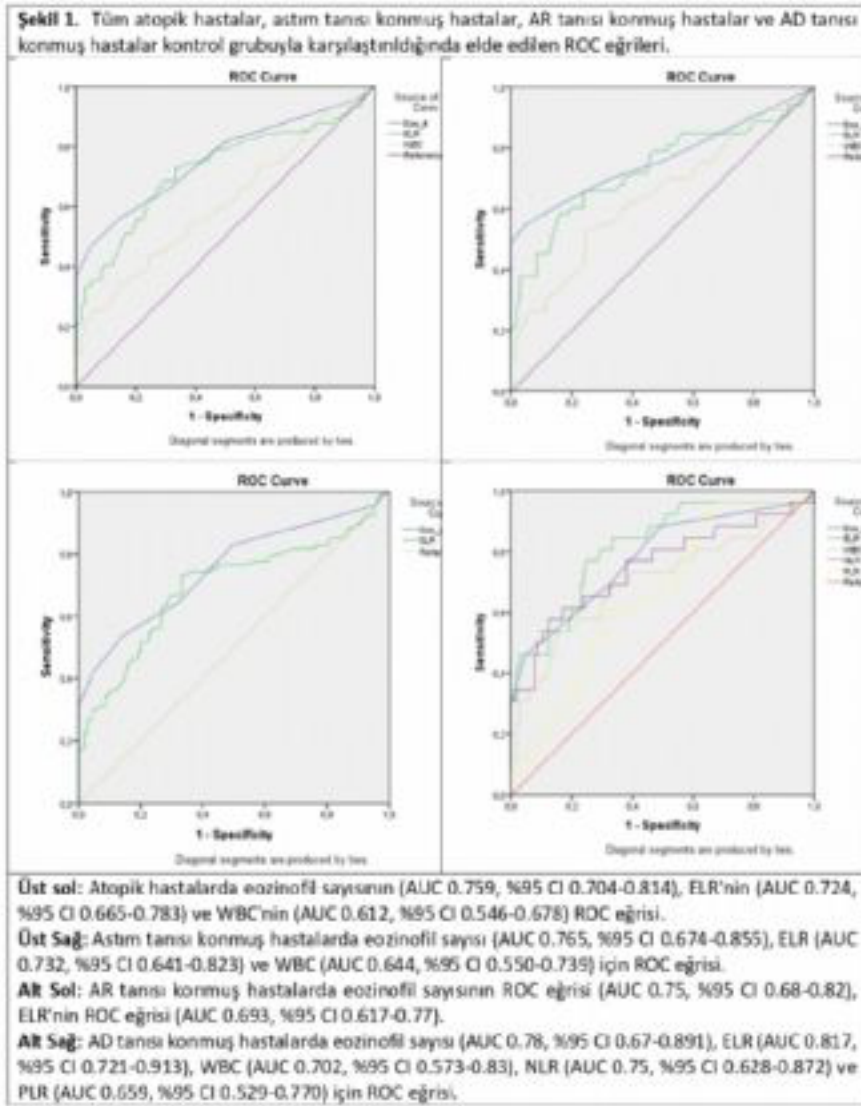
Astım ve AD grupları arasında lenfosit sayısı (p<0.05), nötrofil sayısı (p<0.05), PLR (p<0.001) ve NLR (p=0.001) değerlerinde, AR ve AD grupları arasında lenfosit sayısı (p<0.001), nötrofil sayısı (p=0.001), PLR (p<0.001) ve NLR (p<0.001) değerlerinde anlamlı farklılık görüldü (Tablo 2). Astım ve AR grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Tüm atopik hastalar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ELR (P < 0.001), eozinofil sayısı (P < 0.0019) ve lökosit sayısı (P < 0.05) hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Astımlılar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, eozinofil sayısı (P < 0,001), ELR (P < 0,001) ve WBC sayısı (P < 0,05) kontrol grubundan anlamlı derecede farklıydı. AR hastaları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, eozinofil sayısı (P < 0,001) ve ELR (P < 0,001) anlamlı farklılıklar gösterdi. AD'li hastalar kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve eozinofil sayısı (P < 0,001), WBC sayısı (P = 0,001), PLR (P < 0,05), NLR (P < 0,001) ve ELR (P < 0,001) anlamlı farklılıklar göstermiştir (Tablo 3). İlgili ROC grafikleri Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Tüm parametreler arasında, yalnızca ELR ve eozinofil sayısı atopik hastalıkların tanısında yararlı belirteçler olarak öne çıkmaktadır. NLR ve PLR, atopik hastalarda AD'nin astım ve alerjik rinitle ayırıcı tanısında yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Atopik çocuklar, eozinofil-lenfosit oranı, nötrofil-lenfosit oranı, trombosit-lenfosit oranı

Şekil 1



Tablo 1. Atopik hastalarda deri prick testi ile saptanan alerjenlerin dağılımı ve tanı gruplarına göre deri testlerinde saptanan alerjenlerin dağılımı. AR: alerjik rinit; AD: atopik dermatit (egzama); PTPST: prick-to-prick test.

	Astım (n = 53)	AR (n = 93)	AD (n = 26)	Toplam (n = 172)
D. Farinae	32	57	8	97
D. Pteronyssinus	32	57	6	95
Grasses mix	13	36	3	55
Weed mix	13	19	22	34
Olea Europaea	7	22	2	31
Alternaria alternata	10	12	2	24
Felis domesticus	5	14	3	22
Cupressus arizonica	4	13	3	20
Blatella germanica	5	5	0	10
A.fumigatus	0	2	0	2
Yumurta sarısı (PTPST)	1	1	7	9
Yumurta beyazı (PTPST)	1	1	7	9
Yumurta beyazı	0	1	4	5
Yumurta sarısı	0	1	3	4
İnek sütü (PTPST)	0	0	2	2
İnek sütü	0	0	2	2
Yer fıstığı	0	0	1	1

Tablo 2. Hasta grupları arasında hemogram parametreleri ve dolaylı inflamasyon belirteçlerinin karşılaştırılması. Tabloda yalnızca anlamlı farklılıkların tespit edildiği parametreler gösterilmiştir.

	Lenfosit (x1000/ μ L)	Nötrofil(x1000/ μ L)	NLR (%)	PLR (%)
Astim	4.38 \pm 2.37	3.21 \pm 1.2	0.95 \pm 0.8	93.44 \pm 62.61
AD	2.93 \pm 1.13	5.12 \pm 2.59	2.08 \pm 1.41	132.46 \pm 65.52
p	<0.05	<0.05	=0.001	<0.001
AR	4.32 \pm 2.31	2.98 \pm 0.99	0.83 \pm 0.42	88.41 \pm 43.63
AD	2.93 \pm 1.13	5.12 \pm 2.59	2.08 \pm 1.41	132.46 \pm 65.52
p	<0.001	=0.001	<0.001	<0.001

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarında hemogram parametrelerinin ve inflamasyonun dolaylı belirteçlerinin karşılaştırılması. Tabloda yalnızca anlamlı farklılıkların tespit edildiği parametreler gösterilmiştir.

	Eos# (x1000/ μ L)	WBC (x1000/ μ L)	NLR (%)	PLR (%)	ELR (%)
Tüm atopik hastalar	0,47 \pm 0,36	8.71 \pm 2.86			0.14 \pm 0.15
Kontrol	0,19 \pm 0,052	7.52 \pm 1.84			0.06 \pm 0.04
p	<0,001	P<0.05			P<0.001
Astim	0.53 \pm 0.37	8.91 \pm 2.89			0.14 \pm 0.12
Kontrol	0.53 \pm 0.37	8.11 \pm 2.49			0.10 \pm 0.15
p	<0,001	p<0.05			P<0.001
AR	0.42 \pm 0.28				0.12 \pm 0.1
Kontrol	0.35 \pm 0.34				0.1 \pm 0.14
p	<0,001				<0.001
AD	0.54 \pm 0.55	9.36 \pm 2.74	2.08 \pm 1.41	132.46 \pm 65.5	0.21 \pm 0.25
Kontrol	0.35 \pm 0.29	8.15 \pm 2.55	0.92 \pm 0.57	95.08 \pm 48.5	0.11 \pm 0.1
p	<0,001	0,001	<0,001	<0,05	<0,001

[EP-08]

ZORUNLU TEDAVİYE GÜVENLİ YAKLAŞIM: NÖROSİFİLİZ OLGUSUNDA BAŞARILI PENİSİLİN DESENSİTİZASYONU

AYSU İLHAN YALAKI¹, VEYSİ AKBEY¹, MUSA ŞAHİN¹, MELİS AYDIN MUT¹, EBRU ÇELEBİ DEVELİ¹, AYLİN KONT ÖZHAN¹, TUĞBA ARIKOĞLU¹, EDANUR YEŞİL², NECDET KUYUCU², SEMANUR KUYUCU¹

¹ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PEDIATRİK ALERJİ İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, MERSİN
² MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PEDIATRİK ENFEKSİYON BİLİM DALI, MERSİN

Giriş: İlaç hipersensitivite reaksiyonları, etkili ve birinci basamak tedavi seçeneklerinin kullanımını kısıtlayarak ciddi klinik sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar ve alternatif tedavi seçeneklerinin yetersiz olduğu durumlarda bu sorun daha kritik hale gelmektedir. İlaç desensitizasyonu, IgE aracılı ani tip hipersensitivite öyküsü bulunan hastalarda, sorumlu ilaca karşı geçici tolerans sağlanmasına olanak tanıyan, kanıta dayalı ve güvenli bir yaklaşımdır.

Nörosifiliz tedavisinde intravenöz penisilin, güncel kılavuzlarca önerilen tek etkin ve standart tedavi seçeneği olup alternatif ajanların etkinliği sınırlıdır. Bu nedenle penisilin alerjisi gelişen hastalarda desensitizasyon, optimal tedavinin sürdürülebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, üç aylık nörosifiliz tanılı bir olguda gelişen ciddi ani tip penisilin hipersensitivitesi sonrası başarıyla uygulanan penisilin desensitizasyonu sunulmaktadır.

Olgu: Üç aylık erkek hasta, üç gündür sol dirsekte hareket kısıtlılığı ve ağrı şikâyetiyle çocuk acil servisine başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, dehidrate görünümde, ağız kenarlarında keilitis, el ve ayaklarda deskuamasyon ve ağır diaper dermatiti mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde 37 gestasyon haftasında, 3240 g doğduğu, yenidoğan yoğun bakım öyküsü olmadığı ve aşılmasının tam olduğu öğrenildi.

Başlangıçta septik artrit ön tanısıyla yatırılan hastada, yapılan tetkikler sonucunda sifiliz tanısı doğrulandı ve intravenöz penisilin tedavisi başlandı. Tedavinin altıncı gününde üçüncü doz sırasında ürtikeryel döküntü, solunum sıkıntısı ve oksijen satürasyon düşüklüğü olması üzerine tedavi kesildi; hastaya anafilaksi tanısı ile intramüsküler adrenalin, antihistaminik ve metilprednizolon uygulandı. İlacın elzem olması ve alternatif tedavi seçeneğinin bulunmaması nedeniyle, uygun koşullar altında penisilin desensitizasyonu planlandı. Hasta, belirlenen protokol ile yakın izlem altında desensitize edildi. İşlem sırasında herhangi bir reaksiyon gelişmedi ve hasta tedavisini sorunsuz şekilde tamamlayarak taburcu edildi.

Tartışma: Bu olgu, yaşamı tehdit eden enfeksiyonların tedavisinde zorunlu olan ilaçlara karşı gelişen ciddi ani tip hipersensitivite reaksiyonlarında, ilaç desensitizasyonunun güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Uygun hasta seçimi, deneyimli ekip ve standart protokollerle uygulandığında, desensitizasyon yüksek başarı oranlarına sahiptir. Özellikle nörosifiliz gibi alternatif tedavilerin yetersiz olduğu klinik durumlarda, multidisipliner yaklaşım ile desensitizasyonun zamanında uygulanması optimal tedavinin sürdürülmesini sağlamaktadır. Bu vaka, pediatrik yaş grubunda da desensitizasyonun uygun endikasyon varlığında etkin ve güvenilir bir strateji olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nörosifiliz, Penisilin desensitizasyonu, Anafilaksi, Pediatrik hasta, İlaç alerjisi

[EP-09]

ANTİPİRETİK- ANALJEZİK İLAÇLARA BAĞLI AKUT JENERALİZE EKZANTEMATÖZ PÜSTÜLOZ(AGEP)**MÜGE SELİN ENSARİ, İLKNUR BODUR, BURCU MUTLU,
HAYRÜNNİSA YILDIZ BULUT, FATİH MEHMET KIŞAL**

ANKARA ATATÜRK SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP), ani başlangıçlı yaygın steril nonfoliküler püstüller, ateş ve nötrofili ile seyreden, çoğunlukla ilaçlara bağlı gelişen nadir bir ağır kutanöz advers reaksiyondur. Çocukluk çağında nadir görülmesi ve enfeksiyöz ekzantemlerle klinik benzerlik göstermesi nedeniyle tanı güç olabilir.

Olgu: Dokuz buçuk yaşında erkek hasta, döküntü ve ateş şikâyetiyle Çocuk Acil polikliniğimize başvurdu. Ateş 38.1°C, sPO2:96, nabız: 115/dk, muayenesinde aksiller bölgeden kola ve sırta yayılan, boyun bölgesinde, inguinalden bacak iç kısmına yayılan bölgede, diz eklemi flexör yüzde eritematöz zemin üzerinde yaygın steril nonfoliküler püstüller lezyonlar izlendi Özgeçmişinde; öncesinde sağlıklı olan ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla beş gündür ardışık antipiretik/analjezikler kullandığı öğrenildi. Dördüncü gün akşamında boyun bölgesinde başlayan püstüler döküntülerin 2 saat içerisinde tüm vücuda yayıldığı öğrenildi.

Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ($14.200/mm^3$), eozinofil sayısı $770/mm^3$ (%5,4), CRP 47 mg/L, ASO 153 IU/mL, eritrosit sedimentasyon hızı 18 mm/saat olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Solunum yolu viral paneli, viral (EBV,CMV,Parvovirüs,HSV,Toxoplazma,Rubella) ve hepatit serolojileri negatifti. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Abdomen ve boyun ultrasonografileri normaldi.

Klinik ve laboratuvar bulgularla AGEP düşünülen hastanın EuroSCAR skoru başvuru anında 8 (kesinlikle AGEP) olarak hesaplandı. Yaygın deri tutulumu ve 38,1 °C ateş nedeniyle sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı ve kademeli azaltılarak toplam 5 gün verildi(2 gün 60 mg,2 gün 40 mg,1 gün 20 mg). İlk günden itibaren antihistaminik tedavi başlandı. Deri bariyer önlemleri, topikal tedaviler, nemlendirici, banyo yıkama önerileri ve eğitimleri verildi. Klinik izlemede lezyonlar günlük olarak geriledi. Dördüncü günde püstüllerde deskuamasyon gelişti. Hastanın cilt lezyonları iz bırakmadan 1 haftada tamamen iyileşme gösterdi. Yatışında deri biyopsisi alındı, histopatolojik inceleme sonucu bekleniyor. Yama testi altı hafta sonraya planlandı ve hasta parasetamol ile ibuprofen grubu ilaçlardan kaçınması konusunda bilgilendirildi.

Tartışma: Çocukluk çağında sık kullanılan antipiretiklerin dahi AGEP gibi ciddi kutanöz advers reaksiyonlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıntılı ilaç öyküsü, enfeksiyöz etkenlerin dışlanması ve EuroSCAR skorlama sistemi tanıda yol göstericidir. Yaygın deri tutulumu ve sistemik bulguların eşlik ettiği seçilmiş pediatrik olgularda kısa süreli sistemik kortikosteroid tedavisi etkili ve güvenli bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Püstül, Antipiretik/Analjezik, Sistemik steroid

Boyun-gövde eritemli zeminde püstüler lezyonlar



Sırtta yaygın püstüler lezyonlar



[EP-10]

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AĞIR ASTIM ALEVLENMESİ İLE İZLENEN HASTALARIN KLİNİK, LABORATUVAR VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ**CEREN GÜLERYÜZ, ÖZGÜL GÜNGÖR, DAMLA ALTINTAŞ, NUR ÜMİT, NAZAN ÜLGEN TEKEREK, AYŞEN BİNGÖL, DİLARA FATMA KOCACIK UYGUN**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ İMMÜNOLAJİ BİLİM DALI

Amaç: Ağır astım alevlenmeleri çocukluk çağında yoğun bakım yatışlarının önemli nedenlerinden biri olup mortalite, komplikasyonlar ve uzun dönem morbidite açısından risk taşır. Bu çalışmada, çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) ağır astım alevlenmesi nedeniyle izlenen hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: ÇYBÜ’de son on yıl içinde ağır astım alevlenmesi nedeniyle yatışı yapılan 2–18 yaş arası 28 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, alerjik komorbiditeleri, laboratuvar bulguları, uygulanan tedaviler, solunum destek yöntemleri ve taburculuk sonrası tedavi planları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 5.8 (3–18) yıl olup, %75’i erkekti. En sık yatış mevsimi sonbahardı (%50). Hastaların %82.1’inin daha önce servis, %17.9’unun ise ÇYBÜ yatış öyküsü vardı. Alerjik rinit %71.4, atopik dermatit %21.4 ve besin alerjisi %32.1 oranında saptandı. Ailede atopi öyküsü %75, ev içi sigara maruziyeti %78.6 idi. Evcil hayvan teması hastaların %39.3’ünde mevcuttu. Total IgE medyanı 232 IU/mL, eozinofil medyanı 429/µL olarak bulundu. Hastaların %76’sında en az bir aeroalerjene duyarlılık saptandı ve en sık ev tozu akarı duyarlılığı (%64) izlendi. Viral PCR analizinde hastaların %40’ında etken saptandı; en sık rhinovirus (%16) görüldü.

Hastaların %64.3’ü yüksek akımlı nazal kanül oksijen tedavisi (HFNC), %10.7’si non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ve %25’i invaziv mekanik ventilasyon (IMV) desteği aldı. IMV süresi medyan 3 gün (1–8), sistemik steroid süresi medyan 4 gün (0–10) ve PRISM (Pediatric Risk of Mortality) skoru medyanı 2 (0–17) olarak bulundu. IMV uygulanan hastalarda PRISM skorları ve ÇYBÜ yatış süreleri anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.004 ve p=0.041). Polen duyarlılığı IMV gereksinimi ile anlamlı ilişkili bulundu (p=0.031). Önceki IMV öyküsü olan hastalarda tekrar IMV gereksinimi sınırdan anlamlı düzeyde daha sıkı (p=0.056). Diğer değişkenlerle IMV gereksinimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Taburculukta planlanan tedavilerde, önceki duruma kıyasla astım tedavi basamağında anlamlı artış saptandı (p<0.001). Hastaların %78.6’sı çocuk alerji ve immünoloji izlemine alındı ve %10.7’sinde biyolojik ajan başlandı. Komplikasyon olarak pnömotoraks %7.1, pnömediastinum %3.6 oranında izlendi. Bir hastada mortalite görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda, ÇYBÜ’de ağır astım alevlenmesi ile izlenen hastalarda yüksek alerjik yük, aeroalerjen duyarlılığı ve ileri solunum desteği gereksinimi gözlenmiştir. Bulgularımız, ağır astım alevlenmesi ile izlenen hastalarda alerjik fenotipin erken dönemde tanınması ve buna yönelik bireyselleştirilmiş, multidisipliner izlem yaklaşımlarının önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Astım, çocuk yoğun bakım, solunum desteği

Tablo 1

ÇYBÜ’de Yatan Ağır Astım Hastalarının Demografik, Klinik ve Alerjik Özellikleri

n=28	Değer
Yaş (yıl)	Ortalama $\pm 7.4 \pm 4.4$ Medyan: 5.8 (3–18)
Cinsiyet	Erkek: 21 (%75.0) – Kadın: 7 (%25.0)
Doğum şekli	NSVY: 18 (%64.3) – C/S: 10 (%35.7)
Gebelik haftası	Miad: 24 (%85.7) – Prematür: 3 (%10.7) – Postmatür: 1 (%3.6)
Başvuru kaynağı	Acil: 21 (%75.0) – Servis: 4 (%14.3) – Poliklinik: 3 (%10.7)
Yatış mevsimi	Sonbahar: 14 (%50.0) Kış: 7 (%25.0) – Yaz: 4 (%14.3) – İlkbahar: 3 (%10.7)
Yatış ayı:	Ocak: 1 (%3.6) Şubat: 3 (%10.7) Mart: 1 (%3.6) Mayıs: 2 (%7.1) Haziran: 1 (%3.6) Temmuz: 2 (%7.1) Ağustos: 1 (%3.6) Eylül: 2 (%7.1) Ekim: 4 (%14.3) Kasım: 7 (%25.0) Aralık: 4 (%14.3)
Önceki servis yatışı varlığı	23 (%82.1)
Önceki ÇYBÜ yatışı	5 (%17.9)
Önceki entübasyon/IMV	2 (%7.1)
Servis yatış sayısı:	Medyan: 2 (0–6)
ÇYBÜ öncesi tedavi uyumu	9 (%32.1)
Alerjik rinit	20 (%71.4)
Atopik dermatit	6 (%21.4)
Besin alerjisi	9 (%32.1)
Ailede atopi öyküsü	21 (%75.0)
Evcil hayvan varlığı	11 (%39.3)
Ev içi sigara maruziyeti	22 (%78.6)

Tablo 2 ve Tablo 3

Tablo 2. Laboratuvar bulguları ve Alerjen Duyarlılık Profili

Değişken	Değer
Eozinofil (µL)	Medyan: 420 (10-1100)
Total IgE (IU/mL)	Medyan: 232 (7.3-3200)
Alerjen duyarlanması (n=25)	
- En az bir gruba duyarlılık	19 (%76.0)
- Ev tozu akarı	16 (%64.0)
- Polen	4 (%16.0)
- Kedi/Köpek	11 (%44.0)
- Küf	7 (%28.0)
- Çoklu duyarlanma	10 (%40.0)
Viral PCR (n=25)	
- Etken saptanmadı	15 (%60.0)
- Rhinovirus	4 (%16.0)
- RSV	2 (%8.0)
- Bocavirus	2 (%8.0)
- Enterovirüs	1 (%4.0)
- Adenovirüs	1 (%4.0)

Tablo 3. ÇYBÜ Tedaviler ve Klinik Seyir

Değişken	Değer
HFNC	18 (%64.3)
NIMV	3 (%10.7)
IMV	7 (%25)
IV steroid	27 (%96.4)
IV magnezyum	20 (%71.4)
ÇYBÜ yatış süresi (gün)	Medyan: 3 (1-10)
IV steroid süresi (gün)	Medyan: 4 (0-10)
IMV süresi (gün)	Medyan: 3 (1-8)
PRISM skoru	Medyan: 2 (0-17)
Pnömotoraks	2 (%7.1)
Pnömomediastinum	1 (%3.6)
Mortalite	1 (%3.6)
Taburculuk Sonrası Tedavi	
IKS	16 (61.5)
IKS/LABA	10 (38.5)
Montelukast	16 (61.5)
Nazal steroid	11 (45.8)
Ç.Alerji/İmmünoloji takibi	22 (%78.6)
Biyolojik ajan	3 (%10.7)

[EP-11]

BESİN PROTEİNİ İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMUNDA TOLERANSI ÖNGÖRMEDE KLİNİK VE LABORATUVAR BULGULARIN ÖNEMİ**GÜLÇİN KAYMAKOĞLU¹, AYMEN HIŞMİOĞULLARI¹, İDİL AKAY HACI²,
FİGEN ÇELEBİ ÇELİK¹, CANAN ŞULE KARKİNER¹, ÖZLEM SANCAKLI¹, DEMET CAN¹**

1 S.B.Ü DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

2 İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPIES), çocukluk çağında görülen ve heterojen klinik gösteren bir besin alerjisidir. Çoğu hastada toleransın erken çocukluk döneminde geliştiği bilinirken bazı olgular persiste edebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, BPIES tanılı çocuk hastalarda tolerans gelişimini etkileyen klinik, demografik ve laboratuvar parametreleri belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya BPIES tanısıyla izlenen 101 pediatrik hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastalar en az 5 yıllık izlem sonunda tolerans gelişen ve gelişmeyen olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar; demografik özellikler, tetikleyici besinler, semptom başlangıç yaşı, tanı yaşı, tanıda gecikme süresi, atak şiddeti, eşlik eden klinik bulgular ve laboratuvar parametreleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların medyan semptom başlangıç yaşı 6 ay (Q1-Q3: 6-12), medyan tanı yaşı 11 ay (7-30) ve medyan tolerans gelişim yaşı 20 ay (18-30) idi. İzlemde hastaların %60,4'ünde (n=61) tolerans gelişirken, %39,6'sında (n=40) tolerans gelişmedi.

Cinsiyet, doğum şekli, erken dönem antibiyotik/probiyotik kullanımı, ilk 6 ay beslenme tipi ve ailesel atopi öyküsü tolerans gelişimiyle anlamlı ilişki göstermedi (p>0,05).

Tolerans gelişen grupta semptomlar anlamlı derecede erken başlamış (6 ay [6-7] vs. 12 ay [6-24]), tanı daha erken konulmuş (9 ay [7-15] vs. 25 ay [10-51]) ve tanıda gecikme süresi daha kısa saptanmıştı (3 ay [1-5] vs. 8 ay [2-26]; tümü için p<0,01). Toleransta en güçlü belirleyici, tetikleyici besindi. Süt ve süt ürünleriyle yumurtada tolerans yüksekken (%78,8; her ikisi p=0,008), balık (p<0,01), tahıl (p=0,030) ve solid gıdalarla (p=0,008) tetiklenen olgularda tolerans gelişimi anlamlı derecede düşüktü.

Orta şiddette atak geçirenlerde tolerans daha düşük (p=0,013), ağır atak geçirenlerde daha yüksek bulundu (p=0,037). Besine karşı isteksizlik toleransı olumsuz etkileyen bir faktör olarak saptandı (p=0,020). Başlangıçtaki spesifik IgE pozitifliği, deri prick testi pozitifliği ve mutlak eozinofil sayısı tolerans gelişimi ile ilişkili bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda BPIES'te beklenenin aksine hastalığın şiddeti ile tolerans gelişimi ters orantılı bulundu. Süt ve yumurtayla tetiklenen ve erken tanı alanlarda prognoz daha iyiyken; balık/tahıl/solid gıda ile tetiklenen olgular, tanıda gecikme ve besine karşı isteksizlik varlığı daha uzun süreli hastalıkla ilişkiliydi.

Anahtar Kelimeler: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu, tolerans gelişimi, prognoz

[EP-12]

ÇOCUK ALERJİ İMMÜNOLOJİ POLİKLİNİKTE YUMURTA MERDİVENİ UYGULANAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**NUR ÜMİT, CEREN GÜLERYÜZ, DAMLA ALTINTAŞ,
ÖZGÜL GÜNGÖR, AYŞEN BİNGÖL, DİLARA KOCACIK UYGUN**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Yumurta alerjisi çocukluk çağında inek sütünden sonra en sık görülen ikinci besin alerjisidir. Erken dönemde uygun yönetim, tolerans gelişimini destekleyerek gereksiz eliminasyonların ve alerjiye bağlı morbiditenin önlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

Yöntem: Çalışmamıza Aralık 2023 ile Aralık 2025 tarihleri arasında polikliniğimizde yumurta merdiveni basamağı uygulanmış olan olgular alındı. Klinik verileri, laboratuvar sonuçları hastane veri kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Polikliniğimizde son 2 yılda yumurta merdiveni uygulanmış 54 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların %42.6'sı kız, yaş ortalamaları 25.85 aydı. Ailesinde ve kendisinde alerjik hastalık olan olguların oranı sırasıyla %41.5 ve %66.6 idi. Kendisinde alerjik hastalık bulunan 36 olgu, mevcut alerjik hastalıkların şiddeti açısından değerlendirildiğinde 2'sinde ağır atopik dermatit, 2'sinde süt anafeksi öyküsü olduğu görüldü. Şiddetli alerjik hastalığa sahip olan olguların yaşı daha büyük ($p=0.04$), yumurta akı prick çapları daha yüksekti ($p=0.03$). En sık eşlik eden alerjik hastalık olguların %52.7'sinde atopik dermatit idi. Olguların 5'inin (%9.3) kliniği besin protein ilişkili enterokolit idi. Olguların %90.7'sinin ürtiker, anjiyoödem, egzama alevlenmesi gibi cilt mukoza tutulumu şikayeti ile başvurmuş olduğu tespit edildi. Merdiven sırasında reaksiyon gelişen 8 olgu incelendiğinde; bir olguda ürtiker anjiyoödem, 7 olguda izole ürtiker gelişmişti, anafeksi ya da ciddi reaksiyonu olan olgu yoktu. Kliniği IgE aracılı olup merdiven sırasında reaksiyon gelişen olgularda merdiven süresi, yaş ve yumurta akı/sarı pricks çaplarının daha yüksek olduğu izlendi; ancak bu değişkenler istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Tüm merdiven basamaklarını tamamlayan IgE aracılı olan 36 olgu vardı. Merdiven süreleri incelendiğinde yükleme sırasında reaksiyon gelişen olguların merdiven süresi, gelişmeyenlere göre daha uzundu ($p<0.01$). Yumurta sarısı prick çapı arttıkça merdiven süresi artmaktaydı ($r = 0.40$; $p = 0.02$). Yumurta akı prick çapı arttıkça merdiven süresi uzama eğilimindeydi ancak bu ilişki istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0.08$). KKK aşısının olguların tümüne sorunsuz şekilde uygulanmış olduğu görüldü.

Sonuç: Gereksiz ve uzun süreli diyet eliminasyonları, çocuklarda büyüme ve beslenmeyi olumsuz etkilemenin yanı sıra çocuk ve ebeveynlerin yaşam kalitesinde bozulmaya ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Yumurta merdiveni uygun vakalarda son derece güvenli olarak uygulanabilen bir diyet açma yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Alerji, Merdiven, Yumurta

Olguların Klinik Demografik Verileri

Yumurta sarısı prick çapı (mm) mean±sd / med (Q1-Q3) / min-max	4.39±2.83 4.0 (3-6.63) 0-10	
IgE (IU/L) mean±sd / med (Q1-Q3) / min-max	209.97±469.52 50.25 (8.27-222.75) 1-2543	
Eozinofil (mm ³) mean±sd / med (Q1-Q3) / min-max	309.62±281.27 250 (190-350) 0-1450	
Yüklemenin ilk basamağı	Kek: 44 (81.5) Pankek: 2 (3.7) Çorba: 2 (3.7) Haşlanmış: 6 (11.1)	
Yükleme reaksiyonu n (%)	8 (85.2) Ürtiker anjiyoödem: 1 (%12.5) İzole Ürtiker: 7 (87.5)	Reaksiyon gelişen basamak: Kek: 2 (25) Pankek: 3 (37.5) Çorba: 1 (12.5) Haşlanmış: 2 (25)
Merdiven süresi (ay) mean±sd / med (Q1-Q3)	4.83±4.38 3.5 (2-6)	
Yüklemesi bitenlerin merdiven süresi (ay) mean±sd / med (Q1-Q3)	5.87±4.62 5 (3-8)	
Yaş (ay) mean±sd / med (Q1-Q3) / min-max	25.85±17.36 20 (15.75-28,5) 13-106	
Kız cinsiyet n (%)	23 (42.6)	
Ailede alerjik hastalık n (%)	22 (41.5)	
Ek alerjik hastalık n (%)	36 (66.6)	Atopik dermatit: 14 (38.9) Atopik dermatit+çoklu besin alerjisi: 5 (13.9) Çoklu besin alerjisi: 7 (19.4) Astım: 2 (5.5) Astım+çoklu besin alerjisi: 3 (8.3) FPIES: 5 (13.9)
Bağvuru reaksiyonu özellikleri n (%)	Cilt (ürtiker/anjiyoödem/AD alevlenmesi): 49 (90.7) Gis (kusma/ishal): 5 (9.3) Anafilaksi: 0 Yalnızca yumurta akına: 12 (22.2) Yumurta akı ve sarısına: 42 (77.8)	
KKK aşısı reaksiyonu n (%)	0 (0)	
Yumurta akı prick çapı (mm) mean±sd / med (Q1-Q3) / min-max	6.37±3.31 6.25 (4-8.13) 0-15,5	

[EP-13]

BESİN ALERJİSİ OLAN ÇOCUK HASTALARDA KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK AŞILAMASI SONRASI ALERJİK REAKSİYONLAR: TEK MERKEZ DENEYİMİ

**GÜLAY İREM PARLAK ÖZEL¹, ŞULE BÜYÜK YAYTOKGİL¹,
YÜKSEL KAVAS YILDIZ¹, MEHMET CİHAT SİFİL¹, EMİNE VEZİR²**

¹ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI, ANKARA

² TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI, ANKARA

Amaç: Alerjik reaksiyon öyküsü, çocukluk çağı aşılamaalarında tereddüt ve üçüncü basamak merkezlere yönlendirmeye yol açabilmektedir, ancak doğrulanmış aşı ilişkili reaksiyonlar genellikle nadirdir. KKK aşıları çoğunlukla inek sütü alerjisi açısından sorunlu bileşen içermezken, bazı preparatlarda alfa laktalbumin bulunması nedeniyle bu grup hastalarda endişe artabilmektedir. Bu çalışmada besin alerjisi şüphesiyle yönlendirilen veya besin alerjisi tanısı ile izlenen çocuklarda KKK sonrası gelişen reaksiyonların sıklığı ve klinik özellikleri değerlendirildi.

Yöntem: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği'nde 01 Ocak 2020-01 Ocak 2026 tarihleri arasında KKK aşısı uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya 204 çocuk dahil edildi (%59,8' i erkek; n=122). Başvuru yaş ortancası 6,1 aydı (IQR:5-9). En sık başvuru yakınması egzema (%40,7) olup, bunu nonspesifik kızarıklık (%31,9) ve kanlı gaita (%7,8) izlemekteydi. Besin alerjisi (BA) 168 hastada (%82,4) mevcuttu. Yumurta alerjisi %71,6 (n=146) ve inek sütü alerjisi %27,5 (n=56) idi. En sık eşlik eden alerjik hastalık atopik dermatit (%59,8) olarak saptandı.

Toplam 250 doz KKK uygulandı. KKK sonrası 5 hastada reaksiyon gözlemlendi (hasta bazında %2,4; doz bazında %2). Dört olguda ilk doz, bir olguda ikinci doz sonrası reaksiyon gelişti. Klinik olarak 2 olguda anafilaksi, 1 olguda ürtiker, 2 olguda makulopapuler döküntü izlendi. Reaksiyonların üçü ilk 30 dk içinde, ikisi ikinci saatte ortaya çıktı. Reaksiyon gözlenen olguların tamamında, kayıtlı aşı preparatları alfa laktalbumin içeren grupta idi.

Sonuç: Besin alerjisi olan çocuklarda KKK aşısına bağlı reaksiyonlar nadirdir ve uygun koşullarda KKK aşılamaasının güvenle uygulanabileceğini düşündürmektedir. Reaksiyonların belirli preparatlarla kümelenmesi, aşı içeriği/eksipiyanların (özellikle bazı preparatlarda bildirilen süt kaynaklı bileşenler) olası rolünün ileri, paydası net tanımlanmış çalışmalarla araştırılmasını gerektirir.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı, aşı reaksiyonları

[EP-14]

OMALİZUMAB İLE BİRLİKTE SÜT ORAL İMMÜNÖTERAPİSİ: REAKSİYONSUZ HIZLI TAM DOZ BAŞARISI**İBRAHİM HALİL KARAHAN, ÖZLEM KESKİN, GAYE İNAL, ERCAN KÜÇÜKOSMANOĞLU**

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK İMMÜNÖLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI

Amaç: Bu çalışmanın amacı, inek sütü protein alerjisi (İSPA) olan çocuklarda omalizumab ile birlikte uygulanan süt oral immünoterapinin (OİT) güvenliğini ve tam doz süte ulaşma başarısını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza İSPA tanısı olan, süt ile anafilaksi öyküsü bulunan ve yüksek süt ve kazein spesifik IgE düzeylerine sahip altı çocuk dahil edildi. Tüm hastalara OİT öncesinde omalizumab başlandı ve tedavi süresince birlikte kullanıldı. OİT, artan dozlarda süt verilerek basamaklı olarak uygulandı ve hedef doz olarak günlük 200 mL süte ulaşılması planlandı. Doz artışları hastanede, idame dozları evde uygulandı.

Bulgular: Hastaların İSPA tanısı medyan 6 ay (25-75p:3,8-6), OİT başlama yaşı medyan 4,9 yıl (25-75p:4,3-6,6) idi. Hiçbir hastada izole İSPA yoktu, tüm hastalarda diğer besin ve/veya inhalan alerjenler eşlik etmekteydi. Omalizumab öncesi süt ve kazein spesifik IgE düzeyleri sırasıyla medyan 82,8 kU/L (25-75p:52,1-100) ve 42,8 kU/L (25-75p:22,9-100) idi. Hastaların tümünde süt ile anafilaksi öyküsü bulunmaktaydı. Tüm hastalara omalizumab iki haftada bir 150 mg başlandı. Sekiz doz omalizumab uygulamasının ardından, dokuzuncu doz omalizumab ile birlikte OİT başlandı. OİT'in başlangıç fazında hastalar hastanede izlenerek 20 gün boyunca kademeli doz artışları yapıldı ve bu sürenin sonunda 49 mL süte ulaşıldı. Daha sonra hastalar iki haftada bir hastaneye çağrılarak dozlar %15-20 oranında artırıldı ve bu süreçte omalizumab iki haftada bir devam edildi. Tüm hastalarda hedef doz olan 200 mL süte ulaşıldı. OİT başlangıcından hedef doza kadar geçen süre medyan 4,1 ay (25-75p:4,0-4,6) idi. Ardından iki haftalık aralıklarla 200 mL süte ek olarak yoğurt, peynir ve dondurma diyetine eklendi. Tüm bu aşamalar sonrası hastalar OİT başlangıcından medyan 5,6 ayda (25-75p:5,5-6,1) serbest diyetine geçti ve günlük 200 mL süt tüketimine devam etti; doz artışları ve idame süreci boyunca hiçbir alerjik reaksiyon izlenmedi ve tedaviyi aksatacak herhangi bir klinik sorun gelişmedi.

Sonuç: Süt OİT uzun süredir etkili bir tedavi seçeneği olmakla birlikte, özellikle ağır ve çoklu besin alerjisi olan hastalarda güvenlik kaygıları nedeniyle sınırlı uygulanabilmektedir. Çalışmamız, omalizumab ile birlikte uygulanan OİT'in, yüksek riskli çocuklarda doz artışları ve idame süreci boyunca hiçbir alerjik reaksiyon görülmeden hızlı şekilde tam doz süte ulaşılmasını sağlayabildiğini, hem klinisyen hem de hasta açısından daha güvenli ve öngörülebilir bir tedavi süreci sunduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: inek sütü alerjisi, omalizumab, oral immünoterapi

Tablo 1. Omalizumab ile birlikte süt oral immünoterapisi uygulanan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Hasta no	Tanı yaşı	Semptomlar	Anafilaksi öyküsü	Süt splgE (kU/L)	Kazein splgE (kU/L)	Total IgE (IU/ml)	Eşlik eden diğer alerjiler
1	3 ay	Döküntü	Var	48,9	29,7	780	Yumurta, buğday, antep fıstığı, yer fıstığı, 5'li çayır, alternaria, kedi epiteli, soya
2	2 ay	Döküntü, sık bronşiolit	Var	100	55,8	881	Yumurta, antep fıstığı, alternaria
3	6 ay	Döküntü	Var	100	100	1711	Buğday, badem, yer fıstığı, ceviz, antep fıstığı, alternaria, köpek epiteli
4	6 ay	Kusma, vücutta kızarıklık, şişlik	Var	65,5	22,9	229	Yer fıstığı, köpek epiteli, 5'li çayır, servi
5	7 ay	Kusma, nefes darlığı, hapsürük, sık bronşiolit	Var	100	100	249	Yumurta, siğir eti, ceviz, alternaria
6	6 ay	Sık bronşiolit, döküntü	Var	52,1	11	345	Yumurta, antep fıstığı, fındık, buğday, 5'li çayır, alternaria

Tablo 2. Omalizumab ile birlikte süt oral immünoterapide hızlı doz artışı ve klinik sonuçlar

Hasta no	Omalizumab başlangıç yaşı (yıl)	OİT başlanmadan önce uygulanan Omalizumab doz sayısı	OİT başlangıç yaşı (yıl)	OİT başlangıcından itibaren maksimum süt dozuna (200 ml) ulaşma süresi (ay)	OİT başlangıcından itibaren serbest diyete ulaşma süresi (ay)	OİT süresince izlenen alerjik reaksiyonlar	Uygulanan diğer OİT (Süt OİT'te serbest diyetten sonra)
1	4	8	4,3	4,7	6,2	Yok	Buğday
2	6,6	8	6,9	4,1	5,6	Yok	-
3	4,2	8	4,5	4,1	5,6	Yok	Buğday
4	11,1	8	11,4	3,9	5,4	Yok	-
5	2,5	8	2,9	5,3	6,8	Yok	-
6	5,1	8	5,4	3,5	4,9	Yok	-

[EP-15]

ANJİYOÖDEM VE EKSTREMİTE PARESTEZİSİ İLE BAŞVURAN BİR OLGUDA PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ TANISI VE SERVİKAL ANNÜLER FİSSÜR BİRLİKTELİĞİ

**MUHAMMED SABİT TÜLEK, FATMA KAYA, MELTEM CÖMERT,
İLYAS EMRE TEKDEMİR, FATMA DUKSAL**

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Anjiyoödem pediatrik acil başvurularında sık karşılaşılan bir tablo olmakla birlikte, parestezi gibi atipik nörolojik semptomların eşlik etmesi tanı sürecini karmaşıklaştırabilmektedir. Bu sunumda, alerjik bulgularla başvurup anamnez ve ileri tetkikler sonucunda Psödotümör Serebri tanısı alan nadir bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: On üç yaşında erkek hasta, yüz ve dudaklarda şişme şikâyetiyle acil servise başvurdu. Uygulanan tedaviyle şikâyetlerinin gerilediği öğrenildi. Muayene ve anamnez derinleştirilince eş zamanlı olarak ellerinde ve ayaklarında uyuşma olduğu saptandı. Özgeçmişinde çocukluk çağı astımı öyküsü mevcuttu. Alerji açısından yapılan tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan hastada Vitamin D eksikliği tespit edildi. Nörolojik semptomların varlığı nedeniyle Çocuk Nörolojisi birimi ile birlikte değerlendirilen hastanın beyin MRG incelemesinde; sol posterior etmoid ve frontal sinüslerde sinüzit ile uyumlu bulguların yanı sıra her iki optik sinir kılıfında perinöral BOS mesafesinde simetrik artış izlendi. Servikal MR'da ise C6-7 düzeyinde santral posterior milimetrik annüler fissür tespit edildi. Göz dibi muayenesi normal saptanan hasta, klinik ve radyolojik bulgular ışığında Psödotümör Serebri ön tanısıyla Çocuk Nöroloji ve Göz Hastalıkları birimlerince takibe alındı. Tanının kesinleştirilmesi amacıyla planlanan lomber ponksiyon işlemi aile tarafından reddedildi.

Tartışma: Literatürde Vitamin D eksikliğinin Psödotümör Serebri gelişimi için bir risk faktörü olabileceği ve sistemik alerjik reaksiyonlar sırasındaki vasküler geçirgenlik değişikliklerinin beyin omurilik sıvısı dinamiğini etkileyebileceği öne sürülmektedir. Bu olguda ekstremitte paretezilerinin saptanan servikal annüler fissürle mi yoksa intrakraniyal basınç artışıyla mı ilişkili olduğu ayırıcı tanıda önem arz etmektedir. Papil ödem olmamasına rağmen radyolojik bulguların tanıyı desteklemesi, tablonun erken evrede yakalanmış bir olgu olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Atipik nörolojik bulgularla başvuran anjiyoödem olgularında, tablo sadece alerjik bir reaksiyon olarak değerlendirilmemeli; Psödotümör Serebri gibi ciddi nörolojik patolojiler açısından dikkatli olunmalıdır. Multidisipliner yaklaşım, bu tür kompleks vakaların yönetiminde hayatidir.

Anahtar Kelimeler: Anjiyoödem, Psödotümör serebri, Vitamin D eksikliği, Parestezi, Pediatri

[EP-16]

**MASTOSİTOZ İLE KARIŞABİLEN BİR OLGU:
PİTYRİASİS LICHENOİDES ET VARIOLİFORMİS ACUTA****NIYAZI ONUR ŞAPCI, HÜLYA ANIL, KORAY HARMANCI**

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA), etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış, çocukluk çağında daha sık görülen inflamatuvar bir dermatozdur. Klinik bulgularının değişkenliği nedeniyle kutanöz mastositoz başta olmak üzere cilt tutulumu ile seyreden farklı hastalıklarla karışabilmektedir. Bu olgu, mastositoz ile benzer klinik özellikler gösterebilen PLEVA'nın ayırıcı tanındaki yerini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Yüz ve gövdede beş hafta önce başlayan, kaşıntısız döküntüler nedeniyle başvuran 12 yaşında erkek hastanın eşlik eden sistemik yakınması yoktu. Fizik muayenede gövde, ekstremiteler ve yüzde eritemli papüler lezyonlar izlendi. Darier bulgusu negatifti. Hasta dış merkezde mastositoz ön tanısı ile değerlendirilmiş ve biyopsi önerilmiş idi. Dış merkezde başlanan topikal kortikosteroid ve oral anti-histaminik tedavi ile lezyonlarda kısmi gerileme olduğunu belirten hastanın bazal serum triptaz düzeyi normal aralıkta saptandı. Sağ uyluktan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde likenoid interfaz dermatit paterni izlenmiş olup bulgular PLEVA ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya haftada üç seans dar bant UVB fototerapi ve oral azitromisin tedavisi başlandı ve dermatoloji tarafından izleme alındı.

Tartışma: PLEVA, ani başlangıçlı, eritemli ve sıklıkla papülonekrotik lezyonlarla seyreden bir dermatoz olup, pityriasis lichenoides spektrumu içinde yer alır. Epidemiyolojik veri eksikliği nedeniyle PLEVA'nın insidansı bilinmemektedir. Bununla birlikte literatürde hastalığın çocukluk çağında daha sık görüldüğü ve erkeklerde hafif predominans gösterdiği bildirilmektedir. Klinik görünümün değişkenliği nedeniyle PLEVA; kutanöz mastositozun yanı sıra nonspesifik egzantemler, viral döküntüler, egzema, vaskülit ve primer kutanöz T hücreli lenfomalar ile karışabilmektedir. Darier bulgusunun olmaması, serum triptaz düzeyinin normal bulunması ve karakteristik histopatolojik bulgular tanıya ulaşmada yol göstericidir. Döküntü ile başvuran çocuk hastalarda PLEVA'nın ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pleva, Kutanöz, Mastositoz, Çocukluk, Ayırıcı

[EP-17]

**AKUT BATIN VE PLEVRAL EFÜZYON İLE SEYREDEN PEDIATRİK
HİPEREZOİNOFİLİK SENDROM OLGUSU****ZEYCAN CANİTEZ ORAL, GÜNEY KÜÇÜK KÜLİCE, ENES ONKUN, FATİH ÇELMELİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ANTALYA, TÜRKİYE

Giriş: Hipereozinofili, en az iki hafta arayla yapılan ardışık ölçümlerde mutlak eozinofil sayısının $>1500/\text{mm}^3$ olması olarak tanımlanır. Hipereozinofilik sendrom (HES), sekonder nedenlerin dışlanması ve eozinofil aracılı organ hasarının eşlik etmesiyle karakterizedir. Çocukluk çağında nadir görülmesi ve heterojen klinik prezentasyonları nedeniyle tanısız zorluklar yaratabilmektedir.

Olgu: Bir haftadır devam eden karın ağrısı, ishal ve kusma yakınmalarıyla dış merkezde akut gastroenterit tanısıyla izlenen hasta, semptomların progresyonu üzerine akut apandisit ön tanısıyla merkezimize sevk edildi. Yaygın abdominal hassasiyet saptanması üzerine diagnostik laparoskopi uygulandı; apandiks normal bulunurken ince barsak anslarında diffüz ödem ve antimezenterik yüzlerde yama tarzında hiperemik alanlar izlendi. Solunum sistemi değerlendirmesinde sağ bazalde plevral efüzyon saptanarak göğüs tüpü takıldı.

Laboratuvar incelemelerinde mutlak eozinofil sayısı $7000/\text{mm}^3$ olarak saptandı ve takipte $18.600/\text{mm}^3$ 'e progresif artış gösterdi. Plevral sıvı sitolojisinde %55 oranında eozinofil hakimiyeti gözlemlendi. Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı; biyopsilerde eozinofilik infiltrasyon saptanmadı. Biyokimyasal parametreler, immünojenik tetkikler, serum triptaz, vitamin B12 düzeyleri ve parazitolojik incelemeler normal bulundu. Total IgE 151 IU/mL ölçüldü; deri prick testi ve moleküler alerji panellerinde duyarlanma saptanmadı. Kardiyak tutulum ekarte edildi.

Kemik iliği aspirasyonunda malignite bulgusu izlenmedi; PDGFRA, PDGFRB, FGFR1, FIP1L1 ve PCM1-JAK2 gen analizleri negatifti. Ampirik albendazol tedavisi başlandı. HES tanısıyla 1 mg/kg/gün metilprednizolon uygulandı; tedavinin altıncı gününde eozinofil sayısı $230/\text{mm}^3$ 'e geriledi ve klinik belirgin düzelme gösterdi. Steroid dozu kademeli azaltılarak iki ayda sonlandırıldı. Hasta halen asemptomatik olarak izlenmektedir.

Sonuç: Sunulan olgu, akut batın tablosu ve eozinofilik plevral efüzyonun birlikteliği açısından dikkat çekicidir. Hipereozinofili etiolojisinde enfeksiyonlar, parazitöz, alerjik reaksiyonlar, hematolojik maligniteler ve ilaç reaksiyonları yer almakla birlikte bazı olgularda neden saptanamamaktadır. HES tanılı hastalarda multidisipliner yaklaşım, erken tanı ve uygun tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofilik sendrom, hipereozinofili, eozinofilik plevral efüzyon

[EP-18]

SİMETRİK İLAÇ İLİŞKİLİ İNTERTRİGINÖZ VE FLEKSURAL EKZANTEM (SDRIFE) OLAN BİR OLGU**SEVDE DEMİRSÖZ¹, EBRU SOLAKOĞLU KÜÇÜKDOĞRU¹, EZGİ ULUSOY SEVERCAN¹, SEDA ŞİRİN²**

¹ ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİSİ BÖLÜMÜ, ANKARA
² YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİSİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksural ekzantem (SDRIFE), sistemik ilaç alımını takiben özellikle fleksural ve intertriginöz bölgelerde simetrik eritemle seyreden nadir bir tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonudur. En sık beta-laktam antibiyotiklerle ilişkilidir; ancak farklı ilaçlarla da gözlemlenmektedir. Bebeklik çağında nadir görülmesi nedeniyle sıklıkla viral ekzantemler ve inflamatuvar dermatozlarla karışabilir.

Olgu: Dokuz aylık kız hasta, ateş ve burun akıntısı nedeniyle üsye düşünülerek parasetamol ve ibuprofen dönüşümlü olarak kullanmış. Bu süreçte aynı zamanda ara ara parasetamol ve klorfeniramin maleatı birlikte içeren şurup kullanmış. 3. gününde boynunda, koltuk altında, kasıklarında döküntüleri olmuş. Ateşi düşmediği için amoksisilin klavulonik asit başlanmış. Ateşi dördüncü gün düşmüş, döküntüleri artmaya devam eden hastanın özgeçmiş soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde boyun, aksilla, inguinal ve gluteal bölgeler ile dizde, simetrik keskin sınırlı lezyonlar izlendi. Laboratuvar incelemede hemogram, biyokimyası olağan, viral seroloji negatifti. Solunum yolu viral PCR'da adenovirüs pozitif. Amoksisilin spesifik IgE negatifti.

Tanı kriterlerinin hepsini karşılayan hastada SDRIFE düşünüldü. Hastanın kullandığı tüm ilaçlar kesildi. Topikal ve sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı. Yaklaşık 3 haftada tam iyileşme görüldü. Tüm şüpheli ilaçlar için yapılan yama testleri negatif olarak sonuçlandı. Daha sonrasında düşük riskli olduğu düşünülen parasetamol ile provakasyon yapıldı ve sonrasında sorunsuz kullandı. Aile yaptırmak istemediği için lenfosit transformasyon testi yapılamadı.

Tartışma: Sonuç olarak çocukluk çağında da non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, klorfeniramin maleat gibi ilaçlarla da nadiren SDRIFE görülebilmektedir. Ayırıcı tanıda düşünülmeli ve tedavi sonrasında şüpheli ilaç açısından hasta değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: fleksural ekzantem, klorfeniramin maleat, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, SDRIFE

SDRIFE Olgusu Döküntüsü

SDRIFE Olgu Döküntüsü



[EP-19]

BESİN PROTEİNİ İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMU TANILI ÇOCUK HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ**MUHAMMED AYDIN, DILAN DEMİR GÜMÜŞ, ECEM KAHVECİ, ZEYNEP MERİÇ, BETÜL GEMİCİ KARAASLAN, SEZİN AYDEMİR, ÜLVIYE MUŞTU, ŞEBNEM ÖLKER, ESRA YÜCEL, AYÇA KIYKIM**

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD, ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ BD, İSTANBUL

Amaç: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), IgE aracılı olmayan, gecikmiş gastrointestinal bulgularla seyreden nadir fakat ağır seyredabilen bir besin alerjisidir. Klinik bulguların özgül olmaması tanıda zorluklara yol açmaktadır. Bu çalışmada, BPİES tanılı çocuk hastaların klinik özellikleri, tetikleyici besinler ve tanı süreçlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2018–2026 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji kliniğinde akut BPİES tanısıyla takipli çocuk hastalar geriye yönelik değerlendirildi. Tanı, Amerikan Alerji, Astım ve İmmünoloji Akademisi (AAAAI) Besinlere Bağlı İstenmeyen Reaksiyonlar Komitesi tarafından yayınlanan BPİES konsensus kılavuzu (2017)' na uygun olarak konuldu.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 20 hastanın semptom başlama yaşı ortanca 6,5 ay (1-50 ay), tanı yaşı ortanca 12,5 aydı (6-88 ay). Hastaların 11'i (%55) erkekti. Tüm hastalarda akut BPİES atağı öyküsü olup 5 hastada (%25) birden fazla alerjen grubu ile öykü mevcuttu. Sorumlu besinler sırasıyla yumurta (n:12, %60), inek sütü ve balık (n:5, %25), mercimek, domates ve semizotuydu (n:1, %5). İnek sütü ilişkili olgularda semptom başlangıç yaşı ortanca 3 ay (1–7,5 ay) iken, yumurta ilişkili olgularda ortanca 6 ay (5–8 ay), balık ilişkili olgularda ise ortanca 12 aydı (8–28 ay). Besin alımı ile semptom başlangıcı arasındaki süre ortanca 2 saatti (0,5–7 saat). Akut atakların tamamında (%100) tekrarlayan kusma mevcuttu. Halsizlik 12 (%48), ishal 6 (%24) ve solukluk 4 (%16) olguda gelişmişti. 12 reaksiyonda (%48) acil servise başvuru olmuş ve 7' sinde (%28) intravenöz sıvı desteği uygulanmıştı. 5 olguda (%21) sorumlu besin ile yapılan deri prick testi pozitif saptanmıştı. 14 hastaya (%70) toplam 17 besin yükleme testi (BYT) yapılmıştı. Semptom başlangıcı ile BYT arasındaki süre ortanca 13,5 aydı (1,5-59 ay). 4 hastada (%24) BYT pozitif saptanmıştı. Bu hastaların tamamında test sonrası alınan tam kan sayımında nötrofil hakimiyetinde lökositoz mevcuttu. İki hastada (%10) alerjik proktokolit ve bir hastada (%5) farklı besinle IgE aracılı alerjik reaksiyon öyküsü mevcuttu. Eşlik eden hastalıklar sırasıyla atopik dermatit (n:6, %30), ilaç alerjisi (n:3, %15), astım ve alerjik rinitti (n:2, %10).

Sonuç: BPİES, erken çocukluk döneminde başlayan ve akut ataklarda hayatı tehdit edebilen bulgularla seyreden bir besin alerjisidir. Klinik bulguların özgül olmaması, tanı sürecinde gecikmelere yol açmaktadır. Klinik farkındalığın artırılması, tanı gecikmelerini azaltarak zamanında ve uygun yönetimi mümkün kılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), Besin yükleme testi, Non-IgE besin alerjisi, Yumurta alerjisi

[EP-20]

BESİN PROTEİNİ İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMUNDA ZAMAN İÇİNDE DEĞİŞEN TETİKLEYİCİ BESİNLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ**MUSTAFA BEYKAN İSTANBULLU, CEBBAR YILDIRIMÇAKAR,
CANSU KAVUKÇU HORASAN, NURAN ÖZÇİFTÇİ ERTUĞRAL, EBRU ARIK YILMAZ**

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİSİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), çocukluk çağında nadir görülen non-IgE aracılı bir besin alerjisidir. Tetikleyici besinler toplumdaki diğer besinlere göre, farklı yaş gruplarında zaman içerisinde değişebilmektedir. Çalışmamızda kliniğimizde BPİES tanısı alan hastalarımızın klinik özelliklerini ve zaman içerisinde değişen tetikleyici besinleri araştırdık.

Yöntem: Mart 2017 ile Aralık 2025 tarihleri arasında kliniğimizde 'BPİES tanısı ve yönetimi için 2017 Uluslararası Konsensüs Kılavuzu'na göre BPİES tanısı alan hastalarımızın özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 76 hasta tanı kriterlerini tam olarak karşılıyordu. Hastaların %52,6'sı erkek olup ortalama semptom başlangıç yaşı ve başvuru yaşı sırasıyla 6,5 ay [6,0-7,9] ve 10,3 ay [7,6-13,3] idi. Yedi (%9,2) hastada kronik BPİES olup tüm hastalarda en az bir akut BPİES atağı öyküsü vardı. Akut BPİES'te en sık tetikleyici besinler sırasıyla yumurta sarısı (%47,1), inek sütü (%21,2), balık (%11,8), yumurta akı (%3,5), buğday (%2,4) ve muz (%2,4) idi. Diğer tetikleyici besinler her biri 1 (%1,2) hastada olmak üzere dana eti, kuzu eti, tavuk eti, pirinç unu, mercimek, soya fasulyesi, fındık, ceviz, badem ve mantardı. Dokuz (%11,8) hastada birden fazla besinle akut BPİES atağı gözlemlendi. 2017-2020 arasında en sık tetikleyici besinler inek sütü (%42,1), yumurta sarısı (%31,6) ve balık (%10,5) iken; 2020-2025 arası dönemde ise %51,5 ile en sık tetikleyici besin yumurta sarısı olup bunu inek sütü (%15,2) ile balık (%12,1) izledi. Kronik BPİES tanısı alan tüm hastalarda ise tetikleyici besin yalnızca inek sütüydü. Akut BPİES atağı sırasında tüm hastalarda kusma görülürken; diğer bulgular solukluk ve halsizlik (%22,4), diyare (%22,4) ve dehidratasyon (%18,4) idi. Hiçbir hastada şok, metabolik asidoz veya methemoglobinemi gelişmemişti. Kronik BPİES'te tüm olgularda aralıklı kusma izlenirken; diğer bulgular kronik ishal (%57,1), büyüme geriliği (%42,9) ve hipoalbuminemi (%14,3) idi. Tüm hastaların ortalama güncel yaşı 60,2 ay [30,1-90,2] olup 21 (%27,6) hastaya tolerans değerlendirmek amacıyla ortalama 33,2 ay'da [16,1-43,8] besin yükleme testi uygulanmış olup, 3'ünde (%14,3) pozitif saptandı. Düzenli takip edilen 59 hastanın (%77,6) 25'inde (%42,4) tolerans gelişti.

Sonuç: Bulgularımız, kronik BPİES'te inek sütünün hâlen en sık tetikleyici besin olduğunu; buna karşın akut BPİES'te tetikleyici besinlerin zaman içerisinde değiştiğini ve çeşitlendiğini göstermektedir. Son 5 yılda yumurta sarısı, akut BPİES'te en sık tetikleyici besin olarak inek sütünün yerini almış görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: BPİES, non-IgE, yumurta sarısı, inek sütü, balık

[EP-21]

**ORAL İMMÜNÖTERAPİNİN SESSİZ GEÇ REAKSİYONU: YUMURTA VE BUĞDAY
ÖİT SONRASI GELİŞEN EOZİNOFİLİK GİS HASTALIĞI****BÜŞRA HATİCE FİDAN, NİLGÜN BAHAR TEKER, HÜSEYİN BAŞPINAR, ELİSA KUNDAKÇI,
MEHMET İNALTEKİN, MAHİR SERBES, DİLEK ÖZCAN, DERYA UFUK ALTINTAŞ**

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, ADANA

Giriş: Besin alerjileri çocukluk çağında sık görülen, yaşam kalitesini düşüren ve ciddi reaksiyon riski taşıyan hastalıklardır. Oral immünoterapi (OIT), özellikle süt, yumurta ve yer fıstığı alerjisinde duyarsızlaştırma amacıyla giderek daha yaygın kullanılmaktadır. Çoklu gıdaya alerjisi olan hastalarda çoklu OIT protokolleri klinik pratikte önemli bir yer edinmiştir. OIT etkili bir yöntem olmakla birlikte, doz artırımı ve idame dönemlerinde advers etkiler görülebilmektedir. Son yıllarda OIT ile eozinofilik gastrointestinal hastalıklar (EGID) arasındaki ilişki dikkat çekmiştir. Bu durum, OIT sırasında veya idame fazında gelişebilir ve tedavinin seyrini etkileyebilir. Bu posterde, çoklu OIT sonrası idame dozda eozinofilik gastrointestinal hastalık gelişen bir olguyu sunarak, OIT sürecinde gastrointestinal yan etkilerin tanı ve yönetimine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 9 yaşında kız hasta, 6 aylıkken tarhana çorbası tüketimini takiben anafilaksi tanısı aldı. Yapılan tetkiklerinde yumurta beyazına özgü IgE düzeyi 19,6 kU/L, buğdaya özgü IgE düzeyi 235 kU/L olarak saptandı. Bu bulgular üzerine yumurta ve buğday diyetten elimine edildi. Hasta 5 yaşına kadar yumurta ve buğday eliminasyonu ile takip edildi. Bu süreçte yasaklı gıdalarla yalnızca cilt teması sonrası dahi ürtikeryal lezyonlar gelişmesi ve yumurta ile buğdaya özgü IgE düzeylerinin yüksek pozitiflikte seyretmesi nedeniyle, 5 yaşında omalizumab adjuvan tedavisi eşliğinde yumurta ve buğday ile çoklu oral immünoterapi (OIT) başlandı. Hasta OIT'de idame dozuna ulaştıktan yaklaşık 4 ay sonra karın ağrısı ve disfaji şikayetleri geliştirdi. Yapılan endoskopik değerlendirmede (endokolonoskopi) bulgular eozinofilik gastrointestinal hastalık (EGID) ile uyumlu olarak raporlandı. Bunun üzerine OIT sonlandırıldı, yumurta ve buğday yeniden elimine edildi ve hastaya sistemik kortikosteroid ve PPI tedavisi başlandı.

Sekizinci hafta kontrolünde hastanın semptomlarının belirgin olarak gerilediği, kontrol endoskopisinde ise eozinofilik infiltrasyonda anlamlı azalma saptandığı görüldü.

Tartışma: Oral immünoterapi (OIT), IgE aracılı besin alerjilerinde tolerans gelişimini destekleyen etkili bir tedavi yaklaşımıdır. Literatürde OIT sırasında veya sonrasında gelişen EoE/EGID olgularının çoğu, tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkmakla birlikte, bazı hastalarda idame fazında da klinik bulgular gelişebilmektedir. Omalizumabın OIT sürecini daha güvenli hale getirdiği bilirse de, bu biyolojik ajanın eozinofilik gastrointestinal yan etkileri tamamen engellemediği görülmektedir. Sonuç olarak, çoklu OIT uygulanan hastalarda özellikle idame döneminde ortaya çıkan karın ağrısı, disfaji ve kusma gibi semptomlar EGID açısından uyarıcı olmalıdır. Bu nedenle OIT uygulanan hastalarda yakın klinik izlem, aile eğitimi ve gastrointestinal semptomlar geliştiğinde erken endoskopik değerlendirme büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: ÇOKLU BESİN ALERJİSİ, EOSİNOFİLİK GİS HASTALIĞI, ORAL İMMÜNÖTERAPİ

[EP-22]

KRONİK BESİN PROTEİNİ İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMLU HASTALARIN İZLEMİ**ŞENAY KARACA¹, BUSENUR SARIDUMAN², HACER İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL¹, İLKNUR ATALAY CAN¹, SÜMEYRA AKTEPE¹, AVNİYE KÜBRA BASKIN¹, ARZU BAKIRTAŞ¹**

¹ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNÖLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, ANKARA
² GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Kronik besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (Kr-BPIES) infantlarda görülen, sorumlu besinin günlük ya da sık sık tüketilmesi ile ortaya çıkan süregelen ishale eşlik eden aralıklı ya da giderek artan kusma dönemleri ile karakterizedir. Hastalarda büyüme geriliği ya da kilo kaybı görülebilir. Kr-BPIES'de şüpheli besinin diyetten çıkarılması ile semptomların günler içerisinde düzelmesi ve aynı besinin diyetten yeniden eklenmesi/kazara maruziyet ile semptomların akut formda gelişmesi beklenir. BPIES'in akut formu daha iyi bilinmesine rağmen Kr-BPIES ile ilgili bilinenler oldukça kısıtlıdır. Burada Kr-BPIES tanılı hastalarımızın özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2010-Aralık 2024 tarihleri arasında Kr-BPIES tanısı konulan hastaların dosyalarından demografik ve klinik özellikleri, tetikleyici besin/besinler ile tolerans durumu değerlendirildi. Dosya bilgileri eksik olan hastalara telefon ile ulaşıldı.

Kr-BPIES tanısı; şüpheli besinin diyetten çıkarılması ile semptom ve bulgularının düzelmesi, alternatif tanılarının dışlanması ve hastanın kilo alımının görülmesi ile konuldu.

Bulgular: Kr-BPIES tanılı 19 hastanın %58'i kızdı, hastaların ortalama semptom başlama yaşı $1,8 \pm 1,19$ ay, ortanca tanı yaşı 7 ay (3-35 ay) idi. Hastaların %84,2'inde inek sütü (n=16), %10,5'inde yumurta (n=2) ve %5,3'ünde inek sütü ile buğday (n=1) tetikleyici besindi. Hastaların ortanca izlem süresi 78 aydı (23-171 ay). Hastaların ortalama tolerans yaşı $25,9 \pm 18,6$ ay iken, inek sütü ile Kr-BPIES olgularında ortalama tolerans yaşı $28,4 \pm 19,3$ ay idi. Tolerans gelişmeyen inek sütüne bağlı bir Kr-BPIES olgusunda, 20 aylıkken kazara maruziyet sonrası akut BPIES gelişmişti.

Sonuç: Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak Kr-BPIES'de en sık tetikleyici besinin süt olduğu, farklı olarak da yumurta ve gluteninde tetikleyici olabileceği görülmüştür. Bunun yanında tolerans yaşı da mevcut literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPIES), Kronik-BPIES, inek sütü, tolerans

[EP-23]

ÇOCUKLARDA BAL TÜKETİMİ SONRASI GELİŞEN ALERJİK REAKSİYONLAR**CEREN ÜSTÜN, ÖZGE UYSAL SOYER, AYŞEGÜL ERTUĞRUL,
ÜMİT ŞAHİNER, BÜLENT ENİS ŞEKEREL, MELİKE OCAK**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Bal, sık tüketilen bir besin olmasına rağmen nadiren alerjik reaksiyonlara yol açar. Bal alerjisinde klinik yelpaze, hafif kutanöz bulgulardan yaşamı tehdit eden sistemik anafilaksiye kadar uzanabilir. Bu reaksiyonlar, balın kendisinden kaynaklanabileceği gibi, polen (özellikle Ambrosia veya Artemisia) ya da arı kökenli proteinlere karşı da gelişebilir. Çocukluk çağında bal alerjisine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, bal tüketimi sonrası sistemik reaksiyon ile başvuran 10 çocuk hasta değerlendirildi.

Yöntem: Çalışmaya bal ile immünoglobulin E (IgE) aracılı reaksiyon öyküsü olan ve bal prick-to-prick (PTP) testinde veya bal spesifik IgE (slgE) düzeyinde pozitiflik saptanan hastalar dahil edildi. Hastaların klinik özellikleri, reaksiyon öyküleri ve tanısal test sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Besin yükleme testi (BYT), son bir yıl içerisinde anafilaksi öyküsü olan bir hastada uygulanmadı; kalan dokuz hastaya BYT yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya ortanca yaşı (çeyrekler-arası) 3,0 yıl (2,0–7,7 yıl) olan 10 hasta (6 erkek, %60) dahil edildi. Altı hastada alerjik rinit varken, 2 hasta astım ve 2 hastada atopik dermatit tanısı mevcuttu. Bal tüketimi sonrasında 9 hastada ürtiker, 4 hastada anjiyoödem, 4 hastada öksürük, 2 hastada karın ağrısı ve 1 hastada kusma gözlemlendi. Kardiyovasküler tutulum izlenmedi. Hastaların üçünde anafilaksi saptandı. Bal slgE ortanca değeri 1,5 kU/L (0,7–3,6), PTP testi ortanca endürasyon çapı 4,5 mm (1,5–5,6) olarak saptandı. Hastaların yarısında aeroalerjen duyarlılığı varken en sık ot duyarlılığı mevcuttu. Küf duyarlılığı olan hasta yoktu. Üç hastada bal arısı venom slgE pozitifliği görüldü. Hiçbir hastada arı sokmasına bağlı anafilaksi öyküsü yoktu. Dokuz hastaya BYT yapıldı, bir hastanın son bir yıl içerisinde anafilaksi öyküsü olması nedeniyle BYT yapılmadı. 2 hasta provokasyon sırasında anafilaksi, bir hastada ürtiker ve anjiyoödem ve bir hastada ürtiker saptandı. Diğer hastaların BYT negatif idi.

Sonuç: Bal alerjisi nadir olmakla birlikte çocuklarda ciddi sistemik reaksiyonlara yol açabilir. Çalışmamız, ülkemizde bildirilen en geniş pediatrik olgu serisini sunmaktadır. Bal alerjisinde, balın kendi bileşenlerinin yanı sıra içerdiği polenlere karşı gelişen duyarlılık da rol oynadığı için bal tüketimi sonrası sistemik reaksiyon gelişen çocuklarda aeroalerjen duyarlılığı değerlendirilmelidir. Özellikle bal tüketimi sonrası sistemik reaksiyon gelişen çocuklarda baldan kaçınmanın önemi vurgulanmalı, ebeveynler ve hastalar anafilaksinin tanınması ve adrenalin otoenjektörünün doğru kullanımı konusunda eğitilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Artemisia, bal, polen, anafilaksi

[EP-25]

ORTA/ŞİDDETLİ ATOPIK DERMATİTTE TEDAVİYE DİRENÇLİ OLGU SUNUMU**NURŞEN CİĞERCİ GÜNAYDIN¹, BATUHAN MEHMET ÇETİNKAYA²,
ZEYNEP TOPKARCI³, HİKMET TEKİN NACAROĞLU⁴, NEDİM SAMANCI²**

1 NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BÖLÜMÜ TEKİRDAĞ

2 NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D TEKİRDAĞ

3 DR.SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERMATOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

4 MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Giriş: Atopik dermatit (AD) çocukluk çağıının en sık görülen kronik enflamatuar deri hastalığıdır. Tedavide amaç, deride inflamasyonu azaltmak, deri bariyer fonksiyonlarını iyileştirmek, akut alevlenmeleri önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tedaviye yanıt vermeyen olgularda ayırıcı tanısız yaklaşım yapılmalı ve tedavi planı gözden geçirilmelidir.

Olgu: 6,5 yaşında erkek hasta. Yenidoğan döneminden itibaren vücudunda yaygın kaşıntılı hiperemik zeminde döküntü yakınmasıyla çocuk alerji tarafından AD olarak değerlendirilmiş. Tedaviye rağmen orta-şiddetli AD lezyonları devam eden hastada; susam, fındık, ceviz, kaju, mercimek, badem, soya gibi besinler ile lezyonlarında artış olması ve yapılan tetkiklerine göre çoklu besin alerjisi olarak değerlendirilen hastada eliminasyon diyeti tedavisi başlanmış. Öyküde D vitamini dirençli Rikets nedeniyle çocuk endokrin polikliniğinden takip ediliyor.

Fizik muayenesinde: Yüz, eller ve sırtta belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın egzamatöz lezyonları mevcut. Diğer sistem bulguları olmayan. Organomegali, LAP v.b yok.

Yapılan tetkiklerinde: Hb:11,9g/dL, Hct:%36, Eozinofil:1450/mm³, Eozinofil:%11,5. Biyokimyasal parametreleri normal. Ca:9 mg/dl, P:4,4 mg/dl, D vit:22,8 ug/L. Total IgE>2500 IU/mL, serum çinko düzeyi:98 mikrogram/dl idi.

Besinler ile deri prik testinde: Yumurta beyazı:8x6 mm, yer fıstığı:3x3 mm, ceviz:3x3, fındık:5x5. Besin slgE testlerinde: susam, fındık ve ceviz slgE>100 kU/L, badem:15 kU/L, mercimek IgE:1,69 kU/L, soya: 2,36 kU/L, bezelye:5,81 kU/L.

Orta-şiddetli AD tedavisi alan hastada alerjiden kaçınma önlemleri ve düzenli tedaviye rağmen, sık alevlenme periyodları mevcut. Hasta ayırıcı tanısız yaklaşım açısından değerlendirildi. İmmün yetmezlik açısından yapılan tetkiklerinde; IgG:10,75 g/dL, IgM:0,47 g/dL, IgA:0,84 g/dL, IgG1:9,38 g/L, IgG2:2,42 g/L, IgG3:0,22 g/L, IgG4:1,8 g/L. Aşı antikor yanıtları: anti HBS:3,6 mIU/mL, antiHAV IgG:61,9 mIU/mL idi. Lenfosit alt grup analizinde; CD3:%76 CD4: %53,CD8: %36 CD19: %18,75, CD56: %2,4 idi.

Dirençli orta-şiddetli atopik dermatit bulguları olan hastada düzenli nemlendirici tedavisi, tekrarlayan topikal tedavi uygulamaları ile yakınmaları ve alevlenmeleri devam etmekteydi. Dermatoloji tarafından değerlendirilen, tedavisi yeniden düzenlenen (lokal ve sistemik tedavi) hastada bulguların devam etmesi nedeniyle Dupilumab tedavisi (IL-4Ra blokajı) başlandı. Tedavinin 2. ayında bulgularında belirgin düzelme saptanan hastanın; AD semptom skorları, akut alevlenme sıklığı ve topikal tedavi ihtiyacı geriledi.

Tartışma: Nemlendirme ve topikal tedavilere yanıt vermeyen orta-ağır AD'li hastalarda immün yetmezlik hastalıkları başta olmak üzere ayırıcı tanısız yaklaşım yapılmalı; tedavide son yıllarda kullanıma giren yeni sistemik ilaçların kullanımını akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, orta-şiddetli AD, tedavi

[EP-26]

ANTEP FISTIĞI VE KAJU ALERJİSİ OLAN HASTALARDA KLİNİK BULGULAR VE TANISAL YAKLAŞIM**ZEYNEP MERİÇ¹, GÖKÇE NURAN CENGİZ², SUEDA ÖZTÜRK AYDIN²,
MUHAMMED AYDIN¹, DİLAN DEMİR GÜMÜŞ¹, ECEM KAHVECİ¹, BETÜL GEMİCİ KARAASLAN¹,
SEZİN AYDEMİR¹, ESRA YÜCEL¹, AYÇA KIYKIM¹**

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ, İSTANBUL, TÜRKİYE
² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Kuruyemişler, yaşamı tehdit edebilen alerjik reaksiyonlara ve anafilaksiye yol açabilen önemli besin alerjenleridir. Kaju ve antep fıstığı alerjilerinin prevalansı toplum temelli çalışmalarda %0,4–0,7 arasında bildirilmektedir. Türkiye, antep fıstığının yoğun üretildiği ve tüketildiği ülkelerden biri olduğundan, bu alerjinin ülkemizde daha sık görülmesi beklenmektedir. Aynı botanik familyaya (Anacardiaceae) ait olmaları nedeniyle kaju alerjisi, antep fıstığı alerjisi olan hastalarda sıklıkla eşlik etmektedir. Oral besin provokasyon testi tanıda altın standart olmakla birlikte, ciddi reaksiyon riski nedeniyle her hastada uygulanamamaktadır. Bu nedenle klinik reaktiviteyi öngörebilecek klinik ve laboratuvar belirteçlerinin tanımlanması önemlidir. Bu çalışmada, antep fıstığı ve kaju alerjisi şüphesiyle değerlendirilen hastalarda klinik özelliklerin ve eşlik eden alerjik hastalıkların tanımlanması ve prick-to-prick (PTP) testi başta olmak üzere laboratuvar bulgularının klinik reaktiviteyi öngörmedeki tanısal değerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Antep fıstığı ve/veya kaju alerjisi şüphesiyle izlenen 103 hastanın klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tanısal değerlendirmede klinik öykü, kuruyemişin kendisi ile yapılan prick-to-prick deri testi, serum spesifik IgE ölçümleri ve uygun olgularda oral besin provokasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen hastaların medyan yaşı 79,5 ay (IQR: 55–111,25) olup %41,7'si kızdı. Hastaların %63'ü IgE aracılı kuruyemiş reaksiyonu öyküsü, %31'i ise atopik dermatit (AD) nedeniyle değerlendirilmişti. Antep fıstığı alerjisi şüphesiyle izlenen hastaların %56,3'ünde, kaju alerjisi şüphesiyle izlenenlerin %51,8'inde alerji tanısı konuldu. Kaju alerjisi olan hastaların %97,6'sında antep fıstığı alerjisi, antep fıstığı alerjisi olanların %81,1'inde ise kaju alerjisi eşlik etmekteydi. Hastaların %49'unda, en sık yumurta alerjisi olmak üzere, kuruyemiş dışı besin alerjileri saptandı. Kaju için PTP-DPT çapı ≥ 9 mm, antep fıstığı için ≥ 6 mm değerlerinde pozitif prediktif değerlerin %95'e ulaştığı görüldü. Lojistik regresyon analizinde PTP-DPT çaplarının alerji tanısı ile anlamlı ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: Antep fıstığı ve kaju alerjileri sıklıkla birlikte görülmektedir. Kuruyemişin kendisi ile yapılan prick-to-prick deri testi, labil proteinleri kapsamı, düşük maliyeti ve kolay uygulanabilirliği sayesinde tanısal süreçte değerli bir araçtır. Oral besin provokasyon testinin her hastada uygulanmadığı durumlarda, klinik öykü ile birlikte prick-to-prick testinin klinik değerlendirmeye önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antep fıstığı, atopik dermatit, kaju, kuruyemiş alerjisi, prik to prik test

[EP-27]

**PEDİATRİK OLGUDA RİTUKSİMAB AŞIRI DUYARLILIĞI:
GEÇ İNTRADERMAL TESTİN TANISAL ÖNEMİ****CEREN ÜSTÜN, MELİKE OCAK**

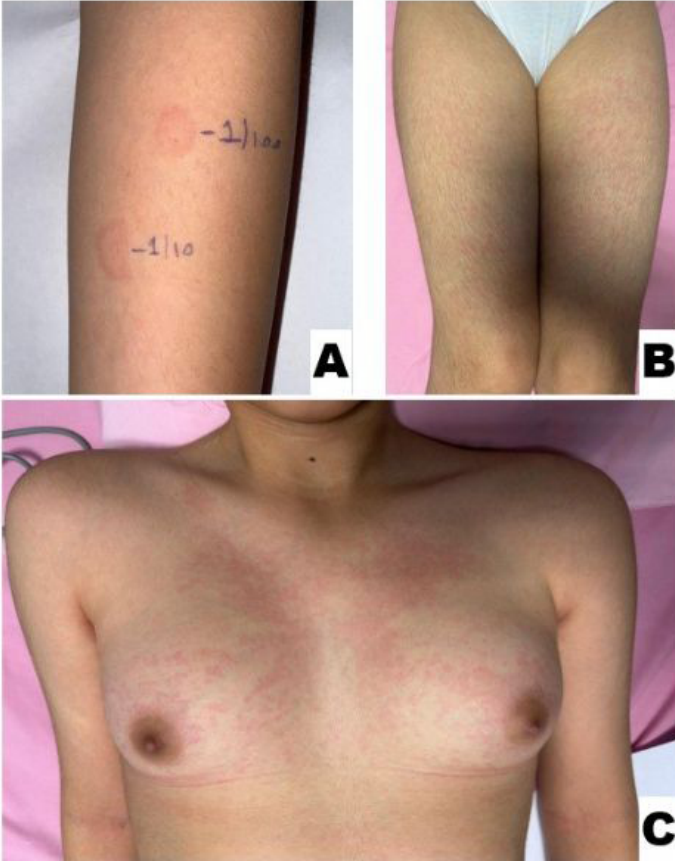
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Rituksimab, CD20-pozitif B lenfositlerini hedefleyen, otoimmün ve inflamatuvar hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir monoklonal antikordur. Rituksimab uygulaması sırasında infüzyon ilişkili, ani veya gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonları ortaya çıkabilmektedir. Bu reaksiyonların doğru biçimde tanımlanamaması, özellikle pediatrik hastalarda gereksiz tedavi kesilmesine veya potansiyel olarak riskli yeniden maruziyetlere neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, rituksimaba bağlı erken infüzyon reaksiyonunu takiben, erken dönemde negatif olan deri testlerine rağmen yalnızca geç intradermal test ile saptanan gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen bir pediatrik olgu sunulmuştur.

Olgu: Anti-CASPR2 antikor pozitif otoimmün ensefalit tanısı ile izlenen 11 yaşında kız hastaya, intravenöz immünoglobulin ve kortikosteroid tedavisine kısmi yanıt alınması üzerine rituksimab başlandı. Standart premedikasyona rağmen ilk infüzyonun ilk saatinde yüzde kollarında ürtiker ile birlikte hafif üst solunum yolu semptomları gelişti. İnfüzyonun durdurulmasıyla semptomlar hızla geriledi ve rituksimab düşük hızda yeniden başlatılarak sorunsuz tamamlandı. Deri prik testi (10 mg/mL) ve intradermal testler (1:100 ve 1:10) 20. dakikada negatifti. Ancak 24 saat sonra intradermal test bölgesinde eritem gelişti ve bunu gövde ile uyluklara yayılan jeneralize makülopapüler döküntü izledi (Şekil 1). Laboratuvar bulgularında lökositoz, nötrofil ve artmış akut faz reaktanları saptanırken eozinofil sayısı ve kompleman düzeyleri normaldi. Bulgular gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Antihistaminik ve sistemik kortikosteroid tedavisi ile döküntüler 48 saat içinde tamamen geriledi ve rituksimab tedavisi kesildi.

Tartışma: Bu olgu, pediatrik hastada rituksimaba bağlı infüzyon ilişkili reaksiyonu takiben, yalnızca geç intradermal test okuması ile saptanan nadir bir gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonunu göstermektedir. Erken dönemde hafif seyreden reaksiyonların, klinik olarak anlamlı gecikmiş reaksiyonları dışlamadığı ve geç intradermal test değerlendirmesinin tanisal açıdan önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, gecikmiş tip aşırı duyarlılık, intradermal test, biyolojik ajanlar

Şekil 1

A. Testten 24 saat sonra intradermal test alanlarında (1:100 ve 1:10 dilüsyonlar) gözlenen eritem. B. Uyluklarda izlenen jeneralize makülopapüler döküntü. C. Ön gövdede izlenen makülopapüler döküntü.

[EP-28]

MEYVE ALERJİSİ TANISI ALAN ÇOCUK HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**GÜLİZAR DEMİR, DUYGU PEKER, SANİYE MERTEK ŞENSOY,
MUKADDES CİHAN, HANİFE SANDIKÇI, NALAN YILDIZ, FAZIL ORHAN**

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Meyveler sağladığı, vitamin, lif ve minerallerle dengeli beslenmenin bir parçasıdır. Meyvelere karşı gelişen alerjik reaksiyonlar, hafif oral semptomlardan yaşamı tehdit eden anafilaksiye kadar uzanan geniş bir klinik spektrumda ortaya çıkabilmektedir. Tanıda ayrıntılı öykü, deri prick testi, serum spesifik IgE düzeyleri ve gerektiğinde besin yükleme testleri kullanılmaktadır

Yöntem: 2010-2025 yılları arasında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları polikliniğine başvuran; meyvelerle belirgin alerjik reaksiyon öyküsü olan ve deri prick ve/veya prick to prick testi ≥ 3 mm saptanan ve/veya besin yükleme testi pozitif olan hastalar demografik, klinik ve laboratuvar bulguları yönünden retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Meyve alerjisi olan toplam 59 hastanın 33'ü (%55,9) erkek, 26'sı (%44,1) kızdı, ortalama reaksiyon yaşı 66 (5-207) aydı. Hastaların 35'i (%59,4) ürtiker, 15'i (%25,4) atopik dermatit, 9'u (%15,3) anjiyoödem, 8'i (%13,6) anafilaksi, 5'i (%8,5) oral alerji sendromu ile başvurdu; 40'ında (%67,8) ek besin alerjisi, 30'unda (%50,8) ek alerjik hastalık mevcuttu. Alerji öyküsüne en fazla sebep olan meyveler kivi (18, %30,5) ve muz (15, %25,4) idi. Hastaların ortalama mutlak eozinofil sayısı $377,3 \times 10^3 \mu\text{L}$ (ortanca $340 \times 10^3 \mu\text{L}$), ortalama total IgE düzeyi ise 313,8 kU/L (ortanca 150 kU/L) olarak hesaplandı (Tablo1). Anafilaksi gelişimi ile total IgE düzeyi, mutlak eozinofil sayısı, ek besin alerjisi ve alerjik hastalık öyküsü arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnızca total IgE düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Sonuç: Polikliniğimizde takip edilen meyve alerjilerinin demografik ve klinik özellikleri literatürle benzerlik göstermiştir. En sık kivi ve muz ile reaksiyon görülmüş ve reaksiyon genellikle lokal ve hafif şiddette ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alerji, Meyve, Reaksiyon

Tablo1. Hastaların Özellikleri

DEĞİŞKEN (n=59)	n (%)
<u>Cinsiyet</u>	
Kız	26 (%44,1)
Erkek	33 (%55,9)
<u>Ortalama reaksiyon yaşı (ay)</u>	66 (min. 5, max. 207)
<u>Reaksiyon Türü</u>	
Ürtiker	35 (%59,3)
Atopik dermatit	15 (%25,4)
Anjioödem	9 (%15,3)
Anafilaksi	8 (%13,6)
Oral alerji sendromu	5 (%8,5)
<u>Reaksiyona sebep olan meyve</u>	
Kivi	18 (%30,5)
Muz	15 (%25,4)
Domates	8 (%13,6)
Elma	8 (%13,6)
Çilek	6 (%10,2)
Kiraz	5 (%8,5)
Portakal	5 (%8,5)
Armut	3 (%5,1)
Avokado	2 (%3,4)
Karpuz	2 (%3,4)
Şeftali	2 (%3,4)
Erik	1 (%1,7)
İncir	1 (%1,7)
Mandalina	1 (%1,7)
<u>Total IgE</u>	
<100 kU/L	22 (%37,3)
>100 kU/L	32 (%54,2)
<u>Mutlak Eozinofil Sayısı</u>	
Normal (0-500x10 ³ µL)	44 (%74,6)
Hafif Yüksek (500-1500x 10 ³ µL)	12 (%20,3)
<u>Polen Duyarlılığı</u>	
Var	20 (%33,9)
Yok	27 (%45,8)
<u>Ek Besin Alerjisi</u>	
Var	40 (%67,8)
Yok	19 (%32,2)
<u>Ek İlaç Alerjisi</u>	
Var	2 (%3,4)
Yok	57 (%96,6)
<u>Ek Alerjik Hastalık</u>	
Alerjik Rinit	26 (%44,1)
Atopik Dermatit	15 (%25,4)
Astım	13 (%22,0)
Eozinofilik Özofajit	6 (%10,2)

[EP-29]

YUMURTA SARISI ALERJİSİ: IGE VE NON-IGE REAKSİYONU OLAN HASTALARDA BESİN YÜKLEME TESTLERİ**SANIYE MERTEK ŞENSOY, GÜLİZAR DEMİR, DUYGU PEKER,
MUKADDES CİHAN, HANİFE SANDIKÇI, NALAN YILDIZ, FAZIL ORHAN**

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALERJİ BİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Besin yükleme testleri (BYT) besin alerjisinin hem tanısında hem tolerans gelişiminin belirlenmesinde kullanılan altın standart testlerdir. Yumurta alerjisi çocukluk çağında en yaygın görülen besin alerjilerindedir. Bu çalışmada yumurta sarısı alerjisi olan hastalara uygulanan besin yükleme testlerinin sonuçları incelendi.

Yöntem: 2015-2025 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji hastalıkları polikliniğine başvuran; yumurta sarısı ile IgE aracılı reaksiyon ve besin protein ilişkili enteropati (BPIES) tanısı alan hastalara uygulanan besin yükleme testleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanıları, eşlik eden besin duyarlılıkları/alerjileri, eşlik eden atopik hastalıklar, eozinofil sayıları, total IgE düzeyleri, yumurta sarısı ile prick testi (DPT), spesifik IgE (f75) düzeyleri ve BYT sonuçları kaydedildi. BYT, Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği Besin Yükleme Rehberi protokolüne uygun olarak yapıldı.

Bulgular: Toplam 35 hasta çalışmaya dahil edildi (ortanca yaş 9 [1-102] ay; 19 [% 54,3] erkek). Hastaların tanıları ürtiker (26, %74,3), BPIES (7, %20) ve anafilaksiydi (2, %5,7). En sık eşlik eden besin duyarlılıkları yumurta beyazı (22, %62,9), süt (13, %37,1) ve fındık (3, %8,6) olarak saptandı. Eşlik eden atopik dermatit, astım, alerjik rinit sırasıyla 10 (%28,6), 3 (%8,6), 3 (%8,6) hastada saptandı. Ortalama eozinofil sayısı 345 ± 263 hücre/ μ L, ortanca total IgE 58 [15-868] IU/mL idi. Hastaların 16'sında (%45,7) DPT, 10'unda (%30) f75 pozitif bulundu. Ortanca f75 düzeyi 0,20 [0,04-5,29] idi. BYT sırasında ortanca yaş 13 [6-187] ay idi. Hastaların 29'unda (%82,9) BYT sonucunda reaksiyon oluşmadı. Reaksiyon gelişen hastaların 3'ü (%50) ürtiker, 2'si (%33,3) BPIES, 1'i (%16,7) anafilaksiydi. Çalışma grubumuz için yumurta sarısına ortalama tolerans gelişme yaşı $21,52 \pm 20,43$ aydı. IgE aracılı reaksiyon ve BPIES tanısı olan hastaların ortalama tolerans gelişme yaşları ise sırasıyla $22,83 \pm 22,07$ ve $15,2 \pm 7,8$ ay ($p=0,97$) olarak saptandı.

Sonuç: Çalışma grubumuzda yumurta sarısı ile BPIES'li hastalarda IgE aracılı reaksiyonu olan hastalara göre daha erken yaşta tolerans gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alerji, Tolerans, Yumurta, Yükleme

Tablo 1: Çalışma grubunun demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Özellik	Sayı
Toplam hasta sayısı	35
Yaş (ay), ortanca (min-max)	9 (1-102)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	19 (54,3)
Kız	16 (45,7)
Reaksiyon tipi, n (%)	
Ürtiker	26 (74,3)
BPIES	7 (20)
Anafilaksi	2 (5,7)
Eşlik eden besin duyarlılığı, n (%)	
Yumurta beyazı	22 (62,9)
Süt	13 (37,1)
Fındık	3 (8,6)
Yer fıstığı	2 (5,7)
Tahin	1 (2,9)
Ceviz	1 (2,9)
Eşlik eden atopik hastalıklar, n (%)	
Atopik dermatit	10 (28,6)
Rinit	3 (8,6)
Astım	3 (8,6)
Eozinofil Sayısı (hücre/ μ L), ortalama \pm SD	345 \pm 263
Total IgE (kU/L), ortanca (min-max)	58 (15-868)
Deri prick testi, n (%)	
Pozitif	16 (45,7)
Negatif	19 (54,3)
Yumurta IgE düzeyleri (kU/L), ortanca (min-max)	
Tanı anında	0,20 (0,04-5,29)
BYT sırasında	0,20 (0,04-1,90)
BYT'de akut reaksiyon, n (%)	6 (17,1)
Ürtiker	3 (8,6)
BPIES	2 (5,7)
Anafilaksi	1 (2,9)
BYT sırasında yaş (ay), ortanca (min-max)	13 (6-187)
Tolerans gösteren hastaların yaşı (ay), ortalama \pm SD	21,52 \pm 20,43
IgE aracılı reaksiyon	22,83 \pm 22,07
BPIES	15,2 \pm 7,8

*Bir hastada birden fazla besin duyarlılığı ve atopik hastalık bulunabilmektedir

[EP-30]

ADANA PEDIATRİK ALERJİ (ADAPAR) DOĞUM KOHORT ÇALIŞMASININ 12.YIL VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**HÜSEYİN ARSLAN¹, ELİSA KUNDAKÇI², MEHMET İNALTEKİN²,
HATİCE BÜŞRA FİDAN², HÜSEYİN BAŞPINAR², DİLEK ÖZCAN², MAHİR SERBES²**

1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI

Amaç: Bu çalışmada, Şubat 2010–Şubat 2011 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde doğan bebeklerin doğumdan 12 yaşına kadar izlenerek atopik dermatit, astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit, besin alerjisi ve ilaç alerjisi gelişiminin değerlendirilmesi; bu hastalıkların prevalanslarının ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya toplam 481 çocuk dahil edildi. Katılımcıların ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Çocukların 125'ine klinik ve laboratuvar değerlendirme yapılırken, 356'sına yalnızca anket uygulandı. Anne ve bebeğe ait demografik veriler, prenatal ve perinatal öykü, doğum şekli, gestasyon haftası, doğum ağırlığı, ailede atopik hastalık öyküsü, gebelikte sigara maruziyeti, enfeksiyon öyküsü, ilaç ve vitamin kullanımı, sosyoekonomik durum ve çevresel faktörler kayıt altına alındı. Astım, alerjik rinit ve atopik dermatit sorgulaması için doğrulanmış uluslararası skorlamalar kullanıldı. Katılımcılar fizik muayene, kan örneği, deri prick testi (DPT), solunum fonksiyon testi (SFT) ve Phadiatop testi sonuçları ile değerlendirildi. DPT'de negatif kontrole göre ≥ 3 mm endurasyon pozitif kabul edildi.

Bulgular: Çocukların %54'ü erkek, %46'sı kızdı; yaş ortalaması $12,04 \pm 0,20$ yıldır. Doğumların %62,8'i sezaryen ile gerçekleşti. Çocukların %22,5'inde ebeveynler arasında akrabalık mevcuttu. İlk bir yıl içinde %25,4'ünde wheezing, %8,5'inde pnömoni öyküsü saptandı. On iki yaşına kadar izlemde atopik dermatit %17,0, alerjik rinit %5,6 ve doktor tanılı astım %2,5 oranında bulundu. Atopisi olan çocuklarda Phadiatop düzeyleri, atopisi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Atopik dermatiti olan çocuklarda alerjik rinit ve astım görülme oranı daha yüksekti. Ebeveynleri arasında akrabalık bulunan çocuklarda alerjik rinit prevalansı artmıştı.

Sonuç: Bu çalışma, çocukluk çağında atopi ile atopik dermatit, alerjik rinit ve astım arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Phadiatop pozitifliği, alerjik hastalıklarla uyumlu bulunmuştur. Bulgular, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin atopik hastalık gelişimindeki önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: alerjik dermatit, alerjik rinit, astım

[EP-31]

ADÖLESAN HASTADA NADİR GÖRÜLEN MUZ ANAFİLAKSİSİ**EBRU SOLAKOĞLU KÜÇÜKDOĞRU¹, MERVE BEGÜM ÖZTÜRK¹, EZGİ ULUSOY SEVERCAN¹, SEDA ŞİRİN²**

1 ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BÖLÜMÜ
2 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BÖLÜMÜ

Giriş: Muz (*Musa acuminata*), farklı etnik gruplarda temel bir besin maddesi olup yüksek besin değeri nedeniyle çocukluk çağında yaygın olarak tüketilmektedir. Genel popülasyonda muz tüketimine bağlı alerji nadir olmakla birlikte, aşırı duyarlılık reaksiyonu gösteren bireylerin oranı %0,04-1,2 arasında bildirilmektedir. Bununla birlikte, son yıllarda hem infantlarda hem de erişkinlerde muz alerjisine bağlı olguların giderek arttığı gözlenmektedir. Bugüne kadar muzda beş majör alerjen tanımlanmıştır: Mus a 1 (profilin), Mus a 2 (sınıf I kitinazlar), Mus a 3 (non-spesifik lipid transfer proteini), Mus a 4 (thaumatin-benzeri protein) ve Mus a 5 (β-1,3-glukanaz). Bu alerjenler arasında Mus a 1, polen-besin sendromu ile ilişkili bir panalerjen iken; Mus a 2 özellikle lateks-besin sendromunda rol oynayan başlıca muz alerjenlerinden biridir. Polen-besin sendromunda rol alan alerjenik profilinler, ağaç, çimen ve yabancı ot polenlerinin yanı sıra muz, kavun, karpuz, domates, turunçgiller ve cennet hurması gibi çeşitli meyve ve sebzelerde tanımlanmıştır. Bu olgu sunumunda, muz tüketimini takiben anafilaksi gelişen bir çocuk hasta sunulmaktadır.

Olgu: 12 yaşında kız hasta, muz tükettikten 5 dakika içerisinde dudaklarda, dilinde şişlik ve nefes darlığı ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde dudaklarda, dilde şişlik ve uvula ödemi saptanan hastaya 0,01 mg/kg intramusküler adrenalin ve antihistaminik tedavisi uygulandı. İzlemede hastanın bulguları tamamen geriledi. Öncesinde muz sorunsuz tükettiği öğrenildi. Hastaya muz tüketmemesi önerildi ve adrenalin oto-enjektörü reçete edildi. Hastanın izleminde kivi, cennet hurması, çekirdekli/çekirdeksiz üzüm, dut, domates tükettikten hemen sonrasında boğazında kaşıntı, karıncalanma, dudakta şişlik geliştiği bu nedenle belirtilen besinleri tüketmediği öğrenildi. Mevsimsel alerjik rinit semptomları yoktu. Muz, kivi, cennet hurması, üzüm ile prik to prik (PTP) yapıldı, sırasıyla 11*10/35mm, 9*6/30mm, 7x6/25 mm ve 5x4/20 mm saptandı. Lateks ve aeroalerjen deri prik testi negatif olan hastanın muz spesifik IgE (sp IgE) 30,3 kUA/L, kivi sIgE 34,4 kUA/L ve lateks sIgE 1 kUA/L, total IgE:408 IU/ml saptandı. Lateks ile provokasyon testinde reaksiyon izlenmedi. Çapraz reaksiyon riski olan besinlerden kaçınması önerildi.

Tartışma: Muz anafilaksi nadir görülmekte olup eşlik edebilecek çoklu besin reaksiyonları ile çapraz reaktivite açısından klinik değerlendirme önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Muz alerjisi, Anafilaksi, Çapraz reaktivite, Besin alerjisi

[EP-32]

**ÇOCUKLUK ÇAĞI BESİN ALERJİLERİNDE BASAMAKLI
ORAL PROVOKASYON TESTLERİ****SİBEL KAPLAN SARIKAVAK¹, TALAT SARIKAVAK², MERYEM ÖZÇELİK³,
MİHRİBAN RENCÜZOĞULLARI¹, ÇİĞDEM AYDOĞMUŞ³, PINAR GÖKMİRZA³**

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, HASEKİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTENESİ, PEDIATRİK ALERJİ VE KLİNİK İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

2 ATLAS ÜNİVERSİTESİ PSİKIYATRİ BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BAŞAKŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ, PEDIATRİK ALERJİ VE KLİNİK İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Besin alerjisi olan çocuklarda birden fazla besin alerjisinin birlikte görülmesi sık olup, bu birliktelikler klinik seyri ve tolerans gelişimini etkileyebilir. Bu çalışmada, hasta grubunda eşlik eden besin alerjisi paternlerinin tanımlanması ve tolerans gelişimini değerlendirmek amacıyla uygulanan oral besin provokasyonlarının (OBP) sonuçlarının ayrıntılı olarak incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Besin alerjisi tanısı alan 178 çocuk hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, besin alerjisi dağılımları, klinik reaksiyonlar ve OBP sonuçları analiz edildi. İstatistiksel analizler uygun testler kullanılarak yapıldı. Tolerans gelişimini değerlendirmek amacıyla basamaklı protokollerle uygulanan toplam 366 OBP değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %65,2'sinde birden fazla besin alerjisi saptandı. En sık görülen besin alerjileri yumurta (%75,8) ve süt (%60,1) idi. Dana eti alerjisi yalnızca süt alerjisi olan hastalarda görülürken (%14,0; p=0,003), buğday alerjisi yumurta (%11,9; p=0,018) ve susam alerjisi (%35,7; p=0,040) olan hastalarda daha sık izlendi. Susam alerjisi, ağaç yemişi (%85,7; p<0,001) ve baklagil alerjileri (%42,9; p=0,008) ile güçlü birliktelik gösterdi. Lojistik regresyon analizinde susam alerjisi (OR=11,63; %95 GA: 2,36–57,33) ve baklagil alerjisi (OR=3,71; %95 GA: 1,44–9,54), ağaç yemişi alerjisi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Toplam 366 OBP'nin 337'si (%92,1) başarıyla tamamlandı, 22'si (%6,0) başarısızlıkla sonuçlandı ve 7'si (%1,9) gıda reddi nedeniyle sonlandırıldı. En sık provokasyon yapılan besinler yumurta (%43,7) ve süt (%43,4) idi. Başarısızlık oranı en yüksek süt provokasyonlarında %8,2 (13/159) olarak saptandı. OBP sırasında en sık gözlenen reaksiyon ürtiker olup 13 olguda (%3,6) izlendi; bunu non-spesifik eritem (%1,6) izledi. Anafilaksi nadir olup yalnızca 3 provokasyonda (%0,8) gözlemlendi. Non-spesifik döküntü gelişen iki olgu ve egzema alevlenmesi izlenen bir olguda provokasyonlar güvenle sürdürülerek başarıyla tamamlandı. Reaksiyonların ilk doz sonrası ortaya çıkış süresi ortalama $41,2 \pm 42,7$ dakika, medyan 15 dakika (5–180) idi.

Sonuç: Besin alerjisi olan çocuklarda belirgin eşlik eden besin alerjisi paternleri bulunmaktadır. Tolerans gelişimini değerlendirmek amacıyla seçilmiş düşük riskli hasta grubunda uygulanan basamaklı oral besin provokasyonları, yüksek başarı oranı ve düşük ciddi reaksiyon sıklığı ile güvenli ve etkili bir yaklaşım sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, oral provokasyon testi, IgE aracılı besin alerjisi

Tablo1

Tablo. Besin grubuna göre oral besin provokasyonu sonuçları

Besin grubu	Başarısız n (%)	Başarılı n (%)	Gıda reddi n (%)	Toplam n (%)
Yumurta	5 (3,1)	151 (94,4)	4 (2,5)	160 (43,7)
Süt	13 (8,2)	144 (90,6)	2 (1,3)	159 (43,4)
Kuruyemiş	1 (5,6)	17 (94,4)	0 (0,0)	18 (4,9)
Sebzeler	1 (10,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	10 (2,7)
Tavuk / Dana eti / Balık	0 (0,0)	8 (100,0)	0 (0,0)	8 (2,2)
Baklagiller	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	7 (1,9)
Susam	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (0,8)
Buğday	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
Toplam	22 (6,0)	337 (92,1)	7 (1,9)	366 (100,0)

Dipnot: Veriler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Başarısız, Başarılı ve Gıda reddi sütunlarındaki yüzdeler her bir besin grubu içinde hesaplanmıştır. Toplam sütunundaki yüzdeler tüm oral besin provokasyonları içindeki oranı göstermektedir. OBP: Oral besin provokasyonu.

[EP-33]

ATOPİSİ OLAN BİR HASTADA KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK (MMR) AŞISI SONRASI ANAFİLAKSİ GELİŞEN BİR OLGU SUNUMU**HANDE ÜÇLER ÇINAR, YASEMİN TEPE, İDAN FIRAT UNAY,
ZEYNEP EFŞAN BAŞER SİNOPLU, KAZIM OKAN DOLU, HİMMET HALUK AKAR**

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Besin alerjilerinin (BA) küresel yükü ve görülme sıklığı giderek artmakta ve önemli sağlık sorunları ortaya çıkarmaktadır. Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (KKK) aşısını takiben anafilaksi nadir görülse de, gıda proteinlerinden elde edilen aşı yardımcı maddeleri, atopik geçmişi ve şiddetli BA öyküsü olan hastalar için potansiyel bir risk oluşturmaktadır.

Olgu: Bu olgu sunumunda, sadece anne sütü aldığı dönemde atopik dermatiti nedeniyle araştırılırken yumurta ve inek sütü alerjisi saptanan, rutin KKKK aşılmasını takiben dispne, paroksizmal öksürük ve perioral siyanoz gibi şiddetli semptomlar gelişen bir yaşında erkek hasta paylaşılmıştır.

Tartışma: Hastanın reaksiyonu, aşı formülündeki laktalbumin hidrolizat stabilizatörü ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır, çünkü hastanın şiddetli İnek Sütü Protein Alerjisi (İSPA) ve yüksek sIgE düzeyleri aşırı duyarlılığı açıklamaktadır, ancak eş zamanlı yumurta alerjisi katkıda bulunan bir faktör olabilir. Literatürde, bu spesifik laktalbumin içeren aşının İSPA'lı çocuklarda anafilaksiye yol açtığını destekleyen vaka raporları bulunmaktadır. Hastamızın öyküsünde IgE aracılı BA reaksiyonu öyküsü olmamasına rağmen aşı sonrasında ani ve ciddi reaksiyon gelişmesi nedeniyle ilginçtir. Bu vaka, sağlık hizmeti sağlayıcılarının aşı prospektüslerini tüm potansiyel besin proteini yardımcı maddeleri (örneğin jelatin, kazein, laktalbumin hidrolizat) açısından titizlikle incelemeleri, mümkünse doğrulanmış protein içermeyen alternatifleri seçmeleri ve aşılamanın acil anafilaksi yönetimi için donanımlı bir ortamda yapılmasını sağlamaları gerektiğini hatırlatan önemli bir örnektir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Atopik Dermatit, Besin alerjisi, KKK aşısı

[EP-34]

PEDİATRİK EOZİNOFİLİK GASTRİTTE DUPİLUMAB İLE SAĞLANAN KLİNİK VE HİSTOLOJİK REMİSYON: BİR OLGU SUNUMU**OZAN KAPÇAY¹, BURCU HIDIMOĞLU², BİLAL TUNÇTÜRK³, FİLİZ DEMİR ŞAHİN¹, MEHMET KILIÇ¹**

1 FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI, ELAZIĞ
 2 DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ, ÇOCUK GASTROENTEROLOJİSİ, DİYARBAKIR
 3 DİYARBAKIR SELAHADDİN EYYUBİ DEVLET HASTANESİ, TIBBİ PATOLOJİ, DİYARBAKIR

Giriş: Eozinofilik özofajit (EoE) dışı eozinofilik gastrointestinal hastalıklar (EGID), nadir görülen ve standart tanı-tedavi kılavuzları bulunmayan primer inflamatuvar bozukluklardır. Tutulum yerine göre eozinofilik gastrit (EoG), gastroenterit, enterit ve kolit olarak sınıflandırılır. Tanı; gastrointestinal semptomlar, histolojik eozinofilik infiltrasyon ve diğer nedenlerin dışlanmasına dayanır. EoG, IL-4 ve IL-13 aracılı Th2 inflamasyonu ile ilişkili olup tedavi seçenekleri sınırlıdır. Dupilumab, EoE'de etkinliği kanıtlanmış bir IL-4Ra inhibitörüdür; ancak pediatrik EoG'de kullanımına ilişkin veriler oldukça sınırlıdır.

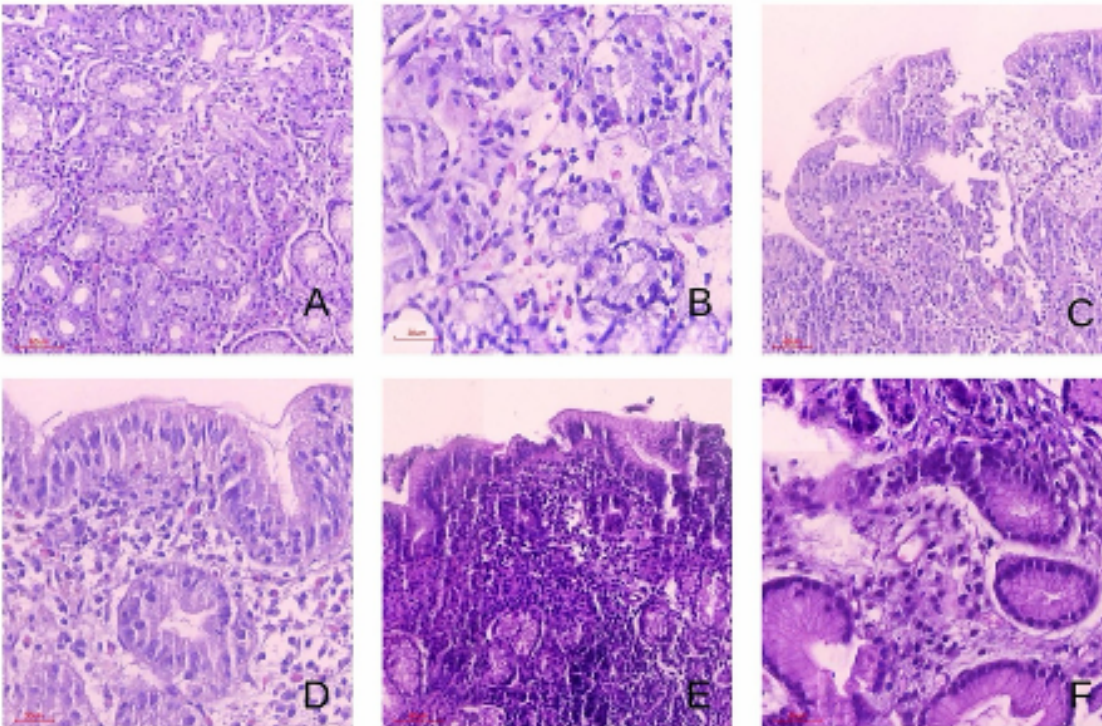
Olgu: On dört yaşında kız hasta, yaklaşık bir yıldır giderek artan postprandiyal bulantı ve kusma şikâyetleri ile başvurdu. Demir eksikliği anemisi nedeniyle yaklaşık dokuz ay oral demir preparatları kullanmış, bu dönemde özellikle kusma yakınmaları belirginleşmiş ve zamanla sürekli hale gelmişti. Özgeçmişinde ailesel Akdeniz ateşi (FMF) mevcuttu ve kolşisin kullanmaktaydı. Atopik hastalık ve gıda alerjisi öyküsü yoktu; spesifik IgE ve deri prick testleri negatifti. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus normal olup eozinofilik özofajit bulgusu saptanmadı. Gastrik biyopsilerde *Helicobacter pylori* negatif aktif kronik gastrit eşliğinde belirgin mukozal eozinofili izlendi (antrumda maksimum 55 eos/HPF, korpusta 35 eos/HPF) (Şekil 1). Duodenum biyopsileri normaldi. Klinik, endoskopik ve histolojik bulgularla hastaya eozinofilik gastrit tanısı konuldu.

Hasta proton pompa inhibitörleri (PPI), sukralfat, oral kortikosteroidler ve altılı besin (süt, buğday, yumurta, soya, kuruyemişler ve deniz ürünleri) eliminasyon diyeti ile tedavi edildi; ancak klinik ve histolojik yanıt alınamadı. Tedaviye dirençli seyir nedeniyle dupilumab (300 mg, iki haftada bir) başlandı. Kusma ilk hafta içinde tamamen düzeldi; üçüncü ayda tüm gastrointestinal semptomlar kayboldu. Altı buçuk aylık takipte endoskopik olarak gastrik mukozada belirgin iyileşme ve histolojik olarak mukozal eozinofil sayısında belirgin azalma (<5 eos/HPF) saptandı (Şekil 1). Oral kortikosteroidler ve PPI kesildi, eliminasyon diyeti sonlandırıldı. Tedavi sırasında yalnızca hafif göz ve kemik ağrısı gözlemlendi.

Tartışma: Bu olgu, dupilumabın pediatrik eozinofilik gastritte klinik ve histolojik remisyon sağlayabileceğini göstermektedir. Bulgularımız, EoE dışı pediatrik EGID'lerde dupilumabın umut verici bir tedavi seçeneği olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: eozinofilik gastrit, eozinofilik gastrointestinal hastalıklar, dupilumab, pediatrik

Şekil 1: Eozinofilik gastritte histolojik remisyon



A-D: Lamina propria ve yer yer epitelde belirgin artmış eozinofil varlığı, E-F: Kontrol biyopsisinde öncekilere kıyasla eozinofil sayısında belirgin azalma ([A,C ve E: H&E, 200X] [B,D ve F: H&E, 400X])

[EP-35]

ÇOKLU BESİN ALERJİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ IGE ARACILI İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE BAŞLANGIÇTAKİ ŞİDDETLİ KLİNİK REAKSİYONLAR PERSİSTANSI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

ERCAN YILMAZ, ERDEM TOPAL

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ÇOCUK İMMÜNÖLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI MALATYA

Amaç: Çoklu besin alerjisinin eşlik ettiği IgE aracılı inek sütü alerjisinde tolerans gelişmemesini öngören bağımsız klinik belirteçlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, çoklu besin alerjisinin eşlik ettiği IgE aracılı inek sütü alerjisi tanısı olan 134 çocuk dahil edildi. Hastalar tolerans gelişim durumuna göre iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, besin alımı ile başlangıçta ortaya çıkan klinik bulgular ve laboratuvar parametreleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Hastalarda tolerans gelişmemesi ile ilişkili bağımsız risk faktörlerini belirlemek için, univaryant analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan ($p < 0,05$) klinik değişkenler multivaryant lojistik regresyon analizine tabi tutuldu.

Bulgular: Hastaların 96 (%71,6)'sı erkek olup ortalama yaşları 84 ay (33-146 ay) idi. Semptomların başlangıç yaş ortancası 5 ay (1-36 ay), ortalama izlem süreleri ise 79 ay (1-93 ay) idi. Hastaların 57 (%42,5)'sinde atopik egzama, 19 (%14,2)'unda rekürren hışıltı/astım mevcuttu. İnek sütü alerjisine eşlik eden diğer besin alerjileri arasında en sık sırasıyla yumurta [68 hasta (%50,7)], yer fıstığı [19 hasta (%14,1)], mercimek [3 hasta (2,2)], kırmızı et [4 hasta (2,9)] ve ceviz [1 hasta (%0,7)] yer alıyordu. Laboratuvar değerlendirmesinde süt spesifik IgE ortanca düzeyi 5,6 kU/L (0,1-268), ortalama eozinofil sayısı $5,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ (0,1-38) ve ortalama deri prik testi çapı 3 mm (0-15) saptandı. (Tablo 1).

İnek sütü protein alerjisinin başlangıç semptomları arasında en sık kutanöz belirtiler mevcuttu (kaşıntı, hastaların %72,4'ünde, ağız çevresinde kızarıklık %61,9'unda, anjiyoödem %53'ünde, ve ürtiker %44,8'inde gelişmişti). Gastrointestinal semptomlar arasında en sık kusma [17 hasta (%12,7)] ve solunum yolu semptomları arasında en sık hışıltı [25 hasta (%18,7)] gelişmişti. Hastaların 33 (%24,6)'üne anafilaksi tanısı konulmuştu (Tablo 2).

Multivaryant lojistik regresyon analizinde inek sütü alımından sonra başlangıç reaksiyonunun hışıltı olması [OR: 3,88 (1,34-11,23), $p=0,012$], hipotansiyon olması [OR: 6,97 (1,58-30,8), $p=0,009$] ve anafilaksi olması [OR: 4,52 (1,72-11,89), $p=0,002$] tolerans gelişmemesi ile ilişkili bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç: Özellikle besin alımından sonra başlangıçtaki sistemik ve solunumsal tutulumla seyreden şiddetli reaksiyonlar çoklu besin alerjisinin eşlik ettiği IgE aracılı inek sütü alerjisinde tolerans gelişmemesiyle ilişkili risk faktörleridir. Bu nedenle başlangıçtaki şiddetli klinik bulgular hasta yönetim sürecinde mutlaka göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çoklu besin alerjisi, inek sütü alerjisi, tolerans

Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Özellik	Değer
Toplam hasta sayısı (n)	134
Erkek cinsiyet, n (%)	96 (%71,6)
Yaş, ay (ortanca, IQR)	84 (33-146)
Semptom başlangıç yaşı, ay (ortanca, IQR)	5 (1-36)
İzlem süresi, ay (ortanca, IQR)	79 (1-93)
Atopik egzama, n (%)	57 (%42,5)
Rekürren hışıltı/astım, n (%)	19 (%14,2)
Eşlik eden besin alerjileri	
Yumurta, n (%)	68 (%50,7)
Yer fıstığı, n (%)	19 (%14,1)
Mercimek, n (%)	3 (%2,2)
Kırmızı et, n (%)	4 (%2,9)
Ceviz, n (%)	1 (%0,7)
Süt spesifik IgE, kU/L (ortanca, IQR)	5,6 (0,1-268)
Eozinofil sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$ (ortanca, IQR)	5,4 (0,1-38)
Deri prik testi çapı, mm (ortanca, IQR)	3 (0-15)

İnek Sütü Protein Alerjisinin Başlangıç Klinik Bulguları

Klinik bulgular	n (%)
Kutanöz semptomlar	
Kaşıntı	%72,4
Ağız çevresinde kızarıklık	%61,9
Anjiyoödem	%53,0
Ürtiker	%44,8
Gastrointestinal semptomlar	
Kusma	17 (%12,7)
Solunum yolu semptomları	
Hışıltı	25 (%18,7)
Anafilaksi	33 (%24,6)

[EP-36]

IGE ARACILI İNEK SÜTÜ ALERJİLİ ÇOCUKLARDA ULUSAL VE ULUSLARARASI KABUL GÖRMÜŞ KESTİRİM DEĞERLERİ İLE TOLERANS DEĞERLENDİRİLMESİ**CANSU KAVUKÇU HORASAN, NURAN ÖZÇİFTÇİ ERTUĞRAL,
MUSTAFA BEYKAN İSTANBULLU, CEBBAR YILDIRIMÇAKAR, EBRU ARIK YILMAZ**

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Amaç: İnek sütü (İS) alerjisi çocukluk çağında görülen en sık IgE-aracılı besin alerjisidir. Toleransın değerlendirilmesinde ulusal/uluslararası kabul görmüş İS spesifik (s) IgE kestirim değerlerine göre yapılacak besin yükleme testleri (BYT) en güvenilir yöntemdir. Ülkemizde bu değerlere göre yapılan BYT verileri kısıtlıdır. Çalışmamızda yaygın kullanılan kestirim değerlerine göre yapılan BYT sonuçlarımız sunulmuştur.

Yöntem: Kliniğimizde IgE-aracılı İS alerjisi ile takip edilen, Ocak 2019-Aralık 2025 arasında tolerans gelişimini belirlemek amacıyla BYT yapılan hastalar, öncesinde İS sIgE düzeylerinin uluslararası (Sampson ve ark, 2001, tüm yaşlarda 15 kU/L) veya ulusal (Yavuz ve ark, 2013, tüm yaşlarda 11 kU/L, <2 yaş 10,7 kU/L, <4 yaş 13 kU/L, <6 yaş 18,9 kU/L) yayınlarda önerilen kestirim değerlerinin altında olmasına göre gruplandırılarak sonuçları incelendi.

Bulgular: Tüm İS BYT'leri arasında test öncesi İS sIgE düzeyleri uluslararası (n=49) ve ulusal (n=45) kestirim değerlerinin altında hastaların cinsiyet dağılımları, İS ilişkili semptomların başlama, başvuru ve BYT yaşları benzerdi. Uluslararası kestirim değerlerine göre BYT yapılmış olan hastaların 10'unda (%20,4) BYT pozitif. Reaksiyonlar hastaların 8'inde (%16,3) cilt/mukoza bulgusu; 2'sinde (%4,1) anafilaksiydi. Hastaların 25 (%51)'inde atopik dermatit (AD); 7'sinde (%14,3) astım/hışıltılı çocuk; 4'ünde (%8,2) alerjik rinit (AR) vardı. Hastaların 7'sinde (%14,3) İS ile anafilaksisi öyküsü vardı. Ulusal kestirim değerlerine göre BYT yapılan hastaların 9'unda BYT (%20) pozitif. Reaksiyonlar hastaların 7'sinde (%15,5) cilt/mukoza bulgusu ve 2'sinde (%4,4) anafilaksiydi. Hastaların 22'sinde (%48,9) AD; 7'sinde (%15,6) astım/hışıltılı çocuk, 4'ünde (%8,9) AR öyküsü vardı. Öncesinde İS ile anafilaksisi 6 (%13,3) hastada mevcuttu. Ulusal kestirim değerlerine yaş gruplarına göre bakıldığında; <2 yaş BYT yapılan 21 hastanın 3'ü (%14,3) pozitif sonuçlanmıştı. Hastaların 2'sinde (%9,5) cilt/mukoza bulgusu; 1'inde (%4,8) anafilaksi gelişmişti. <4 yaş 37 hastaya yapılan BYT'lerin 9'u (%24,3) pozitif. Hastaların 6'sında (%16,2) cilt/mukoza bulgusu; 2'sinde (%5,4) anafilaksi gelişmişti. <6 yaşta yapılan 44 BYT'nin 10'u (%22,7) pozitif. Hastaların 7'sinde (%15,9) cilt/mukoza, 1'inde (%2,3) gastrointestinal sistem bulgusu, 2'sinde (%4,8) anafilaksi gelişmişti. BYT'de anafilaksi gelişen hastalar daha önce anafilaksi öyküsü olanlardı.

Sonuç: Bulgularımız çocukluk çağı IgE-aracılı İS alerjilerinde tolerans değerlendirmede ulusal veya uluslararası kestirim değerlerinin altında BYT yapıldığında bile %20 oranında reaksiyon; %4 oranında anafilaksi gelişebileceğini göstermektedir. Anafilaksi gelişme oranları tüm kestirim değerlerinde benzer olup bulgularımız İS alerjisinde tolerans değerlendirmesinde güncel kohortlarla yeni kestirim değerlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, besin yükleme testi, inek sütü protein alerjisi, tolerans

[EP-37]

BESİN PROTEİN İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT SENDROMU TANISI ALAN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**KEZBAN İPEK DEMİR¹, ARİFE TOKSÖZ¹, ZEYNEP GÜLEÇ KÖKSAL¹,
AYŞEGÜL ERTUĞRUL², SEDA ŞİRİN¹, EZGİ ULUSOY SEVERCAN¹**

¹ ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, ANKARA
² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Besin proteini kaynaklı enterokolit sendromu (BPIES), IgE aracılı olmayan, hücre aracılı mekanizmaların rol oynadığı, çoğunlukla bebeklik döneminde başlayan bir besin alerjisidir. Klinik prezentasyonun heterojen olması ve özgül tanısız biyobelirteçlerin bulunmaması tanı ve yönetimi güçleştirmektedir. Bu çalışmada, BPIES tanılı pediatrik olguların demografik özellikleri, tetikleyici besin profili, klinik fenotipleri ve tolerans gelişim özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ekim 2022–Aralık 2025 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi pediatrik alerji ve immünoloji kliniğinde BPIES tanısı ile izlenen hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, ilk reaksiyon yaşı, reaksiyon sayısı, tetikleyici besinler, fenotip özellikleri ve tolerans gelişimi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 63 hasta dahil edildi (erkek: n=40, %63,5). Tanı anındaki yaş medyan 26 ay (IQR 16–37) idi. Toplam 134 reaksiyon kaydedildi ve ilk reaksiyon yaşı medyan 7 ay (IQR 6–8) olarak saptandı. Reaksiyonlar sırasında 19 hastada acil başvuru ve tıbbi müdahale gereksinimi gelişti; üç hasta yatırılarak izlenirken, iki hasta yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Tetikleyici besinler sırasıyla yumurta sarısı (n=34, %51,5), süt ve süt ürünleri (n=14, %21,2), balık (n=12, %18,1), yumurta beyazı (n=4, %6) ve kırmızı et (n=2, %3) olarak belirlendi. Üç hastada birden fazla tetikleyici besin saptandı. Fenotipik değerlendirmede 10 hastada atipik BPIES, bir hastada kronik BPIES tespit edildi. Tanının doğrulanması ve tolerans gelişiminin değerlendirilmesi amacıyla toplam 30 oral besin provokasyon testi uygulandı; testlerin 10'unda reaksiyon gözlenirken, sekiz hastada tedavi gereksinimi oluştu. İzlemde 30 hastada (%47,6) tolerans gelişti; tolerans yaşı medyan 18 ay (IQR 14–26) idi. Tolerans gelişimi 18 hastada oral besin provokasyon testi ile doğrulanırken, 12 hastada evde tüketim sonrası klinik olarak saptandı.

Sonuç: Bu retrospektif tek merkez kohortta en sık tetikleyici besin yumurta sarısı olup, olguların yaklaşık yarısında erken dönemde tolerans gelişimi izlenmiştir. BPIES'in değişken fenotipik spektrumu göz önünde bulundurularak, tanı ve izlemde klinik farkındalığın artırılması ve standardize yaklaşımların yaygınlaştırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, BPIES, oral provokasyon testi

[EP-38]

**YÜKSEK DOĞURGANLIK ORANINA SAHİP BİR BÖLGEDE İNEK SÜTÜ
PROTEİNİNE BAĞLI ALERJİK PROKTOKOLİT: KLİNİK DENEYİMİMİZ****MEHMET ŞİRİN KAYA, SÜMEYYE BAYSAL**

ŞANLIURFA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, ŞANLIURFA

Amaç: Bu çalışmada, 2021–2025 yılları arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'nde inek sütü proteinine bağlı alerjik proktokolit (İSPA/FPIAP) tanısı alan hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları ve iyileşme süresini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, belirtilen tarihler arasında İSPA/FPIAP tanısı ile izlenen toplam 78 hasta dahil edildi. Hastaların cinsiyeti, tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, aile öyküsü, çoklu besin alerjisi varlığı, kullanılan formül mama türü ve klinik iyileşme süreleri hasta dosyalarından kaydedildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun istatistiksel testler kullanıldı ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 42'si (%53,8) erkek, 36'sı (%46,2) kızdı. Klinik kayıtlara göre hastaların en sık başvuru sebebi kanlı mukuslu gaita çıkarma (%96) olarak tespit edildi. Ortalama tanı yaşı 39 ± 12 gün, semptom başlangıç yaşı ise 24 ± 9 gün olarak saptandı. Çoklu besin alerjisi 11 hastada (%14,1), aile öyküsü ise 17 hastada (%22,0) pozitif. Cinsiyetler arasında tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, çoklu besin alerjisi ve aile öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Toplam 58 hasta (%74,4) ilk bir yıl içinde, 15 hasta (%19,2) ikinci yıl içinde, 5 hasta (%6,4) ise üçüncü yıl sonunda klinik iyileşme gösterdi. Üç yıla uzayan olguların üçünde prematüre öyküsü, dördünde ise çoklu besin alerjisi öyküsü mevcuttu. İyileşme süresi erkeklerde $10,2 \pm 3,1$ ay, kızlarda $11,0 \pm 3,4$ ay olup, cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı ($p=0,41$). Formüla tipi analizi yalnızca formüla ile beslenen hastalarda yapıldı. Aminoasit bazlı mama kullanan hastalarda iyileşme süresi $10,5 \pm 3,2$ ay, ileri hidrolize mama kullananlarda $10,8 \pm 3,5$ ay, pirinç bazlı mama kullananlarda ise $11,1 \pm 3,3$ ay olarak bulunmuş olup, kullanılan formüla tipine göre anlamlı fark izlenmedi ($p=0,93$). Çoklu besin alerjisi bulunan hastalarda ortalama iyileşme süresi $14,2 \pm 2,9$ ay iken, bulunmayanlarda $10,1 \pm 3,0$ ay olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,01$).

Sonuç: İSPA/FPIAP hastalarında klinik iyileşme süresi üzerinde cinsiyet ve kullanılan formül mama tipinin belirgin bir etkisi bulunmamaktadır. Buna karşılık, çoklu besin alerjisi varlığı iyileşme süresini anlamlı şekilde uzatmaktadır. Bu nedenle, çoklu besin alerjisi bulunan hastalarda daha yakın izlem ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnek sütü alerjisi, proktokolit, formüla

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikler

Özellik	Toplam (n=78)	Erkek (n=42)	Kız (n=36)	p
Yaş (tanı, gün)	39 ± 12	38 ± 11	40 ± 13	0,48
Semptom Başlangıç (gün)	24 ± 9	23 ± 8	25 ± 10	0,36
Çoklu Besin Alerjisi, n (%)	11 (%14,1)	6 (%14,3)	5 (%13,9)	0,92
Aile Öyküsü, n (%)	17 (%22,0)	9 (%21,4)	8 (%22,2)	0,88

Tablo 2. Klinik İyileşme Süresinin Klinik Değişkenlere Göre Dağılım

Değişken	n	İyileşme Süresi (ay)	p
Erkek	42	$10,2 \pm 3,1$	
Kız	36	$11,0 \pm 3,4$	0,41
Sadece aminoasit bazlı mama alanlar	24	$10,5 \pm 3,2$	
Sadece hidrolize mama alanlar	11	$10,8 \pm 3,5$	0,93
Sadece pirinç bazlı mama alanlar	12	$11,1 \pm 3,3$	
Çoklu Besin Alerjisi (+)	11	$14,2 \pm 2,9$	
Çoklu Besin Alerjisi (-)	67	$10,1 \pm 3,0$	<0,01

[EP-40]

ATOPIK DERMATİT HASTALARINDA SERUM 25-HİDROKSİVİTAMİN D DÜZEYLERİ: MEVSİMSEL DEĞİŞKENLİK VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**BURCU ÇİL YILMAZ, HATİCE IRMAK ÇELİK, ZEYNEP ŞENGÜL EMEKSİZ, ÖZGE YILMAZ TOPAL, EMİNE DİBEK MISIRLIOĞLU**

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: D vitamini; epidermal bariyer bütünlüğünün sürdürülmesi, filaggrin ekspresyonunun düzenlenmesi ve antimikrobiyal peptid üretiminin artırılması yoluyla atopik dermatit (AD) patogenezinde önemli immünomodülatör etkilere sahiptir. AD'de serum 25-hidroksivitamin D [25(OH)D] düzeyleri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar sınırlı ve heterojendir. Bu çalışmada AD hastalarında 25(OH)D düzeyleri, mevsimsel değişkenlikleri ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde Eylül 2019- Eylül 2025 tarihleri arasında AD tanısı ile takip edilen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, serum 25(OH)D düzeyleri ve AD şiddeti SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) indeksi üzerinden retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar SCORAD indeksine göre hafif (<25), orta (25-50), ağır (>50) AD olarak gruplandırıldı.

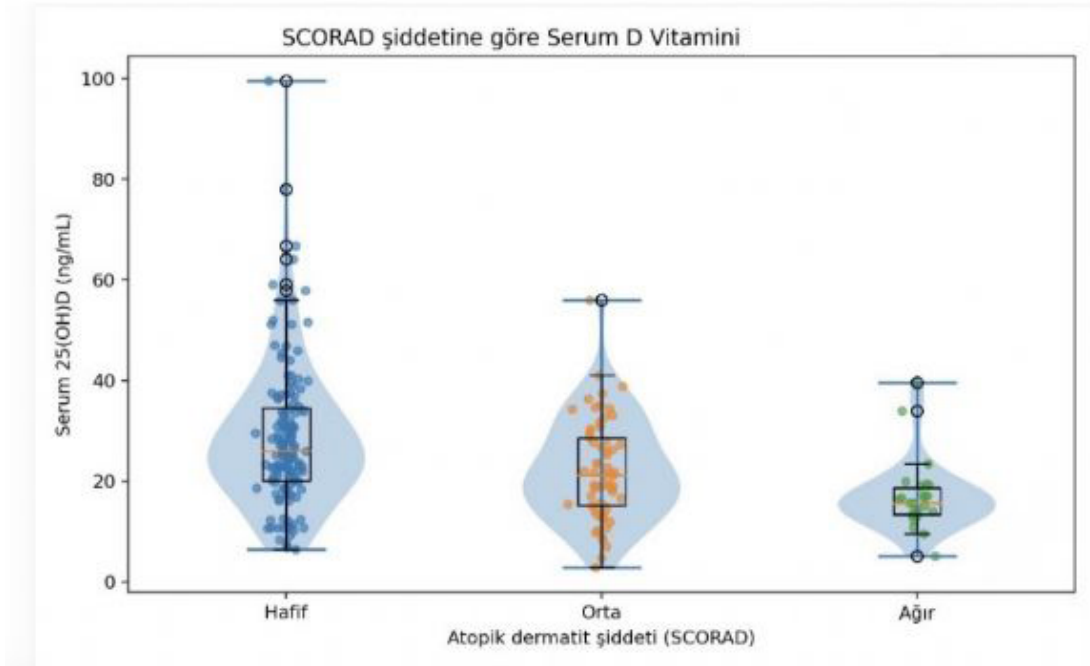
Bulgular: Çalışmada 223 AD hastası değerlendirildi. Hastaların medyan yaşı 25 ay (IQR: 11-72) olup %58,3'ü (n=130) erkekti. SCORAD'a göre hastaların %27,8'i (n=62) orta, %11,7'si (n=26) ağır AD olarak sınıflandırıldı. Ortalama serum 25(OH)D düzeyi 25.53 ± 13.35 (medyan 22.90) ng/mL saptandı. Erkek hastalarda 25(OH)D düzeyleri kızlara kıyasla daha yüksekti (erkeklerde 25,3 ng/mL, kızlarda 21,7 ng/mL; $p=0,0155$). Hastaların yaşı arttıkça serum 25(OH)D düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı gözlemlendi ($r= -0.324$, $p < 0.001$). Hastaların %5,8'inde (n=13) ciddi vitamin D eksikliği, %50,2'sinde (n=112) hafif-orta vitamin D eksikliği mevcuttu. Mevsimsel analizde yaz ve sonbahar aylarında daha yüksek 25(OH)D düzeyleri izlendi (medyan 25(OH)D düzeyleri: yaz 28.5, sonbahar 27.6, ilkbahar 23.7, kış 23.5 ng/mL; $p=0.0899$).

SCORAD indeksine göre hastalık şiddeti arttıkça serum 25(OH)D düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı, ters yönlü bir korelasyon saptandı ($r=-0.346$; $p<0.001$). 25(OH)D düzeyleri hafif AD'de 28.7 ng/mL, orta şiddette 22.1 ng/mL ve ağır AD'de 16.8 ng/mL idi. Hastalık şiddeti ile yaş dağılımı, cinsiyet ve başvuru mevsimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0.075$, $p=0.938$ ve $p=0.925$). Yaş, cinsiyet ve başvuru mevsimi parametreleri ile 25(OH)D düzeyinin birlikte değerlendirildiği ordinal lojistik regresyon analizinde serum 25(OH)D düzeyi hastalık şiddeti ile bağımsız olarak ilişkili saptandı ($p<0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada AD şiddeti arttıkça serum 25(OH)D düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bulgular özellikle orta-ağır AD ve D vitamini eksikliği bulunan çocuklarda 25(OH)D düzeyi izlemi ve replasman stratejilerinin klinik açıdan önemini desteklemektedir. Nedensel ilişkinin netleştirilmesi ve replasmanın hastalık aktivitesi üzerindeki gerçek etkisinin belirlenmesi için prospektif randomize çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, 25-hidroksivitamin D, SCORAD

Hastalık şiddetine (SCORAD) göre serum 25(OH)D düzeylerinin dağılımı



[EP-41]

KRONİK ÜRTİKERLİ 12 YAŞ ALTI İLE 12 YAŞ VE ÜZERİ ÇOCUK HASTALARDA KLİNİK, LABORATUVAR ÖZELLİKLER, TEDAVİ YANITI VE REMİSYONUN KARŞILAŞTIRILMASI

HATİCE DEMİR ÇİLEK¹, H. İLBİLGE ERTÖY KARAGÖL², SİNEM POLAT TERECE², GİZEM KÖKEN², ZEYNEP ÇAVDAR², A. KÜBRA BASKIN², ARZU BAKIRTAŞ²

¹ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, ANKARA
² GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ, ANKARA

Amaç: Kronik ürtiker (KÜ) ≥ 6 haftadır devam eden ürtiker ve/veya anjiyoödem ataklarıyla karakterizedir. Çocuklarda KÜ'ye ilişkin çalışmalar sınırlı olup çoğunlukla klinik-laboratuvar özellikler ile tedavi yanıtı değerlendirilmiş, remisyon yeterince ele alınmamıştır. Çoğu çalışmada çocuk hastalar erişkin hastalar ile karşılaştırılarak veya adolesan hastalar erişkin hastalara dahil edilerek değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise farklı olarak KÜ tanılı <12 yaş ve ≥ 12 yaş çocuk hastalarda klinik-laboratuvar özellikler, tedavi yanıtı ve remisyonun karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2010-Haziran 2024 arasında KÜ tanısı konulan hastaların dosyalarından demografik ve klinik özellikleri, tanı anındaki laboratuvar bulguları, uygulanan tedaviler, tedavi yanıtı ve remisyon durumları kaydedildi. Eksik veriler telefon görüşmeleriyle tamamlandı. KÜ tedavisi standart doz-2 katı-4 katı antihistaminik (AH) ve omalizumab tedavisi şeklinde kategorize edildi. Tedavi yanıtı ≥ 2 hafta ürtikersiz olma, remisyon ise ≥ 6 aydır tedavisiz ürtiker çıkarmama olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen KÜ tanılı 214 hastanın ortalama tanı yaşı $10,9 \pm 4,6$ yıl olup %49'u erkekti. Hastaların %49,5'i <12 yaş, %50,4'ü ≥ 12 yaş grubundaydı. <12 yaş grubunda eşlik eden alerjik hastalık ve astım fazla; sedimentasyon yüksekliği, mutlak lenfosit ve trombosit sayıları daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). ≥ 12 yaş grubunda ortalama trombosit hacmi anlamlı olarak yüksekti ($p = 0,0001$). Omalizumab tedavisi ≥ 12 yaş grubunda daha sık uygulanmıştı (%73,7'e karşı %26,8; $p = 0,04$), diğer tedavi basamakları açısından fark yoktu. Standart doz AH uygulama süresi <12 yaş grubunda daha kısa iken [ortanca 2 ay (1-44)'a karşı 4 ay (1-120); $p = 0,029$], diğer tedavi basamaklarının uygulama süresi ve tedavi yanıtları açısından yaş grupları arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Ortanca remisyon girme süresi 14 ay (7-132) idi. <12 yaş grubunda %75,6, ≥ 12 yaş grubunda %64 remisyon gözlemlendi. Yıllara göre remisyon oranları ve süreleri açısından gruplar arasında fark yoktu ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda 14 yıllık sürede ilk kez tek bir çalışma halinde KÜ'ye ait klinik ve laboratuvar özellikler, tedavi yanıtları ve remisyon yaş gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Herhangi bir tedavi basamağına verilen yanıt, standart doz AH uygulama süresi dışında tedavi süreleri; yıllara göre remisyon oranları ve remisyon süreleri 2 grup arasında farklı değildi. Bu nedenle adolesan grubun erişkin gruba dahil edilerek ya da benzetilerek değerlendirilmemesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: antihistaminik, kronik ürtiker, omalizumab, remisyon, tedavi yanıtı

[EP-42]

FLUSHİNG İLE BAŞVURAN SOLİTER KUTANÖZ MASTOSİTOM: SUSAM ALERJİSİ İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN BİR OLGU**NURAN ÖZÇİFTÇİ ERTUĞRAL**

GİRESUN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLJİ BİLİM DALI, GİRESUN

Giriş: Çocukluk çağı mastositoz olguları genellikle kutanöz tiptedir. Soliter kutanöz mastositom tanısı esas olarak klinikdir ve lezyon morfolojisi, Darier işaretinin pozitifliği ve sistemik tutulumun olmamasına dayanır. Susam alerjisi çocuklarda nadirdir.

Amaç: Burada soliter kutanöz mastositom ve susam alerjisi tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: On beş aylık erkek hasta, kaşıntı ve son 1 aydır hemen her gün görülen flushing şikâyeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 1 ay önce sağ skapula lateralinde döküntü çıktığı ve şikayetlerinin başlama zamanı ile örtüştüğü öğrenildi. Kliniğimize başvurusunda sırtın sağ tarafında sağ skapula lateralinde deriden kabarık, hiperpigmente, etrafı hiperemik, yaklaşık 0,5 x 0,5 cm boyutunda büllöz özellikte tek bir lezyonu mevcuttu (Şekil 1). Organomegali yoktu, diğer sistem muayenesi doğaldı. Soliter kutanöz mastositom düşünülen hastada Darier bulgusu pozitif saptandı. Hastanın serum triptaz düzeyi 4,9 ng/mL idi. Öyküsünde 3 ay önce 1 çay kaşığı tahin tüketimini takiben 20 dakika içinde tüm vücutta ürtikeryal döküntü geliştiği ve antihistamin kullanımı ile gerilediği öğrenildi. Hastanın anafilaksi öyküsü yoktu. Hastanın deri prik testinde susam reaktivitesi 6 x 5 mm, serum susam spesifik IgE düzeyi 8 kU/L saptandı, susam eliminasyonu önerildi. Aileye hastalıklar hakkında bilgi verildi ve ketotifen damla reçete edilerek lüzüm halinde kullanım önerisiyle takibe alındı. Tetikleyicilerden korunma önlemleri anlatıldı. Eşlik eden besin alerjisi de olduğundan gerektiğinde kullanılmak üzere adrenalin otoenjektör reçete edildi ve kullanım eğitimi verildi.

Tartışma: Çocuklarda sıklıkla infantil döneminde ortaya çıkan mastositom tanısı klinik bulgulara dayanır. Çocuklarda yenilebilir tohum alerjileri arasında en sık susam alerjisi görülmele birlikte prevalansı yaklaşık %0,1'dir. Literatürde, çocuklarda susam alerjisi ile soliter kutanöz mastositom birlikteliğinin henüz bildirilmemiş olması dikkat çekicidir. Bu iki farklı antijenin birlikte görülebileceği akılda tutulmalı ve klinisyenler bu konuda farkındalık sahibi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, soliter kutanöz mastositoz, susam alerjisi

Şekil 1

[EP-43]

FİLAGGRİN GEN MUTASYONU İLE İLİŞKİLİ ATOPIK DERMATİT VE BESİN ALERJİSİ: İKİ KARDEŞİN KARŞILAŞTIRMALI OLGU SUNUMU

ASLI BERİVAN TOPÇAK, NİLAY ÇALIŞKAN, GÜLER YILDIRIM, HAMİT BOLOĞUR, HİLAL GÜNGÖR, MERVE KARACA ŞAHİN, MUHAMMED FATİH ERBAY, HASAN TUNÇ ŞARMAN, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, ÖMER YILMAZ ULUTAŞ, ŞULE PAPAĞAN, ŞEFİKA İLKNUR KÖKÇÜ KARADAĞ, DENİZ ÖZÇEKER

SBÜ PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş: Atopik dermatit (AD), genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu gelişen, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Filaggrin (FLG) gen mutasyonları, epidermal bariyer disfonksiyonu üzerinden AD ve besin alerjisi gelişimi ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda, aynı aileden iki kardeşte AD sonrası gelişen besin alerjisi olguları sunulurken, genetik yatkınlık ve tedaviye uyumun klinik seyir üzerindeki etkisinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgular: On beş yaşındaki kız hasta (indeks olgu), geç başlangıçlı ve orta-ağır şiddette AD, alerjik rinit ve besin alerjisi ile değerlendirildi. SCORAD skoru 45 olup, total IgE düzeyi yüksek bulundu. Deri prik testi ve spesifik IgE sonuçları süt ve yumurtaya karşı duyarlılığı destekledi. Eliminasyon diyeti ve topikal tedavi ile klinik remisyon sağlandı. On bir yaşındaki kız kardeşte de benzer şekilde orta-ağır şiddette AD ve inek sütü protein alerjisi saptandı (SCORAD: 48,6). Ancak yetersiz diyet uyumu nedeniyle klinik yanıt sınırlı kaldı. Aile öyküsü doğrultusunda yapılan genetik analizde, FLG geninde frameshift tipinde patojenik bir varyant (c.5690del p.(His1897Profs*198)) saptandı.

Tartışma: Aynı genetik zemine sahip kardeşlerde AD ve besin alerjisi birlikteliği gözlenmesine rağmen, tedaviye ve eliminasyon diyetine uyumun hastalık şiddeti ve prognoz üzerinde belirleyici olduğu görülmüştür. FLG mutasyonları, epidermal bariyer bozukluğu ve alerjen duyarlanması arasındaki ilişkiyi desteklerken, çevresel faktörlerin ve hasta uyumunun klinik seyri anlamlı ölçüde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, Atopik marş, Besin alerjisi, Filaggrin gen mutasyonu, Kardeş olgular

Hastaların Demografik ve Klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Parametre	Olgular 1	Olgular 2
AD başlama yaşı (ay)	48	60
Başvuru yaşı (ay)	178	134
SCORAD	45	48.6
Total IgE (U/mL)	917	976
Süt Sp IgE (kU/L)	>100	60
Beta laktoglobulin Sp IgE(kU/L)	8.57	0.35
Kazein Sp IgE (kU/L)	>100	50
Yumurta sarısı Sp IgE (kU/L)	18.6	0.42
Yumurta Akı Sp IgE (kU/L)	25.8	1.12
Ovomukoid/Ovalbumin Sp IgE (kU/L)	30.4/27.8	0.20/0.33
Deri Prik Testi	Süt:9 mm Yumurta:10mm	-

[EP-44]

**DUDAK PARLATICISI KULLANIMI SONRASI GELİŞEN BİR
KONTAK KEİLİT OLGUSU****MUHAMMED FATİH ERBAY, MERVE KARACA ŞAHİN, HASAN TUNÇ ŞARMAN,
ASLI BERİVAN TOPÇAK, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, ÖMER ULUTAŞ, ŞULE PAPAĞAN,
ŞEFİKA İLKNUR KÖKCÜ KARADAĞ, HİLAL GÜNGÖR, DENİZ ÖZÇEKER**

SBÜ PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş: Alerjik kontak keilit (AKK), dudak ve çevresinde eritem, ödem ve kuruluk ile karakterize gecikmiş tip bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Çocuklarda erişkinlere göre daha nadir görülse de, son yıllarda renkli kozmetik ürünlerin ve dudak parlaticılarının (lipgloss) erken yaşlarda kullanılmasıyla prevalansı artmaktadır. Bu olgu sunumunda, dudak parlaticısı kullanımı sonrası alevlenen ve yama testi ile Fragrance Mix duyarlılığı saptanan bir çocuk hasta sunulmuştur.

Olgu: 10 yaşında kız hasta, yaklaşık 6 aydır devam eden dudak çevresinde kızarıklık, pullanma ve kaşıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, şikayetlerinin özellikle lipgloss sürdükten sonra belirginleştiği, ayrıca aromalı bazı gıdaların tüketimi sonrası da alevlenmeler olduğu öğrenildi. Öz ve soygeçmişinde atopik dermatit öyküsü yoktu.

Hastaya Avrupa Standart Serisi ile deri yama testi uygulandı. Testin 72. saat değerlendirmesinde Fragrance Mix I ile (+++) kuvvetli pozitif reaksiyon saptandı. Hastaya parfümlü kozmetik ürünlerden ve katkı maddeli aromalı gıdalardan kaçınması önerildi. Kısa süreli topikal kortikosteroid tedavisi ve eliminasyon ile lezyonların tamamen gerilediği gözlemlendi.

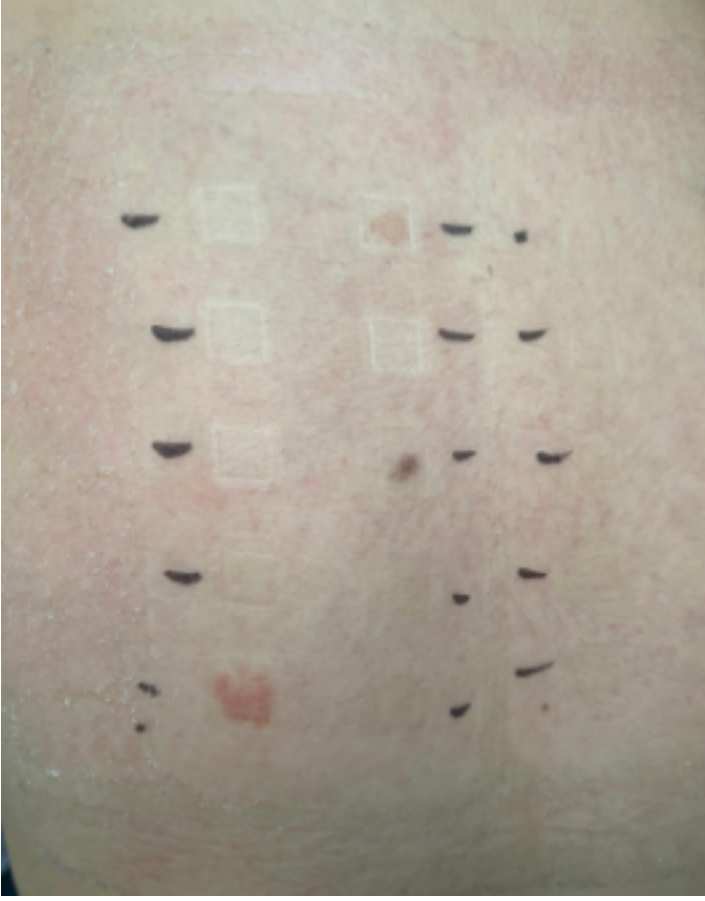
Tartışma: Fragrance Mix; kozmetiklerde, diş macunlarında ve gıdalarda yaygın bulunan sinamil alkol, öjenol ve geraniyol gibi 8 farklı parfüm bileşenini içerir. Literatürde çocukluk çağı kontak dermatitlerinde metallere sonra en sık suçlanan ajanlar arasındadır. Olgumuzdaki gıda ilişkisi, bazı aroma vericilerin (özellikle peru balsamı ve türevleri) yapısal benzerliği nedeniyle oral mukozaya ile temasında dermatiti tetiklemesiyle açıklanabilir.

Dirençli perioral egzeması olan çocuk hastalarda, etyolojide sadece atopik dermatit değil, kozmetik ürünlere bağlı kontakt alerjiler de mutlaka akla gelmeli ve yama testi ile tetikleyici araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kontak keilit, Fragrance Mix, Yama testi, Çocuk, Perioral egzema

Dudak çevresinde keilit

Yama Testi Sonucu



[EP-45]

**KINA VE SAÇ BOYALARININ ALERJEN YÜZÜ:
P-PHENYLENEDİAMİNE DUYARLILIĞI****HASAN TUNÇ ŞARMAN, MERVE KARACA ŞAHİN, HİLAL GÜNGÖR, MUHAMMED FATİH ERBAY,
ASLI BERİVAN TOPÇAK, ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, ÖMER YILMAZ ULUTAŞ,
ŞEFİKA İLKNUR KÖKÇÜ KARADAĞ, DENİZ ÖZÇEKER**

SBÜ PROF. DR CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Alerjik kontak dermatit, adolesan yaş grubunda sık karşılaşılan bir dermatozdur ve bu yaş grubundaki olguların etiolojisinde genellikle kozmetik ürünler ön plandadır. Bu bağlamda, p-fenilendiamin (PPD), özellikle saç boyaları ile Lawsonia inermis bitkisinin yapraklarından elde edilen ve halk arasında Hint kınası olarak bilinen geçici dövme materyallerinde yaygın olarak kullanılan kimyasal bir ajandır. PPD, duyarlı bireylerde temas ettiği bölgede klasik kontak dermatit tablosuna yol açabileceği gibi, anjiyoödem benzeri atipik dermatit tablolarına da neden olabilmektedir. Literatürde bu tür olgulara dair çeşitli bildirimler mevcuttur. Bu klinik tablolarla sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde çeşitli güçlükler yaşanmakta olup, özellikle tanısal ayırımın yapılması, altta yatan etkenin belirlenmesi ve uygun tedavi yaklaşımlarının ortaya çıkması açısından gereklidir.

Olgu: Tarafımıza başvuran 13 yaşındaki kız hasta, Hint kınası uygulaması sonrası gelişen el şişliği ve tekrarlayan anafilaktik reaksiyonlar nedeniyle değerlendirildi. Hastanın anamnezinde, 6 yaşındayken yapılan ilk Hint kınası uygulamasına bağlı olarak uygulama bölgesinde akut ürtiker geliştiği öğrenildi. Ayrıca başvurudan yaklaşık 6 ay önce yine Hint kınası uygulanmasını takiben her iki elin dorsali ve parmaklarında anjiyoödem tablosu geliştiği bildirildi.

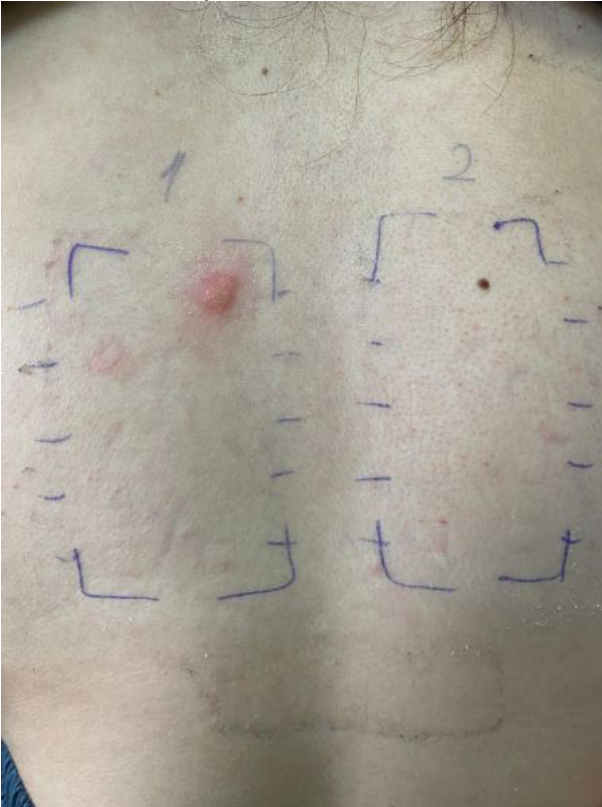
Özgeçmişinde, 6 yaşına kadar devam eden astım öyküsü bulunmakta olup, sonrasında alerjik rinit bulgularının mevcut olduğu belirtildi. Soygeçmişinde ise alerjik hastalık açısından özellik saptanmadı.

Kontak dermatit ön tanısı ile yapına Avrupa Standart seride p-Phenylenediamine pozitif olarak sonuçlandı (Resim 1). Diğer laboratuvar değerleri Tablo 1 de verilmiştir.

Tartışma: Hastada gözlenen anjiyoödem tablosunun literatürde tanımlanan anjiyoödem benzeri kontak dermatit ile uyumlu olduğunu ve PPD gibi güçlü alerjenlere karşı gelişen Tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonunun atipik bir formu olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik. Her ne kadar görüntü ve semptomlar klasik anjiyoödemi taklit etse de altta yatan mekanizma çoğunlukla hücre aracılı bir immün yanıtı desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: anjiyoödem, hint kınası, kontak dermatit, p-PHENYLENEDİAMİNE

Resim 1: Hastanın yama testi sonucu



Hastanın Önemli Laboratuvar Değerleri

Total Ig E	60 ku/L
Eo %	3,4
Ba %	0,7
D.P	7,12 ku/L
D.F	7,04 Ku/L

[EP-46]

**ADÖLESAN HASTADA BENZOİL PEROKSİT KULLANIMI SONRASI GELİŞEN
KONTAK DERMATİT****ÇAĞLA ÖZTÜRK TURAN, MERVE KARACA ŞAHİN, HASAN TUNÇ ŞARMAN,
ASLI BERİVAN TOPÇAK, MUHAMMED FATİH ERBAY, HİLAL GÜNGÖR,
ÖMER YILMAZ ULUTAŞ, ŞULE PAPAĞAN, ŞEFİKA İLKNUR KARADAĞ KÖKÇÜ, DENİZ ÖZÇEKER**

PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI, İSTANBUL

Benzoil peroksit (BP); sıklıkla akne vulgaris tedavisinde kullanılan topikal ürünlerin aktif bileşeni olmakla beraber, dış beyazlatma ürünleri, endüstriyel ağartıcı ürünlerde de bulunur ve tekstil, plastik sanayisinde polimerizasyon başlatıcısı olarak da kullanılır. Aynı zamanda Propionibacterium acne'ye karşı güçlü bir antimikrobiyal ajan olup, güçlü bir iritan olduğu bilinmektedir.

Bu olguda amacımız, yama, intradermal ve ilaç provokasyon testlerinin ayırıcı tanıdaki rolünü bir vaka üzerinden irdelemek ve klinik korelasyonun önemini vurgulamaktır.

On yedi yaşında kız hasta, akne vulgaris tedavisi amacıyla dermatoloji tarafından reçete edilen Acnemix®, Clindoxyl® ve Cleocin® kullanımı sonrası beşinci günde gelişen kaşıntı ve eritem şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede her iki yanak bölgesinden boyuna yayılan eritem mevcuttu. Kontak dermatit ön tanısı ile kullandığı tüm topikal ürünlere ara verildi ve yama testi planlandı.

Yapılan ilaç yama testinde Acnemix® ve Clindoxyl® için 3+ pozitif reaksiyon saptandı (ICDRG / ESCD kriterlerine göre). Ayırıcı tanı için; eritromisin ile yapılan yama testi ve klindamisin ile yapılan intradermal test negatif olarak değerlendirildi. Bunun üzerine oral klindamisin ile ilaç provokasyon testi uygulandı; erken dönemde reaksiyon izlenmezken, geç dönemde hastanın kaşıntı tariflemesi üzerine klinik korelasyon açısından ikinci bir provokasyon testi planlandı. Tekrarlanan oral provokasyon testinde erken ve geç dönemde objektif alerjik bulgu saptanmadı ve test negatif olarak değerlendirildi.

Bu olguda, kozmetik yama testinde güçlü pozitiflik saptanmasına rağmen, intradermal ve oral provokasyon testlerinin negatif olması klindamisin ve eritromisin alerjisini dışlamıştır ve suçlu ajan olarak kuvvetle BP düşündürmüştür. Benzoil peroksit, güçlü iritan olmasına karşın alerjik kontak dermatit yapabilen bir ajandır; literatürde çok sayıda vaka raporu ve en az bir 20 olguluk seri bildirilmiştir.

Her hastada; öykü, maruziyet ve testlerin birlikte değerlendirilmesi doğru tanı ve yönetimde kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: alerji, benzoil peroksit, kontak dermatit

Tanı Testleri

Tanısal Test	İlaç yama testi	Intradermal Test	Oral Provokasyon
Acnemix® 50 mg benzoil peroksit 30 mg eritromisin	{+++}		
Clindoxyl® 10 mg klindamisin 50 mg benzoil peroksit	{+++}		
Cleocin® 10 mg klindamisin	Negatif		
Eritromisin	Negatif		
Klindamisin		Negatif	Negatif

[EP-47]

ATOPIK DERMATİTLİ PEDIATRİK OLGULARDA KLİNİK FENOTİP, ALERJEN DUYARLANMASI, LABORATUVAR VE İMMÜNOLOJİK BULGULARIN BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ

HİLAL KARABAĞ ÇITLAK

VAN BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

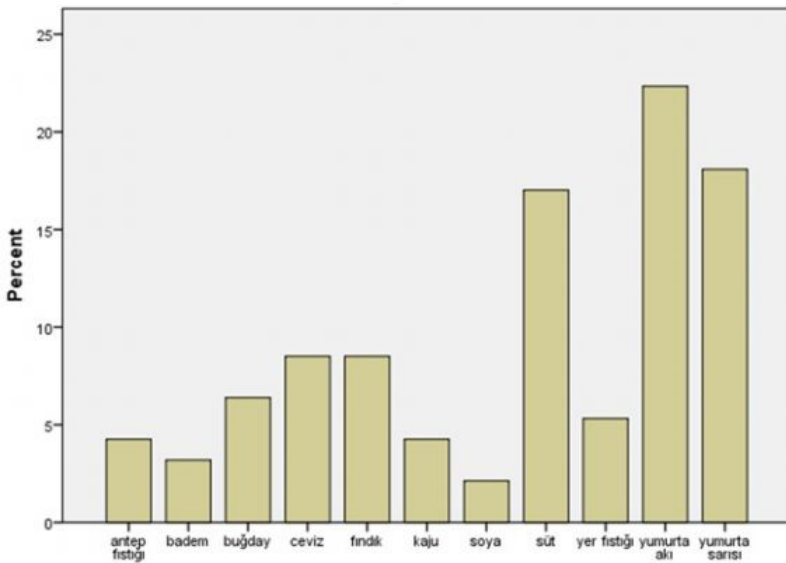
Amaç: Atopik dermatit çocukluk döneminin en sık görülen kronik, kaşıntılı inflamatuvar cilt hastalığıdır. Heterojen klinik özellikler ve farklı immünolojik profiller ile seyrebilmektedir. Bu çalışmada atopik dermatitli çocuklarda klinik fenotiplerin; atopik dermatit şiddeti, alerjen duyarlanması, laboratuvar parametreleri ve immünolojik açıdan değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çocuk İmmünolojisi ve Alerji polikliniğinde atopik dermatit tanısı ile izlenen 50 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar klinik şiddete göre hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırıldı. Besin ve ev tozu akarı duyarlanması deri prik testi ve/veya spesifik IgE ile değerlendirildi. Hastaların laboratuvar parametreleri, klinik gereklilik dahilinde immünoglobulin düzeyleri, aşı yanıtları ve lenfosit alt grupları incelendi. Ek atopik hastalıklar, aile öyküsü ve ebeveynler arasında akrabalık durumu kaydedildi. Primer immün yetmezlik şüphesi olan hastalar genetik değerlendirmeye alındı. Klinik fenotipler, demografik özellikler, doğum öyküleri, duyarlanma profilleri, laboratuvar parametreleri ve bunlar arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların atopik dermatit şiddeti incelendiğinde %56'sının hafif, %40'ının orta, %4'ünün ağır düzeyde olduğu, cinsiyetleri incelendiğinde, %72'sinin erkek olduğu saptandı. Yaş ortalaması ay olarak 13.11 ay olarak tespit edildi. Hastaların %72'sinde duyarlılık saptandı. Duyarlılık profilleri değerlendirildiğinde; hastaların %12'sinde ev tozu akarlarına duyarlılık mevcuttu. Besin duyarlılıkları incelendiğinde hastaların %42'sinin yumurta akına, %34'ünün yumurta sarısına, %32'sinin süte, %16'sının fındığa, %16'sının cevize, %10'unun yer fıstığına, %8'inin Antep fıstığına, %8'inin kajuja, %6'sının bademe ve %4'ünün soyaya duyarlı olduğu tespit edildi. Ayrıca %12'sinin buğdaya duyarlı olduğu görüldü. Hastaların, %34.6'sında süt çocukluğunun geçici hipogamaglobulinemisi saptandı, %6.1'i primer immün yetmezlik açısından genetik incelemeye alındı. Cinsiyete göre besin duyarlılıkları incelendiğinde anlamlı fark görülmedi. Atopik dermatit şiddeti duyarlılık olup olmamasına göre analiz edildiğinde anlamlı fark saptandı. (p= 0.021). Hastaların duyarlı olduğu besinler ve atopik dermatit şiddeti analiz edildiğinde; süt, antep fıstığı ve buğday duyarlılığı olanlar ile atopik dermatit şiddeti arasında anlamlı fark izlendi. (p= 0,028 , p= 0,036, p=0,046) İmpetigo ve primer immün yetmezlik açısından genetik panel çalışılması durumu ile atopik dermatit şiddeti arasında anlamlı fark saptandı.(p=0.006, p = 0.001)

Sonuç: Atopik dermatitli çocuklarda klinik fenotipler alerjen duyarlanması ile ilişkilidir. Demografik, klinik ve laboratuvar veriler birlikte değerlendirilmelidir. Şiddetli atopik dermatit olgularında primer immün yetmezlik tanısı da akla gelmeli, gerekli vakalarda ileri incelemeler ve genetik değerlendirmeler yapılarak risk sınıflaması yapılmalı ve izlemde bireyselleştirilmiş stratejiler belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, besin duyarlılığı, duyarlılık, klinik fenotip, primer immün yetmezlik

Şekil 1

Besin Duyarlılıkları

[EP-48]

**PEDİATRİK ALERJİK KONTAKT DERMATİT HASTALARINDA YAMA TESTİ
SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ****ELİF BERNA ENGİN¹, FİGEN ÇELEBİ ÇELİK², GÜLÇİN KAYMAKOĞLU², AYMEN HIŞMİOĞULLARI²,
SONER GÜNDER², EMRE FIRAT², NECMİ CAN YÜKSEL², BERNA UZUNOĞLU²,
HATİCE CEREN ESER², CANAN ŞULE KARKINER², ÖZLEM SANCAKLI², DEMET CAN²**

1 SBÜ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALI,
İZMİR, TÜRKİYE

2 SBÜ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI
KLİNİĞİ, İZMİR, TÜRKİYE

Amaç: Alerjik kontakt dermatit (AKD), atopik dermatit ile karışabilen, gecikmiş tip (tip 4) bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Yama testi, AKD tanısı için altın standarttır ve çocuklarda da uygulanabilir. Çalışmamızda AKD şüpheli çocuklarda alerjik duyarlılığının araştırılması ve en yaygın görülen alerjenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya hastanemiz çocuk alerji hastalıkları polikliniğine Mart 2025 ile Ocak 2026 tarihleri arasında AKD şüphesi ile başvuran ve hazır Thin layer Rapid Use Epicutaneous (T.R.U.E.) yama testi uygulanan çocuk hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ek alerjik hastalık öyküsü, laboratuvar testleri ve yama testi sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 37 hasta dahil edildi. Yaşları ortalama 12,9 yıldır (min-max:5-17 yıl). Hastaların %40,5'inde eşlik eden en az bir alerjik hastalık mevcuttu; en sık alerjik rinit (%21,6) görüldü. Yama testi pozitifliği 24 hastada (%64,8) saptandı. En sık etkilenen vücut bölgesi ellerdi (%67,5). En yaygın alerjen grubu metaller (%29,7) olup, özellikle nikel sülfat (%18,9) en sık saptanan alerjendi. Metallerden sonra koruyucular (%20,1) öne çıkmıştı.

Sonuç: Alerjik kontakt dermatit çocukluk çağında erişkinler kadar olmasa da sık görülmektedir. Metaller ve koruyucular çocuklarda AKD'nin en önemli tetikleyicilerdir. Yama testi ile alerjenlerin erken saptanması ve maruziyetin önlenmesi, hastalığın kronikleşmesi ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: alerjen, metal, T.R.U.E., yama testi

[EP-49]

ÇOCUK ALERJİ POLİKLİNİĞİNE DÖKÜNTÜ İLE BAŞVURAN PARVOVİRÜS B19 ENFEKSİYONLU ÇOCUKLARIN KLİNİK VE LABORATUVAR BULGULARI**ENES ÇELİK¹, HANDE YÜKSEL BULUT¹, SEDAT VEZİR²**

1 ATATÜRK SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNÖLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI, ANKARA
2 ATATÜRK SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ MİKROBİYOLOJİ, ANKARA

Amaç: Çocuk Alerji Polikliniğinde Parvovirüs B19 enfeksiyonu saptanan çocukların klinik özelliklerini, laboratuvar bulgularını ve alerjen duyarlılıklarını değerlendirmek

Yöntem: Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniğinde Ocak 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında Parvovirüs B19 enfeksiyonu saptanan çocuklar çalışmaya dahil edildi. Parvovirüs B19 IgM ve IgG tetkikleri ELISA yöntemi ile çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 97 hastanın 62'si (%63,9) erkekti. Hastaların medyan (IQR) yaşı 8,21 (6,66–9,86) yıl olup cinsiyetler arasında yaş açısından fark saptanmadı. Yirmi üç hastada (%23,7) ailede atopi öyküsü mevcuttu. Hastaların en sık ilkbahar mevsiminde (%45,4) tanı aldığı belirlendi. On bir hastada (%11,3) döküntülü bireyle yakın zamanlı temas öyküsü vardı. Elli dokuz hasta (%60,8) Çocuk Alerji Polikliniğine ilk kez başvurmuştu. Hastaların 29'unda (%29,9) astım, 18'inde (%18,6) alerjik rinit, 4'ünde (%4,1) atopik dermatit, 2'sinde (%2,1) kronik ürtiker ve 2'sinde (%2,1) mastositoz mevcuttu. Başvuru öncesinde 62 hasta (%63,9) antihistaminik, 8 hasta (%8,2) sistemik steroid kullanmıştı. Başvuru anında döküntü süresi medyan (IQR) değeri 4 (3–7) gün, toplam döküntü süresi ise 8 (7–9) gün olarak saptandı. Tüm hastalar döküntü nedeniyle başvurmuş olup, 29 hastada (%29,9) kaşıntı, 12 hastada (%12,4) öksürük ve 9 hastada (%9,3) ateş eşlik etmekteydi. Döküntü en sık ekstremitelerde (%84,5), baş-boyun bölgesinde (%68) ve gövdede (%46,4) izlendi. Döküntü karakteri hastaların %77,3'ünde maküler, %20,6'sında makülopapüler olup; tokatlanmış yüz görünümü %20,6, dantela tarzı döküntü ise %18,6 oranında gözlemlendi. Parvovirüs B19 dışı ek enfeksiyon saptanan 6 hastanın 3'ünde Streptococcus pyogenes, 2'sinde Mycoplasma pneumoniae ve 1'inde Epstein-Barr virüsü tespit edildi. Eozinofil sayısı, total IgE ve CRP medyan (IQR) değerleri sırasıyla 280/mm³ (180–430), 43,44 IU/mL (18,48–135,90) ve 1 mg/L (1–4) idi. Parvovirüs B19 IgM ve IgG medyan (IQR) indeks değerleri sırasıyla 2,67 (1,52–3,80) ve 4,00 (3,10–5,09) olarak bulundu. Atopi açısından değerlendirilen 83 hastanın (%85,6) 59'unda (%71,1) alerjen duyarlılığı saptanmadı. Alerjen duyarlılığı olan hastalarda en sık polenler (n=19) izlenirken, bunu akar (n=7), hayvan tüyü (n=4), küf (n=2) ve yumurta (n=1) izledi.

Sonuç: Parvovirüs B19 enfeksiyonu olan çocuklar, döküntü nedeniyle sıklıkla alerji ön tanısı ile Çocuk Alerji Polikliniklerine yönlendirilmektedir. Bu hastalarda ürtikerden ziyade çoğunlukla maküler döküntü izlenmekte olup, yalnızca yaklaşık üçte birinde kaşıntı eşlik etmekte ve büyük kısmında atopi saptanmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atopi, Çocuk, Döküntü, Parvovirüs B19

[EP-50]

ADENOİDEKTOMİ VE/VEYA TONSİLLEKTOMİ UYGULANAN 2-6 YAŞ ÇOCUKLARDA PREOPERATİF İMMÜN PROFİL VE ALERJEN DUYARLILIĞI**HALİME YAĞMUR, ÖZGE ATAY, GİZEM KABADAYI, NEVİN UZUNER**

ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, İZMİR, TÜRKİYE

Amaç: Adenoidektomi ve/veya adenotonsillektomi çocukluk çağında sık uygulanan cerrahi girişimlerdir; ancak erken çocukluk döneminde immün profil ve alerjik duyarlanmanın tekrarlayan enfeksiyonlarla ilişkisi net değildir. Bu çalışmada, 2-6 yaş arası adenoidektomi ve/veya adenotonsillektomi planlanan çocuklarda preoperatif immün profil ve alerjen duyarlılıklarının değerlendirilmesi, özellikle tekrarlayan otit gelişimini öngören klinik, immünolojik, atopik belirleyicilerin ortaya konması amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif planlanan çalışmaya, Ekim 2024/Aralık 2025 yılları içerisinde DEÜ Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'ne cerrahi öncesi değerlendirme amacıyla yönlendirilen 2-6 yaş arası 73 hasta dahil edildi. Demografik veriler, klinik özellikler, enfeksiyon sıklığı, cerrahi tipi, primer immünolojik tetkikler, spesifik IgE sonuçları kaydedildi. Tekrarlayan otit ≥ 4 atak/yıl olarak tanımlandı. IBM SPSS-29 istatistik programıyla analizler yapıldı.

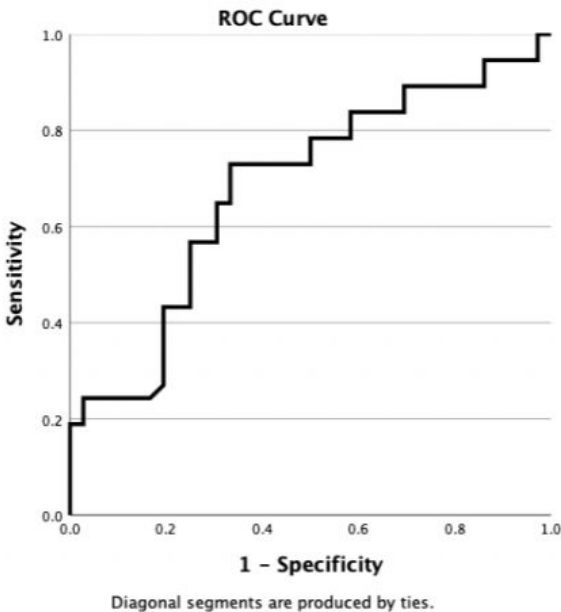
Bulgular: Olguların %64,4'ü erkek olup, ilk semptom yaşları median 3,42 yıldır. Yıllık otit enfeksiyonu geçirmeleri median: 3,67 kez, yıllık antibiyotik ihtiyaçları median 8 kereydi. Apne %34,2, ventilasyon tüpü uygulanma oranı %37'di. Atopik hastalık öyküsü %23,3 olup en sık astım saptandı. Evcil hayvanı olan %12,3 (n=9/en sık kedi+köpek), ebeveynde alerjik hastalık olan %6,8 (n=5), hiçbir ailede immün yetmezlik öyküsü yoktu. Tekrarlayan otit (≥ 4 /yıl) olan grupta ilk semptom yaşı ve apne görülmesi, hepatit B aşı titresi, IgA, IgG daha düşük, Jeffrey Modell Foundation (JMF) skoru, antibiyotik ihtiyacı anlamlı ve CD16/56 olarak yüksekti ve tüm sonuçlar anlamlıydı (p<0,05). Yalnızca 1 olguda IgA<7 mg/dL saptandı.

Regresyon analizinde yalnızca IgA düzeyi, tekrarlayan otit gelişimi için bağımsız bir öngördürücü olduğu görüldü (OR=0,987; %95 GA: 0,975-1,000; p=0,049). IgA'nın ayırt edici gücü ROC analizinde orta-yüksek düzeyde bulundu (AUC=0,681 (%95 CI: 0,557-0,805, p = 0,008) ve cut-off 57mg/dL olarak belirlendi.

Atopi varlığı ile yapılan multivariabel logistik regresyon analizinde ($\chi^2=12,096, p=0,002$; Nagelkerke $R^2=0,231$) IgA düzeyleri (OR=0,983, p=0,015) ve eozinofil sayısı (OR=0,997, p=0,025) atopiyi bağımsız olarak öngören değişkenler olarak saptandı. Ayrıca IgA, eozinofili ve semptom başlama yaşını içeren kombine modelde ayırt edicilik artarak AUC=0,714 olarak saptandı (p=0,002; %95 GA: 0,597-0,831).

Sonuç: Bu çalışma, erken çocukluk döneminde adenoidektomi ve/veya tonsillektomi planlanan çocuklarda tekrarlayan otitin en güçlü ve erişilebilir immünolojik belirleyicisinin IgA düzeyi olduğunu göstermektedir ve alerjik duyarlanma tek başına belirleyici değildir. Cerrahi öncesi immünolojik tarama (özellikle IgA ve lenfosit alt grupları), yüksek riskli hastaların erken tanımlanmasına katkı sağlayabilir. IgA, eozinofili ve semptom başlama yaşını içeren kombine yaklaşım, klinik risk sınıflamasında uygulanabilir bir model sunmaktadır. Bulgular, mukozal immünitinin adenoid/tonsil patolojileri ve rekürren otit patogeneziindeki kritik rolünü desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: adenotonsillektomi, atopi, IgA, atopi

IgA ROC analizi

AUC=0,681 (%95 CI: 0,557-0,805, p = 0,008) Youden index cut-off 57mg/dL

[EP-51]

**BLEOMİSİN TEDAVİSİ ALAN PEDIATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA
SOLUNUM FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****EMİNE MÜGE ÖZKAN¹, MEHMET İNALTEKİN², SERHAN KÜPELİ¹,
DİLEK ÖZCAN², AYŞE ÖZKAN¹, GÜLAY SEZGİN¹, İBRAHİM BAYRAM¹**

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA
² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, ADANA

Amaç: Bleomisin akciğer toksisitesine neden olan bir kemoterapötik ajandır. Bleomisin çoğunlukla çocukluk çağı kanserlerinde germ hücreli tümörler (GHT) ve Hodgkin Lenfoma (HL) tedavisinde kullanılır. Bu çalışmada akciğerde bleomisin toksisitesini erken dönemde tespit etmek amaçlanmıştır.

Yöntem: 2012-2022 yılları arasında Pediatrik Onkoloji kliniğine başvuran, GHT ve HL tanısı alan, 5 yaş ve üzeri, bleomisin tedavisi alan ve en az 6 aydır remisyonda olan hastaların akciğer fonksiyonları değerlendirildi. Solunum fonksiyonunun değerlendirilmesi öykü, fizik muayene, posteroanterior akciğer radyografisi ve solunum fonksiyon testine (SFT) dayanıyordu.

Bulgular: Takibe alınan ve yaşayan GHT'li hasta sayısı 59, HL'li hasta sayısı 89 idi. Bleomisin tedavisi alan, en az 6 aydır remisyonda olan, ulaşılabilen ve SFT yapılan hasta sayısı HL için 46, GHT için 12 idi. SFT anormalliği olan 21 hasta vardı. Bu hastaların 3'üne GHT, 18'ine HL tanısı konulmuştu. Hastaların çoğunda SFT anormalliğinin türü restriktif bozukluktu.

Sonuç: SFT anormalliği olan hastaların %90'ında solunum semptomlarının olmaması, asemptomatik hastalarda SFT'nin önemini göstermektedir. Tedavinin bir parçası olarak bleomisin alan hastalar da geç pulmoner toksisite açısından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer toksisitesi, bleomisin, germ hücreli tümör, Hodgkin lenfoma, akciğer fonksiyon testi

[EP-52]

STAFİLOKOKSİK HAŞLANMIŞ DERİ SENDROMU MU, STEVENS-JOHNSON SENDROMU MU? İKİ OLGU ÜZERİNDEN ZOR BİR AYIRICI TANI**SANIYE YASEMİN YILMAZ¹, İLKNUR KÜLHAŞ ÇELİK¹, GÜLSÜM ALKAN², HASİBE ARTAÇ¹**

¹ SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNÖLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, KONYA/TÜRKİYE
² SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI BİLİM DALI, KONYA/TÜRKİYE

Giriş: Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu (SHDS), nadir ancak yaşamı tehdit eden sistemik bir tablodur. Klinik bulguların özgül olmaması nedeniyle, özellikle mukokutanöz lezyonların ön planda olduğu tablolar, sıklıkla Stevens-Johnson sendromu (SJS) ile karışabilmektedir. SHDS ile SJS ayırıcı tanısının yapılması, uygun tedavinin belirlenmesi ve mortalitenin azaltılması açısından önemlidir. Bu sunumda, pediatrik iki olgu üzerinden bu iki sendromun ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Olgu:

Olgu1: On dokuz aylık kız hasta, başvurudan iki gün önce huzursuzluk nedeniyle tek doz parasetamol kullanmış. Ardından ağız ve burun kenarında hiperemik zeminde kabarık, kurutlu lezyonlar gelişmiş. Bir gün sonra intramüsküler seftriakson uygulanmış. Yüz bölgesindeki lezyonlarda artış, gövde ve perincede soyulma izlenmesi üzerine SJS ön tanısı ile tarafımıza sevk edildi. Fizik muayenede gözlerde pürülan akıntı, göz kapağında hiperemi ve erode alanlar; dudak, perioral, malar ve glabellar bölgelerde yaygın eksfoliasyon ile yer yer kurutlu ve hemorajik erozyonlar saptandı. Ciltte hedef lezyon izlenmedi. Boyun, presternal, lomber ve inguinal bölgelerde de benzer erozyon izlendi. Beyaz küre:11930/mm³, hemoglobin:11,8 g/dL, trombosit:416000/mm³, nötrofil:8820/mm³, lenfosit:72910/mm³, C-reaktif protein:13,5 mg/L, prokalsitonin:<0,02 ug/L, sedimentasyon:4 mm/h idi. Dudak kenarında impetigo benzeri lezyonlar ve ciltte yaygın soyulma nedeniyle SHDS ön planda düşünülmüş, ancak SJS da ayırıcı tanıda değerlendirilmiştir. Hastaya teikoplanin+klindamisin 10 gün, 0,5 g/kg/doz intravenöz immünoglobulin tedavisi 4 gün verildi. Hastanın lezyonlarından alınan kültür örneğinde Staphylococcus aureus üremesi oldu.

Olgu2: Dört gün önce yüzünde boyun bölgesinde gözlerinde pürülan, akıntılı, bal rengi kurutlu döküntü ile başlayan, hızla tüm vücuda yayılan, genital ve anal bölgede de lezyonlar olması üzerinde 2 yaş erkek hasta SJS ön tanısı ile tarafımıza konsülte edildi. Bir gündür ateşi varmış. Hasta 10 gün önce n-asetilsistein kullanmıştı. Fizik muayenesinde; periorbital, perioral ve boyun çevresinde üzeri impetiginize eritemli plaklar, bilateral aksiller bölgede masere eritemli erode alanlar vardı. Anal bölgede soyulma izlendi, genital bölge hiperemik ve ödemliydi. Mukozal tutulum saptanmadı. Beyaz küre:22130/mm³, hemoglobin:14,3 g/dL, trombosit:446000/mm³, nötrofil:13020/mm³, lenfosit:7170/mm³, C-reaktif protein:26 mg/L, prokalsitonin:0,06 ug/L, sedimentasyon:3 mm/h idi. Klinik olarak SHDS ön planda düşünüldü. Sefotaksim+klindamisin tedavisi başlandı. Hastadan alınan yara kültürlerinde Staphylococcus aureus üremesi saptandı.

Tartışma: SHDS ve SJS, klinik olarak birbirine benzeyen, ancak patofizyolojisi, tedavi yaklaşımı ve prognozu farklı hastalıklardır. Özellikle mukozal tutulumun varlığı, ayrışmanın epidermal düzeyi ve sistemik bulguların değerlendirilmesi ayırıcı tanıda kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu, Stevens-Johnson sendromu, Ayırıcı tanı

[EP-53]

ANTIPILEPTİK İLİŞKİLİ DRESS SENDROMU: PEDIATRİK OLGU SUNUMU**MUSTAFA AKIN, MELTEM CÖMERT, İLYAS EMRE TEKDEMİR, FATMA DUKSAL**

KONYA ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLJİSİ KLİNİĞİ, KONYA

Giriş: İlaça bağlı gelişen gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu olarak bilinen "Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms" (DRESS) sendromu yaygın döküntü, yüzde ödem, hematolojik değişiklikler ve iç organ tutulumu ile seyredebilir. Bulgular genellikle ilaca başladıktan 2-8 hafta sonra ortaya çıkar. Pediatrik yaş grubunda viral enfeksiyonlar ve eş zamanlı çoklu ilaç kullanımı tanıyı güçleştirebilir. Antiepileptikler çocuk ve adolesanlarda DRESS sendromu ile en sık ilişkilendirilen ilaçlar arasındadır.

Olgu: Daha önce bilinen kronik hastalığı olmayan 14 yaşında kız hasta, yaygın döküntü nedeniyle başvurdu (resim 1), hastaya yaklaşık üç hafta önce halüsinasyon nedeniyle lamotrijin tedavisi başlandı öğrenildi. Döküntülere rağmen lamotrijin tedavisine devam edilen hastanın klinik bulguların ilerlediği gözlenmesi üzerine lamotrijin kesilerek levetirasetam başlandı, ilacın ilk dozu sonrasında döküntü ve yüz ödeminin belirgin olarak arttığı öğrenilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın livid renkli makülopapüler döküntü, yüzde ödem, dudaklarda kuruluk ve bilateral servikal lenfadenopatisi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde başvuru sırasında serum kreatinin yüksekliği saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgularla RegiSCAR skoru 4 olarak değerlendirildi. Tanıyı desteklemek amacıyla deri biyopsisi alındı. Tam idrar tetkiklerinde belirgin proteinüri veya hematüri izlenmeyen hastanın izlemde renal fonksiyonların hızla normale döndüğü gözlemlendi. Tedavide suçlanan tüm ilaçlar kesilip sistemik kortikosteroid, antihistaminik, topikal kortikosteroid ve intravenöz hidrasyon tedavi olarak uygulandı. Takibinde bulguları düzelen hastaya ilaç kimliği verilerek taburcu edildi (resim 2).

Tartışma: Bu olgu, lamotrijin tedavisinden yaklaşık üç hafta sonra gelişen klinik bulgular ve bulguların levetirasetam ile artması nedeniyle antiepileptik ilişkili DRESS sendromu olarak düşünüldü. DRESS sendromunun temel yönetimi, suçlanan ilacın kesilmesi, sistemik kortikosteroid ve gerekirse ileri tedavilerinin uygulanmasıdır. Olgumuzda erken dönemde başlanan steroid tedavisi ile cilt ve sistemik bulgularda hızlı düzelme sağlanmıştır. DRESS sendromu sonrası geç dönemde komplikasyonlar gelişebileceğinden, uzun dönem izlem gereklidir.

Anahtar Kelimeler: DRESS sendromu, İlaç aşırı duyarlılığı, Lamotrijin, Pediatrik olgu, Renal tutulum

Resim 1

Resim 2



[EP-54]

ATEŞ, YAYGIN DÖKÜNTÜ VE HİPERİNFLAMASYON İLE SEYREDEN BİR OLGUDA DRESS SENDROMU AYIRICI TANISI**SELİM CAN BERK, TAHA YASİN AKIN, YUSUF ZİYA VARLI, DÖNDÜ CEREN KAVAL, MUHAMMET TAHA DEMİRCİ, MEVRURE YAZICI, NEZİHE NEFİSE ULUÇ, NİHAL ŞAHİN, İŞİL ESER, METİN AYDOĞAN**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ, TÜRKİYE

Giriş: DRESS sendromu, ateş, yaygın döküntü ve sistemik organ tutulumu ile seyreden, nadir ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit edebilen bir ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Çocukluk döneminde klinik bulguların viral enfeksiyonlar ve hiperinflamatuvar tablolarla örtüşmesi, tanı sürecini özellikle güçleştirmektedir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan, term, sezaryen ile doğan 8 aylık erkek hasta, dış merkezde hipogammaglobulinemi nedeniyle profilaktik antibiyoterapi ile izlenmekteyken genel durum bozukluğu, ateş yüksekliği, dolaşım bozukluğu ve akut faz reaktanlarında yükselme nedeniyle sepsis ön tanısı ile hastaneye yatırılmış. Solunum yolu viral panelinde rhinovirus/enterovirus pozitifliği saptanmıştır. Seftazidim, teikoplanin ve immünglobulin replasman tedavisi başlanan hastanın üçüncü gününde yaygın makülopapüler döküntü gelişmiş. İki gün prednizolon tedavisi sonrası bulguları gerileyen hastanın taburculuğu planlanırken, yedinci günde döküntünün tekrarlaması ve ferritin düzeyinin yüksek saptanması üzerine HLH ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu yapılmış ve normal olarak değerlendirilmiştir. HLH dışlanamadığından hasta tarafımız Çocuk Romatoloji bölümüne sevk edildi. İlaç erüpsiyonu olasılığı nedeniyle Alerji ve İmmünoloji bölümümüze danışıldı.

Merkezimizde yapılan değerlendirmede hastanın genel durumu iyi, ateşi yok, ciltte yaygın makülopapüler döküntü mevcuttu. Eozinofil sayısı yüksek saptandı. Hastanın dört hafta önce başlanan TMP-SMX tedavisini, sepsis tanısı ile yatıştan iki gün öncesine kadar kullandığı öğrenildi. Ayrıca yatışından bir hafta önce anemi nedeniyle intravenöz demir tedavisi aldığı ve ferritin yüksekliğinin bu tedavi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Triglicerid yüksekliği, sitopeni ve dirençli ateş olmaması, beklenen eozinopeni yerine eozinofili varlığı nedeniyle HLH tanısından uzaklaşıldı ve DRESS tanısı konuldu. Hastaya 1 mg/kg dozunda prednizolon başlandı. Tedavinin birinci haftasında döküntüleri tamamen gerileyen hasta, steroid dozu kademeli azaltılarak izleme alındı. Altı ay sonra TMP-SMX ile yama testi planlandı.

Tartışma: Bu olguda ateş, yaygın makülopapüler döküntü ve hiperinflamasyon bulguları; viral erüpsiyon, hiperinflamatuvar sendrom (MAS/HLH) ve ilaç ilişkili DRESS sendromunu ayırıcı tanıda gündeme getirmiştir. Viral enfeksiyonlar DRESS tablosunu taklit edebileceği gibi kolaylaştırıcı faktör olarak da rol oynayabilir. DRESS'te ilaç maruziyeti ile semptomların ortaya çıkışı arasındaki latent sürenin genellikle 2-8 hafta olması ve sülfanamid grubu ilaçların yüksek riskli olması tanıyı desteklemiştir.

DRESS ayırıcı tanısında yer alan ve bu hastanın sevk edilme endikasyonu olan HLH ayırımında kullanılabilecek pratik noktalar Tablo 1'de sunulmuştur. Olgu, pediatrik yaş grubunda DRESS sendromunun tanısız güçlüklerini ve değişken klinik seyriyi vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: DRESS Sendromu, Ekzantem, İlaç Aşırı Duyarlılığı, İnfant

Tablo 1

DRESS Düşündürülen Bulgular	HLH Düşündürmeyen Bulgular
Yüksek riskli ilaç maruziyeti (antibiyotik, TMP-SMX)	Genel durum bozukluğu, progresif ateş olmaması
İlaç maruziyeti ve klinik semptomların oluşumu arasındaki sürenin 2-8 hafta olması	<ul style="list-style-type: none">Ferritin yüksekliğinin kısa süre önce aldığı IV demire bağlı olmasıHLH tanı kriterlerinde ki diğer laboratuvar bulgularının olmaması (TG yüksekliği, hipofibrinojenemi gibi)
Fasial ödemin ve ateşin eşlik ettiği yaygın makülopapüler döküntü	Eozinopeni beklenmesine rağmen tersine eozinofil yüksekliğinin olması
Belirgin eozinofili olması	
LAP ve Karaciğer tutulumu (KCFT ↑, hepatomegali) olması	
Şüpheli ilacın kesilmesi ve prednol tedavisi ile Klinik düzelmenin hızlı olması	
Viral reaktivasyon (HHV 6, CMV/EBV IgG+)	

[EP-55]

**ELEXACAFITOR /TEZACAFITOR/IVACAFITOR İLE GELİŞEN İLAÇ
DÖKÜNTÜSÜNDE DESENSİTİZASYON DENEYİMİ****EMİNE ÜLGEN¹, PINAR ŞAHİN¹, İLKE BAŞ¹, GÖKÇEN KARTAL ÖZTÜRK²,
FİĞEN GÜLEN¹, HANDAN DUMAN ŞENOL¹**

1 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ BİLİM DALI
2 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI BİLİM DALI

Giriş: Kistik fibrozis (KF), kistik fibrozis transmembran iletkenlik düzenleyici (CFTR) gen mutasyonlarına bağlı gelişen, progresif seyirli ve multisistemik tutulumla karakterize kalıtsal bir hastalıktır. CFTR modülatörlerinin klinik kullanıma girmesiyle hastalığın doğal seyri belirgin ölçüde değişmiş; özellikle üçlü kombinasyon tedavisi olan elexacafitor/tezacafitor/ivacaftor (ELX/TEZ/IVA) akciğer fonksiyonlarında anlamlı iyileşme sağlayarak tedavi paradigmasında önemli bir yer edinmiştir. Bununla birlikte, bu ajanlar genellikle iyi tolere edilse de klinik çalışmalarda hastaların yaklaşık %4-12'sinde döküntü geliştiği bildirilmiştir. Çalışmalarda pediatrik hastalarda eritemli veya makülopapüler döküntüler tanımlanmış, bazı olgularda tedavinin kesilmesi gerekmiştir. Ancak ELX/TEZ/IVA'nın hastalık morbiditesi üzerindeki belirgin olumlu etkileri göz önüne alındığında, kalıcı tedavi kesilmesi klinik açıdan istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Cilt reaksiyonları tedavinin sürdürülmesini zorlaştırarak ek tedavi yaklaşımları veya desensitizasyon uygulamalarını gerektirebilir. Literatürde ELX/TEZ/IVA ilişkili kutanöz advers olaylara dair verilerin sınırlı olması, tedavi sürekliliğini sağlayacak stratejilerin önemini artırmaktadır. Bu çalışmada, ELX/TEZ/IVA tedavisine bağlı makülopapüler döküntü gelişen pediatrik bir KF hastasında uygulanan desensitizasyon yaklaşımının klinik etkinliğinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Beş yaşındaki erkek KF hastası, ELX/TEZ/IVA tedavisinin sekizinci gününde gelişen yaygın kaşıntı ve döküntü nedeniyle değerlendirildi. Fizik muayenede gövde ve üst ekstremitelerde başlangıçta ürtikeryal özellik gösteren lezyonların zamanla birleşme eğiliminde eritemli, ödemli ve makülopapüler karakter kazandığı izlendi. Ateş, organomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Hastanın uzun süredir pankreatin, vitamin preparatları ve dornaz alfa kullanıyor olması ve döküntünün tedavinin sekizinci gününde ortaya çıkması, reaksiyonun ELX/TEZ/IVA ile ilişkili olduğunu düşündürdü. Tedavi kesilerek metilprednizolon ve difenhidramin uygulandı ve bir hafta içinde belirgin klinik iyileşme sağlandı. İlacın pulmoner alevlenmeleri önlemedeki kritik rolü ve alternatif tedavi seçeneğinin bulunmaması nedeniyle desensitizasyon protokolü ile tedavinin yeniden başlanmasına karar verildi. Setirizin ile premedikasyon uygulanan hastada desensitizasyon süreci boyunca herhangi bir advers reaksiyon gözlenmedi ve tedavi başarıyla sürdürüldü.

Tartışma: KF hastalarında tedavi seçeneklerinin sınırlı olması, CFTR modülatörlerine bağlı gelişen hipersensitivite reaksiyonlarında desensitizasyonun önemli bir yönetim stratejisi olabileceğini göstermektedir. Literatürde nadiren bildirilen bu başarılı olgu, uygun hasta seçimi ve yakın klinik izlem ile desensitizasyonun tedavi sürekliliğini sağlamada etkili ve güvenli bir yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, desensitizasyon protokollerinin geliştirilmesi ve standardizasyonuna yönelik ileri çalışmalara duyulan gereksinimi vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Desensitizasyon, elexacafitor/tezacafitor/ivacaftor, kistik fibrozis, ilaç döküntüsü

[EP-56]

PEDİATRİK KUTANÖZ MASTOSİTOZLU HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE İZLEM SONUÇLARI**ECEM KAHVECİ¹, BETÜL GEMİCİ KARAASLAN¹, MUHAMMED AYDIN¹, DİLAN DEMİR GÜMÜŞ¹, ZEYNEP MERİÇ¹, SEZİN AYDEMİR¹, SÜHEYL AÇAK², AYÇA KIYKIM¹, ESRA YÜCEL¹**¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİSİ, İSTANBUL

Amaç: Kutanöz mastositoz, çocukluk çağında mast hücrelerinin deride artışı ile karakterize, çoğunlukla benign seyirli bir hastalıktır. Klinik bulguların çeşitliliği ve izlemdeki değişken seyir nedeniyle pediatrik olgularda düzenli takip önem taşımaktadır. Bu çalışmada, pediatrik kutanöz mastositoz tanılı hastaların klinik özelliklerinin ve izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif bu çalışmada pediatrik yaş grubunda kutanöz mastositoz tanısı ile izlenen hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, semptom başlangıç yaşı, tanı yaşı, klinik alt tipleri, histopatolojik doğrulama durumu, serum triptaz düzeyleri, izlem süresince klinik seyirleri hastane veri sisteminden geriye dönük elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın ortanca yaşı 74,5 ay (5-140 ay) olup %48,5'i kız (n=16) idi. Semptom başlangıç yaşı ortanca 4,5 ay, tanı yaşı ortanca 10,5 ay (1-156 ay) idi. Serum triptaz düzeyi ortanca 5.98 ng/mL (2-12,6 ng/mL) olarak saptandı. İzlem süresince hiçbir hastada anafilaksi gelişmedi. Ailede mastositoz öyküsü yoktu. İlaçlar, cerrahi öyküsü ve aşılama tetikleyici faktör olarak bildirilmezken %9,1 (n=3) hastada besinlerle, %6,1 (n=2) hastada ise stres ve terleme ile yakınmalarda artış mevcuttu. Eşlik eden alerjik hastalıklar %24,2 oranında (n=8) saptandı. Lezyonlar %63,6 (n=21) hastada polimorfik özellikteydi. Tanı %66,7 (n=22) hastada deri biyopsisi ile histopatolojik olarak doğrulandı. Regresyon izlenen hastalarda (%45,5; n=15) lezyonlarda gerileme yaşı ortanca 68 ay (29-120 ay) iken, izlem süresince komplet remisyon %27,3 (n=9) hastada elde edildi. İzlem sırasında sistemik mastositoz gelişimi gözlenmedi.

Sonuç: Pediatrik kutanöz mastositoz hastalarında klinik seyir çoğunlukla benign olup, olgularımızda anafilaksi ve sistemik tutulum izlenmemesi, serum triptaz düzeylerinin normal sınırlarda seyretmesi, lezyonların önemli bir kısmında polimorfik özellik göstermesi ve regresyon gözlenmesi bu benign seyri desteklemektedir. Bununla birlikte eşlik eden alerjik hastalıklar ve tetikleyici faktörlerin varlığı, bu hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve uygun hastalarda uzun dönem izlemin sürdürülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz mastositoz, Mast hücresi, Triptaz

[EP-57]

KRONİK ÜRTİKERDE OMALİZUMAB TEDAVİSİNDE TEK MERKEZ DENEYİMİMİZ**ECE TÜSÜZ ÖNATA, ÖNER ÖZDEMİR**

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, SAKARYA

Amaç: Kronik ürtiker 6 haftadan uzun süren ürtiker/anjioödemle karakterize olan bir klinik tablodur. Kronik spontan ürtiker ve kronik indüklenbilir ürtiker olarak iki ana gruba ayrılan kronik ürtikerin tedavisinde antihistaminiklerin uygun doz ve sürede kullanımına yanıt yoksa rekombinant monoklonal antikor olan omalizumab tedavisi kullanılabilir. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı olarak, 2019-2026 yılları arasında kronik ürtiker/anjioödem tanısıyla omalizumab tedavisi başlanan 25 hastamızı sunarak merkezimizin deneyimini paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Hastalarımızın kayıtları geriye dönük olarak taranarak hastalara ait demografik verilerle birlikte klinik ve laboratuvar verilerine ulaşıldı. Ayrıca hastaların son klinik durumları hakkında bilgi edinmek için tüm hastalara telefonla ulaşıldı.

Bulgular: Hastaların tedavi başlangıcında yaş aralığı 13-18 yaş idi. Hastaların 13'ü (%52) erkek, 12'si (%48) kız cinsiyete sahipti. Hastaların 7'sinde (%28) ürtiker ve anjioödem birlikte izlenmekteydi. 6 hastada (%24) dermografizm pozitif. 2 hastada soğuk ürtikeri mevcuttu. Hastaların birinde idiyopatik anafilaksi öyküsü vardı. 6 hastanın deri prick testinde duyarlılık tespit edildi. 1 hastada astım; 3 hastada alerjik rinit tanısı mevcuttu. Hastalarımızın birinde lupus tanısı mevcuttu; 1 hastanın takibinde otoimmün tiroitit gelişti. Hastalara en az 3 doz, en fazla 35 doz omalizumab tedavisi uygulanmıştı. Hastalarımızın 8'inde tedavi kesildikten sonra nüks görülmemiştir. Bu hastalarda tedavi kesilmesinden sonra geçen süreler 2 ay ve 4 yıl arasında değişmektedir. Hastaların hiçbirinde ilaca bağlı yan etki izlenmemiştir.

Sonuç: Deneyimlerimize göre antihistaminlere yanıtız kronik ürtikerli hastalarda omalizumab etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: kronik spontan ürtiker, omalizumab, pediatrik ürtiker

[EP-58]

MYCOPLAZMA ENFEKSİYONUNA BAĞLI REAKTİF MUKOKUTANÖZ DÖKÜNTÜ**DEMET HAFIZOĞLU¹, SAİT KILIÇ², FATMA DİLŞAD AKSOY³, GÜLSEMA FERAH⁴**

1 DÖRTÇELİK ÇOCUK HASTANESİ, ÇOCUK ALLERJİ İMMÜNOLOJİ, BURSA
2 DÖRTÇELİK ÇOCUK HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, BURSA
3 DÖRTÇELİK ÇOCUK HASTANESİ, ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI, BURSA
4 DÖRTÇELİK ÇOCUK HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI, BURSA

Giriş: Mycoplasma pneumoniae kaynaklı döküntü ve mukozit (MIRM), Mycoplasma enfeksiyonu ortamında mukokutanöz bulgularla karakterize, nispeten yeni tanımlanmış bir klinik durumdur. Klinik olarak farklı bir hastalık olmasına rağmen MIRM, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu(SJS), toksik epidermal nekroliz ve yakın zamanda tanımlanan reaktif enfeksiyöz mukokutanöz döküntü (RIME) gibi bulgularla birlikte tanınan bir süreklilik içinde yer alır.

Olgu: Sağlıklı 11 yaşında kız hasta; 5 gündür devam eden ağrılı ağız lezyonları, ağızdan beslenememe yakınmaları ile acile başvurmuştu. Bir hafta önce ateş, üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle semptomatik tedavi aldığı öğrenildi. Tedavilere rağmen gözlerde kızarıklık ve şişlik, ağız içinde ve dudaklarda yaralar, dudaklarda şişlik olması nedeniyle kliniğe yatırılmıştı. Kawasaki hastalığı ekarte edilmiş ve herpes enfeksiyonuna yönelik tedavi ve geniş spektrumlu antibiyotik almaktaydı. Gözlerinde yoğun psödomembranlar olması nedeniyle SJS açısından tarafımıza danışılan hastada ÜSYE semptomları düzelmesine rağmen gözler,dudaklar ve ağız içi lezyonları artarak devam ediyor yutma güçlüğü çekiyordu. Genital mukozada tutulum yoktu. Tüm vücut derisi değerlendirildiğinde sadece sol ön kolda ve gövdede 0.5 cm den küçük iki adet makülopapüler döküntüsü vardı.Lenfadenomegali ve organomegali yoktu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Sistemik semptomu yok,vital bulguları stabildi. Gözlerindeki psödomembranlar sıkı göz kontrolleri ile temizlendi, lokal steroidli ve antibiyotikli göz damlaları ve suni göz yaşı damlası kullanıldı. İntravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı. İzleminde mycoplazma serolojik testi yüksek titrede pozitif sonuçlandı,oral klaritromisin eklendi. Takibinin 10.gününde ağız içi lezyonları tamamen düzeldi ve göz bulguları çok azaldı. Ayaktan takiplerinde 1.ayın sonunda tüm bulguları tamamen düzeldi.

Tartışma: MIRM, mukokutanöz hastalıkların spektrumunda olduğu anlaşılan,tıp literatüründe nispeten yeni tanımlanmış bir klinik tablodur. Hastalığın tedavisi için bildirilmiş klavuz bulunmamaktadır Canavan ve arkadaşları, ilk kez 2015 yılında tanımlamış ve epidemiyolojisi ve belirtileri hakkında kapsamlı bilgiler sunmuştur. Ayırıcı tanıda farkındalığının artması ve düşük doz steroid ve lokal göz tedavileri ile başarıyla tedavi edildiğini bildirmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Konjktivit, Mukozit, Mycoplazma

MIRM göz tutulumu



MIRM oral tutulum



[EP-60]

**VASKÜLER BASIYA BAĞLI İNTRATORASİK OBSTRÜKSİYON:
ASTIMI TAKLİT EDEN BİR OLGU****EBRU ÇELEBİ DEVELİ, MELİS AYDIN MUT, MUSA ŞAHİN,
AYLİN KONT ÖZHAN, TUĞBA ARIKOĞLU, SEMANUR KUYUCU**

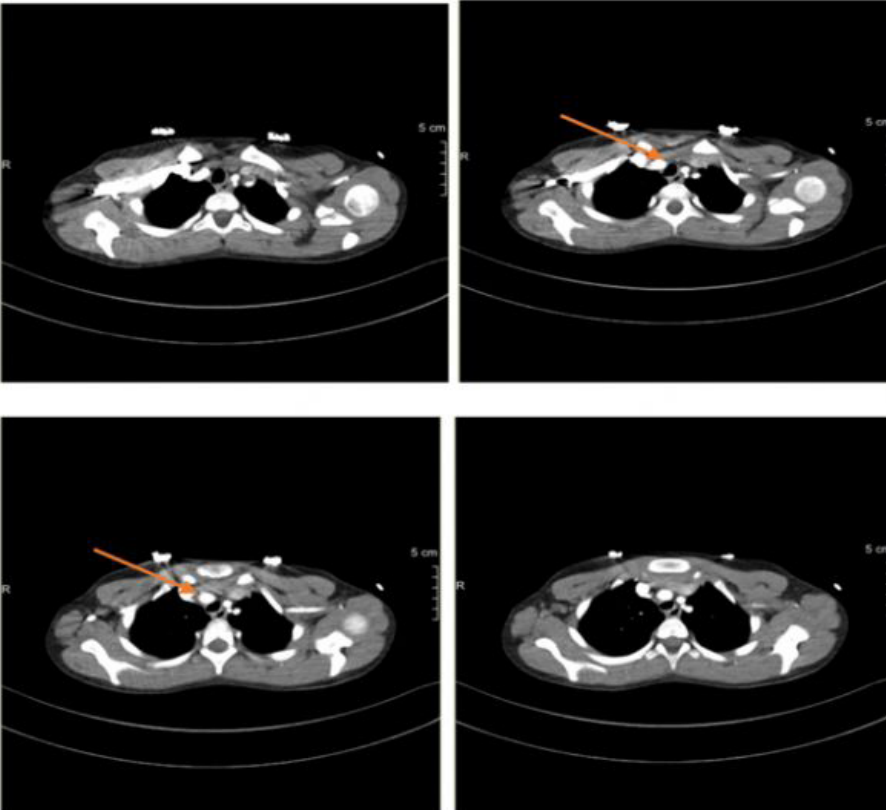
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, MERSİN

Giriş: İntratorasik hava yolu obstrüksiyonu, toraks içinde yer alan hava yollarının dinamik veya sabit daralması sonucu ortaya çıkan ve özellikle çocukluk çağında sıklıkla astım ile karışabilen önemli bir klinik tablodur. Değişken intratorasik obstrüksiyon, spirometride akım-hacim eğrisinde tipik olarak ekspiratuar fazda düzleşme ile karakterizedir ve altta yatan nedenler arasında trakeobronşiyal anomaliler, kitleler ve vasküler basılar yer alır. Bu bildiri, astım benzeri semptomlarla izlenen ancak altta yatan etiyojisi vasküler bası olan bir pediatrik olgunun tanısasal süreci sunulmaktadır.

Olgu: Sekiz yaşında erkek hasta; erken bebeklik döneminden itibaren başlayan persistan prodüktif öksürük, sık nebulizasyon ihtiyacı, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları, pnömoni ve kronik sinüzit öyküsü ile değerlendirildi. Hastanın daha önce montelukast ve inhaler kortikosteroid profilaksisi kullanmasına rağmen klinik yanıt alınmadığı öğrenildi. Bir yıl önce yapılan adenoidektomi sonrası geçici düzelme izlenmişti. Fizik muayenede vücut ağırlığı 75-90 persentil, boyu 50-75 persentilde olup postnazal pürülan akıntı, orta kulak efüzyonu, pectus ekskavatum ve alt ekstremitelerde çomak parmak saptandı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, eozinofil sayısı ve yüzdesi, immünoglobulin düzeyleri, lenfosit alt grup analizleri ve deri prick testleri normal bulundu. Spirometrik değerlendirmede FEV₁ %94, FEV₁/FVC %76 ve MMEF %55 olarak saptandı; bronkodilatör yanıt anlamlı değildi. Akım-hacim eğrisinde değişken intratorasik obstrüksiyon ile uyumlu ekspiratuar düzleşme izlendi. Ter testi, CFTR gen analizi, tüberküloz taramaları ve mikrobiyolojik incelemeler normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ alt lobda buzlu cam dansiteleri ve tomurcuklanmış ağaç görünümü saptandı. Bronkoskopide vasküler bası düşündürülen bulgular üzerine yapılan kontrastlı BT anjiyografide brakiosefalik trunkusun trakeaya sağ anteriordan bası yaptığı gösterildi.

Tartışma: Astım tedavisine yanıt vermeyen, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları olan çocuklarda özellikle spirometride değişken intratorasik obstrüksiyon paterni saptandığında vasküler anomaliler ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı, gereksiz tedavilerin önlenmesi ve uygun cerrahi yönlendirme açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, hışıltı, intratorasik obstrüksiyon, spirometri, vasküler bası

Resim 1

Toraks Bilgisayarlı Tomografi Anjio

[EP-61]

**ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN LOKAL ANESTEZİK ALERJİLERİ:
TAHMİN EDİLDİĞİ KADAR SIK MI?****UĞUR TOKDEMİR, SERKAN KÜÇÜKTÜRK, SEVGİ KELEŞ, İSMAİL REİSLİ, ŞÜKRÜ NAIL GÜNER**

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALERJİ BİLİM DALI, KONYA

Amaç: Çalışmamızda 2017 ile 2025 yılları arasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim dalına LA alerjisi şüphesiyle sevk edilen hastaların klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirilerek pediatrik yaş grubunda lokal anestezi alerjisinde etkili olabilecek risk faktörlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Hastaların demografik özellikleri, öyküsündeki atopik hastalıklar, ilaç alerjisi veya lokal anestezi alerjisi geçmişi, aile öyküsündeki atopik hastalıklar veya ilaç alerjileri araştırıldı. Laboratuvar bulguları ve LA ile yapılan cilt prick, intradermal ve subkutan provokasyon sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 176 hastadan yapılan 200 cilt testi sonucu değerlendirildi. Hastaların %20'sinde (n=35) ilaç alerjisi geçmişi, %20'sinde (n=35) lokal anestezi ile alerjik reaksiyon öyküsü, %36.3'ünde (n=64) astım mevcuttu. Lokal anestezi alerjisi geçmişi olan hastaların reaksiyon anında %88.6'sında (n=31) cilt bulguları, %14.3'ünde (anjioödem), %8.5'inde (n=3) senkop gözlenmişti. Hastaların %4'ünde (n=7) cilt testleri pozitif sonuçlandı. Pozitif çıkan hastaların 5'i artikain ile 2'sinde lidokain ile test uygulanmıştı. 3 hastada intradermal testler pozitif çıkarken 4 hastada subkutan provokasyon testlerinde pozitiflik izlenmişti. Lidokain ile 1/10 dilüsyone formunda yapılan testte koldan boyuna kadar yayılan yaygın eritem izlendi. Mepivakain ile yapılan 22 testin hiçbirinde reaksiyon izlenmemesiyle çalışmamızda en güvenli ilaç olarak ön plana çıktı. LA ile yapılan cilt testleri pozitif ve negatif saptanan grup arasında cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması (median), total IgE (median), eozinofil sayısı (median), laboratuvar testlerinde inhaler veya gıda panel pozitifliği açısından anlamlı fark gözlenmedi. Ailede atopi veya ilaç alerjisi geçmişinin LA alerjisi pozitif ve negatif saptanan gruplar arasında anlamlı bir değişim göstermediği tespit edildi. Öyküsünde ilaç alerjileri (p=0.001) veya lokal anestezi alerjileri olan hastalarda (p=0.004) ve öyküsünde lokal anestezi eşliğinde yapılan işlemlerde cilt reaksiyonu gözlenen hastalarda (p=0.002) LA ile yapılan cilt testlerinde pozitiflik oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştı. Öyküsünde LA veya diğer ilaçlar ile alerji öyküsü olmayan, sadece astım veya atopik hastalıklar nedeniyle tarafımıza yönlendirilen hastalarda yapılan cilt testlerinin tamamı negatifti.

Sonuç: LA alerjisi nadir görülen bir durum olmasına rağmen, alerji kliniklerinden bu tür konsültasyonlar sıkça talep edilmektedir. Gerek-siz testlerden kaçınmak için, ilgili tüm sağlık profesyonellerinin LA alerjisi şüphesi olan hastalarda uygun yaklaşım hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lokal anestezi, ilaç hipersensitivite reaksiyonları, Cilt testleri, İlaç alerjileri

[EP-62]

ÇOCUKLARDA NON-STERÖİDAL ANTİİNFLAMATUAR İLAÇ AŞIRI DUYARLILIĞI: TEK MERKEZ DENEYİMİ**DUYGU PEKER, FAZIL ORHAN, NALAN YILDIZ, GÜLİZAR DEMİR, SANİYE MERTEK ŞENSOY**

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLJİSİ VE ALLERJİ HASTALIKLARI, TRABZON

Amaç: Nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) analjezik, antiinflatuar ve antipiretik etkileri nedeniyle başta enfeksiyonlar olmak üzere çocukluk çağında en sık kullanılan ilaçlar arasında yer alır. Çocuklarda, antibiyotiklerden sonra en sık aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olan ilaçlardır.

Yöntem: 2015-2025 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Polikliniğine NSAİİ kullanımı sonrası lokal ya da sistemik şüpheli alerjik reaksiyon hikayesi ile başvuran deri testleri negatif sonuçlandığı için oral ilaç yüklemeye testleri yapılan hastalar dahil edildi. Oral ilaç yüklemeye testleri, Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarına Yaklaşım Rehberi'ndeki ölçütlere uygun olarak yapıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: NSAİİ kullanımı sonrası şüpheli alerjik reaksiyon hikayesi ile başvuran 218 hastada deri testleri sadece 1 hastada (%0.05) pozitif bulundu (ibuprofen). Deri testleri negatif çıkan hastalardan onam veren 41'ine (ortalama±SD yaş 92,7±58,4 ay; 22 [%53,7] kız) oral ilaç yüklemeye testleri yapıldı. Oral ilaç yüklemeye testi sonrası 6 (%14,6) hastada NSAİİ aşırı duyarlılığı saptandı. Yüklemeye sonrası hastaların 1'inde anafaksi, 2'sinde ürtiker, 3'ünde ürtiker-anjioödem gelişti. 3 hastada ibuprofen, 1 hastada diklofenak sodyum, 2 hastada parasetamol aşırı duyarlılığı görüldü.

Sonuç: Çocuklarda NSAİİ aşırı duyarlılığı en sık ibuprofenle gelişmektedir. NSAİİ alerjisini saptamada ilaç yüklemeye testleri deri testlerine göre belirgin olarak etkindir.

Anahtar Kelimeler: deri testi, ilaç alerjisi, NSAİİ, oral yüklemeye testi

NSAİİ ilaç aşırı duyarlılığı saptanan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	1.hasta	2.hasta	3.hasta	4.hasta	5.hasta	6.hasta
Yaş (ay)	111	97	204	151	103	9
Cinsiyet	Erkek	Kız	Kız	Erkek	Erkek	Kız
Başvuru şikayeti	Anjioödem	Anafaksi	Döküntü	Döküntü, boğazda kaşınma	Anjioödem	Döküntü
Kullanılan NSAİİ	İbuprofen	İbuprofen	Diklofenak sodyum	Parasetamol	İbuprofen	Parasetamol
İlaç kullanımı ile reaksiyon arasında geçen süre	15 dk	60 dk	8 saat	5 dk	1 saat	bilinmiyor
OPT sonrası gelişen reaksiyon	Ürtiker-Anjioödem	Ürtiker	Anafaksi	Ürtiker	Ürtiker-Anjioödem	Ürtiker-Anjioödem
Eozinofil sayısı #	100	530	140	320	114	
IgE düzeyi (kU/L)	70.6	540	208	633	72	
Eşlik eden atopik hastalık	Yok	Alerjik rinit	Yok	Yok	Yok	Yok

[EP-63]

**D VİTAMİNİNE BAĞLI ANİ AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONU GELİŞEN
PEDIATRİK OLGU****HASRET ERKMEN¹, YUNUS EMRE KARADUMAN²**

1 TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR, TÜRKİYE

2 TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İZMİR, TÜRKİYE

Giriş: D vitamini karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları oldukça nadir olup, altta yatan immünojenik mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır. Literatürde erişkin yaş grubunda kolekalsiferol ve kalsitriol ile ilişkili aşırı duyarlılık olguları bildirilmiş olmakla birlikte, pediatrik yaş grubunda bu duruma ilişkin bildirimler son derece sınırlıdır. Sunulan olgu, pediatrik yaş grubunda kolekalsiferol ve kalsitriol ile ilişkili aşırı duyarlılık reaksiyonunun nadir bir örneğini temsil etmektedir.

Olgu: Bilinen astım ve alerjik rinokonjunktivit öyküsü bulunan 17 yaşındaki kız hastada, ilk kez 10 yaşında kolekalsiferol (Devit-3® damla) kullanımından yaklaşık 10 dakika sonra yaygın ürtiker gelişmiş ve ilaç kesilmiştir. Takip eden dönemde D vitamini ile zenginleştirilmiş süt tüketimini takiben 3-4 dakika içinde benzer yakınmalar ortaya çıkmış, semptomlar antihistaminik tedavi ile gerilemiştir. İnfant döneminde D vitamini profilaksisini sorunsuz alan ve kırık öyküsü olmayan hastanın serum 25-OH D vitamini düzeyi <4,2 nmol/L saptandı.

Tanısal değerlendirme amacıyla Devit-3® ampul ile deri testi uygulandı. Kolekalsiferolün lipofilik özelliği ve serum fizyolojik ile çözünmemesi nedeniyle testlerde fosfat tamponlu solüsyon (PBS) kullanıldı. Testler öncesinde, sağlıklı kontrollerde 1/10 ve 1/100 intradermal dilüsyonlar denendi ve iritan etki saptanmadı.

Hastada prick testleri negatif saptandı. 1/100 intradermal testten 15 dakika sonra endurasyon izlenmezken, 1/10 intradermal uygulamayı takiben 15. dakikada endurasyon saptanmadı; ancak eş zamanlı uygulanan 1/100 intradermal test alanında gecikmiş endurasyon gelişmeye başladı. Benzer bulgular 1/10 intradermal testten 30 dakika sonra da gözlemlendi. Sağlıklı kontrollerde bu bulgular izlenmedi.

Deri testlerinden iki saat sonra Devit-3® damla (koyun yününden elde edilen kolekalsiferol), bir hafta sonra Natur D3 sprey® (deniz alginden elde edilen kolekalsiferol) ve iki hafta sonra Qualyviz® yumuşak kapsül (1,25-dihidroksikolekalsiferol, kalsitriol) ile oral provokasyon testleri uygulandı. Tüm preparatlarda, dudak mukozasına dilüe formun temasından yaklaşık 15 dakika sonra boğazda gıcıklenme hissi ve yaygın ürtiker gelişti. Testler sonlandırılarak intravenöz steroid ve antihistaminik tedavi uygulandı. Hastaya kolekalsiferol ile desensitizasyon uygulanması planlandı.

Tartışma: Literatürde D vitamini alerjisi bildirilen erişkin olgularda deri testlerinin sıklıkla negatif olduğu belirtilmiştir. Bu olgu, D vitaminiye bağlı aşırı duyarlılık reaksiyonlarında standart deri testlerinin yetersiz kalabileceğini ve lipofilik ilaçlar için geç okumanın önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, lipofilik özellikte bir vitamin olması nedeniyle deri testlerinde serum fizyolojik yerine PBS kullanılması tanısal değeri artırabilir. Alternatif tedavi seçeneklerinin sınırlı olduğu bu hasta grubunda, seçilmiş olgularda desensitizasyon protokolleri değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: D vitamini alerjisi, ilaç deri testi, ilaç provokasyon testi, desensitizasyon

Devit-3® ampul ile prick ve intradermal test

	15 dakika sonra	30 dakika sonra	45 dakika sonra
1/100 prick (0.01 mg/ml)	Negatif	Negatif	Negatif
1/10 prick (0.1 mg/ml)	Negatif	Negatif	Negatif
1/1 prick (sulandırmadan)	Negatif	Negatif	Negatif
1/100 intradermal	Negatif	Endurasyon oluşmaya başladı	10x15 mm
1/10 intradermal	Negatif	Endurasyon oluşmaya başladı	12x15 mm psödopodlu

[EP-64]

FVIII/VWF KONSANTRESİNE KARŞI ANİ TİP SİSTEMİK AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONU GELİŞEN PEDIYATRİK HASTADA BAŞARILI DESENSİTİZASYON UYGULAMASI

CANSU DURAN¹, SEZİN AYDEMİR¹, LEMAN TUBA KARAKURT¹, NURHAN KASAP¹, ZÜLAL SUDE YAMAN², MEHMET ONUR ÇANDIR², FATMA BETÜL ÇAKIR², MUSTAFA ARGAN¹

¹ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

² İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Von Willebrand Hastalığı (vWH) tedavisinde kullanılan plazma kaynaklı vWF/FVIII replasman ürünlerine karşı sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonları gelişebilmektedir. Literatürde bu reaksiyonların genellikle IgE dışı mekanizmalarla (immün kompleksler veya kompleks aktivasyonu) tetiklendiği bildirilmiş olsa da son yayınlar IgE aracılı mekanizmaların da rol oynayabileceğini göstermektedir.

Olgu: Beş yıldır profilaktik olarak vWF/FVIII faktör (Haemate-P®) replasman tedavisi alan vWH tanılı 10 yaşındaki kız hastada, Ocak 2026'da uygulanan Haemate-P® infüzyonunun 10. dakikasında yaygın ürtiker ve şiddetli karın ağrısı geliştiği ve anafilaksi tanısıyla 0,01 mg/kg intramüsküler adrenalin tedavisi uygulandığı ve sonrasında şikayetlerinin kısa sürede gerilediği öğrenildi. Daha önceki infüzyonları sorunsuz almış hastanın yapılan değerlendirmesinde, Haemate-P® ile yapılan deri prick (1:1) ve intradermal testi (1:10) negatif sonuçlandı. Alternatif ilaç seçeneği bulunmayan, serum faktör VIII inhibitör düzeyi negatif saptanan ve kullanımı hayati önem taşıyan Haemate-P® replasman tedavisinin desensitizasyon ile verilmesine karar verildi. Sistemik kortikosteroid ve antihistamin premedikasyonu sonrasında, üç solüsyonlu (Solüsyon-I:1/100, Solüsyon-II:1/10, Solüsyon-III:1/1 konsantrasyon) ve 12 basamaktan oluşan protokolle desensitizasyona başlandı. Desensitizasyonun 10. basamağının (Solüsyon-III, 20 mL/s infüzyon hızında) 5. dakikasında yüzünde ürtiker-yal döküntü gelişmesi üzerine infüzyon durduruldu ve semptomatik tedavi uygulandı. Bulguları 30 dakika içerisinde düzelen hastada protokole bir önceki basamaktan (9. basamak) başlanarak devam edildi ve hedef doz olan 350 IU başarıyla tamamlandı. Desensitizasyon sonrası 2 saat gözlem altında tutuldu ve herhangi bir reaksiyon saptanmadı.

Tartışma: Olgumuz, plazma kaynaklı faktör konsantrasyonlarına karşı gelişen ani tip sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonlarda desensitizasyonun güvenilir ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. Kullanımı hayati önem taşıyan ve alternatif tedavi seçeneği olmayan özellikle vWF eksikliği gibi hematolojik hastalıklarda desensitizasyon uygulaması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: von Willebrand Hastalığı, Anafilaksi, İlaç Desensitizasyonu

[EP-65]

**ANAFLAKSİ SONRASI LİPOZOMAL AMFOTERİSİN B DESENSİTİZASYONU
YAPILAN OLGU****HÜSEYİN BAŞPINAR¹, NİLGÜN BAHAR TEKER², HATİCE BÜŞRA FİDAN¹,
MEHMET İNALTEKİN¹, ELİSA KUNDAKÇI¹, MAHİR SERBES¹, DİLEK ÖZCAN¹**

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, ADANA
² ZOSMANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLAJİ VE ALERJİ

Giriş: Amfoterisin B polyen grubu, geniş spektrumlu antifungal bir ajandır. Bu ilaç sistemik mantar enfeksiyonlarının tedavisinde oldukça etkilidir. Burada lipozomal amfoterisin B ile anaflaksi gelişen ve alternatif ilacı olmadığı için başarılı desensitizasyon protokolü ile tedavisine devam edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Opere meningomyelozel ve sağ ayak bileğinde kronik osteomyelit tanılarıyla çocuk enfeksiyon servisinde izlenen hastanın gönderilen yara kültüründe küf mantarı üremesi olması üzerine hastaya lipozomal amfoterisin B başlanmıştır. Amfoterisin B'nin ilk dozunun 10. dakikasında nefes darlığı, karın ağrısı olan hastaya anaflaksi tanısıyla intramüsküler adrenalin yapılmıştır. Sonrasında tarafımıza konsülte edilen hastanın alternatif tedavisinin olmadığı öğrenildi. Hastaya Amfoterisin B'nin dört farklı dilüsyondaki solüsyonu ile toplam 16 basamaktan oluşan protokol başarı ile uygulandı.

Tartışma: Alerjiye neden olan ilacın alternatifinin olmadığı durumlarda desensitizasyon yapılması oldukça önemlidir. Bu desensitizasyon protokolü ile lipozomal amfoterisin B başarılı bir şekilde hastanın tedavisinde kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anaflaksi, Desensitizasyon, Lipozomal amfoterisin B

Desensitizasyon İçin Hazırlanan Solüsyonlar ve İçerikleri

SOLÜSYON TİPİ	SOLÜSYON İÇERİĞİ	KONSANTRASYON
A	10 ml B sol.+ 90 ml %5 dext.	0,001 mg/ml
B	10 ml C sol.+ 90 ml %5 dext.	0,01 mg/ml
C	10 ml D sol.+ 90 ml %5 dext.	0,1 mg/ml
D	200 mg ilaç+ 200 ml %5 dext	1 mg/ml

Desensitizasyon Protokolü

ADIM	SOLÜSYON TİPİ	DİLÜSYON	Hız, ml/saat	İnfüzyon süresi, dk	Adım başına infüze edilen hacim, ml	Bu adımda uygulanan doz, mg	Toplam doz, mg
1	A	1/1000	4	15	1	0,001	0,001
2	A	1/1000	8	15	2	0,002	0,003
3	A	1/1000	16	15	4	0,004	0,007
4	A	1/1000	32	15	8	0,008	0,015
5	B	1/100	8	15	2	0,02	0,035
6	B	1/100	16	15	4	0,04	0,075
7	B	1/100	32	15	8	0,08	0,155
8	B	1/100	64	15	16	0,16	0,315
9	C	1/10	8	15	2	0,2	0,515
10	C	1/10	16	15	4	0,4	0,915
11	C	1/10	32	15	8	0,8	1,715
12	C	1/10	64	15	16	1,6	3,315
13	D	1/1	16	15	4	4	7,315
14	D	1/1	32	15	8	8	15,315
15	D	1/1	64	15	16	16	31,315
16	D	1/1	90	112	168,6	168,685	200

[EP-66]

NSAİİ HİPERSENSİTİVİTESİ ŞÜPHESİ OLAN PEDIATRİK HASTALARDA TANISAL ALGORİTMA VE GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

MELİS ÖZTÜRK AYKAÇ, EREN SARI, ÖZLEM YILMAZ

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ÇANAKKALE, TÜRKİYE

Amaç: Pediatrik hastalarda nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAİİ) aşırı duyarlılığında tanısal algoritmaların sonuçlarını değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Ancak bu algoritmaların klinik pratiğe yansımaları, tanısal testler sonrasında hastaların NSAİİ'leri gerçek yaşam koşullarında kullanabilme durumunu belirten çalışma sayısı sınırlıdır. Çalışmamızın amacı, NSAİİ aşırı duyarlılığı şüphesiyle başvuran hastalarda tanısal algoritma yanında, gerçek yaşam verilerini de değerlendirmektir.

Yöntem: Ocak 2022–Aralık 2025 tarihleri arasında tek merkezli olarak yürütülen çalışmaya, 1–18 yaş arası, NSAİİ aşırı duyarlılığı şüphesiyle tanısal algoritmanın uygulandığı hastalar dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden alerjik hastalıkları, provokasyon testi sonuçları, reaksiyon tipleri, güvenli alternatif ilaçlarla yapılan provokasyon testleri ve NSAİİ duyarlılığı olan ve olmayan hastaların gerçek yaşamda ilaç kullanım durumları telefon vizitiyle değerlendirildi. Tanı ve izlem süreçleri uluslararası kılavuzlara uygun yürütüldü.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen 63 hastanın %52,4'ü kız olup, ortalama yaş $9,8 \pm 4,6$ yıl idi. Hastaların %44'ünde en az bir atopik hastalık mevcuttu. Çoklu NSAİİ duyarlılığı tanısı 14 hastada ASA/ibuprofen/parasetamol provokasyon testleri ile konuldu. Dört hastada ise klinik öyküye dayanarak, provokasyon testi uygulanmadan çoklu NSAİİ duyarlılığı tanısı konuldu ve bu hastalarda provokasyon yapılmaksızın güvenli alternatif ilaçlarla provokasyon testleri gerçekleştirildi. Tek NSAİİ duyarlılığı, klinik öykü ile uyumlu şekilde ilgili ilaca yönelik deri testinin pozitifliği ile değerlendirildi. Toplam dört hastaya ilaçlarla deri testi uygulandı ve bir hastada deri testi pozitif saptandı. Çoklu NSAİİ duyarlılığı şüphesi ile ASA/ibuprofen/parasetamol provokasyon testi uygulanan 55 hastanın 14'ünde (%25) test pozitif bulundu; en sık gözlenen reaksiyon anjiyoödemdi (%78). 1 hastada ibuprofen provokasyonu sonrası anafilaksi gelişti. Çoklu NSAİİ duyarlılığı tanısı alan 13 hastada güvenli alternatif ilaçlar (meloksikam, nimesulid, parasetamol) ile provokasyon testleri yapıldı ve bir hastada nimesulid ile ürtiker ve anjiyoödem gelişti. NSAİİ duyarlılığı tanısının dışlandığı 41 hastanın 37'üne (%90) ulaşıldı; bu hastaların 36'sının (%97) şüpheli ilacı gerçek yaşamda herhangi bir reaksiyon olmaksızın kullandığı görüldü. Provokasyon testi pozitif olan ve güvenli ilacı saptanan 12 hastanın 11'ine (%92) telefon viziti yapıldı ve bu hastaların tamamının ihtiyaç halinde güvenli alternatif ilaçları gerçek yaşam koşullarında sorunsuz şekilde kullandığı saptandı.

Sonuç: Pediatrik NSAİİ aşırı duyarlılığında tanısal testlerin uygulanması, tanı hatalarını ve gereksiz ilaç eliminasyonunu önlemektedir. Tanının dışlandığı hastaların şüpheli NSAİİ'leri, tanının doğrulandığı hastaların ise testlerle güvenli olduğu gösterilen alternatif ilaçları gerçek yaşamda güvenle kullanabildiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: NSAİİ, alerji, çocuk, gerçek yaşam

Tablo 1. Demografik veriler

Özellik	Değer
Toplam hasta sayısı, n	63
Yaş (ortalama \pm SS, yıl)	$9,8 \pm 4,6$
Kız cinsiyet, n (%)	33 (%52,4)
Atopik dermatit, n (%)	2 (%3,2)
Alerjik rinit, n (%)	23 (%36,5)
Astım, n (%)	12 (%19,0)
Kronik ürtiker, n (%)	4 (%6,3)
En az bir atopik hastalık, n (%)	28 (%44,4)

Demografik veriler

Tablo 2. Hasta Grupları ve Test Sonuçları

Grup	Hasta Sayısı	Test Yapılan Hastalar	Pozitif Sonuç	Reaksiyonlar
Tek NSAİİ duyarlılığı	4	4 • <u>Parasetamol</u> (n=3) • <u>Metimazol</u> (n=1)	1 • <u>Parasetamol</u>	-
Çoklu NSAİİ duyarlılığı	59 (4 hasta öyküye dayalı tanı)	55 • <u>ASA</u> (n=32) • <u>İbuprofen</u> (n=6) • <u>ASA + İbuprofen</u> (n=12) • <u>Parasetamol</u> (n=5)	14 • <u>ASA</u> (n=11) • <u>İbuprofen</u> (n=2) • <u>Parasetamol</u> (n=1)	• <u>İzole anjiyoödem</u> (n=10) • <u>Ürtiker + anjiyoödem</u> (n=1) • <u>İzole ürtiker</u> (n=2) • <u>Anafilaksi</u> : (n=1)
Güvenli ilaç provokasyonu	18 • <u>Parasetamol</u> (n=16) • <u>Nimesulid</u> (n=6) • <u>Meloksikam</u> (n=4)	13 • <u>Nimesulid</u> (n=6) • <u>Meloksikam</u> (n=4) • <u>Parasetamol</u> (n=3)	1 • <u>Nimesulid</u>	• <u>Ürtiker + anjiyoödem</u> (n=1)

Hasta Grupları ve Test Sonuçları

Tablo 3. Gerçek Yaşam Verileri

Hasta Grubu (Telefon Vizitinde Ulaşılan Hastalar)	İlaç Kullanımı
NSAİİ duyarlılığı dışlanan hastalar	36 / 37 (%97)
Provokasyon testi ile güvenli olduğu saptanan hastalar	11 / 11 (%100)

Gerçek Yaşam Verileri

[EP-67]

LOKAL ANESTEZİK ALERJİSİ ŞÜPHESİ İLE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: 10 YILLIK DENEYİM**FİGEN ÇELEBİ ÇELİK, SONER GÜNDER, ÖZGEN SOYÖZ,
CANAN ŞULE KARKINER, ÖZLEM SANCAKLI, DEMET CAN**

SBÜ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Lokal anestetikler (LA); dental ve minimal cerrahi girişimlerde analjezi sağlanması için yaygın olarak kullanılan ilaçlardır. Alerji kliniklerine LA alerjisi şüphesi ile çok sayıda hasta yönlendirilmekle birlikte gerçek alerjik reaksiyonların çok daha nadir olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda, yönlendirilen olgularda doğrulanmış lokal anestetik alerjisi sıklığının belirlenmesini ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Kliniğimize 2015–2025 yılları arasında lokal anestetik alerjisi şüphesiyle yönlendirilen ve tanısız test uygulanan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, şüpheli lokal anestetik ajanlar ve test sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 61 hasta (28 kız, 33 erkek) dahil edildi. Başvuru yaşları medyan 9 yıl (çeyrekler arası aralık: 6,1–12,9 yıl) olarak bulundu. Hastaların tamamı diş hekimi tarafından yönlendirilmişti. En sık yönlendirilme nedenleri sırasıyla lokal anesteziyle ilişkili alerji öyküsü (%29,5) ve herhangi başka bir ilaç alerjisi öyküsü (%26,2) idi. Toplam 67 tanısız test uygulandı; test edilen ajanlar sırasıyla lidokain (n=47), artikain (n=8), mepivakain (n=5), prilokain (n=4) ve bupivakain (n=3) idi. Doğrulanmış gerçek lokal anestetik alerjisi 5 hastada (%8,1) saptandı; bu hastaların 4'ünde tek bir ajana, 1'inde ise iki farklı ajana karşı aşırı duyarlılık belirlendi. Anafilaksi öyküsü varlığı (p: 0,049; OR:11,8 (1,4–99,5)) ve prilokain ve artikain kullanımı (p: 0,012), gerçek lokal anestetik alerjisi açısından risk faktörü olarak bulundu.

Sonuç: Çocuklarda LA ile alerjik reaksiyonlar nadir de olsa gelişebilmektedir. Uygun tanı testlerinin yapılması, LA alerjilerini doğru bir şekilde teşhis etmek veya dışlamak için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İlaç alerjisi, lokal anestetik, pediatri

[EP-68]

ŞÜPHELİ PENİSİLİN ALERJİSİ OLAN AKUT ROMATİZMAL ATEŞLİ ÇOCUKLARDA PENİSİLİN DERİ TESTİ KİTİ YOKLUĞUNDA BENZATİN PENİSİLİN G İLE TANISAL TESTLER GÜVENLİ BİR ALTERNATİF OLABİLİR Mİ?

**CEBBAR YILDIRIMÇAKAR, MUSTAFA BEYKAN İSTANBULLU,
CANSU KAVUKÇU HORASAN, EBRU ARIK YILMAZ**

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Amaç: Güncel rehberler, IgE-aracılı penisilin alerjilerinin tanısında majör ve minör determinantları içeren standart penisilin test kitinin kullanımını önermektedir. Ancak test kitlerinin yüksek maliyetleri ve ulaşım zorluğu penisilin profilaksisinin hızla başlanması gereken Akut Romatizmal Ateş (ARA) gibi durumlarda sorun olabilmektedir. Çalışmamızda hastanemizde ARA nedeniyle benzatin penisilin G (BPG) profilaksi planlanan ancak öyküsünde penisilin alerjisi şüphesi olan hastalara BPG ile yapılan tanısal testlerimizin sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Pamukkale Üniversitesi Çocuk Alerji&İmmünoloji Polikliniğinde Mart 2017–Aralık 2025 tarihleri arasında Çocuk Kardiyoloji tarafından ARA tanısı konulan, ancak penisilin alerjisi öyküsü olması nedeni ile tarafımıza yönlendirilen hastalara önce 10.000 IU/ml BPG ile prik testi; negatif olması durumunda aynı konsantrasyonda intradermal test (İDT); negatif olması durumunda BPG ile ilaç provokasyon testi (İPT) (önce %10, 30 dk sonra %90'ı) intramüsküler olarak yapıldı.

Bulgular: Toplam 20 hastanın (%55'i kız) ortanca başvuru yaşı 11,8 yıl (çeyrekler arası aralık 8,2–13,8 yaş) idi. Hastaların 14'ünün (%70) BPG, 4'ünün (%20) amoksisilin-klavulanat ve 2'sinin (%10) amoksisilin ile ilişkili erken tip alerjik reaksiyonu öyküsü ortanca 9,6 yaşta (5,6–10,9) idi. Hastaların 3'ünde (%15) anafilaksi olmuştu; 17'sinde (%85) cilt (%65 ürtiker, %35 anjiyoödem), 3'ünde (%15) solunum (nefes darlığı), 2'sinde gastrointestinal (%10 bulantı) ve 2'sinde (%10) baş dönmesi vardı. Hastaların 2'sinde (%10) astım, 1'inde (%5) alerjik rinit vardı. Bir (%5) hastanın ailesinde ilaç alerjisi öyküsü mevcuttu. İlaç reaksiyonunun geliştiği ortanca doz sayısı 3,5 doz (2,0–10,8) olup son doz ile reaksiyon arasındaki süre ortanca 55 dakika (16,3–235) idi. Tanısal testler, başvuruyu takiben gecikmeden uygulanmış olup, ortanca 11,8 yaşta (8,2–13,9) yapılmıştı. Tüm hastalarda BPG ile prik test negatifti; İDT ise 5'inde (%25) pozitif. Negatif İDT olan 15 (%75) hastaya İPT yapıldı ve hiçbirinde reaksiyon gözlenmedi. Negatif İPT olan tüm hastalara takip eden ilk üç doz kliniğimizde yapıldı ve reaksiyon izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda, penisilin alerjisi öyküsü olan ARA tanılı hastaların dörtte birinde İDT pozitifliği saptanarak BPG duyarlılığı doğrulandı. Ancak hastaların %75'inde İPT negatif olup takiplerinde BPG profilaksilerini sorunsuz alabildikleri görüldü. Bulgularımız penisilin tanısal test kitlerine erişimin sınırlı olduğu koşullarda, özellikle ARA gibi penisilin profilaksisinin başlanması gereken hastalarda, direkt olarak BPG ile tanısal testlerin uygulanmasının güvenli ve uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İlaç alerjisi, Penisilin, Benzatin penisilin G, Akut Romatizmal Ateş

[EP-69]

LOKAL ANESTEZİK İLAÇ AŞIRI DUYARLILIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇOCUK HASTALARDA TANISAL TEST SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**DEMET TEKCAN, HASİBE ARTAÇ, İLKNUR KÜLHAŞ ÇELİK**

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, KONYA

Giriş: Lokal anestezipler (LA), çocuklarda cerrahi ve dental girişimlerde yaygın olarak kullanılan ve genel olarak güvenli kabul edilen ilaçlardır. Buna karşın, LA uygulamalarını takiben geliştiği düşünülen ani tip reaksiyonlar nedeniyle çocuklar sıklıkla alerji kliniklerine yönlendirilmektedir. Ancak gerçek IgE aracılı LA aşırı duyarlılığı oldukça nadirdir ve klinik öyküye dayalı yanlış alerji tanısı gereksiz ilaç kısıtlamalarına, işlem gecikmelerine ve genel anestezi kullanımının artmasına yol açabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada, lokal anesteziplere bağlı gelişen ani tip aşırı duyarlılık şüphesi ile başvuran pediatrik hastaların klinik özelliklerinin, tanısal test sonuçlarının ve güvenli alternatif lokal anesteziplerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2020–Aralık 2025 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği'ne lokal anesteziplere bağlı ani tip reaksiyon öyküsü ile başvuran 1–18 yaş arası çocuklar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eozinofil sayısı ve yüzdesi, total IgE, hastalardaki ek alerjik hastalık varlığı, şüpheli ilaç, başvuru reaksiyonun özellikleri, ilaç deri testi (prik ve intradermal test) ve provokasyon testi sonuçları dosyalarından kaydedildi. Tüm hastalar telefon ile aranarak testi yapılan veya alternatif olarak önerilen lokal anestezi ilaçları kullanıp kullanmadığı, kullandı ise reaksiyon olup olmadığı sorgulandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 43 çocuk (26 kız,%60,5) dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 8,3(ÇAA:6,6–13,5) yılıdır. Lokal anestezi uygulamaları en sık dental işlemler sırasında gerçekleştirilmiştir(%83,7). En yaygın klinik bulgular ürtiker, anjiyoödem ve eritem olup, üç hastada(%6,9) anafilaksi öyküsü mevcuttu. Klinik öyküye göre en sık suçlanan lokal anestezipler lidokain (n=15), artikain (n=13) ve mepivakain (n=5) idi. Tanısal testler 32 hastada (%74,4) şüpheli LA ile gerçekleştirildi. Yedi hastada şüpheli ilacın belirlenememesi ve dört hastada ise şüpheli ilacın temin edilememesi nedeniyle toplam 11 hastada (%25,6) alternatif LA ile test yapıldı. Üç hastada (%6,9) intradermal test pozitifliği saptandığı için subkutan provokasyon testi yapılmadı; bu üç hastanın tamamında testler şüpheli ilaç olan lidokain ile gerçekleştirilmişti. Bu hastalardan bir tanesi alternatif ilaç testini kabul etmedi, diğer 2 hastaya alternatif LA ile deri ve ilaç provokasyon testleri yapıldı ve negatif bulundu. Telefon ile ulaşılan tüm hastalar önerilen lokal anesteziği sorunsuz kullandıklarını bildirdi.

Sonuç: Çocuklarda lokal anesteziplere bağlı ani tip aşırı duyarlılık nadirdir. Klinik öykünün tanısal testlerle birlikte değerlendirilmesi, gerçek alerjinin güvenle dışlanması ve güvenli lokal anestezi kullanımının sürdürülmesine olanak tanımaktadır.

Anahtar Kelimeler: lokal anestezi, çocuk, ilaç alerjisi

[EP-70]

PEDİATRİK NSAİİ AŞIRI DUYARLILIĞINDA ERKEN TOLERANS: YENİDEN DEĞERLENDİRME NE ZAMAN GEREKLİ?

MERVE KARACA ŞAHİN, NİLAY ÇALIŞKAN, HAMİT BOLOGUR, GÜLER YILDIRIM, MUHAMMED FATİH ERBAY, ASLI BERİVAN TOPÇAK, HASAN TUNÇ ŞARMAN, ÇAĞLA TURAN ÖZTÜRK, HİLAL GÜNGÖR, ÖMER YILMAZ ULUTAŞ, ŞULE PAPAĞAN, ŞEFİKA İLKNUR KÖKÇÜ KARADAĞ, DENİZ ÖZÇEKER

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Giriş: Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ), pediatrik popülasyonda ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarının en sık nedenleri arasında yer almaktadır. NSAİİ aşırı duyarlılığında zamanla tolerans gelişebileceği bilinmekle birlikte, çocuklarda yeniden değerlendirilmenin en uygun zamanı ve sıklığı net değildir. Mevcut kılavuzlar periyodik yeniden değerlendirmeyi önermekte, ancak kanıta dayalı bir zaman aralığı tanımlamamaktadır. Bu belirsizlik, pediatrik klinik pratikte önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

İlaç provokasyon testi (İPT) ile doğrulanmış NSAİİ aşırı duyarlılığı sonrasında erken tolerans gelişimini gösteren bir pediatrik olguyu sunuyoruz.

Olgu: Şikayet: 5,5 yaşında kız hasta, ibuprofen alımından sonraki bir saat içinde ürtiker gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu.

Özgeçmiş: Bilinen ilaç alerjisi yoktu. Alerjik rinit tanısı ile takipliydi. Ev tozu akarları duyarlılığı mevcuttu.

Hikayesi:

İlk reaksiyon (5 yaş 4 ay): İbuprofen alımından sonraki bir saat içinde ürtiker geliştiğini belirtti. Hastanın ebeveynleri tanınan testleri erteledi ve NSAİİ'lerden kaçınmayı tercih etti. Ancak daha sonra tanınan testleri yaptırmak üzere başvurdu.

Tanısız değerlendirme için başvuru (9 yaş 5 ay)

İbuprofen ile ilaç provokasyon testinde son dozdan 40 dakika sonra hastada gövde ve üst ekstremitelerde ürtikeryal plaklar gelişti ve test pozitif kabul edildi.

Parasetamol ile intradermal test negatif saptandı. İlaç provokasyon testinde son dozdan 30 dakika sonra hastada yüz ve gövdede ürtikeryal plaklar gelişti ve test pozitif kabul edildi.

16 ay sonra;

Birden fazla ilaca karşı seçici NSAİİ aşırı duyarlılığını dışlamak amacı ile aspirin provokasyon testi yapıldı ve negatif sonuçlandı. Tolerans gelişmiş olabileceği düşünülerek ibuprofen ve parasetamol ile ilaç provokasyon testleri bir hafta ara ile tekrarlandı.

Aspirin ile İPT (10 yaş 9 aylık) negatif saptandı.

İbuprofen ile İPT (10 yaş 9 aylık) negatif saptandı.

Parasetamol ile İPT (10 yaş 9 aylık) negatif saptandı.

NSAİİ aşırı duyarlılığı pozitif ilaç provokasyonu ile doğrulandıktan kısa süre sonra sırası ile aspirin, ibuprofen ve parasetamol ile provokasyon testleri negatif saptandı.

Tartışma: Çocuk hastalarda NSAİİ aşırı duyarlılığının yönetimi, özellikle küçük yaş grubunda antipiretik ve analjezik seçeneklerin sınırlı olması nedeniyle klinik yönetimde belirgin zorluklara yol açabilmektedir. Çapraz reaksiyon paternine sahip çocuklarda tedavi seçenekleri neredeyse tamamen ortadan kalkabilmekte; bu durum yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle toleransın erken saptanması klinik açıdan büyük önem taşımakta olup, sunulan bu olgu pediatrik hastalarda bireyselleştirilmiş yeniden değerlendirme yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, NSAİİ, tolerans

[EP-71]

HİPER-İGE SENDROMLARININ KLİNİK, İMMÜNOLJİK VE GENETİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**BURCU SARIGÜL ÇİMİ¹, ZEHRA ŞULE HASKOLOĞLU¹, CANDAN İSLAMOĞLU¹, SEVGİ KELEŞ², CANER AYTEKİN³, SERDAR CEYLANER⁴, ESİN FİGEN DOĞU¹, KAMİLE AYDAN İKİNCİOĞULLARI¹**

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ BD, ANKARA
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ BD, KONYA
3 ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ BD, ANKARA
4 İNTERGEN GENETİK TANI MERKEZİ, ANKARA

Amaç: Hiper-IgE sendromları (HİES), atopik dermatit, tekrarlayan enfeksiyonlar ve yüksek serum IgE düzeyleri ile seyreden nadir bir hastalık grubudur. Hastalar immünolojik ve non-immünolojik semptomlarla karşımıza gelebilir. 2024 IUIS güncel sınıflandırmasına göre STAT3-LoF, IL6R, IL6ST, ERBIN, PGM3 eksiklikleri ile ZNF341, SPINK5, TGFBR1/2, CARD11 ve STAT6-GOF genlerindeki patojenik mutasyonlar, HİES fenotiplerine katkıda bulunan genetik defektlerdir. Bu çalışmada HİES spektrumunda genetik tanısı olan 32 hastanın klinik ve immünolojik bulguları, uygulanan tedaviler ve son durumları sunulmaktadır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran ve HİES tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar klinik bulgular, immünolojik incelemeler ve genetik tanı açısından ayrıntılı olarak incelendi

Bulgular: HİES olup genetik tanısı olan 32 hasta (K:15, E:17) mevcuttu. Hastaların 22'si (%68,7) DOCK8 eksikliği, 4'ü (%12,5) STAT3-LoF gen defekti, 3'ü (%9,3) PGM3 eksikliği, 1'i (%3,1) IL-6ST eksikliği ve 2'i (%6,2) Netherton sendromu tanısı almıştı. Otozomal resesif kalıtım gösteren DOCK8 ve PGM3 eksikliği olan hastalarda aile öyküsü sırasıyla %48 ve %66,7 oranında mevcutken, STAT3-LOF, IL-6ST eksikliği ve Netherton sendromu tanılı hastalarda aile öyküsü yoktu; bu durum hastalıkların bilinen kalıtım modelleri ile uyumluydu. Başlangıç semptomları ve klinik bulgular genetik alt tipe göre farklılık göstermekteydi. DOCK8 ve PGM3 eksikliği olan hastalar çoğunlukla erken dönemde başlayan tekrarlayan ve ağır enfeksiyonlarla başvururken, PGM3 eksikliğinde ağır kombine immün yetmezlik ve nörolojik bulgular ön plandaydı. DOCK8 eksikliğinde ciddi enfeksiyonlara atopik dermatit, besin alerjileri ve üç hastada anjiyoödem eşlik etmekteydi. STAT3-LOF ve Netherton sendromu olgularında klinik tablo ağırlıklı olarak atopik dermatit ve diğer deri bulgularından oluşurken, IL-6ST eksikliği olan hastada alt solunum yolu enfeksiyonları ve pnömatosel gelişimi dikkat çekti.

Toplam 32 hastanın 16'sına hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) uygulanmış olup, hastaların 13'ü DOCK8 eksikliği ve 3'ü PGM3 eksikliğiydi; STAT3 gen defekti, IL6ST mutasyonu ve Netherton sendromu tanısı bulunan hastalarda enfeksiyon ve komplikasyon riskini azaltmaya yönelik profilaksiler başlandı. Netherton sendromu tanılı bir hasta sekukinumab tedavisi ile izlenmektedir. HKHN uygulanan hastalarda nakil sonrası sağkalım oranı %75 olarak belirlenmiştir

Sonuç: HİES, nadir görülen, genetik ve klinik açıdan heterojen bir primer immün yetmezliktir. Erken tanı, uygun immünolojik ve genetik değerlendirme, hayatı tehdit eden komplikasyonların önlenmesi ve doğru tedavi yaklaşımlarının planlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: DOCK8 eksikliği, PGM3, STAT3-LoF, Hiper-IgE Sendromları

[EP-72]

SÜT ÇOCUĞUNUN GEÇİCİ HİPOGAMAGLOBULİNEMİSİ TANISIYLA IVIG TEDAVİSİ BAŞLANAN HASTALARDA KLİNİK SEYİR VE İZLEM SÜRECİNDEKİ TANISAL DEĞİŞİM: RETROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

KÜBRA ÇEVİK TOKMAK, ÖNER ÖZDEMİR

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI

Amaç: Süt çocuğunun geçici hipogamaglobulinemisi (SÇGH), infantil dönemde düşük serum immünoglobulin G (IgG) düzeyleri ile seyreden geçici antikor yetmezliğidir. SÇGH, yaşa göre IgG düzeyi -2 SDS altındadır, çoğunlukla erken çocukluk döneminde spontan düzelen geçici antikor yetmezliğidir (1). Kesin tanı, IgG düzeyleri normale döndükten sonra retrospektif olarak konulabilmektedir (1,2). Bazı hastalarda IVIG gereksinimi doğmakta ve izlem sürecinde farklı primer antikor yetmezliği tanıları ortaya çıkabilmektedir (1,2). Çalışmamızda, SÇGH ön tanısıyla IVIG tedavisi başlanan hastaların verilerinin geriye dönük olarak analiz edilmesi amaçlandı.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik İmmünoloji ve Alerji Kliniğinde Ocak 2018–Aralık 2025 tarihleri arasında SÇGH ön tanısıyla IVIG başlanan 77 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, başlangıç immünoglobulin düzeyleri, klinik başvuru nedenleri, tedavi süreci, nihai tanılar ve alerjik hastalıklar analiz edildi.

Bulgular: Toplam 77 hastanın 54'ü kız (%70,1), 23'ü erkekti (%29,9). IVIG öncesi ortalama serum IgG düzeyi 491,8 mg/dL idi. IVIG başlanma yaşı ortalama 1 yıl 10 ay, tedavinin tamamlandığı ortalama yaş 4 yıl 6 ay olarak saptandı. İzlem sürecinde 47 hastada (%58,4) IVIG tedavisine ara verildi; 35 hastada (%45,4) serum immünoglobulin düzeylerinin yaşa uygun referans aralığına ulaşması ve enfeksiyon sıklığının azalması üzerine IVIG kesildi. Hastaların 12'sinde (%15,6) izlemede enfeksiyon sıklığında artış ve immünoglobulin düzeylerinde düşüklük nedeniyle IVIG yeniden başlandı.

IVIG tedavisi devam eden veya ara verilip yeniden başlanan 42 hastanın (%54,5) değerlendirmesinde 14 hastada (%18,2) CVID, 12 hastada (%15,6) izole IgG3 eksikliği ve 11 hastada (%14,3) SÇGH tanısı; kalan olgularda çeşitli IgG subgrup ve kombine eksiklikler saptandı. Başvuruların 51'i (%66,2) alt solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle olup en sık bronşit; 34 (%44,2) ve pnömoni 7 (%12,9) hastada izlendi. Hastaların 22'sinde (%28,5) alerjik hastalık mevcuttu.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların %45,4'ünde IVIG kesilebilirken %54,5'inde tedavi gereksinimi devam etmiş, en sık CVID ile izole IgG3 eksikliği saptanmıştır. Literatürde SÇGH tanılı çocukların %12–28'inde kalıcı antikor eksiklikleri geliştiği bildirilmekte olup, çalışmamızda bu oranın %54,5 olarak yüksek bulunmuştur (2). Ayrıca başvuruların %66,2'sinin alt solunum yolu enfeksiyonlarıyla olması, literatürde bildirilen bronşit ve pnömoni ağırlıklı klinik paternle uyumludur (3,4). Bulgularımız, SÇGH'nin uzun dönem izleme retrospektif bir tanı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle erken dönemde yalnızca serum immünoglobulin düzeylerine dayanarak kesin tanı konulmamalı, hastalarda uzun süreli klinik-immünolojik izlemin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geçici hipogamaglobulinemi, IVIG, CVID, IgG subgrup eksikliği, pediatrik immünoloji

[EP-73]

DOĞUŞTAN BAĞIŞIKLIK KUSURU OLARAK STAT3 HİPER IGE SENDROMU: 14 VAKA, TEK MERKEZ DENEYİMİ**BURKAY ÇAĞAN ÇOLAK, RAZİN AMİROV, NECMİYE ÖZTÜRK, SELCEN BOZKURT, RAMİN MAHMUDOV, METİN İLKBAHAR, MELEK YORĞUN ALTUNBAŞ, SEVGİ BİLGİÇ ELTAN, ELİF KARAKOÇ AYDINER, AHMET ÖZEN, SAFA BARIŞ**

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL JEFFREY MODELL PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLER TANI VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, İŞİL BERAT BARLANTRANSLASYONEL TIP MERKEZİ, İMMÜN YETMEZLİK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ, AVRUPA ALERJİ VE KLİNİK İMMÜNÖLOJİ AKADEMİSİ MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MÜKEMMELİYET MERKEZİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Amaç: STAT3 fonksiyon kaybına (LOF) bağlı hiper IgE sendromu (HIES), bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara yatkınlık, tekrarlayan cilt abseleri, egzema, baş dokusu problemleri, kaba yüz görünümü ile seyreden ve otozomal dominant geçişli bir doğuştan bağışıklık kusurudur. Bu çalışmada, STAT3 LOF tanılı hastaların klinik ve genetik özellikleri ile birlikte hastalığın doğal seyri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Merkezimizde STAT3 LOF tanısı ile takip edilen 14 hastanın demografik verileri, klinik seyirleri, immünolojik değerlendirmeleri ve genetik analiz sonuçları retrospektif olarak tıbbi kayıtlar üzerinden incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın %64'ü erkek (n=9), %36'sı kız (n=5) olup, ortanca yaşları 16,5 yıl (IQR: 11,5-23,75) idi. Bir hasta dışında tüm hastalarda ilk semptom yaşamın birinci yılında ortaya çıkmıştı ve tanı yaşı ortancası 5 yaş (IQR: 5-9) idi. Tüm olgular- da (%100) egzema ve cilt absesi; %85'inde (n=12) pnömoni; %28.6'sında (n=4) akciğer absesi ve %14'ünde invaziv pulmoner aspergilloz öyküsü mevcuttu. Ek olarak, iki hastada osteoporoz, birer hastada derin ven trombozu ve femur kondilinde avasküler nekroz saptandı. Yedi hastada pnömatosel (%50), altı hastada ise bronşiektazi (%46) tespit edildi. Kohorttaki 12 farklı ailede 8'i yanlış anlamlı; 1'i çerçeve içi delesyon; 1'i intronik olmak üzere 10 farklı STAT 3 genetik varyantı saptandı. Tanı anında National Institutes of Health (NIH) HIES skoru bilinen 7 hastada ortanca skor 45 (IQR: 43.6-59.5) olarak hesaplandı. Immunglobulin (Ig) düzeyleri bilinen 10 hastada ortanca IgE düzeyi 22961 IU/mL (IQR: 19088-34235), IgG ve IgM düzeyleri yaşa göre normal, %30 (3/10)'unda düşük IgA düzeyi mevcuttu. Ortalama eozinofil ve lenfosit düzeyleri sırasıyla 1677 ve 4384 /mm³ idi. Lenfosit alt grup analizi yapılan dokuz hastanın üçünde NK hücre (CD16+CD56+) düzeyinde azalma gözlemlendi. Hastaların %69'u (9/13) antibakteriyel ve antifungal profilaksi almakta; %85'i (n=12) ise immünoglobulin replasman tedavisi (IVIG: %42, SCIG: %58) almaktaydı. İzlem süresince iki hasta (%14) kaybedilmiştir: bir hasta yaygın büyük B hücreli lenfoma tanısı ile aldığı kemoterapiye bağlı nötropenik sepsis nedeniyle, 1 hasta ise kronik akciğer hastalığına bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: STAT3 LOF hastalığı klinik olarak heterojen bir tabloyla seyretmekte olup, erken tanı, enfeksiyonların önlenmesi ve ilişkili komorbiditelerin etkin yönetimi, mortalite ve morbiditeyi azaltarak yaşam kalitesini artırmada kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: DN-STAT3 LOF, Job Sendromu, Hiper-IgE sendromu

[EP-74]

ORAI-1 DEFECTİNE BAĞLI KOMBİNE İMMÜN YETMEZLİK: OLGU SUNUMU**EMEL GÖRGÜLÜ¹, ÖMER AKÇAL²**

¹ KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, KÜTAHYA
² İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ İMMUNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Kalsiyum (Ca²⁺) sinyalleri, hücre fonksiyonunda temel rol oynamaktadır. Antijen reseptörü uyarımını takiben lenfositlerde Ca²⁺ girişinin ana kaynakları, Ca²⁺ salınımıyla aktive olan Ca²⁺ (CRAC) kanallarıdır. Bunlar, plazma zarındaki ORAI1 (Calcium release-activated calcium channel protein 1) proteinleri tarafından oluşturulur ve endoplazmik retikulumda (ER) bulunan STIM1 (stromal interaction molecule 1) tarafından aktive edilir. Ca²⁺ girişini ortadan kaldıran ORAI1 ve STIM1'deki fonksiyon kaybı (LOF) mutasyonları, bu mekanizmayı bozarak CRAC kanalopatisi adı verilen T hücre fonksiyon kusuruna ve erken başlangıçlı kombine immün yetmezliğe yol açar. Bu posterde tekrarlayan pnömoniler nedeniyle başvuran genetik incelemede ORAI1 geninde mutasyon saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Beş aylık erkek hasta, ateş ve öksürük nedeni ile acil servise başvurdu. Öyküsünde, yaşamının ilk aylarından itibaren tekrarlayan, ağır seyirli pnömoni tablosu ve ailede birinci derecede akraba evliliği mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu orta, solunumu takipneik, bilateral krepitan ralleri olup diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hasta çocuk immünoloji bölümü tarafından değerlendirilmek üzere yatırıldı. Laboratuvar incelemelerinde hemogram ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Serum immüoglobulin düzeyleri yaşa göre değerlendirildiğinde; IgG 201 mg/dL (-2 SDS), IgA 30 mg/dL (-2 SDS), IgM 40 mg/dL (normal), IgE 6 IU/mL olarak saptandı. C3: 89 mg/dL, C4: 16 mg/dL idi. Lenfosit alt grup (LAG) analizi normal geldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde pnömoni ile uyumlu infiltrasyonlar izlendi. İntravenöz immüoglobulin (IVIg) replasman tedavisi başlandı. IVIg tedavisi altında enfeksiyon sıklığında azalma gözlemlendi. Genetik incelemede ORAI1 geninde homozigot patojenik varyant (c.252c>g, p.Ser8hArg) saptandı. Canlı aşılardan yasaklanmıştı. Ancak BCG aşısı yapılmış olması nedeniyle tüberküloz açısından yapılan ileri değerlendirme ve çocuk enfeksiyon kararı ile anti-tüberküloz tedavi başlandı.

Hastanın mevcut klinik tablosunun parsiyel kombine immün yetmezlik düzeyinde olduğu, ancak literatürde zamanla ağır kombine immün yetmezliğe ilerleyen vakalar bildirilmiştir.

Hastanın anne ve babasından genetik analiz istendi. HLA doku grubu çalışması planlandı. Hematopoietik kök hücre nakli açısından değerlendirilmesi için ileri bir merkeze refere edildi.

Sonuç: Tekrarlayan ağır pnömonilerle başvuran, akraba evliliği öyküsü bulunan olgularda mutlaka kombine immün yetmezlik açısından değerlendirme yapılmalıdır. İnfantil yaş grubunda LAG normal ve sadece antikor düşüklüğü olması ilk planda süt çocukluğu geçici hipogamaglobulinemisini düşündürülebilir. Öykü güçlü ise özellikle LAG normal olması bizi ön tanıdan uzaklaştırmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ORAI1, STIM1, CRAC, kombine immün yetmezlik, IVIg

[EP-75]

22Q11.2 DELESYON (DİGEORGE) SENDROMLU ÇOCUKTA İMMÜN DİSREGÜLASYON VE LENFOPROLİFERATİF BULGULAR**KÜBRA YIRGIN, AHMET SERT, MERYEM ÖZÇELİK, ŞEYDA KÖSE ÖZCAN, SİMGE ERDİL, SERKAN ARSLAN, PINAR GÖKMİRZA, ÇİĞDEM AYDOĞMUŞ**

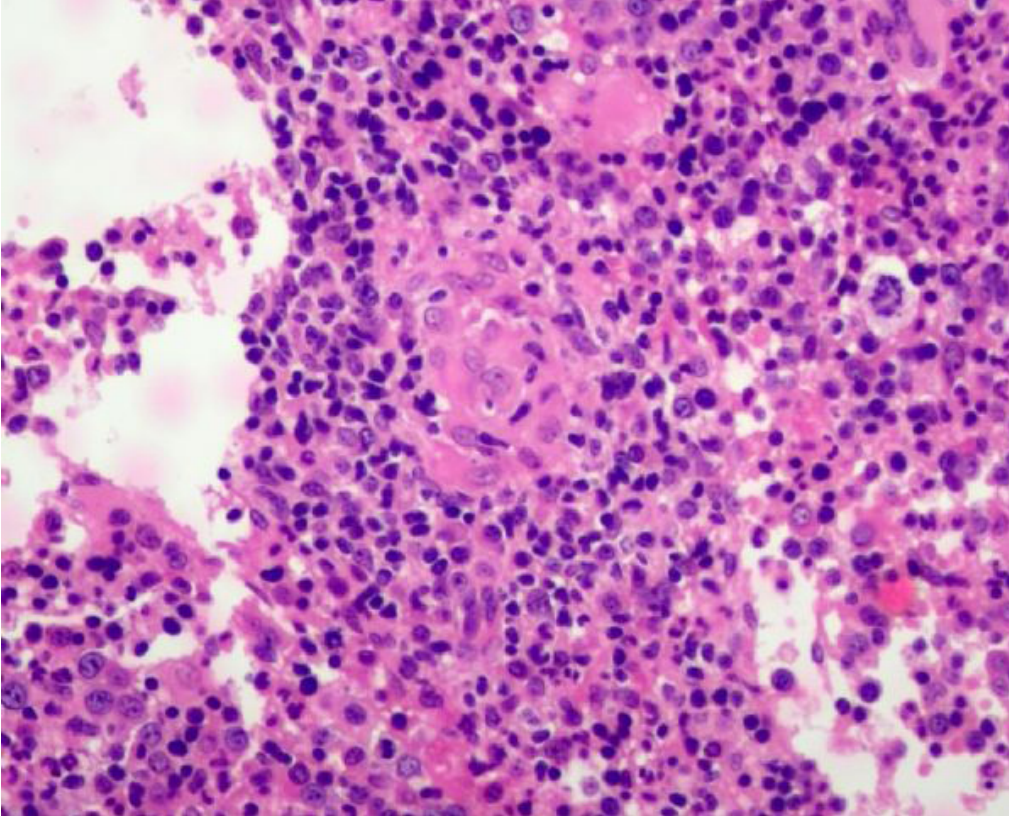
ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: 22q11.2 delesyon sendromu, değişken şiddette T-hücre immün yetmezliği ile seyreden konjenital bir sendromdur. Bu olgu sunumunda, ALPS benzeri bulgular ile başvuran, genetik olarak doğrulanmış 22q11.21 delesyon hastası sunulacaktır.

Olgu: Hasta, term ve sorunsuz doğan, aşıları tam olup erken motor ve dil gelişim basamaklarında gecikme gösteren bir olguydu. 3 yaşından itibaren tekrarlayan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, yetersiz kilo alımı ve sık hastane yatışı öyküsü vardı. Dört buçuk yaşında ateş ile başvurusunda pansitopeni, yaygın lenfadenopati, hepatosplenomegali, hipokalsemi, hipoparatiroidi ve D vitamini eksikliği saptandı; karaciğer fonksiyonları normal, EBV, CMV PCR, hepatit serolojileri, HIV testleri negatifti. B12 düzeyi normaldi. ALPS açısından Fas aracılı apoptoz testleri, çözünebilir Fas ligandı ve IL-10 gibi serum biyobelirteçlerine ulaşamadı. Metabolik ve enfeksiyöz nedenler dışlandı. TCRαβ⁺ CD4⁻CD8⁻ çift negatif T hücrelerinin oranı %0,98 idi. Görüntüleme hepatomegali, masif splenomegali, splenik ven dilatasyonu ile yaygın abdominal ve torasik lenfadenopatiler saptanırken, ekokardiyografi normal bulundu. Karaciğer ve kemik iliği histopatolojik değerlendirmesi malignite, otoimmün lenfoproliferatif sendrom bulgusu olmaksızın, non-nekrotizan granülomlar ve T hücrelerinin baskın olduğu infiltrasyonlarla reaktif bir lenfoproliferatif süreci ortaya koymuştur. Sekiz yaşında progresif hepatosplenomegali, ilerleyici pansitopeni nedeniyle trombosit transfüzyonları ve kısa süreli yüksek doz kortikosteroid sonrasında splenektomi ve perihiler lenf nodu eksizyonu yapıldı; o dönemde primer immün yetmezlik tanısı doğrulanmamış olup, ön tanı hipersplenizm ilişkili pansitopeniydi. Dalak histopatolojik incelemesinde iyi oluşmamış germinal merkezler, zayıf marjinal zonlar; lenf nodlarında reaktif mimari, primer folliküller ve parakortikal hiperplazi izlenmiş, sekonder follikül oluşumu saptanmamıştır. Splenektomi sonrası 24 aylık izlemde hemogram parametreleri normal izlenmiştir. Array-CGH analizinde 22q11.21 bölgesinde 2,15 Mb'lık heterozigot delesyon saptanmış DiGeorge sendromu ile uyumlu bulunmuştur. ALPS ile ilişkili genleri içeren hedeflenmiş yeni nesil dizileme panelinde patojenik varyant saptanmamıştır.

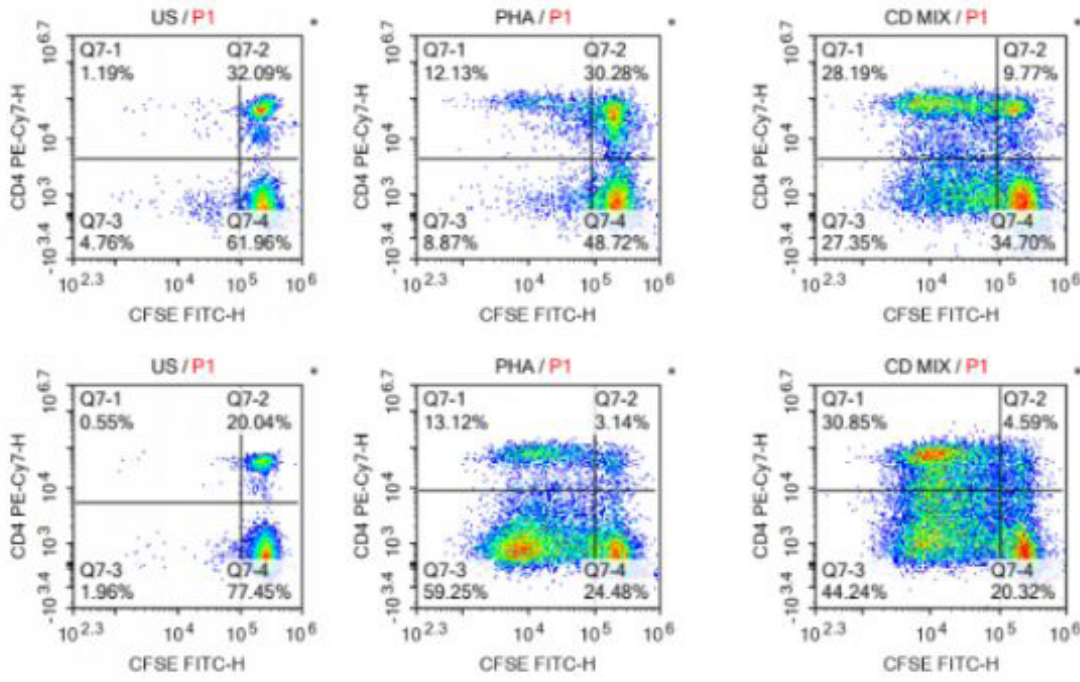
Tartışma: Bu olgu, immün disregülasyon ve granümatöz inflamasyon ile seyreden 22q11.2 delesyon sendromunun karmaşık bir fenotipini göstermektedir. Atipik tabloların farkında olmak, doğru tanı, izlem ve tedavi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Digeorge sendromu, lenfoproliferasyon, immün disregülasyon

Şekil1

Artmış dağınık histiyositler ve kemik iliği parankiminde fokal non-nekrotizan granülom (H&E, x400).

Şekil2



CFSE testi ile değerlendirilen fonksiyonel T hücre proliferasyonu. PHA ve CD-MIX uyarımına yanıt olarak proliferasyon gösteren CD4⁺ T hücre yüzdeleri sırasıyla hasta ve kontrol için gösterilmektedir.

Lenfosit Altgrupları

		Referans Değerleri
Lenfosit sayısı (mm ³)	8110	1803-5636
CD3+ T hücre (%)	64.44	55-86.2
CD4+ T hücre (%)	45.93	23.4-48.7
CD8+ T hücre (%)	48.21	16.8-46.5
CD16+/CD56+ NK hücre (%)	11.04	4-29
CD19+ B hücre (%)	29.42	6.5-20.3
CD4+45RA+ T hücre (%)	5.44	41.7-77.8
CD4+45RO+ T hücre (%)	97.28	24.6-56
CD4+CD31+45RA+ T hücre (%)	2.38	38.6-65.8
CD19+CD27-IGD- B hücre (%)	2.71	6-31
CD19+CD27-IGD+ B hücre (%)	87.66	40-536

İmmünglobulin Değerleri

	Sayı	Referans Değerleri
IgG (mg/g)	889	842-1943
IgA (mg/g)	75	62-390
IgM (mg/g)	90	54-392
Total IgE (IU/ml)	11.3	0-100
IgG1 (mg/g)	723	280-1740
IgG2 (mg/g)	17	80-550
IgG3 (mg/g)	30	22-320
IgG4 (mg/g)	<0.4	10-170

[EP-76]

BURKİTT LENFOMA VE AĞIR İMMÜN YETMEZLİK FENOTİPİNDE OLİGOJENİK ZEMİN: TNFRSF13B, TCF3 VE G6PD VARYANTLARININ SİNERJİSTİK ETKİSİ**ENES ONKUN¹, GÜNEY KÜÇÜK KÜLİCE¹, AYŞE ÖZ², ZEYCAN CANİTEZ ORAL¹,
FATMA BETÜL ÖZEN², MİNE BALASAR³, SULTAN AYDIN ASLANTAŞ², FATİH ÇELMELİ¹**

1 ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA
2 ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA
3 ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ GENETİK BİLİM DALI, ANTALYA

Giriş: Primer immün yetmezliklerde klinik fenotip her zaman tek bir genetik defektle açıklanamayabilir. Değişken penetranslı varyantların bir araya geldiği oligojenik kalıtım modelleri, beklenmedik derecede ağır klinik tablolara yol açabilmektedir. Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik, enfeksiyon yatkınlığı ve artmış malignite riski ile karakterize heterojen bir sendromdur. Etiyolojide TNFRSF13B varyantları sıkça saptansa da tek başına hastalık oluşturma potansiyelleri düşüktür. Literatürde bu varyantların, B-hücre gelişiminde anahtar rol oynayan TCF3 genindeki mutasyonlarla birleştiğinde epistatik bir mekanizmayla çok daha ağır fenotipe ve maligniteye yol açtığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, Burkitt Lenfoma tanısıyla izlenirken fatal seyreden kombine immün yetmezlik tablosu geliştiren ve oligojenik kalıtım saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: On altı yaşında kız hasta, Burkitt Lenfoma tanısıyla kemoterapi alırken erken dönemde gelişen inatçı ateş, pansitopeni ve tedaviye dirençli enfeksiyon tablosu nedeniyle değerlendirildi. Öyküsünde birinci derece akraba evliliği ve babanın kız kardeşinin on beş yaşında açıklanamayan eksitüsü mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde hipogamaglobulinemi, B lenfosit yokluğu ve belirgin CD4 lenfopenisi saptandı. Kan kültüründe Acinetobacter üremesi, periferik kanda yüksek CMV viral yükü ve akciğer görüntülemesinde invaziv pulmoner aspergilloz bulguları tespit edildi. Klinik ekzom sekanslamada TNFRSF13B geninde bileşik heterozigot varyantlar ile TCF3 geninde heterozigot splice-site varyantı belirlendi. Ayrıca hastada G6PD enzim düzeyi düşüklüğü ve ilişkili genetik varyantlar saptandı. Hasta, yoğun destek tedavisine rağmen çoklu organ yetmezliği ile kaybedildi.

Tartışma: Bu olgu, tek başına hafif klinik verebilecek varyantların birleştiğinde erken başlangıçlı malignite ve ağır kombine immün yetmezlik benzeri tabloya yol açabileceğini gösteren çarpıcı bir örnektir. Klinik tablo, TAC1 defekti ile TCF3 haployetmezliğinin epistatik etkileşimine bağlı B-hücre defekti ve G6PD eksikliğinin yarattığı oksidatif stres katkısıyla açıklanmıştır. G6PD eksikliğinin varlığı, T-hücre defekli hastalarda hayati önem taşıyan Pneumocystis profilaksisinde trimetoprim-sülfametoksazol kullanımında hemoliz riski açısından kritik bir uyarı niteliğindedir. Malignite ile başvuran olgularda altta yatan genetik defektlerin aydınlatılması, sağkalımı etkileyecek tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Burkitt Lenfoma, TNFRSF13B, CVID, G6PD Eksikliği, TCF3

[EP-77]

**TEKRARLAYAN MENENJİTLERİN ARDINDAKİ SESSİZ KUSUR:
MYD88 EKSİKLİĞİ OLGUSU****SEDA AKSOY GİRGİÇ, GİZEM USLU, DİLEK KACAR, SEDA ÇEVİK, AYŞE CAVİDAN SONKUR,
HALİL ALKAYA, CANSU DURAN, MEHMET CİHAN ŞENTÜRK, SEZİN AYDEMİR,
LEMAN TUBA KARAKURT, NURHAN KASAP, MUSTAFA ARG**

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Çocukluk çağında tekrarlayan ve invaziv bakteriyel enfeksiyonlar, özellikle kapsüllü mikroorganizmalarla seyreden olgularda altta yatan primer immün yetmezlikler açısından dikkatle değerlendirilmelidir. MYD88 eksikliği, Toll-like reseptör ve interlökin-1 reseptör sinyal yollarında bozulma ile seyreden doğal bağışıklık sistemini etkileyen nadir bir primer immün yetmezliktir. Kapsüllü bakterilerle gelişen ağır enfeksiyonlarla prezente olmasına rağmen, normal immünoglobulin düzeyleri ve korunmuş aşı yanıtları nedeniyle tanı gecikmektedir. Burada nadir görülen bir MYD88 eksikliği tanısı alan olgunun klinik, immünolojik ve genetik özellikleri sunulmaktadır.

Olgu: Beş yaşında kız hasta, baş ağrısı ve uykuya meyil şikâyetleri ile başvurdu. Klinik değerlendirme, laboratuvar bulguları ve beyin omurilik sıvısı incelemesi sonucunda pnömokok menenjit tanısı konuldu. Özgeçmişinde pnömokok ve Listeria monocytogenes menenjit, pnömoni öyküsü ve yaş ilerledikçe sıklığı azalan tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları mevcuttu. Başvuru sırasında ateş ve C-reaktif protein düzeylerinde belirgin yükseklik saptandı. Birinci derece kuzen evliliğinden doğan hastanın, soygeçmişinde dayısının tekrarlayan menenjit geçirdikten sonra eksitus olduğu öğrenildi. Beyin omurilik sıvısı ve kan kültürlerinde Streptococcus pneumoniae üremesi saptandı. Laboratuvar incelemelerinde mutlak lenfosit sayısı alt sınırdı, serum immünoglobulin düzeyleri ise yaşa göre normal aralıkta bulundu. Aşı yanıtları yeterli seviyedeydi. İmmüfenotiplleme analizinde CD3+ T lenfosit yüzdeleri (%55) ve CD8+ T lenfosit yüzdeleri (%17) alt sınırdı ve CD4+ T lenfosit yüzdeleri normal; CD16+CD56+ NK hücre yüzdesi normal idi. Sınıf çevrimi yapmamış B lenfositleri düşük (%1.6) ve sınıf çevrimi yapmış B lenfositleri normal saptandı. Naïve CD8+ T hücre oranları (%65,4) yüksek, santral bellek CD8+ T hücreleri (%13,8) artmıştı. Klinik ekzom dizileme analizinde MYD88 (NM_002468.5) geninde ekzon 1'de yer alan in-frame c.157_159del (p.Glu53del) varyantı homozigot tespit edilerek MYD88 eksikliği tanısı konuldu.

Tartışma: MYD88 eksikliği, normal immünoglobulin düzeyleri ve korunmuş aşı yanıtlarına karşın, erken çocukluk döneminden itibaren pnömokok ve Listeria gibi invaziv patojenlerin sebep olduğu ağır enfeksiyonlarla seyreden nadir bir primer immün yetmezliktir. Tekrarlayan bakteriyel menenjit öyküsü olan çocuklarda ayrıntılı immünolojik inceleme ve genetik analiz, altta yatan doğal bağışıklık kusurlarının tanınması açısından kritik öneme sahiptir. Erken tanı ile intravenöz immünoglobulin replasman tedavisi, antibiyotik profilaksisi ve bireyselleştirilmiş bağışıklama stratejileri hastalık yönetiminde prognoz açısından belirleyici rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğal bağışıklık, Myd88 eksikliği, Primer immün yetmezlik, Tekrarlayan menenjit

[EP-78]

SPLENEKTOMİ PLANLANAN ADÖLESAN HASTADA CVID TANISI: CERRAHİ KARARI TERSİNE ÇEVİREN BİR OLGU**YUSUF ZİYA VARLI, TAHA YASİN AKIN, MEBRURE YAZICI, MUHAMMET TAHA DEMİRCİ, MEHMET SERKAN ERKAN, DÖNDÜ CEREN KAVAL, IŞIL ESER ŞİMŞEK, METİN AYDOĞAN**

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, KOCAELİ

Giriş: Common Variable Immunodeficiency (CVID), hipogamaglobulinemi ve tekrarlayan enfeksiyonlarla karakterize olmakla birlikte splenomegali, sitopeniler ve hemolitik tablolar gibi ekstrainfeksiyöz bulgularla da seyredebilir. Bu durum CVID'nin herediter sferositoz gibi primer hemolitik anemilerle karışmasına ve splenektomi gibi geri dönüşü zor cerrahi kararların alınmasına yol açabilir. Bu olguda, herediter sferositoz ön tanısıyla splenektomi planlanan bir adölesan hastada CVID tanısının konulmasıyla tedavi yaklaşımının değişmesi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: On yedi yaşında kız hasta, çocukluk döneminden itibaren geçmeyen öksürük ve sık üst solunum yolu enfeksiyonları öyküsü ile izlenmekteydi. 2020 yılında pnömoni ve akut gastroenterit nedeniyle dokuz gün hastanede yatışı olmuştu. Anaokulu döneminden itibaren enfeksiyon sıklığının arttığı, ergenliğe doğru kısmen azaldığı öğrenildi. Aile öyküsünde babada çocukluk çağında splenektomi öyküsü mevcuttu.

2022 yılında sarılık nedeniyle yapılan değerlendirmede total bilirubin 5 mg/dL, indirekt bilirubin 4 mg/dL, retikülosit %13 ve MCHC 36,7 g/dL saptandı. Abdominal ultrasonografide safra kesesinde kalkül (4→10 mm) ve belirgin splenomegali (dalak 185 mm) izlendi. Hereditör sferositoz ön tanısıyla splenektomi ve kolesistektomi planlandı. Preoperatif dönemde Hb 6 g/dL saptanması üzerine bir kez eritrosit transfüzyonu yapıldı, ancak akut sinüzit nedeniyle cerrahi ertelendi.

Anestezi öncesi değerlendirmede astım benzeri semptomlar nedeniyle çocuk alerji ve immünolojiye yönlendirildi. Fizik muayenede servikal lenfadenopatiler mevcuttu; VKİ SDS -1,81 idi. İmmünolojik incelemelerde IgG 0,38 g/L, IgA 0,06 g/L, IgM 0,02 g/L ve total IgE <1 IU/mL saptandı. Flow sitometrisinde B ve T hücreleri korunmuş, CD4/CD8 oranı tersine dönmüş olup ağır kombine immün yetmezlik dışlandı. CVID tanısı ile IVIG tedavisi ve antibiyotik profilaksisi başlandı. İzlemede klinik belirgin düzelme gözlemlendi ve splenektomi ertelendi. Genetik incelemede SPTB geninde homozigot c.3203A>G (p.Gln1068Arg) varyantı saptandı (VUS, eliptositoz ile uyumlu); ancak klasik herediter sferositoz lehine güçlü kanıt elde edilmedi.

Tartışma: Dalak, kapsüllü bakterilere karşı immün yanıtta kritik rol oynayan temel bir sekonder lenfoid organdır ve immün yetmezliği olan hastalarda korunması büyük önem taşır. CVID, splenomegali ve hemolitik anemi benzeri bulgularla herediter sferositozu taklit ederek hastayı gereksiz splenektomiye götürebilir. Bu olguda panhipogamaglobulinemi, çok düşük total IgE ve CVID ile uyumlu immünofenotipin saptanması cerrahi kararın yeniden değerlendirilmesini sağlamıştır. Olgu, splenomegali ve hemolitik anemi ile izlenen hastalarda cerrahi girişim öncesi immünolojik değerlendirmenin vazgeçilmez olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Common Variable Immunodeficiency (CVID), splenomegali, herediter sferositoz, hipogamaglobulinemi, splenektomi

[EP-79]

B HÜCRE LENFOPENİSİ, ETANERCEPT DUYARLI OTOİNFLAMATUAR SENDROM VE SPLENOMEGALİ GÖZLENEN TRNT1 MUTASYONU OLGUSU**DUYGU LÜLECI DAĞLI¹, İLKE BAŞ¹, EMİNE ÜLGEN¹, PINAR ŞAHİN¹, NİHAL KARADAŞ², DENİZ YILMAZ KARAPINAR², EMİN KARACA³, GÜZİDE AKSU⁴, NESLİHAN EDEER KARACA⁴**

1 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İZMİR

2 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİSİ BİLİM DALI, İZMİR

3 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI, İZMİR

4 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ BİLİM DALI, İZMİR

Giriş: Sideroblastik anemi, immün yetmezlik, periyodik ateşler ve gelişimsel gecikme ile seyreden sendrom (SIFD) (OMIM #616084), ilk kez 2013 yılında tanımlanmış, otozomal resesif geçişli, nadir bir monogenik hastalıktır. SIFD, transfer RNA nükleotidiltransferaz-1 enzimini kodlayan TRNT1 genindeki biallelik patojenik varyantlar sonucu ortaya çıkar.

Olgu: Dokuz yaşında kız hasta; ilk kez 6 aylıkken başlayan sık enfeksiyon öyküsü, tekrarlayan ateş atakları ve eritrosit transfüzyonuna bağımlı anemi nedeniyle tarafımızca değerlendirilmiştir. Özgeçmişinde, miadında doğum öyküsü mevcut olup, nöromotor gelişimi yaşıyla uyumlu görülmüştür. Soygeçmişinde akraba evliliği bulunmamakla birlikte benzer klinik ve laboratuvar bulgularına sahip bir kardeş öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenesinde karakteristik kırılğan kızıl saçlar, frontal bossing ve hepatosplenomegali saptanmıştır. Laboratuvar incelemelerinde hipokrom mikrositer anemi, B hücre lenfopenisi ve hipogamaglobulinemi saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hastaya intravenöz immünoglobulin replasman tedavisi başlanmıştır. İzlem sırasında, herhangi bir enfeksiyöz etken saptanmaksızın tekrarlayan ateş yükseklikleri ve eş zamanlı akut faz reaktanlarında artış gözlenmiştir. Tüm ekzom diziliminde, TRNT1 geninde c.915T>A (p.Asp305Glu) ve c.1220T>C (p.Leu407Pro) bileşik heterozigot mutasyonları saptanmıştır. Hastaya başlanan anti-TNF tedavisi sonrası ateş ataklarının aralıkları uzamış ve klinik olarak kontrol altına alınmıştır. Hastanın takiplerinde progresyon göstererek 18.5 cm'e ulaşan masif splenomegali gelişmiştir. Abdominal manyetik rezonans görüntüleme, karaciğer sol lob segment 2 düzeyinde, boyutsal progresyon gösteren 4x3 cm boyutlarında hipointens nodüler lezyon saptanmıştır. Sideroblastik anemi ile izlenmekte olan hastanın izleminde pansitopeni tablosu gelişmesi üzerine, kemik iliği tutulumu veya malign transformasyon açısından yapılan kemik iliği biyopsisi normosellüler olarak değerlendirilmiş ve Evre I retiküler lif artışı saptanmıştır. Rüptür riski ve hipersplenizme sekonder pansitopeni tablosu nedeniyle hastaya splenektomi planlanmıştır.

Tartışma: Sideroblastik anemi ve immün yetmezlik birlikteliği olan hastalarda SIFD ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli; izlem sırasında gelişebilecek hipersplenizm ve pansitopeni gibi komplikasyonlar erken dönemde tanınarak multidisipliner yaklaşımla yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipogamaglobulinemi, Splenomegali, Pansitopeni, Sideroblastik anemi, TRNT1 mutasyonu

[EP-80]

DOĞUŞTAN BAĞIŞIKLIK KUSURU TANISINDA KLİNİK ŞÜPHE VE DOĞRU GENETİK TESTİN ÖNEMİ**BURKAY ÇAĞAN ÇOLAK, RAZİN AMİROV, NECMİYE ÖZTÜRK, SELCEN BOZKURT, RAMİN MAHMUDOV, METİN İLKBAHAR, MELEK YORĞUN ALTUNBAŞ, SEVGİ BİLGİÇ ELTAN, SAFA BARIŞ, ELİF KARAKOÇ AYDINER, AHMET ÖZEN**

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL JEFFREY MODELL PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLER TANI VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, İŞİL BERAT BARLANTRANSLASYONEL TIP MERKEZİ, İMMÜN YETMEZLİK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ, AVRUPA ALERJİ VE KLİNİK İMMÜNÖLOJİ AKADEMİSİ MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MÜKEMMELİYET MERKEZİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Giriş: DOCK8 eksikliği, ağır egzama, gıda alerjileri, viral enfeksiyonlar ve artmış malignite riski ile seyreden bir kombine immün yetmezlik olup; küratif tedavisi hematopoietik kök hücre naklidir.

Olgu: Üçüncü derece kuzen evliliğinden doğan 16 aylık kız hasta şiddetli atopik dermatit ve besin alerjisi şikayetleri ile başvurdu. Post-natal 3. haftada yanaklarda başlayıp yayılan egzama; lokal kortikosteroid tedavisine ve inek sütü eliminasyon diyetine cevapsızdı. Başvurusunda süt ile anafilaksi öyküsü ve kuruyemiş spesifik immünglobulin (Ig)E pozitifliği olması nedeniyle süt ve kuruyemiş eliminasyon diyeti uygulamaktaydı. 5 aylıkken yapılan tetkiklerinde eozinofili $11.660/mm^3$ saptanan hastaya; 11 aylıkken şiddetli egzama ve hiper-eozinofiliye yönelik sistemik kortikosteroid (SKS) tedavisi başlanmış olup egzamada alevlenme olması nedeniyle SKS dozu azaltılamamıştır. Muayenesinde SCORAD 64; hipertrikozis ve cushingoid görünüm mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde ise eozinofili ($6.280/mm^3$) ve artmış serum total IgE (7.078 IU/mL) düzeyi saptanırken; serum IgG, IgA, IgM düzeyleri normaldi. 5 aydır devam eden SKS tedavisi altında yapılan lenfosit alt grupları analizinde, CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, naive CD4+ ve CD8+ T lenfositlerde, doğal öldürücü hücrelerde sayısal düşüklük saptandı. Eozinofili etiyolojisi ve organ tutulumu değerlendirmesine yönelik yapılan mikrobiyolojik, serolojik testlerde enfeksiyöz bir etken saptanmadı; kemik iliği aspirasyon incelemesi, ekokardiyografi ve abdominal ultrasonografi normal saptandı. Toraks tomografisinde saptanan nonspesifik interstisyel patern ve bronkoalveolar lavajda %37 eozinofil varlığı eozinofilik pnömoniyi düşündürdü. Trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi, immünglobulin replasman tedavisi başlandı. Eozinofiliye yönelik ise 4 haftada bir mepolizumab tedavisi başlandı. Mepolizumab tedavisinin ilk dozundan 2 hafta sonra eozinofil $440/mm^3$ 'e gerilemesine rağmen egzamada iyileşme gözlenmedi. Yapılan tüm ekzom sekanslamada klinik ile ilişkili varyant saptanmadı ancak sonrasında yapılan kopya sayısı varyasyonu (CNV) analizinde DOCK8 geninde 1-26. Ekzonları kapsayan delesyon homozigot olarak saptandı. DOCK8 ekspresyon analizi ile tanı doğrulaması yapıldı. DOCK8 eksikliği tanısı alan hasta mepolizumab tedavisi kesilip kemik iliği nakil ünitesine yönlendirildi.

Tartışma: Ağır egzama, IgE aracılı çoklu besin alerjisi ve eozinofili birlikteliğinde doğuştan bağışıklık kusurları ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu olguda, WES analizinde patojenik varyant saptanmamasına rağmen, klinik şüphenin devam etmesi üzerine yapılan ileri genetik incelemeler sonucunda DOCK8 eksikliği tanısı konmuştur. Klinik şüphenin güçlü olduğu durumlarda ileri genetik analizler ve fonksiyonel çalışmaların yapılması, tanısal gecikmenin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir ve böylece hastaların uç organ hasarı gelişmeden küratif tedavilere erişimini mümkün kılabilir.

Anahtar Kelimeler: DOCK8 eksikliği, CNV analizi, tüm ekzom sekanslama, WES

[EP-81]

MATERNAL ENGRAFTMAN SAPTANAN AĞIR KOMBİNE İMMÜN YETMEZLİK OLGULARININ KLİNİK VE TANISAL DEĞERLENDİRMESİ**SEYDA KÖSE ÖZCAN¹, SİMGE KILIÇOĞLU¹, AHMET SERT¹, SERKAN ARSLAN¹, MERYEM ÖZÇELİK¹, KÜBRA YIRGIN¹, SERDAR AL², PINAR GÖKMİRZA¹, ÇİĞDEM AYDOĞMUŞ¹**

¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE
² MEDİPOL ACIBADEM BÖLGE HASTANESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Amaç: Ağır kombine immün yetmezlik(AKİY), T hücre üretim ve fonksiyon bozukluğu ile seyreden genetik olarak heterojen bir hastalıktır ve maternal engraftman(ME) bu hastalarda sık karşılaşılan bir bulgudur. ME varlığı; klinik seyri, tanı sürecini ve graft versus host hastalığı(GVHD) gelişimini etkileyebilmektedir. Bu çalışmada AKİY ve ME tanısı alan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri incelenmiştir.

Yöntem: 2020-2024 yılları arasında ME alan AKİY'li yedi hastanın demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi. Lenfosit alt grupları akım sitometrisi ile, kimerizm analizi ise STR yöntemi kullanılarak değerlendirildi; ayrıca hematopoietik kök hücre transplantasyonu(HKHT) süreçleri ve klinik sonuçlar analiz edildi.

Bulgular: ME saptanan yedi AKİY hastasının medyan tanı yaşı 6 ay olup tüm hastalarda akraba evliliği öyküsü mevcuttu. Genetik tanı dağılımı iki hastada RAG2 eksikliği(tek yumurta ikizleri), birer hastada JAK3 eksikliği, RAG1 eksikliği, Artemis eksikliği ve ADA enzim eksikliği şeklindeydi. En yüksek ME oranı (%60) RAG1 eksikliği tanılı olguda saptanmış olup, ME oranı ile annenin gebelik sayısı arasında güçlü pozitif korelasyon gösterildi.

Klinik değerlendirmede Artemis, RAG1 ve JAK3 eksikliği tanılı üç hastada doğumdan itibaren başlayan yaygın, kronik egzamatöz deri lezyonları izlendi; Artemis eksikliği olan olguda ek olarak hafif transaminaz yüksekliği ve total alopesi mevcuttu. Artemis eksikliği olan hastada ek olarak dirençli kusma, kilo alamama olması üzerine gastrointestinal GVHD'si düşünülerek yapılan endoskopi normal olarak saptanmıştır. Diğer hastalarda cilt kuruluğu dışında belirgin GVHD bulgusu izlenmemiştir.

Beş hastaya HKHT'ni ve bir hastaya gen tedavisi uygulanmıştır. Dört hastaya tam HLA uyumlu akraba dışı donörden nakil yapılmış olup, ikiz eşi olan iki hastada nakil sonrası gastrointestinal sistem ve karaciğer tutulumlu GVHD gelişmiştir; RAG1 eksikliği ve genetik tanısı belli olmayan diğer iki hastada ise GVHD izlenmemiştir. Haploidentik maternal donörden nakil yapılan Artemis eksikliği tanılı hasta, nakil sonrası GVHD gelişimi ile izlenmiş ve erken dönemde kaybedilmiştir. ADA eksikliği tanılı hasta, köprü enzim replasman tedavisi ile izlenmiş ve ardından uygulanan gen tedavisi sonrasında immün rekonstrüksiyon sağlanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda, ME saptanan AKİY olgularına ait veriler incelenmiş ve ME'nin klinik etkilerinin tek tip olmadığı, geniş bir spektrumda seyrettiği gözlenmiştir. ME, enfeksiyonlara karşı kısmi koruyucu etki sağlayabilmekle birlikte, HKHN öncesinde GVHD gelişimine katkıda bulunabilir; HKHN sonrasında ise GVHD alevlenmesi ve greft reddi ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağır kombine immün yetmezlik, graft versus host hastalığı, maternal engraftman

[EP-82]

HETEROZİGOT TNFRSF13B (TAC1) MUTASYONLARININ FARKLI KLİNİK YANSIMALARI**MERVENUR KURTULUŞ¹, İLKNUR KÜLHAŞ ÇELİK¹, FATİH ÇÖLKESEN², HASİBE ARTAÇ¹**

1 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI

Amaç: Transmembran aktivatör ve kalsiyum modülatör ve siklofilin-ligandı interaktörü (TAC1) kodlayan TNFRSF13B geninde heterozigot variantlar literatürde yaygın değişken immün yetmezlik ile ilişkilendirilmiştir. Ancak TAC1 mutasyonlarının direk hastalığa neden olmadığı hastalığa yatkınlık oluşturduğu kabul edilmektedir. TAC1 heterozigot varyant saptanan hastalarımızın klinik prezantasyonları, demografik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalında tanı alan, klinik ekzom dizi analizinde TNFRSF13B geninde heterozigot patojenik varyant saptanan, 8 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, başvuru semptomu, tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, aşı durumları, akrabalık), eşlik eden immüdisregülasyon bulguları, immünolojik değerlendirme (tam kan sayımı, serum immünglobulin düzeyleri, periferik lenfosit alt grupları, B lenfosit alt grupları, aşı antikor yanıtları, otoimmün belirteçleri), immünglobulin replasman tedavisi (IgRT) ve diğer tedaviler incelendi.

Bulgular: Hastaların %75'i erkek, yaş ortalaması median 13yaş 8ay (min:18ay, max:25yaş) idi. Bir hastada kronik ITP, iki hastada pansitopeni, bir hastada JİA, bir hastada FMF ve kronik ITP, iki hastada bronşiektazi ve dört hastada lenfoproliferasyon vardı. Altı hastada IgG düşüklüğü olup tüm hastaların izohemaglutinin titreleri pozitifliği (>1/8). Aşı yanıtları açısından, 4 hastada antihbs, 4 hastada rubella IgG, 5 hastada tetanoz IgG, 4 hastada S.pneumoniae IgG pozitifliği saptandı. Otoimmün marker (anti beta-2 glikoprotein IgM, Lupus antikoagülan) pozitifliği olan bir hastamız vardı. Tüm hastaların periferik lenfosit alt grupları oranları normaldi. Dört hastada total bellek ve sınıf dönüşümü yapmış B hücre düşüklüğü mevcuttu. CD21low B bir hastada ve transitional B hücre dört hastada artmıştı. Hastaların altısı (%70) düzenli IgRT, beşi (%62) antibiyotik profilaksisi alıyordu. Takipte iki hasta kolşisin, bir hasta eltrombopag ve deltacortil ve bir hasta metilprednizolon, adalimumab ile metotreksat alıyordu.

Sonuç: Heterozigot TAC1 mutasyonu olan hastalarda, görülen klinik ve laboratuvar bulguların yelpazesi oldukça geniş olup, hastalar arasında farklılıklar gösterebilmektedir. TAC1 varyantı; hipogamaglobulinemi, sık enfeksiyon dışında otoimmün bozukluklar ve lenfoproliferasyon gibi eşlik eden ciddi klinik belirtileri olan hastalarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: TAC1 heterozigot varyant, immün yetmezlik, otoimmünite

[EP-83]

KONJENİTAL NÖTROPENİLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**DİLAN DEMİR GÜMÜŞ¹, ZEYNEP MERİÇ¹, MUHAMMED AYDIN¹, ECEM KAHVECİ¹,
SEZİN AYDEMİR¹, BETÜL GEMİCİ KARAASLAN¹, İREMNAZ KARAHAN²,
İSMAİL HAKKI ÖZCAN², SİMGE ÇINAR ÖZEL², SÜHEYL A OCAK², ESRA YÜCEL¹, AYÇA KIYKIM¹**

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Konjenital nötropeni, erken çocukluk döneminde başlayan, ağır enfeksiyonlar ve hematolojik komplikasyonlarla seyredabilen nadir bir primer immün yetmezlik grubudur. Bu çalışmada, merkezimizde izlenen konjenital nötropenili hastaların klinik özelliklerinin, genetik tanılarının ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji bilim dalında konjenital nötropeni tanısı ile takip edilen hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, etiyolojik tanıları, kemik iliği bulguları, tedavi yaklaşımları ve tedavi yanıtları hasta dosyalarından geriye yönelik elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 10 hasta dahil edildi. Hastaların 4'ü (%40) kız, 6'sı (%60) erkekti. Ortalama tanı yaşı 131,4 ay, semptom başlangıç yaşı ise 6,6 ay olarak saptandı. Anne-baba arasında akrabalık öyküsü 3 hastada (%30) mevcuttu. En sık görülen ilk semptom ateş olup, bunu deride pullanma şikayeti izlemekteydi. Tüm klinik seyir boyunca en sık gözlenen klinik tablolar; 6 hastada (%60) pnömoni, 5 hastada (%50) yumuşak doku absesi, 3 hastada (%30) otit, 3 hastada (%30) aftöz stomatit ve 3 hastada (%30) gingivitis idi. Sekiz hastada (%80) hastane yatışı gerektiren ciddi enfeksiyon gelişti. Etiyolojik tanılar incelendiğinde; 3 hastada (%30) poikiloderma ve nötropeni, 2 hastada (%20) elastaz eksikliği, 1 hastada (%10) Cohen sendromu, 1 hastada (%10) SMARCD2 eksikliği, 1 hastada (%10) G6PC3 eksikliği, 1 hastada (%10) Shwachman-Diamond sendromu ve 1 hastada (%10) GF1 eksikliği saptandı. Kemik iliği aspirasyonu yapılan 1 hastada (%10) myeloid seride maturasyon arresti izlenirken, diğer hastalarda bu bulguya rastlanmadı. Bir hastada (%10) miyelodisplastik sendrom (MDS), bir hastada (%10) ise deri leiomyomu gelişti. Antibiyotik profilaksisi başlanan 7 hastanın (%70) 5'inde (%71,4) enfeksiyon sıklığında azalma gözlemlendi. Dört hastaya (%40) granülosit koloni stimüle edici faktör (G-CSF) tedavisi başlandı ve yalnızca 1 hastada (%25) yanıt alındı. G6PC3 eksikliği olan 1 hastada (%10) G-CSF'e yanıt alınamayınca empagliflozin başlandı, yanıt alındı. G-CSF'e yanıt alınamayan, kemik iliğinde myeloid seride maturasyon arresti bulunan ve MDS şüphesi olan bir hastaya (%10) hematopoetik kök hücre nakli uygulandı.

Sonuç: Konjenital nötropeni heterojen klinik ve genetik özellikler gösteren, ciddi enfeksiyon ve malignite riski taşıyan nadir bir hastalık grubudur. Erken tanı, etiyolojiye yönelik yaklaşım ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri hastalık seyrini belirlemede kritik öneme sahiptir. G-CSF'e yanıt alınamayan ve klonal komplikasyon gelişen hastalarda hematopoetik kök hücre nakli küratif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital nötropeni, ciddi enfeksiyonlar, G-CSF, hematopoetik kök hücre nakli, primer immün yetmezlik

[EP-84]

**KABUKİ SENDROMUNDA İMMÜNOLojİK PROFİL VE KLİNİK ÖZELLİKLER:
BEŞ OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ****YAĞMUR ÖZKAN, ÇİĞDEM AYDOĞMUŞ, PINAR GÖKMİRZA**

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLojİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Kabuki sendromu (KS), karakteristik yüz görünümü, gelişim geriliği ve çoklu konjenital anomalilerle seyreden nadir bir genetik sendromdur. Epigenetik düzenleyici genler olan KMT2D ve KDM6A'da saptanan patojenik varyantlar, sırasıyla KS1 ve KS2'ye yol açarak, B ve T hücre diferansiyasyonunun bozulmasına neden olur. Vakaların yaklaşık yarısında tekrarlayan enfeksiyonlar, %13'ünde otoimmün bozukluklar (özellikle İTP) bildirilmektedir.

Amaç: Kliniğimizde izlenen KS'lu olguların immünolojik özelliklerini, laboratuvar bulgularını ve tedavi gereksinimlerini sunduk.

Yöntem: 2020–2025 yılları arasında izlenen beş KS'lu hastanın demografik verileri, immünglobulin düzeyleri ve lenfosit alt grup analizleri retrospektif olarak değerlendirildi. Genetik analiz sonuçları dosya kayıtlarından incelendi.

Bulgular: Beş olgunun medyan yaşı 15 yıl olup, %60'ı kızdı. Hastaların %60'ında (n=3) erken çocukluk döneminden itibaren tekrarlayan enfeksiyon öyküsü mevcuttu. Akriba evliliği oranı %40 idi. Üç (%60) olgunun fizik muayenesinde KS stigmatları saptanmaktadır. İmmünolojik incelemede; olguların %20'sinde lenfopeni, %40'ında hipogamaglobulinemi, %40'ında RTE düşüklüğü ve %20'sinde naif B ve class-switched hafıza B hücresi düşüklüğü saptandı. Bir olguda kronik bronşiektazi gelişmiştir. Tüm hastalarda KMT2D ile ilişkili VUS varyant mevcuttu. Takipte iki olgu immünglobulin replasman tedavisi almakta, dört olgu ise profilaktik antibiyotik/antiviral tedavi ile izlenmektedir.

Bulgular Tablo 1.'de özetlenmiştir.

Tartışma: Kabuki sendromunda epigenetik bozukluğa bağlı olarak hem humoral hem hücrel immünite etkilenmektedir. Ayrıntılı öykü ve immünolojik değerlendirme, eşlik eden immün yetmezlikler açısından erken uyarıcıdır. Hastalar, tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik akciğer hastalığı ve otoimmünite gelişimi açısından düzenli izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Epigenetik, İmmün yetmezlikler, Kabuki Sendromu

Tablo 1. İmmünolojik ve Genetik Analizlerine Göre Hastaların Özellikleri (n=5)

Hasta (No)	ANS (10 -6/L)	ALS (10 -6/L)	IGG (mg/dL)	IGA (mg/dL)	IGM (mg/dL)	CD19+ (%)	CD3+ (%)	RTE (%)	Naif BH (%)	CS BH (%)	Anti-Hbs (IU/L)	Genetik analiz
1	6300	2950	388 (907-1958)	<0,6 (96-465)	<0,1 (83-282)	0 (0,6-23)	95 (56-84)	0 (28-67)	33,3 (43-87)	0 (2-29)	Pozitif	KMT2D VUS varyant
2	3880	1300	682 (835-2094)	43 (67-433)	91 (47-484)	16 (10-30)	68 (58-82)	33,3 (28-67)	81 (43-87)	7,9 (2-29)	Pozitif	KMT2D VUS varyant
3	5030	1770	1108 (907-1959)	107 (96-465)	76 (83-282)	14 (10-30)	72,7 (58-82)	45,8 (28-67)	67,4 (43-87)	17,6 (2-29)	Pozitif	KMT2D VUS varyant
4	9500	2020	1064 (842-1943)	163 (62-390)	194 (54-392)	18,8 (10-27)	72,5 (57-81)	25,4 (37-73)	53,6 (45-84)	26,9 (6-31)	Pozitif	KMT2D VUS varyant
5	4000	2680	1325 (842-1943)	178 (62-390)	223 (54-392)	15,2 (10-27)	78,8 (57-81)	38,9 (37-73)	55,3 (45-84)	7,7 (6-31)	Pozitif	KMT2D VUS varyant

[EP-85]

**BEBEKLİK DÖNEMİNDE WHIM SENDROMUNUN ERKEN TANISI:
DE NOVO CXCR4 MUTASYONU OLAN BİR OLGU****HALİL ALKAYA, PINAR YAĞMUR ALTINKAYNAK, GİZEM USLU, DİLEK KACAR, SEDA ÇEVİK,
AYŞE CAVİDAN SONKUR, SEDA AKSOY GİRİÇ, CANSU DURAN, MEHMET CİHAN ŞENTÜRK,
SEZİN AYDEMİR, LEMAN TUBA KARAKURT, NURHAN KASAP, MUSTAFA ARG**

MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: WHIM sendromu (siğiller, hipogamaglobulinemi, enfeksiyonlar ve miyelokatheksis), CXCR4 geninde fonksiyon kazanımı ile ilişkili nadir bir otozomal dominant kombine primer immün yetmezliktir. Hastalığın klasik tetradı genellikle geç çocukluk veya adölesan dönemde belirginleştiğinden, bebeklik döneminde yalnızca izole veya baskın nötropeni ile başvuran olgularda tanı sıklıkla gecikmektedir. Erken tanı, enfeksiyonların önlenmesi ve uzun dönem komplikasyonların azaltılması açısından kritik öneme sahiptir.

Olgu Sunumu: Otuz dokuz gebelik haftasında 2488 g ağırlığında doğan kız hasta, 6 aylıkken tekrarlayan kusma, beslenememe ve yineleyen hastane yatışları nedeniyle değerlendirildi. Fizik muayenesinde belirgin dismorfik bulgu saptanmadı, ancak kilo <3 persentildi. Laboratuvar incelemelerinde persistan ağır nötropeni (mutlak nötrofil sayısı 40–150/mm³ arası), lenfopeni (900–1180) ve hipogamaglobulinemi (IgG: 189–270 mg/dL) saptandı. Akım sitometrisinde CD19⁺ B hücre sayısı %3.9 (5–39) düşük bulundu. UCSB: %1 (3–12) görüldü, diğer parametreler normal sınırlardaydı.

Kemik iliği aspirasyonunda olgun nötrofillerin belirgin azlığı ile uyumlu miyelokatheksis izlendi, PY: %100 Lenfosit, %0 Nötrofil, atipik hücre/blast yok, malignite lehine bulgu saptanmadı.

Genişletilmiş genetik incelemede CES: CXCR4 geninde NM-003467.3: c.1000C>T, p. (Arg334*) rs 104893624 nonsense varyantı heterozigot 'Patojenik mutasyon' tespit edildi. Ebeveyn taraması normal olup mutasyonun de novo olduğu gösterildi. Bu bulgular ile hastaya WHIM sendromu tanısı konuldu.

Tartışma: Bu olgu, WHIM sendromunun bebeklik döneminde klasik tetrad bulguları gelişmeden, yalnızca ağır ve persistan nötropeni ile prezente olabileceğini göstermektedir. Literatürde bildirilen olguların büyük kısmında p.Arg334* mutasyonunun en sık saptanan CXCR4 varyantlarından biri olduğu bilinmektedir. Pediatrik hastalarda siğiller ve HPV ilişkili bulgular genellikle ileri yaşlarda ortaya çıktığından, erken dönemde klinik farkındalık büyük önem taşımaktadır.

Nedeni açıklanamayan ağır nötropenisi olan bebeklerde, kemik iliği bulguları ile birlikte erken dönemde genetik inceleme yapılması tanının gecikmesini önleyebilir. Erken tanı; uygun enfeksiyon izlemi, immün yetmezliğe yönelik destek tedavileri ve güncel hedefe yönelik tedavi seçeneklerinin zamanında değerlendirilmesine olanak sağlar. Son yıllarda CXCR4 antagonisti olan mavorixafor gibi tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi, WHIM sendromunda erken tanının klinik önemini daha da artırmıştır.

Anahtar Kelimeler: WHIM sendromu, CXCR4, nötropeni, primer immün yetmezlik

Şekil 1. WHIM sendromlu olguda tanı sürecinde lenfosit alt grupları

	03.05.2018
CD21/CD38 low	11.6
Naive B %	98.4
UCSB %	1 (3-12)
CSB %	0.6 (0.4-12.9)

	05.03.2024
ALC	2230
CD3+%	77.9 (49-83)
CD3+CD4+%	58.8 (28-59)
CD3+CD8+%	9.5 (9-31) #211 (576-)
CD19/CD20+%	3.9 (5-39) #87 (51-)
CD16+56+%	17.6 (2-13)

[EP-86]

KOMPLİKE ENFEKSİYONLA BAŞVURAN BİR OLGUDA ERKEN GENETİK İNCELEMENİN ÖNEMİ**ZEYNEP GİZEM GÜNDÜZ¹, LALA GULİYEVA¹, ENGİN ALTUNDAĞ², ALIŞAN YILDIRAN¹**

1 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLojİ BİLİM DALI, SAMSUN
2 ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI, SAMSUN

Giriş: Doğuştan bağışıklık hataları (IEI'ler), yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan ağır veya komplike enfeksiyonlar ve eşlik eden dermatolojik bulgular ile kendini gösterebilir (1). Bu hastalarda immünolojik testler başlangıçta normal sınırlarda olsa dahi, klinik yüksek şüphe varlığında erken genetik inceleme tanısız süreci hızlandırmakta ve fenotip-genotip ilişkisinin kurulmasına olanak sağlamaktadır (2). Özellikle ağır seyirli pnömoni, invaziv bakteriyel enfeksiyonlar ve erken başlangıçlı atopik dermatit birlikteliği altta yatan immün disregülasyonu akla getirmelidir (1).

Olgu: Üç aylık kız hasta, iki aylıkken komplike pnömoni nedeniyle yaklaşık bir ay süreyle hastanede yatırılarak izlenmişti. Klinik seyrinde plevral efüzyon gelişmiş, plevra sıvısı kültüründe metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) üremesi saptanmıştı. Yoğun bakım izleminde non-invaziv solunum desteği uygulanmış, invaziv girişimlere ilişkin ayrıntılı verilere ulaşılamamıştır. Kan kültürleri steril olarak raporlanmıştır.

Taburculuk sonrası antibakteriyel profilaksi başlanan hastada, bir aylıktan itibaren yanaklardan başlayıp gövde ve ekstremitelere yayılan, el içi ve ayak tabanlarını da içeren yaygın egzamatöz döküntüler gelişmiştir. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali saptanmamıştır. Cilt muayenesinde yaygın makülopapüler yer yer krutlu egzamatöz lezyonlar izlenmiş, BCG skarı görülmemiştir.

Laboratuvar incelemelerinde akut faz yanıtı ve elektrolitler normaldi. Serum immüno globulinlerinde IgM düzeyi yaşa göre düşük, IgE düzeyi yüksek; IgG ve IgA düzeyleri yaşa uygun bulundu. Kompleman düzeyleri normaldi. Lenfosit alt grup analizi yapıldı, sonuçlar Tablo 1'de özetlendi. Hastanın üç aylık olması nedeniyle naif lenfosit ve B hücre baskınlığı yaşla uyumlu kabul edilmekle birlikte, klinik enfeksiyon şiddeti ve eşlik eden immün aktivasyon bulguları fizyolojik immün imatüritenin ötesinde bir durumu düşündürmüştür. Bu nedenle primer immün yetmezlik ön tanısıyla genetik inceleme planlandı.

Genetik analizde TNFRSF13B C104R heterozigot ve CFTR F508del heterozigot varyantları saptandı. Ter testi ve ileri immünolojik değerlendirme planlanmış, ancak hasta izleme gelmediği için tamamlanamamıştır.

Tartışma: TNFRSF13B genindeki C104R varyantı, IgA eksikliği ve CVID spektrumundaki immün yetmezliklerle ilişkilendirilmiş olup heterozigot taşıyıcılarda dahi enfeksiyon yatkınlığı ve immün disregülasyon bildirilmektedir (3). Olgumuzda ağır bakteriyel pnömoni öyküsü ve düşük IgM-yüksek IgE profili bu bulgu ile örtüşen bir klinik tabloyu düşündürmektedir. CFTR F508del heterozigotluğu genellikle asemptomatik kabul edilse de, solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlık açısından katkısı olasılık dahilinde değerlendirilmiştir (4).

Bu olgu, immünolojik testler sınırlı olsa dahi klinik yüksek şüphe varlığında erken genetik incelemenin tanısız yaklaşımı güçlendirdiğini ve hasta yönetimine yön verdiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Genetik inceleme, Komplike enfeksiyon, Primer immün yetmezlik

Tablo 1: Hastanın immünolojik laboratuvar bulguları

Parametre	Sonuç	Referans aralığı
IgG (mg/dL)	549	294 - 1165
IgA (mg/dL)	27,4	13 - 72
IgM (mg/dL)	27,8	33 - 154
IgE (IU/mL)	96,9	0 - 15
Lenfosit (%)	49	
CD3+ T hücre (%)	65	50.4 - 79.6
CD3+CD4+ (%)	39	31.6 - 57.9
CD3+CD8+ (%)	26	10.7 - 28.2
CD19+ B hücre (%)	18	10.2 - 36
CD3-CD56+ NK (%)	16	1.8 - 27.4
CD45RA+ (%)	74	70 - 90
HLA-DR+ (%)	31	
CD4+HLA-DR+ (%)	7	
CD8+HLA-DR+ (%)	41	
CD3+CD38+HLA-DR+ (%)	10	
CD4+CD45RA+CD31+ RTE (%)	64	56.6-90.7
CD19CD20CD27-IgD+ (%)	98	78 - 96.4
CD19CD20CD27+ (%)	2	0.9 - 9

[EP-87]

PU.1 EKSİKLİĞİ: NADİR BİR AGAMMAGLOBULİNEMİ OLGUSU**GÜNEY KÜÇÜK KÜLİCE¹, ÖZGÜR ERKAL², ZEYCAN CANİTEZ ORAL¹, ENES ONKUN¹, FATİH ÇELMELİ¹**

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİSİ VE ALERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI
2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ GENETİK BİLİM DALI

Giriş: PU.1 transkripsiyon faktörü eksikliği, SPI1 genindeki mutasyonlara bağlı gelişen, otozomal dominant geçişli nadir bir primer immün yetmezliktir. Klinik spektrum, erken çocukluk döneminde başlayan tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar ve hipogamaglobulinemiden, erişkin dönemde asemptomatik seyreden olgulara kadar geniş bir fenotipik varyasyon göstermektedir. Hastalık tablosuna gastrointestinal inflamatuvar bulgular ve nörokognitif bozukluklar da eşlik edebilir.

Olgu: Dört yaş altı aylık kız hasta, bir yıl önce bronşiolit nedeniyle hospitalizasyon öyküsü ve inek sütü proktokoliti ile değerlendirildi. Ak-raba evliliği öyküsü bulunmayan hastanın Renpenning sendromu tanılı bir kardeşi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde hipogamaglobulinemi (IgG: 366 mg/dL, IgA: 15 mg/dL, IgM: 52 mg/dL) ve B hücre lenfopenisi CD19-20: %9, class-switched memory B düşük saptandı. Kızamık ve kabakulak aşı yanıtları pozitif bulundu. Bruton tirozin kinaz ekspresyonu düşük saptanan hastaya azitromisin profilaksisi ve düzenli IVIG replasmanı başlandı. Yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde bronşiektazi izlenmedi. Moleküler genetik analizde SPI1 geninde heterozigot c.493+1G>A splice-site varyantı tespit edildi. Aile taramasında, klinik olarak asemptomatik olan babada normal immünglobulin düzeylerine rağmen derin B hücre lenfopenisi (CD19-20: %2) saptanarak hastalığın değişken ekspresivitesi ve penetransı doğrulandı. Aile taraması sonuçlanmadı.

Sonuç: Olgumuz, PU.1 haploetersizliğinin aile içi fenotipik heterojenitesini açıkça ortaya koymaktadır. Hipogamaglobulinemi, B hücre yetmezliği ve düşük memory B hücre oranı saptanan hastalarda etyolojik değerlendirmede SPI1 gen analizi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı, uygun immünglobulin replasman tedavisi ve enfeksiyon profilaksisi ile hastaların uzun dönem prognozunun iyileştirilmesinde kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Agammaglobulinemi, SPI1, PU.1, Primer İmmün Yetmezlik, B Hücre Gelişimi

[EP-88]

“DOCK8 EKSİKLİĞİ ŞÜPHESİYLE DEĞERLENDİRİLEN, HETEROZİGOT VARYANT VE SOMATİK REVERSİYON SAPTANAN HAFİF SEYİRLİ BİR OLGU”**MERYEM ÖZÇELİK¹, KÜBRA YIRGIN¹, AHMET SERT¹, ŞEYDA KÖSE ÖZCAN¹, SİMGE ERDİL¹, SERKAN ARSLAN¹, PINAR GÖKMİRZA¹, ARZU AKÇAY¹, SAFA BARIŞ², ÇİĞDEM AYDOĞMUŞ¹**

¹ BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, İSTANBUL
² MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Somatik reversiyon, kalıtsal bir patojenik varyantın bazı somatik hücrelerde kendiliğinden onarılması olup birçok doğuştan bağışıklık kusurunda daha hafif klinik fenotiplerle ilişkilendirilmektedir. DOCK8 eksikliği; tekrarlayan ağır enfeksiyonlar, alerjik hastalıklar ve malignite yatkınlığı ile seyreden kombine immün yetmezliğe yol açar. Somatik reversiyon varlığında IgE yüksekliği olmadan daha hafif klinik tablo bildirilmektedir. Bu olguda, klinik bulguları hafif seyreden ve akım sitometrik olarak somatik reversiyon saptanan bir DOCK8 eksikliği olgusu sunulmuştur.

Olgu: 8 yaş kız hasta, bir yıldır ağız burun etrafında tekrarlayan, dirençli veziküler döküntüler nedeniyle başvurdu. Herpes simpleks ön tanısıyla 3 ay oral asiklovir tedavisine rağmen lezyonlarında artış mevcuttu. (Resim 1) Özgeçmişinde sık bronşiolit atakları, ibuprofen ve cevizle anjiyoödem öyküsü vardı. Soygeçmişinde anne baba arasında akrabalık yoktu. Fizik muayenesinde ağız burun etrafında veziküler döküntüler, cilt kuruluğu ve sağ göz altında apsesi dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde lenfopenisi yoktu. %12.7 oranında eozinofili mevcuttu. Lenfosit alt grubunda CD3 düşüklüğü (%38), CD4/8 oranında ters dönme (0.8), recent timik emigrant hücrelerde düşüklük (%20) saptandı. Antihbs pozitif. Igg:1124g/l ve iga:740g/l yaşına göre normal aralıkta olan hastanın ıgm:12g/l (69-387) yaşına göre düşük ve ige:381ıu/ml olarak saptandı. T lenfosit proliferasyon yanıtı azalmıştı. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde patoloji saptanmadı. Kombine immün yetmezlik şüphesiyle yapılan moleküler analizde DOCK8 geninde heterozigot p.Leu1919Pro (c.5756T>C) varyantı saptandı. Akım sitometrik incelemede CD19⁺ B hücrelerinde DOCK8 ekspresyonu belirgin azalmışken, CD3⁺ T ve CD16⁺CD56⁺ NK hücrelerinde ekspresyonun korunmuş olduğu görüldü (Resim 2). Bu bulgular DOCK8 eksikliği ile birlikte somatik reversiyon varlığı ile uyumlu bulundu. Antiviral, antimikrobiyal profilaksi ve aylık immünglobülin replasman tedavisi ile klinik iyileşme sağlandı ve hastaya hemopoetik kök hücre nakli (HKHN) planlandı.

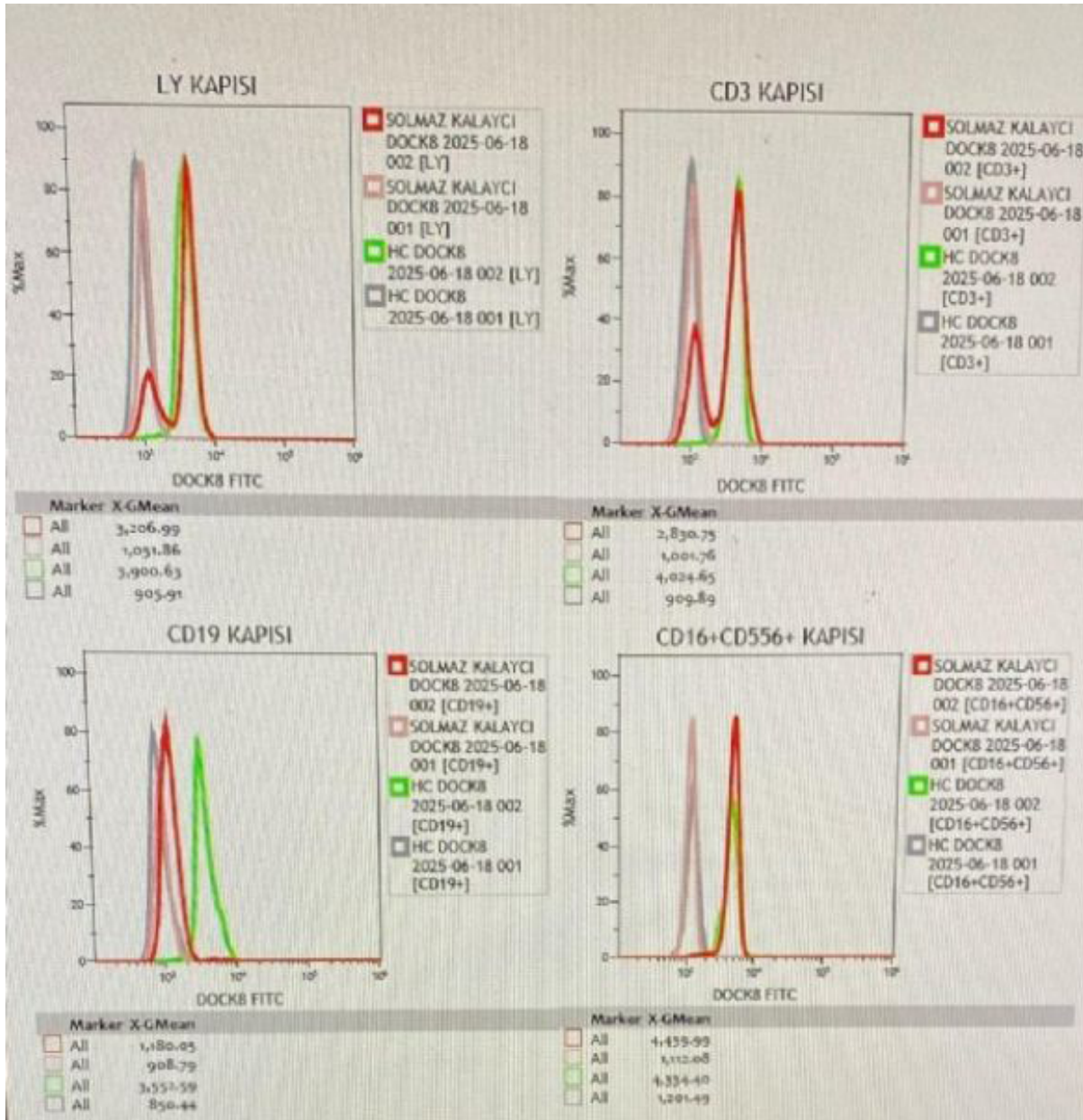
Tartışma: Somatik reversiyon birçok doğuştan bağışıklık kusurunda (Wiskott Aldrich sendromu, ağır kombine immün yetmezlikler, X'e bağlı lenfoproliferatif hastalık) görülebilmektedir, somatik reversiyon 'doğal gen terapisine' benzetilmiş ve hastalığın iyileşmesiyle ilişkilendirilmiştir. DOCK8 eksikliği olan hastaların büyük bir kısmında birden fazla lenfosit alt grubunda ancak ağırlıklı olarak T hücrelerinde somatik reversiyon saptandığı gösterilmiştir. DOCK8 ekspresyonu gösteren lenfosit oranlarının hastalık aktivitesi ile izlenmesi hastalarda yararlı olabilir. Çalışmalar somatik reversiyonun en iyi ihtimalle hastalığın ilerlemesini geciktirdiğini ancak HKHN ihtiyacını ortadan kaldırmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: DOCK8 eksikliği, Somatik reversiyon, Kombine immün yetmezlik

Resim 1



Resim 2



[EP-89]

ERKEN İNFANTİL DÖNEMDE ATOPIK FENOTİPLİ İMMÜN YETMEZLİK BULGULARI İLE BAŞVURAN İMMÜN DİSREGÜLASYON: OTULİPENİ**MEHMET CİHAN ŞENTÜRK, PINAR YAĞMUR ALTINKAYNAK, GİZEM USLU, DİLEK KACAR, SEDA ÇEVİK, AYŞE CAVİDAN SONKUR, HALİL ALKAYA, CANSU DURAN, SEDA AKSOY GİRGİÇ, SEZİN AYDEMİR, LEMAN TUBA KARAKURT, NURHAN KASAP, MUSTAFA ARG**

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: OTULIN genindeki fonksiyon kaybı, lineer ubiquitin düzenlenmesini bozarak NF-κB aktivasyonunu kontrolsüzce artırır ve neonatal/erken infantil dönemde başlayan, sistemik inflamasyon, deri bulguları ve immün disregülasyonla seyreden nadir otulipeni tablosuna yol açar.

Olgu: G3P1A1Y1 anneden miadında normal spontan doğumla 3360 gram olarak doğan kız hastanın ebeveynleri teyze çocukları olup yaşayan kardeşi biyotinidaz eksikliği tanılıdır. Postnatal ilk haftasında başlayan bez dermatiti ve yanaklarda egzematöz döküntüleri mevcut olan hasta 6 haftalıkken şiddetli öksürük ve kusma şikayetiyle acil servisimize başvurmuş ve pnömoni tanısıyla yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Geniş spektrumlu antibiyotikler ve non-invaziv mekanik ventilasyon desteğine rağmen şikayetleri gerilemeyen hastada yapılan immünolojik incelemelerde; fizik muayenesinde ağızda pamukçuk, tüm vücutta yaygın egzematöz dermatit, hepatomegali ve yetersiz tartı alım saptanmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde IgE yüksekliği (2460 IU/mL), eozinofilik lökositoz (Eo: %6-17; mutlak $0.9-2.2 \times 10^3/\mu\text{L}$) ve ferritin yüksekliği (1102 ng/mL) görülmüş olup detaylı lenfosit alt grupları analizi ve IgG, IgA ve IgM değerleri normal olarak sonuçlanmış; kan, idrar ve solunum yolu kültürlerinde üreme olmamıştır. Dirençli pnömoni, akraba evliliği, abort öyküsü, yaygın egzematöz dermatit, eozinofili ve IgE yüksekliği olan hastada atopik fenotipli immün yetmezlik ön tanısı ile tüm ekzom dizilime yapılmış ve OTULIN (NM_138348.6): C.244G>A (p. Val82Ile) rs555528904 varyantı homozigot formda saptanmıştır. Sanger dizileme ve tek gen nokta mutasyonu analizi ile genetik doğrulaması yapılan hastada OTULIN geninde saptanan homozigot mutasyon ve mevcut bulgular otozomal resesif geçişli otulipeni tanısını desteklemektedir.

Tartışma: Bu olgu, erken infantil dönemde ağır seyirli enfeksiyon, IgE yüksekliği ve eozinofili varlığında otulipenin ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerektiğini ve genetik doğrulamanın tanı sürecindeki kritik rolünü vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmmün disregülasyon, otoinflamatuar hastalık, Otulipeni, OTULUN geni

A

ABDAL YILDIRIM, PELİN	89
AKARCAN, SANEM EREN	120
AKAR, HİMMET HALUK	104, 121, 157
AKBEY, VEYSİ	125
AKÇAL, ÖMER	28
AKÇAY, ARZU	218
AKDİŞ, CEZMİ	113
AKELMA, AHMET ZÜLFİKAR	64
AKIN, MUSTAFA	179
AKIN, TAHA YASİN	74, 75, 207
AKSOY CANYOLU, BURCU	92
AKSOY, FATMA DİLŞAD	185
AKSOY GİRGİÇ, SEDA	69, 206, 214, 220
AKSU, GÜZİDE	38, 208
AKTEPE, SÜMEYRA	37, 62, 144
ALKAN, GÜLSÜM	178
ALKAYA, HALİL	206, 214, 220
AL, SERDAR	210
ALTINEL, ZEYNEP	87, 88
ALTINKAYNAK, PINAR YAĞMUR	83, 90, 92, 214, 220
ALTINTAŞ, DAMLA	71, 117, 128, 131
ALTINTAŞ, DERYA UFUK	143
ALTUNDAĞ, ENGİN	216
AMİROV, RAZİN	201, 209
ANIL, HÜLYA	48, 81, 113, 137
ARGA, MUSTAFA	69, 83, 90, 92, 191, 206, 214, 220
ARIKOĞLU, TUĞBA	81, 125, 187
ARIK YILMAZ, EBRU	81, 142, 161, 196
ARSLAN, HÜSEYİN	153
ARSLAN, SERKAN	203, 210, 218
ARTAÇ, HASİBE	178, 197, 211
ASLANBAY, EMRE	42
ASLAN, SİNEM	48
ASLANTAŞ, SULTAN AYDIN	205
AS, SALİHA	65
ATAÇ, İLAYDA	77, 106
ATALAY CAN, İLKNUR	37, 62, 144
ATALAY, MUSTAFA ALTAY	98
ATAY, ÖZGE	47, 81, 176
AYDEMİR, SEZİN	49, 83, 141, 147, 183, 191, 206, 212, 214, 220
AYDIN, MUHAMMED	141, 147, 183, 212
AYDIN, SÜMEYRA NUR	49
AYDOĞAN, METİN	58, 74, 75, 81, 101, 207
AYDOĞDU, TUĞBA	102
AYDOĞMUŞ, ÇİĞDEM	155, 203, 210, 213, 218
AYGÜN, FATİH	49
AYKUT, AYÇA	38
AYTEKİN, CANER	199
AYTEKİN GÜVENİR, FUNDA	44, 111
AYVAZ, DENİZ ÇAĞDAŞ	113
AZKUR, DİLEK	81

B

BADR, AZRA	109
BAĞ, ÖZLEM	108
BAHÇECİ ERDEM, SEMİHA	81
BAHÇECİ, SEMİHA	95
BAKIRTAŞ, ARZU	37, 55, 57, 62, 81, 84, 113, 144, 165
BALASAR, MİNE	205
BALCI, SİBEL	58, 74, 75
BAL ÇETİNKAYA, FATMA	90
BARIŞ, SAFA	201, 209, 218
BASKIN, A. KÜBRA	37, 55, 57, 62, 84, 113, 144, 165
BAŞER SİNOPLU, ZEYNEP EFŞAN	104, 121, 157
BAŞ, İLKE	38, 45, 53, 73, 182, 208
BAŞPINAR, HÜSEYİN	143, 153, 192
BAYAZIT, ZEHRA	98, 115
BAYRAM, İBRAHİM	177
BAYSAL BAKIR, DAMLA	47
BAYSAL, SÜMEYRA	81, 163
BEKİS BOZKURT, HAYRUNİSA	81, 113
BESLİ, GÜLSER ESEN	90
BİLGİÇ ELTAN, SEVGİ	201, 209
BİNGÖL, AYŞEN	71, 81, 117, 128, 131
BODUR, İLKNUR	126
BOLOĞUR, HAMİT	46, 78, 114, 167, 198
BOZKURT, SELCEN	201, 209
BUCAK, ABDÜLMELİK	90
BULUT, HAYRÜNNİSA YILDIZ	126
BÜLBÜL, LİDA	81
BÜYÜKTİRYAKI, BETÜL	77, 106
BÜYÜK YAYTOKGİL, ŞULE	81, 99, 133

C

CAKA ÖZDEMİR, CANAN	60
CANDAN, FERİDE	95
CAN, DEMET	61, 76, 86, 130, 174, 195
CANİTEZ ORAL, ZEYCAN	138, 205, 217
CANİTEZ, YAKUP	81
CAVKAYTAR, ÖZLEM	81, 83, 90
CENGİZ, GÖKÇE NURAN	147
CEYLANER, SERDAR	199
CİĞERCİ GÜNAYDIN, NURŞEN	146
CİHAN, MUKADDES	149, 151
CÖMERT, MELTEM	136, 179

Ç

ÇAKIR, FATMA BETÜL	191
ÇALIŞKAN, NİLAY	46, 78, 114, 167, 198
ÇANDIR, MEHMET ONUR	191
ÇATAK, ŞENAY	95
ÇAVDAR, ZEYNEP	37, 55, 84, 165
ÇEKİÇ, ŞÜKRÜ	31
ÇELEBİ ÇELİK, FİGEN	61, 76, 86, 130, 174, 195
ÇELEBİ DEVELİ, EBRU	125, 187
ÇELİK, ENES	175

ÇELİK, HATİCE IRMAK	111, 164
ÇELMELİ, FATİH	138, 205, 217
ÇETİNKAYA, BATUHAN MEHMET	146
ÇETİN, KENAN	55, 57, 84
ÇEVİK, SEDA	69, 83, 206, 214, 220
ÇEVİK TOKMAK, KÜBRA	200
ÇINAR, NUR MUHAMMED	109
ÇİÇEK, HALİME	81
ÇİL YILMAZ, BURCU	164
ÇOKUĞRAŞ, HALUK	49
ÇOLAK, BURKAY ÇAĞAN	201, 209
ÇÖĞÜRLÜ, MÜJDE TUBA	74, 75, 101
ÇÖLKESEN, FATİH	211

D

DALGIÇ, BUKET	37, 57
DALKILIÇ, BUKET	62
DEMİRCİ, MUHAMMET TAHA	74, 75, 207
DEMİR ÇİLEK, HATİCE	165
DEMİR, ESEN	38, 73
DEMİR, GÜLİZAR	149, 151, 189
DEMİR GÜMÜŞ, DİLAN	141, 147, 183, 212
DEMİR, KEZBAN İPEK	162
DEMİRSÖZ, SEVDE	139
DEMİR ŞAHİN, FİLİZ	158
DEMİRTAŞ, HATEMİ ESAM	120
DEMİRTAŞ, MEHMET SEMİH	107
DERE, RAGİP	111
DİBEK MİSİRLİOĞLU, EMİNE	70, 97, 111, 118, 164
DİLEK, FATİH	35
DOĞU, ESİN FİGEN	199
DOLU, KAZIM OKAN	64, 157
DUDU, BÜŞRA	109
DUKSAL, FATMA	81, 136, 179
DUMAN ŞENOL, HANDAN	38, 45, 53, 73, 81, 182
DURAK, CANSU	49
DURAK, FATMA SİBEL	61
DURAN, CANSU	69, 191, 206, 214, 220

E

EDEER KARACA, NESLİHAN	38, 208
EĞRİTAŞ GÜRKAN, ÖDÜL	37, 57, 62
EKE GÜNGÖR, HATİCE	65, 81
EKİNCİ, ÖZGÜR	57
EMEKSİZ, SERHAT	44
ENGİN, ELİF BERNA	174
ENSARİ, MÜGE SELİN	126
ERBAY, MUHAMMED FATİH	78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
ERCAN, NAZLI	95
ERDİL, SİMGE	203, 218
ERDOĞAN, BURCU ÖZGE	98, 115
ERGE, DUYGU	51
ERGİN, AHMET	95
ERKAL, ÖZGÜR	217
ERKAN, MEHMET SERKAN	74, 75, 207

ERKMEN, HASRET	190
ERTOY KARAGÖL, H. İLBİLGE	37, 55, 57, 62, 84, 144, 165
ERTUĞRUL, AYŞEGÜL	119, 145, 162
ESENBOĞA, SALİHA	113
ESER, HATİCE CEREN	174

F

FERAH, GÜLSEMA	185
FIRAT, EMRE	174
FİDAN, HATİCE BÜŞRA	143, 153, 192

G

GEMİCİ KARAASLAN, BETÜL	49, 141, 147, 183, 212
GENÇ, AHMED CİHAD	41
GENİŞ, CANKAT	44, 64, 70, 97
GEYİK, MEHMET	110
GÖKMİRZA, PINAR	155, 203, 210, 213, 218
GÖKTUĞ, AYTAÇ	90
GULİYEVA, LALA	216
GÜLEN, FİGEN	38, 53, 73, 182
GÜLER, NERMIN	87, 88
GÜLER, TUĞBA	81
GÜLERYÜZ, CEREN	71, 117, 128, 131
GÜMÜŞ, MERVE	73
GÜNDER, SONER	76, 86, 174, 195
GÜNDÜZ, ZEYNEP GİZEM	81, 216
GÜNERİ ALPARSLAN, AYŞE	77
GÜNER, ŞÜKRÜ NAIL	188
GÜNGÖR, HİLAL	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
GÜNGÖR, ÖZGÜL	71, 117, 128, 131
GÜRBÜZ, EGE	61
GÜVENDİK, YAĞMUR	122
GÜVENİR, HAKAN	81

H

HACI, İDİL AKAY	63, 130
HAFIZOĞLU, DEMET	185
HAMARAT, DUYGU	45
HARMANCI, KORAY	48, 137
HASKOLOĞLU, ZEHRA ŞULE	199
HAŞLAK, FATİH	92
HIDIMOĞLU, BURCU	158
HIZLI DEMİRKALE, ZEYNEP	113
HİŞMİOĞULLARI, AYMEN	61, 76, 86, 130, 174

İ

İKİNCİOĞULLARI, KAMİLE AYDAN	199
İLKBAHAR, METİN	201, 209
İMAMOĞLU, GÜLCE	89
İNAL, GAYE	67, 134
İNALTEKİN, MEHMET	143, 153, 177, 192
İSKENDER, NAGİHAN	58, 74, 75, 101
İSLAMOĞLU, CANDAN	199
İSTANBULLU, MUSTAFA BEYKAN	142, 161, 196
İZOL, ASLIHAN	122

K

KABADAYI, GİZEM	47, 176
KACAR, DİLEK	69, 83, 90, 92, 206, 214, 220
KAHVECİ, ECEM	141, 147, 183, 212
KAN, AHMET	81
KAPÇAY, OZAN	158
KAPLAN SARIKAVAK, SİBEL	155
KARAATMACA, BETÜL	44, 95
KARABAĞ ÇITLAK, HİLAL	81
KARA, BERKEHAN	55
KARACA, EMİN	208
KARACAN, CAN DEMİR	118
KARACA, ŞENAY	62, 144
KARADAĞ KÖKÇÜ, ŞEFİKA İLKNUR	172
KARADAŞ, NİHAL	208
KARADENİZ, EMRE	44
KARADUMAN, YUNUS EMRE	190
KARAGÖL, H. İLBİLGE ERTÖY	81
KARAHAN, İBRAHİM HALİL	42, 67, 134
KARAHAN, İREMNAZ	212
KARAKAYA, BEKİR	87, 88
KARAKOÇ AYDINER, ELİF	201, 209
KARAKURT, LEMAN TUBA	81, 83, 90, 92, 191, 206, 214, 220
KARAKURT, TUBA	69
KARAPINAR, DENİZ YILMAZ	208
KARKINER, CANAN ŞULE	61, 76, 86, 130, 174, 195
KARTAL ÖZTÜRK, GÖKÇEN	182
KASAP DEMİR, BELDE	89
KASAP, NURHAN	69, 90, 92, 191, 206, 214, 220
KAVAL, DÖNDÜ CEREN	74, 75, 207
KAVAS YILDIZ, YÜKSEL	81, 99, 133
KAVUKÇU HORASAN, CANSU	142, 161, 196
KAYA, FATMA	136
KAYA, MEHMET ŞİRİN	163
KAYMAKOĞLU, GÜLÇİN	130, 174
KAYNAR, ÖZGE	49
KELEŞ, SEVGİ	188, 199
KESKİN, ÖZLEM	42, 67, 134
KILAVUZ, GÜL	87, 88
KILÇIK, RABİA DENİZ	67
KILIÇASLAN, CENGİZHAN	107
KILIÇ, MEHMET	81, 158
KILIÇOĞLU, SİMGE	210
KILIÇ, SAİT	185
KILINÇKAYA, LÜTFİ	40
KIŞLAL, FATİH MEHMET	126
KIYKIM, AYÇA	81, 113, 141, 147, 183, 212
KİĞİLİ, GÖKHAN	87, 88
KOCACIK UYGUN, DİLARA FATMA	71, 117, 128, 131
KOCATEPE, GAYE	107
KOÇER AHMADOV, NECLA BURCU	53
KOÇER, DERYA	65
KOKSAL, ZEYNEP GULEC	64

KONT ÖZHAN, AYLİN	81, 125, 187
KÖKÇÜ KARADAĞ, ŞEFİKA İLKNUR	27, 46, 78, 114, 167, 168, 170, 198
KÖKEN, GİZEM	55, 57, 84, 165
KÖKSAL, ZEYNEP GÜLEÇ	162
KÖSE ÖZCAN, ŞEYDA	203, 210, 218
KUNDAKÇI, ELİSA	143, 153, 192
KURT, FATMA DAMLA	122
KURTULUŞ, MERVENUR	211
KURUOĞLU, GİZEM	77, 106
KUŞAKLI, ASLI KUZU	64, 95, 118
KUYUCU, NECDET	125
KUYUCU, SEMANUR	81, 125, 187
KUZUCU, FATMA NUR	70, 97
KÜÇÜKTÜRK, SERKAN	188
KÜÇÜKDOĞRU, EBRU SOLAKOĞLU	54, 139, 154
KÜÇÜK KÜLİCE, GÜNEY	138, 205, 217
KÜÇÜKOSMANOĞLU, ERCAN	42, 67, 134
KÜLHAŞ ÇELİK, İLKNUR	81, 178, 197, 211
KÜPELİ, SERHAN	177
KÜTÜKÇÜLER, NECİL	38

L

LÜLEÇİ DAĞLI, DUYGU	38, 208
---------------------	---------

M

MAHMUDOV, RAMİN	81, 201, 209
MERİÇ, ZEYNEP	141, 147, 183, 212
MERTEK ŞENSOY, SANİYE	149, 151, 189
METİN, AYŞE	44
MUŞTU, ÜLVIYE	141
MUTLU, BURCU	126
MUT, MELİS AYDIN	125, 187

N

NACAROĞLU, HİKMET TEKİN	109, 146
-------------------------	----------

O

OCAK, MELİKE	76, 119, 145, 148
OCAK, SÜHEYLA	183, 212
ONKUN, ENES	138, 205, 217
ORHAN, FAZIL	149, 151, 189

Ö

ÖĞÜLÜR, İSMAİL	30, 113
ÖLKER, ŞEBNEM	141
ÖZANLI, İSMAİL	58, 74, 75, 101
ÖZ, AYŞE	205
ÖZCAN, DİLEK	143, 153, 177, 192
ÖZCAN, İSMAİL HAKKI	212
ÖZÇEKER, DENİZ	46, 78, 81, 114, 167, 168, 170, 172, 198
ÖZÇELİK, MERYEM	155, 203, 210, 218
ÖZÇİFTÇİ ERTUĞRAL, NURAN	142, 161, 166
ÖZDAMAR, EMRE	98, 115
ÖZDEMİR, CEVDET	87, 88
ÖZDEMİR, MİKAİL	110

ÖZDEMİR, ÖNER	40, 41, 81, 184, 200
ÖZEL, SİMGE ÇINAR	212
ÖZEN, AHMET	201, 209
ÖZEN BÖLÜK, SELİME	51
ÖZEN, FATMA BETÜL	205
ÖZKAN, AYŞE	177
ÖZKAN, EMİNE MÜGE	177
ÖZKAN, YAĞMUR	213
ÖZKAYA, MEHMET	98, 115
ÖZLEM, ARZU	97
ÖZTUZCU, SERDAR	42
ÖZTÜRK AYDIN, SUEDA	147
ÖZTÜRK AYKAÇ, MELİS	95, 102, 193
ÖZTÜRK, HAKAN	37, 57, 62
ÖZTÜRK, MERVE BEGÜM	54, 154
ÖZTÜRK, NECMİYE	201, 209
ÖZTÜRK TURAN, ÇAĞLA	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198

P

PAKEL, AYŞE	89
PAPAĞAN, ŞULE	78, 114, 167, 168, 172, 198
PARLAK ÖZEL, GÜLAY İREM	99, 133
PEKER, DUYGU	149, 151, 189
PENÇE, İLKNUR	69
PIRİM, ZEYNEP S.	38

R

REİSLİ, İSMAİL	188
RENCÜZOĞULLARI, MİHRİBAN	155

S

SAÇKESEN, CANSIN	77, 106
SAMANCI, NEDİM	146
SANCAKLI, ÖZLEM	61, 76, 81, 86, 95, 130, 174, 195
SANDIKÇI, HANİFE	149, 151
SARIDUMAN, BUSENUR	62, 144
SARI, EREN	102, 193
SARIGÜL ÇİMİ, BURCU	199
SARIKAVAK KAPLAN, SİBEL	81
SARIKAVAK, TALAT	155
SARI, SİNAN	37, 57, 62
SELMANOĞLU, AHMET	97, 111
SERBES, MAHİR	143, 153, 192
SERT, AHMET	203, 210, 218
SEZER, BERKANT	102
SEZGİN, GÜLAY	177
SİFİL, MEHMET CİHAT	99, 133
SİPAHİ ÇİMEN, SEVGİ	113
SONKUR, AYŞE CAVİDAN	69, 83, 90, 92, 206, 214, 220
SOYDEMİR, ŞİRİN	115
SOYER, ÖZGE	119, 145
SOYÖZ, ÖZGEN	195
SÜLEYMAN, AYŞE	87, 88

Ş

ŞAFAK, İKBAL NUR	63, 89, 120
ŞAHİN, CİHANGİR	51, 64
ŞAHİNER, ÜMİT	145
ŞAHİNER, ÜMİT MURAT	119
ŞAHİN, MEDİHA	95
ŞAHİN, MERVE KARACA	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
ŞAHİN, MUSA	125, 187
ŞAHİN, PINAR	38, 45, 73, 182, 208
ŞAPCI, NİYAZİ ONUR	137
ŞARMAN, HASAN TUNÇ	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
ŞAŞIHÜSEYİNOĞLU, ŞENAY	81
ŞEKEREL, BÜLENT ENİS	119, 145
ŞENBAYKAL YİĞİT, ECE	63, 89, 108, 120
ŞENGÜL EMEKSİZ, ZEYNEP	70, 97, 111, 118, 164
ŞENTÜRK, MEHMET CİHAN	206, 214, 220
ŞİMŞEK, IŞIL ESER	58, 74, 75, 81, 101, 207
ŞİRİN, SEDA	54, 139, 154, 162

T

TAHAN, FULYA	81, 98, 115
TAŞKIRDI, İLKE	63, 89, 120
TEKCAN, DEMET	197
TEKDEMİR, İLYAS EMRE	136, 179
TEKER, NİLGÜN BAHAR	143, 192
TEPE, YASEMİN	104, 121, 157
TERECE, SİNEM POLAT	55, 57, 84, 165
TERZİ, ÖZLEM	78
TİN, OĞUZHAN	49
TOKDEMİR, UĞUR	188
TOKSÖZ, ARİFE	64, 162
TOPAL, ERDEM	159
TOPÇAK, ASLI BERİVAN	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
TOPKARCI, ZEYNEP	146
TOPYILDIZ, EZGİ	95
TÖRER, NUR	51
TUNCA, SEDA	108
TUNCEL, TUBA	63, 89, 108, 120
TUNÇTÜRK, BİLAL	158
TUNÇTÜRK, MUSTAFA	97
TÜLEK, MUHAMMED SABİT	136
TÜRKELİ, AHMET	32
TÜSÜZ ÖNATA, ECE	184

U

UCLER ÇINAR, HANDE	121
UÇAR, SEZER	98
ULUÇ, NEFİSE NEZİHE	58, 74, 75, 101
ULUSOY SEVERCAN, EZGİ	54, 139, 154, 162

ULUTAŞ, ÖMER YILMAZ	46, 78, 114, 167, 168, 170, 172, 198
UNAY, İDAN FIRAT	104, 121, 157
USLU, GİZEM	83, 90, 206, 214, 220
UYVAL, PINAR	51, 81
UYVAL, RABİA	119
UZUNER, NEVİN	47, 176
UZUNOĞLU, BERNA	61, 76, 174

Ü

ÜÇLER ÇINAR, HANDE	104, 157
ÜLGEN, EMİNE	45, 73, 182, 208
ÜLGEN TEKEREK, NAZAN	128
ÜMİT, NUR	71, 117, 128, 131
ÜSTÜN, CEREN	145, 148

V

VARER AKPINAR, CEREN	55
VARLI, YUSUF ZİYA	74, 75, 207
VEZİR, EMİNE	81, 99, 133
VEZİR, SEDAT	175

Y

YAĞMUR, HALİME	47, 176
YAKICI, NALAN	81
YALAKI, AYSU İLHAN	125
YAMAN, ZÜLAL SUDE	191
YAPAR, DİLEK	57
YAYLAK, GAMZE	77, 106
YAZICI, MEBRURE	74, 75, 207
YAZICI, SELÇUK	122
YEŞİL, EDANUR	125
YILDIRAN, ALIŞAN	216
YILDIRIMÇAKAR, CEBBAR	81, 142, 161, 196
YILDIRIM, GÜLER	46, 78, 114, 167, 198
YILDIRIM, RIZA	63, 89, 120
YILDIZ, MEHMET	41
YILDIZ, NALAN	149, 151, 189
YILDIZ, YÜKSEL KAVAS	81
YILMAZ, ERCAN	159
YILMAZ, ÖZLEM	81, 95, 102, 193
YILMAZ, SANİYE YASEMİN	178
YILMAZ TOPAL, ÖZGE	164
YIRGIN, KÜBRA	203, 210, 218
YORĞUN ALTUNBAŞ, MELEK	201, 209
YÖRÜSÜN, GÖKHAN	70
YURTSUZ, EBRU DENİZ	92
YÜCEL, ESRA	49, 81, 141, 147, 183, 212
YÜKSEL BULUT, HANDE	175
YÜKSEL, NECMİ CAN	174

Z

ZAFER, ENES	41
ZEYREK, C. DOST	29