



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNÖLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

Uluslararası Katılımlı 18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024

Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



KONUŞMA VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Değerli Meslektaşlarımız,

Bu yıl, Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Derneği 'nin 18. Uluslararası Katılımlı Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Akademisi Kongresi, 25- 28 Nisan 2024 tarihleri arasında Limak Deluxe Hotel, KKTC'de düzenlenecektir.

Alerji, günümüzde dünyanın her yanında sıklığı giderek artan ve başta çocuklar olmak üzere toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren bir sağlık sorunu olma özelliğini sürdürmektedir. Ülkemizde de alerjik hastalıklar, çocuk alerji uzmanlarının yanı sıra, birinci basamakta çalışan çocuk doktorlarının ve aile hekimlerinin günlük pratiklerinde önemli bir yer tutmaya devam etmektedir

Bu kongremizde, çeşitli kurslar, paneller, karşıt görüş oturumları, günlük pratiğimize yönelik olgu bazlı sunumlar ve yurt içi ve yurt dışından katılacak çok değerli konuşmacılar tarafından verilecek konferanslarla alerjik hastalıkları her yönüyle ele almayı ve sadece çocuk alerji uzmanlarının değil, birinci basamakta çalışan hekimlerin bilgi dağarcığını zenginleştirmeyi hedefledik. Her zaman kongrelerimizde geniş yer tutan solunum yolu, deri, besin ve penisilin alerjilerinin yanı sıra bu kongrede her yaştaki astımlı çocuklara özel bir yer ayırmayı ve birinci basamaktaki hekimleri günlük pratiklerinde ihtiyacı olan bilgilerle donatmayı, böylelikle çocuk alerji uzmanları ile genel pediatristler ve aile hekimlerini bir platformda buluşturmayı amaçladık.

Günümüzde kongreleri medikal firmaların desteği olmaksızın düzenleyebilmek olanaksız hale gelmiştir. Şimdiye dek kongrelerimize çeşitli şekillerde destek veren firmalara, firmaların yöneticilerine ve kongremizde güler yüzleriyle, yorulmak bilmeden renk katan firma çalışanlarına çok teşekkür ederiz. Her zaman çok başarılı kongreler düzenleyen derneğimiz, bu yıl en geniş katılımlı kongreyi düzenlemeyi hedeflemektedir.

Bilgi ve deneyimlerimizi paylaşacağımız, dostluklarımızı pekiştireceğimiz 18. Kongremize, bundan önce olduğu gibi desteklerinizi ve katkılarınızı bekler, Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği olarak saygılarımızı sunarız.

Saygılarımızla,

Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Derneği



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



KURULLAR

ÇAİAD ONURSAL BAŞKANI
PROF. DR. ÜLKER ÖNEŞ

ÇAİAD BAŞKANI
PROF. DR. KORAY HARMANCI

ÇAİAD YÖNETİM KURULU
PROF. DR. HALUK ÇOKUĞRAŞ
PROF. DR. NİHAT SAPAN
PROF. DR. NERMİN GÜLER
PROF. DR. ZEYNEP ÜLKER TAMAY
PROF. DR. ARZU BAKIRTAŞ
PROF. DR. METİN AYDOĞAN
PROF. DR. PINAR UYSAL
DOÇ. DR. ESRA ÖZEK YÜCEL

KONGRE BAŞKANI
PROF. DR. NİHAT SAPAN

KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI
DOÇ. DR. YAKUP CANITEZ

KONGRE SEKRETERLERİ
DOÇ. DR. YAKUP CANITEZ
DOÇ. DR. ŞÜKRÜ ÇEKİÇ

KONGRE YURT DIŞI İLİŞKİLER SORUMLUSU
PROF. DR. CEVDET ÖZDEMİR

BİLİMSEL KURUL BAŞKANLARI
PROF. DR. METİN AYDOĞAN - DOÇ. DR. YAKUP CANITEZ



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

25 NİSAN 2024

SALON A

ANAFİLAKSİ VE TEDAVİSİ KURSU

14:00 - 15:30

Olgu Çözümlemesiyle, Anafilaksi Tanısı, Risk Faktörleri, Fenotipleri
Oturum Başkanları: Feyzullah Çetinkaya, Mustafa Arga

14:00 - 14:30

Olgu çözümlemesiyle, anafilaksi tanısı, risk faktörleri, fenotipleri
Konuşmacı: Fazıl Orhan

14:30 - 15:00

Anafilaksinin evde yönetimi
Konuşmacı: Hikmet Tekin Nacaroğlu

15:00 - 15:30

Basamaklar ile hastanede anafilaksi tedavisi, intravenöz adrenalinin önemi
Oturum Başkanı : Nurşen Çiğerci Günaydın

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:30

Oturum Başkanları: Fazıl Orhan, Nurşen Çiğerci Günaydın

16:00 - 16:30

İdiyopatik anafilaksi, tanı ve tedavideki zorluklar
Konuşmacı: Zeynep Tuğba Arıkan

16:30 - 17:00

Taşınabilir adrenalin teknolojisinde yeni gelişmeler
Konuşmacı: Sait Kahraman

17:00 - 17:30

Pratik uygulamalarla adrenalin uygulama hataları ve adrenalin direnci
Konuşmacı: Mehmet Halil Çeliksoy

18:00 - 19:00

Açılış Töreni
Açılış Konuşmaları

20:30

Anılar ve yorumlar
"Nereden nereye...
Bir öğretim üyesinin yaşam penceresinden ülkemize ve dünyaya bakış"
Konuşmacı: Ali Baki

25 NİSAN 2024

SALON B

**İLAÇ ALERJİLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ VE
DESENSİTİZASYON KURSU**

14:00 - 15:30

Oturum Başkanları: Mehtap Yazıcıoğlu, Özlem Cavkaytar

14:00 - 14:30

İlaç alerjilerinde (erken tip/geç tip) in vitro tanısal testlerin kullanımı
Konuşmacı : Tuğba Arıkoğlu

14:30 - 15:00

İlaç alerjilerinde (erken tip/geç tip) in-vivo tanı testlerinin uygulanması
Konuşmacı : Işıl Eser Şimşek

15:00 - 15:30

İlaç alerjilerinde (erken tip/geç tip) provokasyon testi için olgu örnekleriyle protokol örnekleri oluşturma
Konuşmacı : Zeynep Şengül Emeksiz

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:30

Oturum Başkanları: Özge Uysal Soyer,
Emine Dibek Mısıroğlu

16:00 - 16:30

Kemoterapötik desensitizasyonu
Konuşmacı : Özlem Cavkaytar

16:30 - 17:00

Biyolojik ajanlarla desensitizasyon
Konuşmacı : Özge Uysal Soyer

17:00 - 17:30

Enzim tedavileri ile desensitizasyon •Geç tip reaksiyonlarda desensitizasyon
Konuşmacı : Hacer İlbilge Ertoy Karagöl



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

25 NİSAN 2024

SALON C

ALERJİK HASTALIKLARDA TANI TESTLERİ

Oturum Başkanları: Arzu Bakırtaş, Esra Özek Yücel

14:00 - 15:30

14:00 - 14:30

İn-vivo tanı testleri (Deri prik testi, prik to prik testler (taze gıda, diğer gıdalarda uygulamada püf noktalar), intradermal
Konuşmacı: Ebru Arık Yılmaz

14:30 - 15:00

İn vitro tanı yöntemleri (SpIgE ve komponentlerin tanıdaki yeri, çoklu bileşene dayalı tanı yöntemleri)
Konuşmacı: Esra Özek Yücel

15:00 - 15:30

Yama testleri (Endikasyonlar, pratik uygulamada püf noktalar, hazırlama yöntemleri ve püf noktaları, ilaç ve gıda hazırlama farkları, konsantrasyon ayarlamaları, vazelin kullanımı)
Konuşmacı: Deniz Özçeker

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:30

Oturum Başkanları: Ebru Arık Yılmaz, Deniz Özçeker

16:00 - 16:30

SFT (doğrular, yanlışlar, yenilikler)
Konuşmacı: Arzu Bakırtaş

16:30 - 17:00

İmpulse Osilometri
Konuşmacı: Aylin Kont Özhan

17:00 - 17:30

FeNO ölçümü ve değerlendirme
Konuşmacı: Ayşe Süleyman

25 NİSAN 2024

SALON D

ALERJEN İMMÜNÖTERAPİ KURSU

Oturum Başkanları : Nihat Sapan, Ümit Murat Şahiner

14:00 - 15:30

14:00 - 14:30

Astımda ve A rinitte AİT endikasyonları ve tedavi yönetimi
Konuşmacı : Tuba Tuncel

14:30 - 15:00

Ne zaman SKİT, ne zaman SLİT
Konuşmacı : Nerin Bahçeciler

15:00 - 15:30

AİT uygulama sırasında gelişen alerjik reaksiyonlarda AİT'i nasıl yönetelim, doz ayarlamasını nasıl yapalım? Ne zaman keselim?
Konuşmacı : Ayfer Yükselen

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:30

Oturum Başkanları : Nerin Bahçeciler, Ayfer Yükselen

16:00 - 16:30

Alerjen immünoterapide alerjen seçiminde bileşene dayalı tetkiklerin doğru kullanımı
Konuşmacı : Ümit Murat Şahiner

16:30 - 17:00

Çocuklarda venom İT yönetimi (tedavi süresi, etki süresi, riskli hasta grupları (mastositoz vb.), tedavi süresini uzatan faktörler, tekrar arı sokması ile provokasyona gerek var mı?)
Konuşmacı : Nilüfer Galip Çelik

17:00 - 17:30

AİT uygulama protokolleri (klasik, clustered, rush, ultrarush)
Konuşmacı : Şükrü Çekiç



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



25 NİSAN 2024

SALON E

ATOPIK DERMATİT KURSU

14:00 - 15:30

Oturum Başkanları : Koray Harmancı, Pınar Uysal

14:00 - 14:30

Atopik dermatitte derinin yapısı ve patofizyoloji
Konuşmacı : Zeynep Ülker Altınel

14:30 - 15:00

Atopik dermatit tanı ayırıcı tanısı
Konuşmacı : Serap Utaş

15:00 - 15:30

Pratikte yama testleri ve deri biyopsisi
Konuşmacı : Serap Utaş

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:30

Oturum Başkanları : Zeynep Ülker Altınel, Serap Utaş

16:00 - 16:30

Alerjik deri hastalıkları tedavisinde doğru nemlendirme teknikleri ve topikal tedavi uygulama yöntemleri
Konuşmacı : Pınar Uysal

16:30 - 17:00

Islak tedavi nasıl uygulanır? Uygulamalı yaklaşım
Konuşmacı : Pınar Uysal

17:00 - 17:30

Alerjik KD riski açısından çocuk ve bebek ürünleri (biberon, emzik, bebek bezi, oyuncaklar, slime vb.)
Konuşmacı : Ayşegül Akan



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

26 NİSAN 2024

SALON A

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA ANTIİNFLAMATUAR VE KURTARICI TEDAVİDE YENİ YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanları: Nihat Sapan, İpek Türkteş

08:00 - 08:20
Konuşmacı: Demet Can

08:20 - 08:40
Konuşmacı: Suna Asilsoy

08:40 - 09:00
Konuşmacı: Arzu Bakırtaş

EPİTEL BARIYER TEORİSİNDE YENİ KANITLAR

Oturum Başkanları : Nihat Sapan, Koray Harmancı

09:00 - 09:30
New evidence in the epithelial barrier theory-Epitel bariyer teorisinde yeni kanıtlar
Konuşmacı : Cezmi Akdiş

09:30 - 10:00
Role of antigene spesifik Bcells in OIT
Konuşmacı : Mübeccel Akdiş

10:00 - 10:30
Kahve Arası

10:30 - 11:30
Uydu Sempozyumu
Moderatör: Koray Harmancı
İSPA 11 bebekte doğru beslenme: neleri doğru
neleri yanlış yapıyoruz? - **Ömer Faruk Beşer**
İSPA da tolerans indüksiyonu ne zaman ve nasıl?
Ayşen Bingöl

11:30 - 12:30
Uydu Sempozyumu
Moderatör: Koray Harmancı
Arı venomu ve solunum yolu alerjen
immünoterapisinde yeni tedavi seçeneği
Konuşmacılar: Nihat Sapan, Figen Gülen

12:30 - 13:30
Öğle Yemeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA GÜNCELLEMELER

Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Reha Cengizlier

13:30 - 13:50
Çocukluk çağı astımının remisyon ve persistansı etkileyen faktörler için güncel bilgiler nelerdir?
Konuşmacı: Cem Hasan Razi

13:50 - 14:10
Zor astım, ağır astım, tedaviye dirençli astım tanı ve tedavi farklarında püf noktalar ve güncel yaklaşım
Konuşmacı: Ersoy Civelek

14:10 - 14:30
Çocukluk çağı astım komorbite ve multimorbiditeler. Komorbiterin ve multimorbiditelerin tespit ve tedavisinin astım yönetimindeki önemi
Konuşmacı: Mustafa Arga

HAVA KİRLİLİĞİ VE ALERJİK HASTALIKLAR

Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Yakup Canitez

14:30 - 14:50
Havadaki özel kirleticiler
Konuşmacı : Siddık Cindoruk

14:50 - 15:10
Hava kirliliğinin solunum sistemi bağımsızlığına etkisi
Konuşmacı : Ali Önder Yıldırım

15:10 - 15:30
İç ortam hava kirliliğinde neleri ölçmek gerekiyor ölçüm yöntemleri
Konuşmacı : Şenol Alan

15:30 - 16:00
Kahve Arası

İLAÇ ALERJİSİ PRATİĞİNDE FARKINDALIĞIMIZI ARTIRALIM

Oturum Başkanları: Emine Dibek Mısırlıoğlu, Tuğba Arıkoğlu

16:00 - 16:20
Erken ve geç tip ilaç alerjilerinde klinik
Konuşmacı: Emine Vezir

16:20 - 16:40
Erken ve geç tip ilaç alerjilerinde in vivo ve in vitro tanı yöntemlerindeki yenilikler
Konuşmacı: Serap Özmen



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



16:40 - 17:00	Çocuklarda NSAİİ Alerjilerini öngörmeye klinik belirteçler Konuşmacı: Özlem Cavkaytar
17:00 - 18:00	UZMANA DANIŞALIM
17:00 - 17:10	ASTIM-Uzman danışalım soru önerileri Konuşmacı: Koray Harmancı
17:10 - 17:20	Kreşe 3 yaştan önce erken başlamak astım oluşumuna neden oluyor mu? Konuşmacı: İpek Türkteş
17:20 - 17:30	Astımlı çocuğun takibinde ne zaman üçüncü basamak merkeze yollamalıyım? Alerjist-Pediatrist iletişimi nasıl olmalı? Konuşmacı: Arzu Bakırtaş
17:30 - 17:40	Evde kedi köpek var astımlı çocuğum da var ne yapayım? Oturum Başkanı : Nermin Güler
17:40 - 17:50	Hava kirliliği-çevre değişikliği, ev içi hava kirliliği, astım kontrolünü ne kadar etkiliyor? Hava temizleme cihazı, süpürge almak istiyorum gerekli mi? Konuşmacı: Nihat Sapan
17:50 - 18:00	Elektronik sigara astım için daha tehlikeli diyorlar doğru mu?, literatür ne diyor? Konuşmacı: Ersoy Civelek
18:30-19:30	Poster Bildiriler

26 NİSAN 2024

SALON B

08:00 - 09:00	BESİN ALERJİLERİNDE PRATİK VE GÜNCEL KONULAR Oturum Başkanları: Nermin Güler, Derya Ufuk Altıntaş
08:00 - 08:20	Çoklu kuruyemiş alerjisi tanı, çapraz reaktiviteleri ve ne kadar hangi yaşta tolerans geliyor? Konuşmacı : Bülent Şekerel
08:20 - 08:40	Tadım ve ek besinin diyet alınmasında pratikteki püf noktalar Konuşmacı : Zeynep Ülker Altınel
08:40 - 09:00	Besinlerle tanışmada besin alerjisini artıran veya azaltan pencere dönemleri var mı? Konuşmacı : Gülbin Bingöl
09:00 - 10:00	İSPA VE YUMURTA ALERJİLERİNİN TANI VE YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Esen Demir, Zeynep Ülker Altınel
09:00 - 09:20	İSPA'da diyet açma basamakları nasıl yönetilmeli? Konuşmacı : Cansın Çaçkesen
09:20 - 09:40	Yumurta alerjisinde diyet açma basamakları nasıl yönetilmeli? Konuşmacı : Metin Aydoğan
09:40 - 10:00	İSPA ve yumurta alerjisinde oral immünoterapi Konuşmacı : Handan Duman Şenol
13:30 - 14:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Zeynep Tamay-Cansın Çaçkesen SS-001, SS-002, SS-003, SS-004, SS-005, SS-006
14:30 - 15:30	BETA-LAKTAM ALERJİLERİNDE SON DURUM Oturum Başkanları: Mehtap Yazıcıoğlu, Özlem Cavkaytar
14:30 - 14:50	Beta Laktam ilaçlarla provokasyon testlerinde güncelleme: Risk bazlı değerlendirme Konuşmacı : Tuğba Arıkoğlu
14:50 - 15:10	Beta laktam alerjilerinde tolerans gelişimi mümkün mü? Konuşmacı : Emine Dibek Mısırlıoğlu
15:10 - 15:30	Penisilin alerjisi etiketinin kaldırılmasında parametreler Konuşmacı : Işıl Eser Şimşek
15:30 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 17:00	ÇOCUKLUK ÇAĞI AKUT ASTİM TEDAVİSİ YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Demet Can, Mustafa Arga



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

16:00 - 16:20	Astım alevlenmeleri klinik ve laboratuvar ile öngörülebilir mi? Evde akut astım tedavisinin yönetimi Konuşmacı : Figen Gülen
16:20 - 16:40	Akut astım tedavisinin acil serviste ve yatış sürecinde yönetimi Konuşmacı : Özlem Keskin
16:40 - 17:00	Taburculuk kriterleri, sonrası yönetimi ve yapılması gerekenler neler olmalı? Konuşmacı : Ceren Can

26 NİSAN 2024

SALON C

08:00 - 09:00	ALERJİK HASTALIKLARIN GELİŞMESİ ERKEN YAŞLARDA ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ? Oturum Başkanları : Cevdet Özdemir, Elif Karakoç Aydın
08:00 - 08:20	Atopik dermatit Konuşmacı : Fulya Tahan
08:20 - 08:40	Besin alerjisi Konuşmacı : Dilek Özcan
08:40 - 09:00	Astım Konuşmacı : Erdem Topal
09:00 - 10:00	İZOLE ANJİYOÖDEMLİ HASTAYA YAKLAŞIM VE MASTOSİTOZ Oturum Başkanları : Özlem Keskin, Ebru Arık Yılmaz
09:00 - 09:20	Ne zaman bradikinin aracılı, ne zaman histamin aracılı anjioödem düşünelim? Konuşmacı : Mehmet Kılıç
09:20 - 09:40	Çocuklarda herediter anjioödem sınıflaması tanı ve tedavi yöntemleri neler? Konuşmacı : Elif Karakoç Aydın
09:40 - 10:00	Çocuklarda mastositoz, tanı ve tedavi yönetimi? Konuşmacı : Yakup Canitez
13:30 - 14:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları : Zülfikar Akelma-Arzu Bakırtaş SS-031, SS-032, SS-033, SS-034, SS-035, SS-030
14:30 - 15:30	ÇOCUKLARDA KRONİK ÖKSÜRÜK Oturum Başkanları : Figen Gülen, Nevin Uzuner
14:30 - 14:50	Kronik öksürüklü hastada ne zaman astım düşünmeliyim? Konuşmacı : Hasan Yüksel
14:50 - 15:10	Çocukluk çağında astım dışında diğer kronik öksürük nedenleri Konuşmacı : Özge Yılmaz
15:10 - 15:30	Güncel kılavuzlar ışığında kronik öksürük tedavi yönetimi Konuşmacı : Reha Cengizlier
15:30 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 17:00	GÜNLÜK PRATIĞİMİZDE DİJİTAL SAĞLIK VE TELETIP UYGULAMALARI Oturum Başkanları : Ersoy Civelek, Yakup Canitez
16:00 - 16:30	Dijital sağlık uygulamaları Konuşmacı : Ahmet Zülfikar Akelma
16:30 - 17:00	Astımı tele tıp ile takip etmenin yararları, riskleri Konuşmacı : Şükrü Nail Güner
18:30-19:30	Poster Bildiriler



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



26 NİSAN 2024

SALON D

08:00 - 09:00	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Emine Dibek Mısırlıoğlu-Özlem Cavkaytar SS-007, SS-008, SS-009, SS-010, SS-011, SS-012
13:30 - 14:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Derya Ufuk Altıntaş-Ayşen Bingöl SS-013, SS-014, SS-015, SS-016, SS-017, SS-018
14:30 - 15:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Suna Asilsoy-Pınar Uysal SS-019, SS-020, SS-021, SS-022, SS-023, SS-024
16:00 - 17:00	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Reha Cengizlier-Metin Aydoğan SS-025, SS-026, SS-027, SS-028, SS-029
18:30-19:30	Poster Bildiriler



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

27 NİSAN 2024

SALON A

ATOPIK DERMATİTTE DERİNİN ÖTESİNE, BAĞIRSAĞIN İÇİNE YOLCULUK

Oturum Başkanları: Gülbin Bingöl, Özge Uysal Soyer

08:00 - 09:00

08:00 - 08:20 Epidermal bariyer defekti ve S.aureus kolonizasyonu
Konuşmacı: Ümit Murat Şahiner

08:20 - 08:40 Deri ve bağırsak aksı: Deri ve bağırsaktaki disbiyozis
Konuşmacı: Cevdet Özdemir

08:40 - 09:00 Atopik dermatit ile besin alerjisi ve diğer alerjik ve otoimmün hastalıkların birlikteliği
Konuşmacı: Semiha Erdem Bahçeci

ÇOCUKLARDA ATOPIK DERMATİT TEDAVİSİNDE SINIRLARIMIZ NEREYE KADAR?

Oturum Başkanları: Özlem Yılmaz Özbek,
Dilara Fatma Kocacık Uygun

09:00 - 10:00

09:00 - 09:20 Alevlenmelerin kontrolü, sık nüks varsa yapılması gerekenler (ıslak sargı ve proaktif tedavi)
Konuşmacı: Pınar Uysal

09:20 - 09:40 Topikal tedavilerin seçimi, süresi, komplikasyon riski ne zaman başlar?
Konuşmacı: Dilara Fatma Kocacık Uygun

09:40 - 10:00 Algoritma ile sistemik tedavi kararı ne zaman verilmeli, takibi nasıl olmalı?
Konuşmacı: Ahmet Türkeli

Kahve Arası

COMBINATION OF AIT WITH BIOLOGICALS

Oturum Başkanları: Ömer Kalaycı, Cevdet Özdemir

10:30 - 11:30

10:30 - 11:00 Combination of AIT with biologicals
Konuşmacı: Ioana Octavia Agache

11:00 - 11:30 A modern approach to clinical outcome assessment in AIT: advantages of allergen exposure chambers
Konuşmacı: Marek Jutel

11:30 - 12:30 **Uydu Sempozyumu**
Moderatörler: Nihat Sapan, Koray Harmancı
İSPA'lı çocukları gelecekte neler bekliyor? - **Gülbin Bingöl**

12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

THE NEW EAACI NOMENCLATURE OF ALLERGIC DISEASES

Oturum Başkanları: Arzu Babayiğit, Gülbin Bingöl

13:30 - 14:30

13:30 - 13:50 The New EAACI Nomenclature of allergic diseases
Konuşmacı: Marek Jutel

13:50 - 14:10 The new EAACI nomenclature for allergic diseases and asthma - from bench to the clinic
Konuşmacı: Ioana Octavia Agache

14:10 - 14:30 A revised nomenclature for drug allergy is required
Konuşmacı: Maria J. Torres

KRONİK ÜRTİKER TEDAVİSİNDE ARADA KALDIKLARIMIZ: TEDAVİDE BASAMAK ARTTIRMA VE BASAMAK DÜŞÜRME YAKLAŞIMLARI

Oturum Başkanları: Özlem Yılmaz, Şükrü Çekiç

14:30 - 15:30

14:30 - 14:50 Tedavide antihistaminikler, doz arttırma ve azaltma, süre, ilaç seçimi, etkileşimler
Konuşmacı: Dilek Azkur

14:50 - 15:10 Biyolojiklerin süresi, dozu, arttırma ve azaltma endikasyonlarına karar verme
Konuşmacı: Deniz Özçeker

15:10 - 15:30 Biyolojiklere yanıtız vakalarda yaklaşımlar, yenilikler
Konuşmacı: İlknur Külhaş Çelik

15:30 - 16:00

Kahve Arası

EOZİNOFİLİK ÖZEFAJİT VE DİĞER EOZİNOFİLİK GİS HASTALIKLARINA GÜNCEL YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Fügen Çullu Çokuğraş, Haluk Çokuğraş

16:00 - 17:00



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



16:00 - 16:20	Eozinofilik özefajit ve diğer eozinofilik GİS hastalıklarında tanı Konuşmacı: Ömer Faruk Beşer
16:20 - 16:40	Eozinofilik özefajitin güncel farmakolojik tedavisi ve eliminasyon yönetimi Konuşmacı: Ayşen Uncuoğlu
16:40 - 17:00	Eozinofilik özefajitin izleminde alerjistin rolü Konuşmacı: Hacer İlbilge Ertoý Karagöl
17:00 - 18:00	UZMANINA DANIŞALIM Besin Alerjileri Moderatör: Nermin Güler
17:00 - 17:08	Alerjik proktokolitli olguda hangi bulgular ile tanı koyalım? Sadece mukus, sadece kolik, sadece tartı alımında duraklama tanı koymak için yeterli mi? Konuşmacı: Derya Ufuk Altıntaş
17:08 - 17:16	Alerjik proktokolitli olguda eliminasyon basamakları nasıl olmalı? Konuşmacı: Cansın Saçkesen
17:16 - 17:24	Akut enterokolit, kronik enterokolit, kronik enteropati olgularını hangibeslenme şekli ile görüyoruz? hangi aylarda sık görüyoruz? Hangi klinik bulgularla karşımıza geliyorlar? Konuşmacı: Bülent Şekerel
17:24 - 17:32	IgE ve nonIgE besin alerjileri ne zaman üst merkeze yollamalıyım? Konuşmacı : Gülbin Bingöl
17:32 - 17:40	Besin alerjilerinin tedavisi tanı anında mı başlar? Konuşmacı : Esen Demir
17:40 - 17:48	İSPA, yumurta, buğday, kuruyemiş, susam, dana eti, balık alerjili hastalarda diğer hangi gıdalar ile çapraz reaktiviteleri var? Konuşmacı : Ayşen Bingöl
17:48 - 18:00	Atopik dermatitli hangi çocukta besin alerjisi için tetkik isteyelim? Konuşmacı : Metin Aydoğan

27 NİSAN 2024

SALON B

08:00 - 09:00	BESİN ALERJİLERİN ÖNLENMESİ VE TAKİBİ Oturum Başkanları: Bülent Şekerel, Ayşen Bingöl
08:00 - 08:20	Badem sütü, hindistan cevizi sütü, yulaf sütü, soya sütü, pirinç sütü besleyici mi? Konuşmacı : Hikmet Tekin Nacaroğlu
08:20 - 08:40	Besin alerjisi olan çocuğun takibinde besin, ilaç, aşı ve takviye ürünlerde potansiyel risk oluşturan bileşenlerin önemi Konuşmacı : Esra Özek Yücel
08:40 - 09:00	Besin alerjisi olan çocukta beslenme ve büyüme takibi nasıl yapılmalı? Konuşmacı : Nazlı Cörüt Ercan
09:00 - 10:00	Oturum Başkanları: Zeynep Ülker Altınel, Cansın Saçkesen
09:00 - 09:20	Hangi beslenme döneminde hangi besin alerjileri oluşuyor? Konuşmacı : Betül Büyüktiryaki
09:20 - 09:40	Besin alerjilerinin tanısında hangi tetkikleri kullanıyoruz? Konuşmacı : Ayşen Bingöl
09:40 - 10:00	Besin provokasyon testi kararı ve yönetimi nasıl olmalı? Konuşmacı : Özge Uysal Soyer
13:30 - 14:30	İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ, NELER DEĞİŞİYOR Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Sevcan Çelenk
13:30 - 14:00	Moleküler aerobioloji ve biyoaerosolden DNA analizleri Konuşmacı : Lukasz Grewling
14:00 - 14:30	Değişen iklim ve değişen aeroalerjen maruziyeti Konuşmacı : Sevcan Çelenk
14:30 - 15:30	OKUL ÖNCESİ HİŞİLTİLİ ÇOCUKLARA GÜNCEL YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Cem Hasan Razi, Pınar Gökmirza Özdemir



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

14:30 - 14:50	Okul öncesi hisli solunumun viral etiyolojileri ve bunların farklı fenotiplerle ilişkisi nedir? Konuşmacı : Arzu Babayiğit
14:50 - 15:10	Okul öncesi hisli çocuklarda astım öngörü kriterleri, Hisli Fenotip ve Endotipleri ile ilgili güncel yaklaşımlar Konuşmacı : Betül Karaatmaca
15:10 - 15:30	Tekrarlayan hisli solunumu olan okul öncesi çocuklarda kime ve ne zaman inhale kortikosteroid başlayalım? Konuşmacı : Pınar Gökmirza Özdemir
15:30 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 17:00	HER YÖNÜ İLE RİNİT Oturum Başkanları : Hasan Yüksel, Erdem Topal
16:00 - 16:20	Alerjik rinit ve non alerjik rinit sınıflaması, alerjik rinit şiddeti, tanı ve ayırıcı tanısı Konuşmacı : Öner Özdemir
16:20 - 16:40	Alerjik rinit ilaçlarının maksimum dozu, süresi ile ilgili kanıtlar Konuşmacı : Duygu Erge
16:40 - 17:00	Rinit komorbiditeleri neler? Ne zaman cerrahi tedavi? Konuşmacı : Ahmet Kan

27 NİSAN 2024

SALON C

08:00 - 09:00	İMMÜN YETMEZLİKLİ ÇOCUK TANI VE TEDAVİSİNDE PÜF NOKTALAR Oturum Başkanları : Hasibe Artaç, Günnur Deniz
08:00 - 08:20	Ne zaman İY düşünmeliyim Konuşmacı : Çiğdem Aydoğmuş
08:20 - 08:40	Hipogamaglobulinemili olguya yaklaşım Konuşmacı : Sara Şebnem Kılıç Gültekin
08:40 - 09:00	PIY hastalarında aşılama Konuşmacı : Neslihan Edeer Karaca
09:00 - 10:00	GÜNLÜK PRATIĞİMİZDE İMMÜNOLOJİ KONSÜLTASYONLARI Oturum Başkanları : Sara Şebnem Kılıç Gültekin, Öner Özdemir
09:00 - 09:20	İmmün yetmezliklerde akan hücre ölçerinin yeri Konuşmacı : Günnur Deniz
09:20 - 09:40	Astım ile karışan akciğer bulguları ile gelen hastada İY Konuşmacı : Saliha Esenboğa
09:40 - 10:00	Atopik dermatit ve alerjik hastalıklarda ne zaman immün yetmezlik? Konuşmacı : Hasibe Artaç
14:30 - 15:30	İMMUNONUTRİSYON: ALERJİK HASTALIKLARDA DİYET VE BESLENME Oturum Başkanları : Şükrü Nail Güner, Maleyka Karimova
14:30 - 14:50	Annenin gebelikte beslenmesi alerjik hastalıkları önüyor mu? (diyet çeşitliliği, probiyotik, balık yağı, vitamin takviyeleri) Konuşmacı : Seda Şirin
14:50 - 15:10	Çocukta diyet ve besin çeşitliliğinin önemi Konuşmacı : İlknur Bostancı
15:10 - 15:30	Diyette lipidler, yüksek kalori, lifler, fitokimyasallar, işlenmiş gıdalar, gıda katkı maddeleri Konuşmacı : Özlem Sancaklı
15:30 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 17:00	ANAFİLAKSİYE YENİ BAKIŞ – DEĞİŞEN TANIM VE YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları : Fadıl Öztürk, Emin Özkaya
16:00 - 16:20	Anafilakside klinik bulgular, rehberler arasındaki farklılıklar Konuşmacı : Ercan Küçükosmanoğlu
16:20 - 16:40	Anafilaksinin farklı formları ve tanılabilir güçlükler Konuşmacı : Fezullah Çetinkaya
16:40 - 17:00	Fatal anafilaksi, risk faktörleri, önlemler (Riskli hasta popülasyonları: infantlar, adolesanlar, mast hücre aktivasyon sendromu) Konuşmacı : Fazıl Orhan



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

27 NİSAN 2024

SALON D

08:00 - 09:00	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Mustafa Arga - Demet Can SS-036, SS-037, SS-038, SS-039, SS-040, SS-041
09:00 - 10:00	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Özge Soyer-Feyzullah Çetinkaya SS-042, SS-043, SS-044, SS-045, SS-046, SS-047
13:30 - 14:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Esen Demir-Gülbin Bingöl SS-048, SS-049, SS-050
14:30 - 15:30	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Fulya Tahan-Hacer İlbilge Ertoy Karagöl SS-052, SS-053, SS-054, SS-055, SS-056, SS-057
16:00 - 17:00	Sözlü Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Elif Karakoç-Esra Özek SS-058, SS-059, SS-060, SS-061, SS-062, SS-051



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

28 NİSAN 2024	
SALON A	
ANAFİLAKSİDE MEKANİZMADAN BİYOLOJİK İLAÇ SEÇİMİNE	
08:00 - 09:00	Oturum Başkanları: Fazıl Orhan, Duygu Erge
08:00 - 08:20	Anafilakside yeni tanımlanan mekanizmalar, fenotip ve endotipler Konuşmacı: Ayşegül Ertuğrul
08:20 - 08:40	Laboratuarda triptaz, bazofil ve mast hücre aktivasyon testleri Konuşmacı: Mahir Serbes
08:40 - 09:00	Anafilaksiden korunmada biyolojik ilaçların yeri var mı? Konuşmacı: Fatma Duksal
ÇOCUKLARDA ATOPIK DERMATİT TEDAVİSİNDE YENİLİKLER: YARARLARI/YAN ETKİLERİ	
09:00 - 10:00	Oturum Başkanları: Nevin Uzuner, Pınar Uysal
09:00 - 09:20	Yeni nesil nemlendiriciler (probiyotikler, bakteri lizatları, lipidler, bariyer güçlendiriciler) Konuşmacı: Nurşen Çiğerci Günaydın
09:20 - 09:40	Biyolojikler kime ve ne zaman? Konuşmacı: Özlem Yılmaz Özbek
09:40 - 10:00	JAK ve PDE4 inhibitörlerinde güncel bilgiler Konuşmacı: Ezgi Ulusoy Severcan
10:00 - 10:30	Kahve Arası
KRONİK ÜRTİKER YENİDEN Mİ ŞEKİLLENİYOR?	
10:30 - 11:30	Oturum Başkanları: Feyzullah Çetinkaya, Mustafa Atilla Nursoy
10:30 - 10:50	Kronik ürtiker patogenezinde yeni mekanizmalar (nötrofiller, bazofiller) Konuşmacı: Ömer Akçal
10:50 - 11:10	Kronik ürtiker fenotipleri, anjiödem ve otoimmün hastalıklar ile birlikteliği Konuşmacı: Şule Çağlayan Sözmen
11:10 - 11:30	Hastalığın şiddeti, seyri ve tedavi yanıtını değerlendirme Konuşmacı: Mehmet Yaşar Özkars
11:30 - 11:35	KAPANIŞ

28 NİSAN 2024	
SALON B	
BİYOBELİRTEÇLERİN ALERJİK HASTALIKLAR YÖNETİMİNDE KULLANIMI	
08:00 - 09:00	Oturum Başkanları: Suna Asilsoy, Esra Özek Yücel
08:00 - 08:20	Astımda Breathomics'in yararı olur mu? Konuşmacı: Mahmut Doğru
08:20 - 08:40	Kronik Ürtikerde Konuşmacı: Ayşe Süleyman
08:40 - 09:00	Atopik dermatitte Konuşmacı: Hülya Sarıçoban
BESİN ALERJİLERİNDE PRATİK KONULAR	
09:00 - 10:00	Oturum Başkanları: Metin Aydoğan, Hikmet Tekin Nacaroğlu
09:00 - 09:20	Besin alerjilerinde ne oranda tolerans geliyor ve persiste ediyor? Konuşmacı: Serkan Filiz
09:20 - 09:40	Besin alerjisi reaksiyonlarının şiddetini öngörmeye invitro testler yol gösterici mi? Konuşmacı: Burçin Beken
09:40 - 10:00	Çoklu gıda alerjileri ne kadar sık ve kimler riskli? Konuşmacı: Özlem Yılmaz
10:00 - 10:30	Kahve Arası
ALERJİK HASTALIKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI	
10:30 - 11:30	Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Şükrü Çekiç



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



10:30 - 10:50	Astımda Konuşmacı : Fatih Çiçek
10:50 - 11:10	Atopik Dermatitde Konuşmacı : Velat Çelik
11:10 - 11:30	Ürtikerde Konuşmacı : Murat Cansever

28 NİSAN 2024

SALON C

ALERJİDE SICAK KONULAR

08:00 - 09:00	Oturum Başkanları : Ali Baki, Erdem Topal
08:00 - 08:20	Epitel bariyer disfonksiyonu sonrası alerjik duyarlanma nasıl oluşuyor? Konuşmacı : Hülya Anıl
08:20 - 08:40	Disbiyozis ile besin alerjisi ilişkisi var mı? Probiyotik ile besin alerjisi önlenbilir mi? Konuşmacı : Burcu Tahire Köksal
08:40 - 09:00	Immunonutrisyon kavramı ve besin alerjisi ilişkisi Konuşmacı : Himmet Haluk Akar
09:00 - 10:00	AĞIR KUTANÖZ İLAÇ REAKSİYONLARINDA GÜNCELLEMELER Oturum Başkanları : Serap Özmen, Emine Vezir
09:00 - 09:20	Ağır kutanöz ilaç alerjileri kliniği ve yönetimi Konuşmacı : Hatice Eke Güngör
09:20 - 09:40	Antikonvulzan ilaçlara bağlı ağır kutanöz ilaç alerjileri Konuşmacı : Aylin Kont Özhan
09:40 - 10:00	Ağır kutanöz ilaç alerjilerinde skorlama, prognoz göstergeleri ve yeni tedaviler Konuşmacı : Ebru Arık Yılmaz
10:00 - 10:30	Kahve Arası



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



KONUŞMA ÖZETLERİ



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



TABURCULUK KRİTERLERİ, SONRASI YÖNETİMİ VE YAPILMASI GEREKENLER NELER OLMALI ?

Doç. Dr. Ceren Can

Astım çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıktır. Astım atakları önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Astımlı çocukların yaklaşık % 60'ı yılda bir ve üzeri atak geçirmektedir. Astım atakları hafiften, hayatı tehdit edici şiddette olana kadar farklı klinik ağırlıkta olabilir. İlk altı yaşta geçirilen astım atakları, solunum fonksiyon kaybının en önemli nedenidir.

Astım atağı sonrası acil servisten veya hastaneden taburculuk için kesin kriterler bulunmamaktadır. Taburcu edilmesi planlanan hastanın kliniği stabil olmalı, bronkodilatör kullanım sıklığı, oksijen satürasyonu ve solunumu değerlendirilmelidir. Kısa etkili beta-2 agonistlere 3-4 saatten daha kısa aralıklarla gereksinim olmamalı, oksijen satürasyonu ≥ 94 (oda havası) olmalı ve solunum sıkıntısı bulunmamalıdır.

Atak geçiren çocukların gelecek dönemde yeni atak geçirme riski yüksek olduğundan takip edilmeleri gerekmektedir. Hasta taburcu olduktan 1-2 gün sonra yeniden değerlendirilmelidir. Taburculuk sonrası yönetim; hasta ve aile eğitimi, tedavinin düzenlenmesi, hastaya özel yazılı eylem planı verilmesi, inhalasyon tekniği, tedaviye uyum, komorbiditeler ve fiziksel aktivite alt başlıklarını içermektedir. Bu sunumda tüm bu alt başlıklar ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Kaynaklar

- 1- Karaatmaca B, Şekerel BE. Astım : Çocukluk Çağında Alerji Astım İmmünoloji. Editör:B. Şekerel. ADA basım yayın ltd.sti.411-44: 2015.
- 2- Çelik GE. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi. Türkiye Ulusal Alerji ve İmmunoloji Derneği.
- 3- Ortiz-Alvarez O, Mikrogianakis A; Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee. Managing the paediatric patient with an acute asthma exacerbation. Paediatr Child Health. 2012;17:251-62.
- 4- Sudarmana A, Lawrence J, So N, Chen K. Discharge criteria for inpatient paediatric asthma: a narrative systematic review. Arch Dis Child. 2023;108:839-45.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ANAFİLAKSİDEN KORUNMADA BİYOLOJİK İLAÇLARIN YERİ VAR MI?

Dr. Fatma DUKSAL

SBÜ KONYA ŞEHİR HASTANESİ

Anafilakside hızlı tanı ve tedavi kritik öneme sahiptir, ilk tedavisi adrenalindir. Anafilaksiden korunma tedavileri arasında alerjenden kaçınma, adrenalin otoenjektörünün reçete edilmesi, eğitim, komorbiditelerin tedavisi, venoma özgü immünoterapi, gıda oral immünoterapisi, ilaç duyarsızlaştırma ve tıbbi kimlik takı/kart kullanımı yer almaktadır. Uzun dönem tedavisinde ise biyolojik tedaviler düşünülmektedir. Biyolojik ilaçlar bir gen veya proteini hedef alır. En büyük biyolojik ilaç türü, bugün hem onay aşamasında hem de geliştirme aşamasında olan monoklonal antikorlardır. FDA onayı olmamasına rağmen hızlı ilaç desensitizasyonunda monoterapide, aeroalerjenlere, besinlere veya venomlara karşı immünoterapi ile birlikte kullanılmamakta ve klavuzlar bunu desteklemektedir. Egzersize bağlı veya idi-yopatik anafilaksinin uzun süreli tedavisinde kullanılmaktadır. Çok sayıda çalışma/vaka raporları başarısını göstermiştir. Omalizumab(anti ige)

ligelizumab (anti ige), medı4212 (anti ige), dupilumab(anti-il-4/il-13),rituksimab (anti-cd20) anafilakside kullanılan ya da çalışma aşamasında olan biyolojik ilaçlardır. Bunlardan en çok çalışılan omalizumab olup etkinliği ve güvenliği bilinmektedir. Ligelizumab, kronik spontan ürtikerde plaseboya göre üstün olduğu, omalizumab'a karşı üstün olmadığı gösterilmiştir. Dupilumab her iki il-4 ve il-13 reseptöründe ortak olan alfa alt birimi hedef alarak, rituksimab b hücre delesyonu yaparak mast hücre degranülasyonunu engeller. Anafilaksinin ilk basamak tedavisi: adrenalin diğer tedaviler adrenalin uygulamasından sonra anafilaksi tekrarını önlemek için düşünülmelidir. Omalizumab gibi biyolojik ilaçlar, şiddetli gıda alerjisinde, aeoalerjene, ilaçlara veya venomlara karşı duyarsızlaştırma sırasında yüksek risk altındaki hastalarda anafilaktik reaksiyonları önlemede güvenli ve etkilidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

BASAMAKLAR İLE HASTANEDE ANAFİLAKSİ TEDAVİSİ, İNTRAVENÖZ ADRENALİNİN ÖNEMİ

Dr. Nurşen Ciğerci Günaydın

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Anafilaksi, hava yolu, solunum ve dolaşım sorunlarının ani başlangıcı ve hızla ilerlemesi ile karakterize, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir alerjik reaksiyondur. Anafilaksinin en önemli tedavisi intramüsküler yol ile uygulanan (İM) adrenalindir ve mümkün olduğu kadar erken verilmelidir. Anafilaksi yönetiminde hastayı tehdit eden A, B, C sorunlarının olup olmadığı; tüm belirti ve bulgular sorgulanmalıdır. Tedavide adrenalin uygulanmalı; bununla birlikte yardım çağırmak, tetikleyiciyi uzaklaştırmak ve optimal duruşu sağlamak önemlidir. Hastalara yüksek akım Oksijen 10 lt/dk (mümkünse rezarvarlı maske ile), dolaşım/ şiddetli solunum bulguları varsa: intravenöz (İV) sıvı kristaloid bolus 10 mL/kg (Çocukta bolus başına max. 500 mL, gerektiği kadar tekrarlayan dozlar), diğer bulguları devam ediyorsa tedavisini planlamak (stridor, solunum sıkıntısı-hışıltı) gereklidir. Adrenalin tedavisine 5-10 dk içinde yanıt yok ise İM Adrenalin tekrar edilir ve İV sıvı verilir. Anafilaksi tedavisinde birinci basamak tüm hastalarda intramüsküler adrenalin, oksijenizasyonun sağlanması (yüksek akımlı oksijen) ve damar yolu desteği sağlanmasıdır (sıvı desteği). Hastanın kalp atım hızı, kan basıncı, perfüzyon, solunum ve mental durumu sık ve düzenli aralıklarla izlenmelidir. İnamüsküler adrenalin tedavisinin güvenlik profili iyidir; tüm rehberlerde anafilaksinin ilk basamak acil tedavidir. 0,01 mg/kg/doz şeklinde vastus lateralis kasına İM olarak uygulanır (5-15 dk.da bir 2-3 kez, maksimum dozu: 0,3 mg /doz, 12 yaş üstü ise max. doz 0,5 mg/doz'dur).

Sistemik bir inceleme ve meta-analizde; %7,7 anafilaksi hastasında çoklu adrenalin tedavisi gerektirdiği, %2,2 hastada 3 veya daha fazla doz adrenalin ile düzeldiği bildirilmiştir. Ciddi reaksiyonlar önceden tahmin edilemez; tüm anafilaksi reaksiyonları potansiyel olarak yaşamı tehdit edici olarak ele alınmalıdır. 2 doz adrenaline optimal olmayan yanıt, anafilaksi şiddetinin yararlı bir göstergesi olabilir. İki (uygun) doz intramüsküler adrenaline rağmen tedavi gerektiren (solunum veya kardiyovasküler) reaksiyon refrakter anafilaksi olarak değerlendirilir. Refrakter anafilaksi muhtemelen devam eden inflamatuvar medyatörlerin salınımı ve yetersiz adrenalin (yetersiz doz ve dolaşımdaki hacim eksikliği nedeniyle) sonucu gelişir.

Sıvı desteği: Hızla sıvı desteği yapmak ve yanıt izlemek önemlidir (10 ml/kg İV bolus, doz ihtiyaca göre ayarlanır). Hemodinamik bozulma varlığında İV kristalloid sıvı infüzyonu başlanmalıdır. Dirençli anafilakside ilaç dağılımını iyileştirmek amacıyla yardımcı olarak IV sıvı bolusu (kristalloid) önerilir (zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi).

Kısmi üst solunum yolu tıkanıklığı/stridor var ise nebulize adrenalin; *şiddetli/kalıcı bronkospazm var ise* oksijenli nebulize salbutamol ve ipratropium; hipotansiyon adrenalin infüzyonuna refrakterse 2. vazopresörü eklemeyi düşünmek gerekir (noradrenalin, vazopressin veya metaraminol). Kardiyak arrest durumunda *göğüs kompresyonuna erken başlamak önemlidir* (uzun süreli resüsitasyon/ Ekstrakorporeal CPR?). İki doz İM adrenaline rağmen yanıt yetersiz ise uzman yardımı ile, hastayı monitörize ederek, sık izleyerek ve uygun koşulları sağlayarak uygun dozda İV adrenalin infüzyonu başlaması planlanmalıdır (güçlü öneri, düşük kanıt düzeyi). En düşük etkili oranı hedefleyerek cevaba göre infüzyon hızı titre edilir. İntravenöz adrenalin infüzyonu semptomlar düzeldikçe başlangıç oranının %50'sini hedefleyerek azaltılır. Tüm semptomların ortadan kalkmasından bir saat sonra, infüzyon 30 dakika süreyle kesilir ve ardından durdurulur; gerekirse yeniden başlanır Hastaların yoğun bakım desteği ile izlenmesi önemlidir.

Antihistaminiklerin ilk olarak 1. basamak tedavide kullanılmaması önerilir (zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi). ikinci veya 3. basamak tedavi olarak cilt semptomlarının tedavisinde önerilir (H1 antihistaminik yada H1+H2 Antihistaminik). Kalp ve



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



solunum semptomlarına etkisi yoktur. Antihistaminik tedavisinin, adrenalin ve sıvı tedavisini geciktirmemesi önemlidir.

Kortikosteroidler 2. basamak tedavide, altta yatan astım ve şok bulguları olan hastada etkili olabilir (zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi). Kortikosteroidlerin birincil etkisi, geç fazdaki enflamatuar yanıtın inhibe edilmesidir. Bifazik reaksiyonları önleyebileceği düşünülmekte ve verilmektedir (metilprednizolon 1-2 mg/kg/doz, max:60 mg).

Uluslararası kılavuzlar, bronkodilatör ilaçların (salbutamol, ipratropium bromüd ve İV aminofilin) inatçı hırıltılı solunum için yararlı olabileceğini bildirmektedir. Diğer vazopresör ilaçlar veya inotropikler İV adrenalin infüzyonunun etkisiz olması durumunda değerlendirilmesi önerilmektedir (dopamin, dobutamin, norepinefrin, fenilefrin, vazopresin). Adrenaline optimal yanıt vermeyen anafilaksi hastalarında, özellikle de beta-bloker kullanan hastalarda parenteral glukagon kullanılabilir. Başlangıç semptomları tamamen düzeldikten sonra tetikleyici ajanla tekrar karşılaşmadan bulguların yeniden ortaya çıkması bifazik anafilaksi olarak tanımlanır. İlk reaksiyondan 4-12 saat sonra, çoğu kez ilk 8 saatte görülebilir; ancak 72 saate kadar uzayabilir. Anafilaksi sonrası 6-8 saat gözlem önerilir. İki dozdan daha fazla adrenalin gerektiren ciddi reaksiyon görülmesi, ağır astımı olanlar ya da ciddi solunum sıkıntısı gelişenler, alerjenin emiliminin devam etme ihtimali (yavaş salınımlı ilaçlar) gibi riskli durumların varlığında en az 12 saat gözlem önerilir.

Kaynaklar:

- 1.Dodd A, Hughes A, Sargant N, Whyte A.F, et.al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. Resuscitation 2021;163:86–96.
- 2.Muraro A, Worm M, Alviani C, et.al. Anaphylaxis: guidelines from EAACI. Allergy; 2022;77:357-377.
- 3.Sargant N, Dodd A, Hughes A, et.al.Refractory anaphylaxis: Treatment algorithm.Allergy. 2021;76:1595–1597.
- 4.Francuzik W,Dölle-Bierke S, Knop M, et al. Refractory anaphylaxis: data from the European Anaphylaxis Registry. Front Immunol. 2019;10:2482.
- 5.Whyte A.F, Soar A, Dodd A, et.al. Emergency treatment of anaphylaxis: concise clinical guidance. Clinical Medicine 2022 Vol 22, No 4: 332–9.
6. Dribin T.E, Wasserman S, Turner P.J, et.al. Who Needs Epinephrine? Anaphylaxis, Autoinjectors, and Parachutes. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023 April ; 11(4): 1036–1046.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



YENİ NESİL NEMLENDİRİCİLER

(probiyotikler, bakteri lizatları, lipidler, bariyer güçlendiriciler)

Dr. Nurşen Çiğerci Günaydın

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Deri immünolojik bir organdır,, alerjik ve immünolojik olaylar için bir hedeftir. Ayrıca deri çevre ve immün sistem arasında bir arayüz oluşturur. Deri bariyerinin anatomik ve fonksiyonel tabakaları mevcuttur. Anatomik tabakada epidermis ve dermis; fonksiyonel tabakada ise mikrobiyom tabakası, kimyasal tabaka, immün tabaka ve fiziksel tabaka önemlidir. Sağlıklı bir yaşam için optimal cilt bariyeri gereklidir. Bozulmuş bir cilt bariyeri ile; cilt enfeksiyonları, alerjik hastalıklar, atopik dermatit gibi kronik enflamatuar olaylar gelişebilir. Nemlendiriciler derinin yapısını ve bariyer fonksiyonlarını etkileyerek sağlıklı bir görünüm sağlayan deriyi hidrate eden ürünlerdir. Sağlıklı bir deri yapısının sürdürülebilmesi için düzenli olarak derinin nemlendirilmesini önerilmektedir..

Atopik dermatitte (AD) kuru cilt, cilt bariyerinin bozulması, bariyeri bozan genetik sorunlar (filagrin mutasyonu v.b), stratum korneumda hücreler arası lipidlerin eksikliği, epidermal lipid dengesizliği (kolesterol, esansiyel yağ asitleri,seramidler) v.b sorunlarla transepidermal su kaybı (TEWL), kronik inflamasyon (Th2 baskın), proteaz- antiproteaz dengesizliği ve disbiyozis hastalık patofizyolojisindeki sorunlar arasındadır. Atopik dermatit tedavisinde günlük düzenli olarak, cildin kuruluşuna göre yeterli miktarda, emolyent kullanımı temel tedavi olarak önerilmektedir.

Nemlendiricilerin derinin su içeriğini geri kazandırma mekanizmaları arasında okluzyon (kapatma) en etkili ve en yaygın mekanizma olup cilt yüzeyinde su geçirmez bariyer oluştururlar. Humektan (nemlendirme) özelliği ise cilt üzerinde ve içinde sünger gibi davranarak suyu çeken maddeler olmasıdır.

Nemlendiricilerin İçerikleri:

- Okluzifler (kapatıcı)
- Emolyentler (yumuşatıcı)
- Lipit bileşenler (seramidler v.b)
- Humektanlar (nem tutucu)
- Emülsifiye edici bileşenler
- Koruyucular, kokular
- Aktif bileşenler

Etki mekanizmasına ve içeriklerine göre nemlendiriciler:

1. Kuşak (Okluzifler /kapatıcılar)
2. Kuşak (Okluzifler + Humektanlar)
3. Kuşak (Okluzifler + Humektanlar +Fizyolojik lipidler)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Okluzifler: En kapatıcı ve fizyolojik nemlendiricilerdir. İçeriklerinde hidrokarbonlar (vazelin-petrolatum, mineral yağlar gibi), silikonlar, yağ asitleri, yağlar (lanolin, shea yağı, avakado yağı, jojoba yağı gibi), yağlı alkollar, bitkisel mumlar, polihidrik alkoller, fosfolipidler, steroller veya balmumu esterleri v.b bulunur. Deriyi suyun iki yönlü hareketini engelleyen bir lipit tabakasıyla kaplarlar. St. Korneum üzerinde fiziksel bir bariyer oluşturarak TEWL'i %99 azaltırlar. Yıkama veya banyodan hemen sonra uygulandığında nem kaybını en etkili şekilde engellerler.

Humektanlar: Atmosferdeki suyu çekebilirler. Suyu derin epidermis ve dermisten, St. korneuma çekerler. İçerikleri; suda çözünebilir polialkoller (gliserin,-glikol), üre, laktat, piroldin karboksilik asit (PCA), alfa hidroksi asit (AHA), polipeptit, hyaluronik asit, sorbitol, kollajen ve elastin gibi bileşenlerdir. Gliserin, güçlü bir humektandır.

Emolyentler bariyer sağlayarak nemi tutan, cildi iritan maddelerden koruyarak etki gösteren, aktif içerik içermeyen, topikal formülasyonlardır. Üçüncü nesil emolyentlerin içeriklerindeki fizyolojik lipidler (seramidler, kolesterol ve yağ asitleri) bariyer onarımı özellikleri için önemlidir. Nemlendiricilerin içinde kontaminasyonu önlemek için paraben, fenoksietanol, sorbik asit, propilen glikol, timerosal gibi koruyucular; ayrıca emülsifiye edici bileşen olarak stearat, PEG (polietilen glikol) ve setearil alkol gibi emülgatörler bulunur. Seramid ve lameller yapı gibi lipid bileşenler, korneositlerin arasındaki boşlukları doldururlar ve bariyer onarım tedavisinin temelini oluştururlar. Gelecek nesil emolyent 'emollient plus' üçüncü nesil emolyentlere ilaç dışı aktif içeriklerin eklendiği formülasyonlardır. AD tedavisi için bileşimleri ve etkileri açısından önemli farklılıklar gösterebilirler. Nemlendiricilerin içine farklı amaçlarla farklı biyoaktif içeriklerin eklendiği ürünlerdir. Üre, St. korneumun hidrasyonunu korumak ve TEWL'i azaltmak için; steroller, deri bariyeri fonksiyonunun yenilenmesine yardımcı; niyasinamid, kaşıntı önleyici, yatıştırıcı; yulaf bitkisi ekstraktları, nemlendirici, antiinflamatuvar ve bariyer koruyucu; licochalcone, antiinflamatuvar ve deride tahriş/eritem/kaşıntıyı azaltıcı etki; Vitreoscilla filiformis ve Aquaphilus dolomiae ise cilt mikrobiyotasını normalleştirmek amacıyla eklenen ürünler arasındadır. Emollient plus nemlendiricilerin bariyerler üzerine fiziksel, biyokimyasal, mikrobiyal, immünolojik ve nörosensörial etkileri bulunmaktadır. AD'de günlük düzenli olarak emolyent/ emolyent plus ürünlerin kullanımı önerilmektedir.

Klasik emolyentler transepidermal su kaybını azaltarak, hücreler arası lipid lamelleri yenilerken; Emolyent plus ürünlerin bunlara ek olarak içeriklerine göre lipit sentezini düzenlenmesi, kaşıntı sinyallerinin nörosensörial iletimini azalması, oksidatif stresin azalması, inflamatuvar hücre aktivitesini ve sitokin salınımını azalması, deri mikrobiyotasını düzenlemesi gibi özellikleri olabilir. Ancak nemlendiricilerle ile batma, kaşıntı, yanma, pullanma, alerjik kontakt dermatit gibi yan etkiler de görülebilir. Bunların başlıca nedenleri ise kokular, koruyucular ve katkı maddeleri olarak bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda yeni nesil nemlendiricilerin düzenli, sinerjistik kullanımı AD hastalığının kontrolü için etkili olduğu ve anti inflamatuvar tedaviye olan ihtiyacı azalttığı bildirilmektedir.

Kaynaklar:

- 1.Chandan N. A new era of moisturizers. J Cosmet Dermatol. 2021 Aug;20(8):2425-2430.
- 2.Araviiskaia E,Pincelli C, Sparavigna A, al. The Role of a Novel Generation of Emollients, 'Emollients Plus', in Atopic Dermatitis.Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Dec 14;15:2705-2719.
- 3.Elias P. Optimizing emollient therapy for skin barrier repair in atopic dermatitis. Ann allergy Asthma Immunol 2022 May;128(5):505-511.
- 4.Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S,et. al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 May;32(5):657-682
- 5.Kang S.Y, Um JY, Chung BY, et al. Moisturizer in Patients with Inflammatory Skin Diseases. Medicina 2022 Jul 1;58(7):888.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

KRONİK ÜRTİKER PATOGENEZİNDE YENİ MEKANİZMALAR (NÖTROFİLLER, BAZOFİLLER)

Dr. Öğretim Üyesi Ömer Akçal

İstanbul Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

Ürtiker, tip 1 aracılı aşırı duyarlılık zemininde gelişen kaşıntılı ve ödemli plaklarla karakterize alerjik bir tablodur. Kronik ürtiker tanımı 6 haftadan uzun süren klinik tablolar için kullanılmaktadır. Altı haftadan uzun olup, haftada ikiden daha az atak gelişen durumlar ise "epizodik kronik ürtiker" olarak tanımlanır. "Kronik idiyopatik ürtiker" ve "kronik otoimmün ürtiker" tanımları son yıllarda pek tercih edilmemektedir. Yapılan bilimsel çalışmalar ve güncellenen rehberlerle bunların yerine "kronik spontan ürtiker (KSÜ)" tanımı önerilmiştir. Saptanabilen fiziksel tetikleyici faktörler ile ortaya çıkan ürtiker çeşidi ise "uyarılabılır ürtiker" olarak adlandırılmaktadır. Ürtikerde patofizyolojiden sorumlu temel hücreler bazofil ve mast hücreleridir. Bu hücrelerin ihtiva ettiği granüllerin deşarj olması ile kana birçok mediyatör salınmaktadır. Klinik bulgulardan sorumlu olan en baskın mediyatör ise histamindir. Vücudumuzda histaminin etkileşime girmiş olduğu 4 tip (H1, H2, H3, H4) reseptörü bulunmaktadır. Mast hücrelerinden mediyatör salınımına neden olan immunolojik ve immunolojik olmayan bir çok faktör (opiyatlar, nöropeptitler, kök hücre faktörü, C3a ve C5a anaflatoksinler, alerjen bağlayan spesifik IgE, IgE ya da yüksek afiniteli IgE reseptörüne karşı gelişen otoantikolar) gösterilmiştir. Bazofillerle beraber mast hücresi alt grupları arasındaki farklılıklar tablo 1' de özetlenmiştir. İmmunolojik olmayan faktörlerin rolü pekiyi bilinmemektedir. Patofizyoloji konusunda son yıllarda yapılan klinik çalışmalar çok daha moleküler ve genetik temelli sonuçları aydınlatmaktadır. Güncel olarak kabul edilen mast hücre aktivasyonunda artmış bir deşarj söz konusudur diyebiliriz. Mast hücrelerinde üç temel değişiklik ile KSÜ gelişebilmektedir.

1. Reseptör stimülasyonunda artış
2. Hücre membranındaki reseptör sayısında artış
3. Hücre içi sinyalizasyonda artış (SYK artışı, SH2-SHIP azalması)

Tablo 1. Mast hücresi ve bazofil arasındaki farklar farklar

	BAZOFİL	MAST HÜCRESİ (MC/T)	MAST HÜCRESİ (MC/TC)
Lokasyon:	Kanda	Mukoza Tip	Bağ dokusu Tipi
Granül içeriği			
Vazoaktif aminler	Histamin	Histamin, Serotonin	Histamin, Serotonin
Proteazlar	(-) (-) (-) (-)	Triptaz (-) (-) (-)	Triptaz Kimaz Karboksipeptidaz A Katepsin G
Proteoglikanlar	(-)	Heparin	Heparin



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Erken dönemde Yeniden üretilen	PGD2,PGE2 LTB4,LTC4 PAF TAX2	PGD2,PGE2 LTB4,LTC4 PAF TAX2	PGD2,PGE2 LTB4,LTC4 PAF TAX2
Geç dönemde salgılanan	TGF-β VEGF	TGF-β VEGF	TGF-β VEGF

Kronik ürtikerin önemli bir alt grubunu "kronik spontan ürtiker" oluşturur ve tüm olguların %50-55' i bu gruba dahildir. Bu gruptaki hastalarda semptomlar spesifik bir tetikleyici ya da alerjen maruziyeti olmadan da ortaya çıkabilir. Spontan ürtikerli hastaların yarısında otoimmün temelli, IgE' nin kendisine ya da FcεRI' lere çapraz bağlanabilen IgG antikorlarının varlığına dair kanıtlar bulunur. Otoimmünite bulgusu olan spontan ürtiker hastaları bazı uzmanlar tarafından "otoimmün tip kronik spontan ürtiker" adlı bir başka grup olarak tanımlanırlar. Endotip olarak KSÜ iki temel başlıkta sınıflandırılabilir.

Tip 1 / Otoalerjik Tip KSÜ: Self antijenlere karşı IgE izotipinde otoantikorlar üretilir. Mast hücre yüzeyindeki FcεR reseptörlerine kenetlenir. Self antijen olan Il-24, tiroglobulin, tiorid peroksidaz gibi otoalerjenler ile IgE kenetlendiğinde mast hücre aktivasyonu ile granül deşarjı başlar.

Tip 2b / Otoimmün tip KSÜ: Bu endotipte ise otoanikorlar IgG izotipindedir. FcεRI/II veya IgE' ye yöneliktir. Mast hüçresini, bazofil veya eozinofil yüzeyindeki FcεRI/II veya IgE' ye karşı reaksiyon gösterirse granül deşarjı tetiklenir. Geç dönemde üretilen lipokalin-2, TGF-beta aracılığı ile nötrofil akümülyasyonu da başlatılabilir.

Tablo 2. Kronik spontan ürtiker endotip farkları

	Otoalerjik Tip	Otoimmün Tip
Laboratuvar	T.IGE>40IU/mL	T.IGE<40IU/MI Serum otolog deri testi+ BAT+ Anti-TPO(IgG)+ Anti-IgE(IgG)+ Anti-FcεRI(IgG)+ Bazopeni /Eozinopeni
Anjiödem	Yok	Var
İndüklenebilir kronik spontan ürtiker	Eşlik edebilir	Yok
Diğer atopik hastalıklar	Eşlik edebilir	Yok
Diğer otoimmün hastalıklar	Yok	Eşlik edebilir

Kaynaklar

1. Giménez-Arnau AM, DeMontojoye L, Asero R, Cugno M, Kulthanan K, Yanase Y, Hide M, Kaplan AP. The Pathogenesis of Chronic Spontaneous Urticaria: The Role of Infiltrating Cells. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Jun;9(6):2195-2208. doi: 10.1016/j.jaip.2021.03.033. Epub 2021 Apr 3. Erratum in: J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Sep;9(9):3533. Erratum in: J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Dec;9(12):4509-4511. PMID: 33823316.
2. Kulthanan K, Chularojanamontri L, Tuchinda P, Buranaporn P, Karopongse E. Unveiling the role of neutrophils in chronic spontaneous urticaria: Beyond mast cells. Asian Pac J Allergy Immunol. 2023 Sep;41(3):179-185. doi: 10.12932/AP-180623-1638. PMID: 37804482.
3. Khan S, Chopra C, Mitchell A, Nakonechna A, Yong P, Karim MY. Resistant Chronic Spontaneous Urticaria - A Case Series Narrative Review of Treatment Options. Allergy Rhinol (Providence). 2022 Dec 21;13:21526575221144951. doi: 10.1177/21526575221144951. PMID: 36578314; PMCID: PMC9791268.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



4. Asero R, Ferrer M, Kocaturk E, Maurer M. Chronic Spontaneous Urticaria: The Role and Relevance of Autoreactivity, Autoimmunity, and Autoallergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2023 Aug;11(8):2302-2308. doi: 10.1016/j.jaip.2023.02.022. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36868473.
5. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. *Front Immunol.* 2019 Mar 29;10:627. doi: 10.3389/fimmu.2019.00627. PMID: 30984191; PMCID: PMC6450064.
6. Zuberbier T, Bernstein JA, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria guidelines: What is new? *J Allergy Clin Immunol.* 2022 Dec;150(6):1249-1255. doi: 10.1016/j.jaci.2022.10.004. Erratum in: *J Allergy Clin Immunol.* 2023 Feb;151(2):580. PMID: 36481045.
7. Yanase Y, Matsubara D, Takahagi S, Tanaka A, Ozawa K, Hide M. Basophil Characteristics as a Marker of the Pathogenesis of Chronic Spontaneous Urticaria in Relation to the Coagulation and Complement Systems. *Int J Mol Sci.* 2023 Jun 19;24(12):10320. doi: 10.3390/ijms241210320. PMID: 37373468; PMCID: PMC10299384.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SÖZLÜ BİLDİRİLER



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-001

“Ebeveynler için Besin Alerjisi Öz-Yeterlilik Ölçeği” Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Nilay Çalışkan¹, Şeyma Genç³, Güler Yıldırım¹, Hamit Boloğur¹, Hilal Güngör¹, Merve Karaca Şahin¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Şefika İlknur Kökçü Karadağ¹, Özlem Terzi², Deniz Özçeker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği, İstanbul

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Samsun

³T.C Sağlık Bakanlığı İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü, Samsun

GİRİŞ

Besin alerjisi, dünyada sıklığı hızla artan alerjik hastalıklardan biri olmakla birlikte ailelerin yaşamları üzerinde önemli etkisi olan bir halk sağlığı sorunudur (1). Besin alerjisinin etkin bir tedavisi yoktur ve tedavide amaç; alerjiden kaçınmak ve kazara karşılaşmalarda acil tedavileri uygulamaktır (2,3). Çocuklar çoğunlukla 5 yaşından önce tanı aldığından ebeveynler alerjiden kaçınma, besin etiketlerini kontrol etme, kazara bulaşları önleme, adrenalin oto enjektör taşıma gibi besin alerjisi yönetiminden büyük ölçüde sorumludurlar (4; 5). Bu sebeple besin alerjisini yönetmek; günlük ve sosyal aktiviteleri etkileyebilecek şekilde ebeveynlerde stres ve kaygıyı artırıp yaşam kalitesini bozabilmektedir (6; 7).

Besin alerjisinin yönetiminde ebeveyn öz yeterliliği/güveni önemlidir ve daha iyi ebeveyn yaşam kalitesi ile ilişkilidir (8). Özyeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde eylemlerini organize etme ve yürütme konusunda kendine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (9). Öz-yeterliliği geliştirmek, bireylerin zorlu problemlerin üstesinden gelme konusunda kendilerini daha yetenekli hissetmelerini sağlar. Yaygın olarak kullanılan Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği günlük zorluklarla başa çıkmayı öngörmeyi amaçlar; besin alerjisi ile ilgili sorunları kapsamamaktadır. Bu nedenle, öz-yeterliliğin düşük olduğu alanları belirleyerek besin alerjisi yönetimi için yol gösterici çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmayla, besin alerjisini yönetmede ebeveyn öz-yeterliliğini ölçmek için kullanılan ‘Besin Alerjisinde Ebeveyn Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe ‘ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğin tespit edilmesi literatüre de katkı sağlayacaktır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Çalışma Grubu

01/09/2023-31/12/2023 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Alerji Kliniğinde 0-18 yaş arası en az 1 aydır besin alerjisi nedeniyle izlenen çocukların ebeveynleri ve ölçeğin geniş bir örneklem üzerinde güvenilirliğini ve geçerliliğini değerlendirmek için çevrimiçi anket yoluyla genel popülasyondan besin alerjili çocuğu olan ebeveynler dahil edilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerini toplamak için Türkçe ‘ye çevrilmiş FASE-P ölçeği (EBA-ÖZ) ve Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği (GSES) olmak üzere iki ayrı form ebeveynlere aynı anda uygulandı.

2.2.1. EBA-ÖZ ve Genel Öz-yeterlilik Ölçeği

“Alerjik Reaksiyonu Tanıma”, “Alerjik Reaksiyonu Önleme”, “Alerjik Reaksiyonu Tanıma ve Yönetme”, “Sosyal Aktiviteleri Yönetme”, “Besin Alerjisi Hakkında Bilgi Alma” olmak üzere 5 alt ölçek ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar toplanır ve ardından 21’e bölünerek toplam ortalama puan elde edilir. Elde edilen puan 0 -100 arasında bir puan aralığındadır. Alt ölçek maddeleri benzer şekilde toplanır ve her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünür. Her FASE-P maddesi, 100 puanlık



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



bir görsel analog ölçekte puanlanır; daha yüksek puanlar, besin alerjisi yönetimi için daha fazla öz-yeterliliği gösterir. Altta yatan hastalığa bakılmaksızın ebeveynlerin genel öz yeterliliğini değerlendiren 10 sorudan oluşmaktadır.

2.2.2. Dil Geçerliliği

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması için ölçeği geliştirmiş olan yazarlardan birisiyle bağlantı kurularak izin alınmıştır. İngilizce FASE-P¹⁰, Dünya Sağlık Örgütü yönergelerine göre aşağıdaki adımlar izlenerek Türkçe 'ye çevrilmiştir: 1) Türkçe 'ye ileri çeviri, anadili Türkçe olan ve akıcı İngilizce konuşan 2 bağımsız kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Çeviride orijinal metindeki kavramın aynısını taşıyan kolay anlaşılır kelimeler veya deyimler seçilmiştir. 2) Uzlaştırılmış versiyon İngilizce bilen 2 bağımsız Türk çocuk doktoru tarafından tasarlanmıştır. 3) Son hali, anadili İngilizce olan iki dilli bağımsız bir tercüman tarafından tekrar İngilizce 'ye çevrilmiştir. Geri çevrilen versiyon bağımsız bir gözetmen tarafından kontrol edilmiştir. 4) Çevrilen anketler, netlik ve anlaşılabilirliği doğrulamak için 15 ebeveyn üzerinde ön test yapılmıştır. Bu aşamada birkaç soru dışında hiçbir soru ebeveynler tarafından yanlış anlaşılmamış veya yanlış yorumlanmamıştır.

2.2.3. Kapsam (içerik) geçerliliği

Ölçeğin kapsam/içerik geçerliliği değerlendirmek çeviri ile son hali verilmiş olan ölçek e-mail yoluyla 10 uzmanın (6 çocuk alerji doktoru, 3 uzman çocuk doktoru, 1 psikiyatrist) görüşüne sunulmuş ve her madde için kapsam geçerlik indeksleri (KGI) hesaplanmıştır. Maddelerde uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapılarak ölçeğin son hali verilmiştir.

2.2.4. Güvenirlilik

EBA-ÖZ' ün iç tutarlılığını ve güvenilirliğini belirlemek için sırasıyla her yaş grubu ve her bir alt ölçek için Cronbach alfa değeri ölçüldü. Zamana göre değişmezliğini test etmek için test-tekrar test analizi, sınıf içi korelasyon (ICC) katsayısı kullanılarak belirlendi.

2.2.5. Yapı Geçerliliği

Ölçekte yer alan maddelerin bağlandığı faktör yapısını belirlemek için AFA, faktörlerin yüklerini hesaplamak için Varimax-eksen döndürme yöntemi ve orijinal çalışma ile uyumunun test edilmesi için ise DFA yapıldı. DFA için uyum iyiliği değerleri (x²/df, GFI, CFI, RMSEA, IFI, TLI, AGFI) incelendi. Ebeveynlerin EBA-ÖZ ve Genel Öz-Yeterlilik ölçeği puanları Pearson korelasyon analizi kullanılarak test edilmiştir.

3. İSTATİSTİK

Verilerin analizleri SPSS(Statistical Package for Social Sciences)23(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)ve AMOS(Analysis of Moment Structures) 26 programları kullanılarak yapılmıştır.

4. ETİK KOŞULLAR

Bu çalışmanın ölçek güvenilirlik ve geçerlilik aşaması için etik onay Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13/07/2023 tarihli 2023/214 karar no ile alınmıştır. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

5. BULGULAR

5.1. Güvenirlilik çalışması ile ilgili bulgular

5.1.1. İç Tutarlılık Analizi

İç tutarlılık analizi sonuçlarına göre, madde-toplam puan korelasyon katsayıları değerleri 0,051 ile 0,746 arasında değişmekte olduğu görüldü (Tablo 1). Besin Alerjisi Hakkında Bilgi Alma alt boyutuna ait aile doktoru veya hemşiresi, hastanedeki çocuk uzmanı veya çocuk alerji uzmanı, besin satıcıları ve web siteleri bilgi alabilmeyi sorgulayan 4 maddenin Corrected Item-Total Correlation 0,20'den küçük olduğu için bu maddelerin ölçeğin bütünüyle aynı yönde hareket etmediği



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

düşünüldü. İlgili maddeler çıkartıldıklarında ölçeğin cronbach's alfa değeri anlamlı düzeyde arttığı için de ölçekten çıkartılmasının uygun olduğuna karar verildi.

Tablo 1.İç tutarlılık analizi sonuçları

	Düzeltilmiş Madde /Toplam Korelasyon	Cronbach's Alfa
Madde 16	0.730	0.878
Madde 17	0.704	0.879
Madde 18	0.721	0.878
Madde 19	0.746	0.877
Madde 20	0.599	0.883
Madde 21	0.598	0.883
Madde 1	0.501	0.886
Madde 2	0.608	0.882
Madde 3	0.633	0.881
Item 4	0.643	0.881
Item 5	0.607	0.882
Item 6	0.514	0.885
Item 7	0.402	0.888
Item 8	0.472	0.886
Item 9	0.273	0.890
Item 10	0.360	0.890
Item 11	0.273	0.890
Item 12	0.060	0.892
Item 13	0.095	0.892
Item 14	0.097	0.892
Item 15	0.051	0.893

EBA-ÖZ ölçeği, ilk başta 21 madde içeriyordu ve bu haliyle hesaplanan Cronbach alfa katsayısı (α)=0,89 olarak bulundu. Daha sonra 4 madde çıkarıldığında, ölçeğin 17 maddelik halinin α =0,90 olarak hesaplandı. Bu sonuçlar, ölçeğin ve alt boyutlarının yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

5.1.2. Re-Test

T-FASE-P ölçeğinin zamana karşı değişmezliğini göstermek için 30 kişiye aynı veri toplama formu, aynı veri toplama yöntemi ile 15 gün aralıkla iki kez uygulandı. İlk test ve tekrar test arasında intraclass korelasyon katsayısı 0.97 olarak bulundu.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



5.2. Geçerlilik Çalışmasına İlgili Bulgular

5.2.1. Kapsam Geçerliliği

Bu çalışmada kapsam geçerliği uzman görüşüne başvurulmuş ve saptandı. Bu amaçla 9 uzmanın görüşüne başvuruldu. Uzman görüşüne başvururken Davis yöntemi kullanıldı. Bu yaklaşıma göre uzmanlardan, (a) "madde uygun", (b) "madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "madde uygun değil" şeklinde dört farklı derecelendirme seçeneğiyle görüşlerini ifade etmeleri istendi. Ardından (a) "madde uygun" ve (b) "madde hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzman sayıları toplandı ve toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO) hesaplandı. Çalışmada ölçeğin KGİ değeri 0,99 olarak hesaplanmıştır ve ölçeğin kapsam geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğu belirlendi. Bu çalışmada ölçüt geçerliliğini belirlemek amacıyla Genel Öz-Yeterlilik ölçeği kullanıldı. T-FA-SE-P'nin Genel Öz-Yeterlilik ölçeği ile korelasyonun pozitif yönde, orta kuvvette ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu belirlendi ($r=0,27$ ve $p<0,001$).

5.2.2. Yapı Geçerliliği

Verilerin AFA için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla hesaplanan Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğu Ölçütü (KMO) katsayısı 0.86 olarak hesaplandı ve örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu saptandı. Ayrıca Bartlett'in küresellik testi sonucu yaklaşık ki-kare değeri 3730,19 ($p<0,001$) olarak bulundu, bu da çalışmanın verilerinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermekteydi.

DFA için Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square, x^2/df), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Tucker-Lewis Uyum İndeksi (TLI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'dür (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) incelendi.

Varimax döndürmesi yöntemiyle gerçekleştirilen faktör analizi sonuçları değerlendirilirken, faktör yükü pozitif ve 0.30'dan büyük olan maddelerin faktörde yer alması ölçütü göz önünde bulunduruldu. Faktörde yer alacak maddeleri belirlemek için yapılan analizlerde, maddeler birden fazla faktörde yer aldığından bu faktörlere verdikleri yükler arasındaki farkın 0.10'dan az olması durumunda madde elendi. Ölçeğin faktör yükleri 0.574 ile 0.849 arasında değişmektedir. Tüm faktörler birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin toplam varyansının %60.82'sini açıkladığı belirlendi (Tablo 4).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

Tablo 4. Faktör analiz sonuçları

Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Madde 1		0.576	
Madde 2		0.693	
Madde 3		0.722	
Madde 4	0.386	0.680	
Madde 5		0.708	
Madde 6		0.691	
Madde 7			0.670
Madde 8			0.574
Madde 9			0.790
Madde 10			0.740
Madde11			0.690
Madde 16	0.706	0.443	
Madde 17	0.705	0.428	
Madde 18	0.792	0.312	
Madde 19	0.777	0.345	
Madde 20	0.849		
Madde 21	0.848		
Öz-değerler	6.714	2.330	1.297
% Varyans	24.090	20.949	15.785
Kümülatif % varyans	24.090	45.039	60.824

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada, FASE-P 'nın Türkçe versiyonunun (EBA-ÖZ) güvenilirliğini ve geçerliliğini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmada ilk olarak, geri çeviri yöntemi kullanılarak KPSÖ'nün orijinal formuyla dilsel eşdeğerlilik sağlandı. Bu sonuç ölçeğin Türkçeye çevrilmesi sürecinin başarılı biçimde tamamlandığını gösterdi.

Güvenilirlik analizine göre, ölçeğin genel alfa değerinin (0.90) orijinal ölçeğin değeri olan 0.88 değeriyle neredeyse aynı olduğunu ve mükemmel bir iç tutarlılığa sahip olduğunu görüldü (11).

Faktör analizi öncesi örneklem sayısının faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için KMO testi ve Bartlett's test sphericity analizi yapıldı. Yapılan değerlendirmede KMO testinin 0,60'dan yüksek olması ve Bartlett's test analizi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu ve örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğunu gösterdi.

Faktör yapısını belirleyebilmek amacıyla açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapıldı. Açımlayıcı faktör analizine göre, toplam varyansın %60.82'sini açıklayan üç faktörlü bir yapı elde edildi. Bu üç faktör altında yer alan 21 maddenin faktör yükleri 0.574 -0.849 arasında değişmekte olup, faktör yükü 0.30'ın altında kalanlar ölçekten çıkarıldı. Bizim sonucumuza benzer şekilde orijinal ölçeğin toplam varyansı %59,8 olup, faktör yüklerinin 0.408-0.849 arasında değişmekte olduğu görül-



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



dü (11). Bununla birlikte orjinal formundaki beş faktörlü yapının, Türk ebeveynlerden oluşan örnekleme üç faktörlü yapıda olduğu ve yapılan değerlendirmelerde uyum iyiliği indeksleriyle de uygunluğunu korunduğu belirlendi.

EBA-ÖZ ile eş zamanlı değerlendirilen GSES ile arasındaki ilişkinin ileri düzeyde anlamlı bulunması ($p<0.001$), ölçüt geçerliliği için kurulan varsayımı kanıtladı.

7.SONUÇ

EBA-ÖZ, kültürlerin beslenme alışkanlıklarına ve yaşam tarzlarına göre değişiklik gösterebilir. Bu sebeple anketlerin farklı toplumlarda doğrulanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Update on food allergy. Peters RL, Krawiec M, Koplin JJ, Santos AF. 32(4), basım yeri bilinmiyor : Pediatr Allergy Immunol., May 2021, s. 647-657.
2. Seth D, Poowutikul P, Pansare M, Kamat D. Food Allergy: A Review. Pediatr Ann. 2020 ve doi:10.3928/19382359-20191206-01, 49(1):e50-e58.
3. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. Nutr Res. 2011 ve doi:10.1016/j.nutres.2011.01.001, 31(1):61-75.
4. Brown D, Negriz O, Gupta R, et al. Food allergy-related bullying and associated peer dynamics among Black and White children in the FORWARD study. Ann Allergy Asthma Immunol. 2021 ve doi:10.1016/j.anai.2020.10.013, 126(3):255-263. e1.
5. Pappalardo AA, Herbert L, Warren C, Lombard L, Ramos A, Asa'ad A, Sharma H, Tobin MC, Choi J, Hultquist H, Jiang J, Kulkarni A, Mahdavinia M, Vincent E, Gupta R. Self-Efficacy Among Caregivers of Children With Food Allergy: A Cohort Study. J Pediatr Psych. 2016 ve doi:10.1097/01.PSY.0000481111.1398.9995.2008.01843.x, 41(3):461-468.
6. King RM, Knibb RC, Hourihane JO. Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. Allergy. 2009 ve doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01843.x, 64(3):461-468.
7. Bollinger ME, Dahlquist LM, Mudd K, Sonntag C, Dillinger L, McKenna K. The impact of food allergy on the daily activities of children and their families. Ann Allergy Asthma Immunol 2006 ve 96:415-21.
8. Knibb RC, Barnes C, Stalker C. Parental self-efficacy in managing food allergy and mental health predicts food allergy-related quality of life. Pediatr Allergy Immunol. 2016 Aug ve 27(5):459-64.
9. YILDIRIM, Fatma ve İLHAN, İnci Özgür. Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010, 21.4: 301-308.
10. Knibb RC, Barnes C, Stalker C. Parental confidence in managing food allergy: development and validation of the Food Allergy Self-Efficacy Scale for Parents (FASE-P). Clin Exp Allergy. 2015 ve doi:10.1111/cea.12599, 45(11):1681-1689.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-002

Meyve & Sebze Alerjisi ve Tolerans Süresi Hakkında Neler Biliyoruz?

Seda Şirin¹, Burcu Özkan Kırgın¹, Serap Özmen², Zülfikar Akelma³

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

²SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Besin alerjisinin görülme sıklığı dünya çapında son yıllarda giderek artmakta olup, meyve ve sebzeler günlük diyetin önemli bir bileşeni olup, alerjenleri ile ilgili reaksiyonlarla daha sık karşılaşılmaktadır. Meyve veya sebze (M&S) alerjilerinde çapraz reaktiviteye bağlı olarak oral alerji sendromu kliniği iyi bilinmekle beraber, bu alerjenlerle görülen class 1 reaksiyonların sıklığı, klinik seyri, tolerans süresi ve süreyi etkileyen faktörler ile ilgili bilgiler kısıtlıdır.

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde M&S'ye karşı gelişen sınıf 1 ve 2 alerjik reaksiyonların kliniği ve tolerans zamanı araştırılmıştır. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji polikliniğine Ocak 2020 –Nisan 2022 arasında M&S ile alerjik reaksiyon şüphesiyle başvurarak besin alerjisi tanısı konan 6 ay-18 yaş arası hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, deri prik testi(DPT),prik-to-prik testi(PTP),serum total immünoglobulin(IgE) ve eozinofil sayısı hastane verilerinden elde edildi. Besin alerjisi tanısı klinik öykü, DPT ve/veya besin yükleme testi (BYT) ile kondu. Kesin bir anafilaksi öyküsü ve/veya BYT testi pozitif olan hastalarda besin alerjisi varlığı doğrulandı.

Bulgular: Araştırmaya dahil olan 78 çocuğun ortanca yaşı 61,5 ay; 43'ü erkek, 35'i kızdı. 65 olguda sınıf 1, 13 olguda sınıf 2 duyarlılık tespit edildi. 78 olgunun 57'sinde meyve, 21'inde sebze alerjisi saptandı. En sık tespit edilen alerjenler sırasıyla patates(%21,8),muz(%15,4),şeftali(%14,1) ve domates(%12,8)'idi. En sık görülen klinik bulgu ürtiker(%75,6) olup, diğer bulgular polen besin sendromu(%15,4), anjiyoödem(%7,7) ve anafilaksi(%1,3) idi. Eş zamanlı inhalan alerjisi olan kişi sayısı 14 olup 9'unda tekli, 5'inde çoklu inhalan alerjen duyarlılığı vardı. M&S alerjili 32 olgunun 17'sinde eşlik eden bir, 15'inde ise çoklu besin alerjisi vardı. Bu besinleri sıklığına göre sırasıyla fındık, süt, yumurta, baklagiller ve tohumlar oluşturdu. Tanıdan 3 ay sonra yapılan BYT pozitif 34 hastanın reaksiyon tipleri sırasıyla ürtiker, oral alerji sendromu, anafilaksi ve anjiyoödem şeklindeydi. Tolerans gelişimi açısından 34 olgunun takibi eksiksiz olarak saptandı. Takip döneminde 13 çocuk(%38,3) toleransa ulaştı. Tolerans gelişiminde ortalama süre ilk teşhisten sonra 13,5 ay olup, gözlenen en kısa tolerans süresi ilk teşhisten sonra 9 aydır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 1. Olguların demografik ve temel klinik verileri

	n=(78)
Yaş, Median (Min-max), ay	61.5 (14-228),77
Cinsiyet	
Kız	35 (44.9)
Erkek	43 (55.1)
Duyarlılık Tipi	
Class 1	65 (83.3)
Class 2	13 (16.7)
Duyarlılık	
Patates	17 (21.8)
Muz	12 (15.4)
Şeftali	11 (14.1)
Domates	10 (12.8)
Kivi	6 (7.7)
Çilek	6 (7.7)
Elma	4 (5.1)
Kayısı	3 (3.8)
Havuç	2 (2.6)
Portakal	2 (2.6)
Ananas	1 (1.3)
Taze fasulye	1 (1.3)
Kereviz	1 (1.3)
İncir	1 (1.3)
Vişne	1 (1.3)
Klinik tablo	
Ürtiker	59 (75.6)
Polen besin sendromu	12 (15.4)
Anjioödem	6 (7.7)
Anafilaksi	1 (1.3)
Besin alerjisi Türü	
Meyve	57 (73.1)
Sebze	21 (26.9)
Ailede alerji öyküsü	
Var	41 (52.6)
Yok	37 (47.4)
Ailede alerjik hastalık (n=41))	
Alerjik rinit	19 (46.3)
Astım	10 (24.4)
Atopik dermatit	6 (14.6)
Besin alerjisi	4 (9.8)
Ürtiker	1 (2.4)
İlaç alerjisi	1 (2.4)
Eşlik eden alerjik hastalık varlığı	59 (75.7)
Eşlik eden alerjik hastalık türü(n=59)	
Egzema	24 (40.7)
Alerjik rinit	14 (23.7)
Besin alerjisi	10 (16.9)
Astım	6 (10.2)
Ürtiker	3 (5.1)
İlaç alerjisi	2 (3.4)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 2. Olguların tanısal parametreleri

	n=(78)
Semptom başlama yaşı, Median (Min-max), ay	13.5 (6-207)
Spesifik IgE (n=14), median (min-maks), KU/L, IQR	0 (0-100), 1.84
Deri prick test (mm), median (min-maks), IQR	4 (0-17), 3
İnhalen alerjen duyarlılığı varlığı	14 (17.9)
İnhalen alerjen duyarlılığı (n=14), n (%)	
Tekli	9 (64.3)
Çoklu	5 (35.7)
Eşlik eden besin alerjisi varlığı, n (%)	32 (41.0)
Eşlik eden besin alerjisi (n=32)	
Tekli	17 (53.1)
Çoklu	15 (46.9)
Hangi besin alerjisi (n=32)	
Kuruyemiş	8 (25.0)
Süt	7 (21.9)
Yumurta	6 (18.8)
Yumurta ve süt	6 (18.8)
Baklagil	4 (12.5)
Tohum	1 (3.1)
1.Oral provokasyon testi, n (%)	
Pozitif	34 (43.6)
Kabul etmeyen	44 (56.4)
1.OPT(+) klinik tablosu (n=34), n (%)	
Ürtiker	24 (70.6)
Oral alerji sendromu	5 (14.7)
Anafilaksi	3 (8.8)
Anjioödem	2 (5.9)
Tolerans, n=34 (%)	
Var	13 (38.2)
Yok	21 (61.8)
Tolerans geliştirme süresi (n=12), median (min-maks), ay, IQR	13,5 (9-87), 22.5
Eozinofil sayısı, mm ³ Median (min-maks), IQR	315 (50-1530), 440
Eozinofil yüzdesi, median (min-maks), %, IQR	3,3 (0,3-12.8), 4.65
Total serum IgE, IU/mL Median (min-maks), IQR	81.5 (11-3010), 195.1



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Tablo 3. Tolerans gelişimi olan ve olmayan olguların klinik ve tanısal özellikleri (n=34)

	Tolerans (n=13)	Tolerans olmayan (n=21)	P değeri
Cinsiyet, n (%)			
Kız	8 (61.5)	10 (47.6)	0.429
Erkek	5 (38.5)	11 (52.4)	
Reaksiyon Türü			
Class 1	13 (100)	12 (57.1)	0.006
Class 2	0	9 (42.9)	
Duyarlılık			
Patates	6 (46.2)	2 (9.5)	0.071
Muz	5 (38.5)	1 (4.8)	
Şeftali	1 (7.7)	5 (23.8)	
Domates	0	2 (9.5)	
Kivi	0	3 (14.3)	
Çilek	0	2 (9.5)	
Elma	1 (7.7)	1 (4.8)	
Kayısı	0	1 (4.8)	
Ananas	0	1 (4.8)	
Kereviz	0	1 (4.8)	
İncir	0	1 (4.8)	
Vişne	0	1 (4.8)	
Klinik tablo			
Ürtiker	13 (100)	9 (42.9)	0.009
Polen besin sendromu	0	9 (42.9)	
Anjioödem	0	2 (9.5)	
Anafilaksi	0	1 (4.8)	
Besin tipi			
Meyve	7 (53.8)	17 (81.0)	0.092
Sebze	6 (46.2)	4 (19.0)	
İnhale alerjen duyarlılığı			
Var	0	9 (45.0)	0.005
Yok	13 (100)	12 (55.0)	
Total eozinofil yüzdesi(%)	3.3 (2.2-12.8)	3.4 (0.8-8.5)	0.441
Total eozinofil sayısı	300 (200-1000)	350 (50-1530)	0.261
Total IgE düzeyi	42.9 (18.9-169.0)	120 (11.0-3010.0)	0.001
Eşlik eden besin alerjisi,n(%)	6 (46.2)	9 (42.9)	0.851
Eşlik eden alerjik hastalık	11 (84.6)	17 (81)	0.785

Sonuç: Toleransı olan ve olmayanlar arasında yaş,cinsiyet, eozinofil sayısı ek gıda alerjisi veya diğer alerjik hastalıkların varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken reaksiyonun türü, klinik ,aeroalerjen duyarlılığı ve total IgE düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar kaydedildi(sırasıyla p=0,006, 0,009, 0,005 ve 0,001).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-003

İnek Sütü Protein Alerjisi Şüphesi Olan Hastalarda CoMiSS (İnek Sütü Alerjisi Belirti Skoru) Tanıda Yardımcı Bir Araç Olabilir Mi?

Gaye Kocatepe¹, Özgül Güngör¹, Damla Altıntaş¹, Nur Ümit¹, Ayşen Bingöl¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji-Alerji Bilim Dalı

Giriş: İnek sütü protein alerjisi (İSPA) cilt, gastrointestinal ve/veya solunum semptomlarıyla ortaya çıkan inek sütü proteinlerine karşı immün bir reaksiyondur. İnek sütü proteini alerjisi tanısı, spesifik semptomların olmaması nedeniyle kolaylıkla yanlış teşhis edilebilir. Özellikle gastrointestinal semptomları olan bebeklerde inek sütü protein alerjisi tanısı, optimal tanısal testlerin bulunmaması, biyobelirteçlerin bulunmaması ve değişik kliniklerle başvurması nedeniyle özellikle zordur.

Amaç: Non-IgE aracılı inek sütü protein alerjisi olan bebekleri tanımlamaya yardımcı olmak için semptom tabanlı CoMiSS (İSPA Belirti Skoru), beş farklı semptomu değerlendiren puanlama sisteminine dayalı basit bir araçtır. Bu çalışmada, gastrointestinal semptomları olan bebeklerde inek sütü protein alerjisinin erken tanımlanmasında CoMiSS'in etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Bulgular: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji-İmmünoloji polikliniğine gastrointestinal semptomlar ile inek sütü protein alerjisi şüphesi ile başvuran 51 hasta dahil edildi. Hastaların %47.1'i (n:24) kız, %52.9'u (n:27) erkekti. Yaş ortalaması 6.4 aydı. Hastaların başvuru anında CoMiSS'i hesaplandı ve 4 haftalık diyet eliminasyonu ve sonrasında oral besin provakasyonu yapıldı. CoMiSS skoru 12 ve üstü olanlar pozitif olarak kabul edildi. İnek sütü protein alerjisi tanısı ve CoMiSS skoru arasındaki ilişki değerlendirildi. 37 hasta eliminasyon ve provakasyon sonrası inek sütü protein alerjisi tanısı aldı. İSPA tanısı alan 37 hastanın 28'inde (%93.3) CoMiSS skoru pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p değeri <0.05).

Sonuç: IgE aracılı olmayan inek sütü protein alerjisi için altın standart tanısal bir test yoktur ve tanı, inek sütünün diyetten çıkarılmasından sonra semptomların düzelmesine ve inek sütünün yeniden verilmesinden sonra bulguların tekrarlamasına dayanmaktadır. CoMiSS inek sütü protein alerjisi taraması için basit ve uygulanabilir bir yöntemdir, inek sütü protein alerjisinin erken tanımlanması için değerlendirilmesi için daha çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-004

Gebelikte Maternal Diyet Paterninin Besin Protein İlişkili Alerjik Proktokolit Gelişimine Etkisi

Nur Ümit¹, Gaye Kocatepe¹, Özgül Güngör¹, Damla Altıntaş¹, Ayşen Bingöl¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

Giriş: Besin Protein İlişkili Alerjik Proktokolit (BPIAP) bir veya daha fazla besin proteinine karşı gelişen, IgE aracılı olmayan, distal/rektosigmoid kolonun eozinofilik inflamasyonudur. Genellikle ilk 6 ayda sağlıklı bebeklerde; dışkıda mukusla karışık kan, artmış gaz/huzursuzluk, karın ağrısı/kusma gibi bulgularla karakterizedir. Süt, yumurta en sık suçlanan besinlerdir. Rektal kanamanın diğer nedenleri dışlandıktan sonra şüpheli besinlerin bebek ve/veya anne diyetinden çıkarılmasıyla klinik iyileşme görülmektedir. Hastalık doğrudan besin proteinlerine yanıt olarak geliştiği için annenin ve bebeğin beslenmesinin rolü büyüktür. Akdeniz Diyeti; bol miktarda meyve ve sebze, tahıl, kuru baklagiller, sert kabuklu meyvelerle yüksek miktarda posa, orta miktarda balık ve tavuk, düşük düzeyde kırmızı et, az miktarda kırmızı şarap içeren, zeytinyağından zengin, doymuş yağlardan fakir sağlıklı beslenme modelidir.

Amaç: Annenin gebelik dönemindeki beslenmesi bebeklerde BPIAP gelişimini ve hastalık seyrini/tolerans süresini etkileyebilir. Mevcut literatürde bebeklerde BPIAP kliniğini etkileyebilecek gebelik dönemindeki annenin beslenmesinin araştırıldığı çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışmanın amacı, gebelik dönemindeki anne beslenmesinin Akdeniz diyetine uygunluğunun bebeklerde BPIAP kliniği üzerindeki rolünü araştırmaktır.

Bulgular: Kliniğimizde BPIAP ile takipli 27 hastanın 13'ü kız (%48.1), 14'ü erkek (%51.9), yaş ortalamaları 7.96±5.971 ay idi. Hastalar ile yaş ve cinsiyet olarak dağılımları benzer olan 23 kontrol araştırmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol gruplarının annelerine gebelik dönemindeki beslenme alışkanlıklarının sorgulandığı 14 soruluk Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği uygulandı, 0 ile 14 arasında puanlandı. Ölçekte 6 ve altında puan alanlar diyetle uyumsuz, 7 ve 8 puan alanlar diyetle uyumlu, 9 ve üzerinde puan alanlar diyetle iyi uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta grubunun ortalama diyet skoru 7.63±1.418 puan ile kontrol grubunun diyet skorundan (8.22±1.678) daha düşük idi ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.187). Diyetle iyi uyumlu olarak değerlendirilen; hasta grubunda 6 olgu (%22.2), kontrol grubunda 10 olgu (%43.5) vardı (p=0.136). Soru bazında değerlendirildiğinde şekerli ve/veya gazlı içecek tüketimi hasta grubunda daha sık idi (p<0.05).

Sonuç: BPIAP hayatın ilk yıllarında bebeklerde sık görülen bir sorundur. Besin proteinlerinin tetiklediği, IgE aracılı olmayan inflamasyon ile giden hastalığın altta yatan mekanizması halen tam aydınlatılabilmemiş değildir. Diyetle doğrudan ilişkili olan BPIAP gelişimi üzerine anne beslenmesinin etkilerinin olacağı düşünülmüştür. Bu konu ile ilgili çok merkezli geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-005

Gıda İlişkili Alerjik Proktokolitin Doğal Öyküsü, Sorumlu Gıdaların Tolerans Zamanları Farklı Mı?: Prospektif Proktokolit Kohortu

Nagihan İskender¹, İsmail Özhanlı¹, Nefise Nezihe Uluç¹, Belkıs İpekçi², Taha Yasin Akın¹, Müjde Tuba Çöğürü³, Ayşen Uncuoğlu⁴, Nihal Uyar Aksu⁴, Sibel Balcı⁵, Işıl Eser Şimşek¹, Metin Aydoğan¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bölümü

²Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

³Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bölümü

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

⁵Kocaeli Üniversitesi Temel Tıp Bilimleri Biyoistatistik Ve Tıp Bilişimi

Giriş: Gıda ilişkili alerjik proktokolit (FPIAP) hastalarında sorumlu her gıdaya ne zaman tolerans geliştiğine ve toleransı etkileyen faktörlere ilişkin veriler literatürde sınırlıdır.

Amaç: FPIAP hastalarının uzun dönem klinik seyrini, tolerans gelişimini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bulgular: YÖNTEM: Çalışmaya, üniversitemizde bölümümüz ve Çocuk Gastroenteroloji kliniğinin Mart 2019-Mart 2020 tarihleri arasında yürüttüğü, 2021 yılında yayınlanan çalışmaya dahil edilen 91 FPIAP hastasından kliniğimizde en az 3 yıl takibe devam eden 84'ü dahil edildi. Hastaların başvuru klinik özellikleri, laboratuvar verileri ve her gıdanın tolerans zamanı değerlendirildi. SONUÇ: Hastaların kanlı kaka başlama medianı 3(IQR:2-4) aydı, hastaların %53.5'inin tekli gıda alerjisi vardı. En sık alerjen gıda sütü (%96.4). Sonrasında sırasıyla %39.2 ile yumurta,%11.9 ile dana eti,%6 ile buğday,%3.5 ile kuruyemiş vardı.Beş hastada yumurtaya, 1 hastada süte, 2 hastada süt ve yumurtaya olmak üzere toplam 8hastada başlangıçta IgE-aracılı gıda alerjisi vardı. Bir hastanın izleminde süte karşı akut enterokolit gelişti. Tolerans gelişme oranı ilk 9 ayda %7.14, ilk yılda %36.6, ilk 2 yılda %88.97, ilk 3 yılda %94.92, 3 yaşından sonra %2.38 idi. İzleminde sütlü kek ile anafilaksi öyküsü olan ve izleminde akut enterokolit gelişen 2 hasta(%2,38) dışında tüm hastalarda tolerans gelişti. Genel tolerans medianı 15.5(IQR:12-22,5) ay olup, tekli gıda alerjisi olan 45hasta için 12(IQR:12-18) ay, ikili alerjisi olan 31hasta için 17(IQR:13-24) ay, üçlü alerjisi olan 7hasta için 24(IQR:12.75-27.37) aydı. Her sorumlu gıda için baktığımızda süt için 13(IQR:12-18) ay, yumurta için 16(IQR:12-24) ay, buğday için 14(IQR:10.75-16)ay, dana eti için 13(IQR:12-18) ay, kuruyemişler için 24(IQR:22.5-36.5) aydı. Multivariant regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde, çoklu alerjinin olması(OR: 12.11, 95% CI: 1.243-118.121, p=0.032), başvuruda atopik dermatit varlığı(OR: 4.04, 95% CI: 1.145-14.247, p=0.030), evde evcil hayvan olmaması(OR: 0.225, 95% CI: 0.058-0.872, p=0.031) bir yaşından sonra FPIAP persistansı ile ilişkili bulundu. Başlangıçta IgE-aracılı gıda alerjisi olan tüm olgular, 1 yaşından sonra tolerans gelişen gruptaydı(p=0.024). 4hastada fındık, 1hastada antep fıstığı olmak üzere 5(%5.9) hastanın izleminde başvurusunda olmayan IgE-aracılı gıda alerjisi gelişti.

Sonuç: Sonuç olarak, FPIAP için genel tolerans medianı 15.5(IQR:12-22,5) ay olup, hastaların %94.92si ilk 3 yaşta tolerans geliştirdi. Çoklu alerjinin olması, başlangıçta IgE aracılı gıda alerjisinin ve atopik dermatitin varlığı 1 yaşından sonra hastalık persistansı ile ilişkili bulundu. Gıda tolerans zamanlarını bilmek, geç tolerans gelişebilecek hastaları öngörebilmek FPIAP yönetimini kolaylaştıracaktır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-006

Gıda İlişkili Alerjik Proktokolit Alerjik Multimorbidite İçin Bir Risk Mi?

Nagihan İskender¹, Nefise Nezihe Uluç¹, İsmail Özhanlı¹, Belkıs İpekçi², Taha Yasin Akın¹, Müjde Tuba Çöğürü³, Ayşen Uncuoğlu⁴, Nihal Uyar Aksu⁴, Sibel Balcı⁴, Işıl Eser Şimşek¹, Metin Aydoğan⁴

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

²Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

³Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Giriş: Eozinofilik Özofajit (EoE), klinik olarak özofagus disfonksiyonu düşündürülen semptomlar ve histolojik olarak özofagus sınırlı eozinofilik inflamasyonla karakterize kronik bir hastalıktır. Hastaların üçte ikisine astım, alerjik rinit, besin alerjisi (BA) gibi alerjik hastalıkların eşlik ettiği bilinmektedir.

Amaç: Amacımız EoE'li çocuk hastalarda eşlik eden IgE aracılı BA'larının sıklığını, özelliklerini ve tetikleyici besinleri tanımlamaktır. Mayıs 2008 ile Şubat 2024 arasında EoE tanısı konulan hastalar çalışmaya dâhil edildi. EoE'ye yönelik demografik veriler hasta dosyalarından elde edildi. IgE aracılı BA tanısı; öykü, fizik muayene ve tanısal testlerle konuldu (deri prik ve/veya spesifik IgE testleri).

Bulgular: Çalışmaya 123 hasta (%74 erkek) dahil edildi. Hastaların ortanca tanı yaşı 76 ay (3-231) olup, izlem süresi 69 ay (1-189) idi. Hastaların %69,9'unda EoE dışı bir alerjik hastalık mevcuttu (%46,3 alerjik rinit, %39,0 astım, IgE aracılı BA %23,6, %18,7 atopik dermatit). Eşlik eden IgE aracılı BA tanısı, 15 hastada (%51,7) EoE tanısından önce, 14 hastada (%48,3) ise EoE tanısından sonra konuldu. Bu olgularda IgE aracılı BA, %51,7'sinde anafilaksi, %44,8'inde polen-besin alerji sendromu (PBAS), %13,8'inde ürtiker, %6,9'unda özofagusta besinlerle tetiklenen ani reaksiyondur. Tüm PBAS tanıları EoE tanısından sonra konuldu. En sık kuruyemiş (%34,5), meyveler (%34,5) ve süt (%27,6) tetikleyici besin olarak belirlendi, 8 olguda ise birden fazla besin grubu klinikten sorumluydu.

Sonuç: Anafilaksi ve PBAS, EoE'li çocuklarda en sık karşılaşılan IgE-aracılı BA'larıdır. EoE'ye alerjik rinit eşlik ediyorsa, PBAS mutlaka sorgulanmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-008

Çocuklarda Nonsteroidal Antiinflamatuar İlaç (Nsaii) İlişkili Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarının Klinik, Demografik ve Laboratuvar Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Merve Karaca Şahin¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Nilay Çalışkan¹, Hilal Güngör¹, Güler Yıldırım¹, Hamit Boloğur¹, İlknur Şefika Kökçü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul, Türkiye

1. GİRİŞ

Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ), çocuklarda sıklıkla ateş düşürücü ve ağrı kesici etkilerinden dolayı sıklıkla tercih edilmektedir. NSAİİ kullanımına bağlı istenmeyen ilaç reaksiyonları; klinik semptomlara, sorumlu NSAİİ sayısına, ortaya çıkış süresine ve eşlik eden alerjik hastalık varlığına göre sınıflandırılır. Aşırı duyarlılık reaksiyonları, altta yatan mekanizmaya göre immünolojik (seçici) ve non-immünolojik (çapraz reaksiyon tipi) reaksiyonlar olarak ayrılır. Seçici reaksiyon terimi, klinik belirtilerin tek bir ilaca veya NSAİİ'lerin tek bir kimyasal alt sınıfına karşı olduğu ve diğer alt sınıflara iyi tolerans gösterildiği durumlar için kullanılmıştır. Genel olarak, bu terim NSAİİ alerjik aşırı duyarlılık reaksiyonlarını içerir. Bu reaksiyonların iki fenotipi bulunmaktadır. Birincisi tek NSAİİ kaynaklı ürtiker, anjiyödem ve/veya anafilaksi; spesifik IgE antikorları tarafından aracılık edilen akut reaksiyonlardır. İkinci grup ise tek NSAİİ kaynaklı gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Bu grupta reaksiyon ilaç alımından sonra 24-48 saat içinde oluşur, ancak süre daha kısa olabilir. Spesifik T hücre yanıtı aracılığı ile olduğu düşünülmektedir. Çapraz reaksiyon veya çapraz intolerans terimi, klinik belirtilerin birden fazla NSAİİ alt sınıfı tarafından tetiklendiği durumlarda kullanılır ve bu durumlarda farmakolojik mekanizmalar rol oynar. NSAİİ'lerin COX-1'in inhibisyonu ve araziidonik asit metabolizmasında üzerine etkisi, lökotrienlerin (LT'ler) üretilmesini ve mast hücreleri ile eosinofil kaynaklı mediatörlerin salınmasını içeren biyokimyasal kaskadı tetikler. NSAİİ'lere karşı çapraz reaksiyon tipi aşırı duyarlılık reaksiyonlarının üç fenotipi bulunmaktadır. NSAİİ'lerle alevlenen hava yolu hastalığı; temel olarak astım, rinit veya nazla polipi olan hastalarda nefes darlığı ve/veya burun tıkanıklığı/rinore gibi belirtilerle kendini gösterir. NSAİİ'lerle alevlenen cilt hastalığı; kronik spontan ürtiker öyküsü olan hastalarda ürtiker ve/veya anjiyödem semptomları ile ortaya çıkar. NSAİİ ile tetiklenen Ürtiker/Anjiyödem; sağlıklı olan çocuklarda ürtiker ve/veya anjiyödem belirtilerinin görüldüğü grubu kapsar. Suçlu ilaç ile provokasyon testi, diğer in-vivo ve in-vitro tanı testlerinin yetersizliği nedeniyle pediatrik popülasyonda NSAİİ ilişkili aşırı duyarlılık reaksiyonlarının doğru tanısı için önemlidir (1).

2. AMAÇ

Çocuk hastalarda NSAİİ ile istenmeyen ilaç reaksiyonlarının ve ilaç alerjisinin gerçek sıklığının belirlenmesi, ilaç alerjisi tanısı konulan hastalarda demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. Çalışma grubu

2017-2023 yılları arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi çocuk immünoloji ve alerji polikliniğine başvuran ve NSAİİ ile şüpheli reaksiyon öyküsü olan hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri ve ilaç reaksiyonları ENDA anketi doğrultusunda kaydedildi (2). Hastaların reaksiyon yaşları, tıbbi özgeçmişleri, bilinen



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ilaç alerjileri, ailede atopi ve ilaç alerjisi öyküsü, NSAİİ'lere karşı reaksiyonların tipi ve sayısı, viral enfeksiyonlar veya ateş gibi tetikleyici faktörler, reaksiyon olmadan kullanabildiği NSAİİ verileri toplandı.

3.2. Tanısal yaklaşım

NSAİİ ile şüpheli alerjik reaksiyon öyküsü olan uygun hastalara deri testleri uygulandı, ardından kontrendikasyon olmaması durumunda şüpheli ilaç ile ilaç provokasyon testleri yapıldı. Gecikmiş reaksiyonlar için intradermal geç okuma ve yama testleri uygulandı. Bu testler, ilk reaksiyondan en az 1 ay sonra yapıldı. NSAİİ hipersensitivite tanısı, pozitif ilaç provokasyon testi (IPT) veya net bir klinik öykü ile belirlendi, bu öykü izole COX inhibitörleri ile tekrarlayan akut reaksiyonları (herhangi bir NSAİİ ile üç ve daha fazla sayıda reaksiyon) içeriyordu. Reaksiyonlar, NSAİİ-H son EAACI/ENDA önerilerine göre tanımlandı (1). EAACI/ENDA önerilerine göre, tek bir ilaca veya belirli bir kimyasal alt gruba seçici reaksiyonları olan hastalar, SNIUAA (Seçici NSAİİ'ye bağlı ürtiker/angioödem ve/veya anafilaksi) ve SNIDR (Seçici NSAİİ'ye Bağlı Gecikmiş Tip Hipersensitivite Reaksiyonu) kategorilerine ayrıldı. Çapraz intoleranslı hastalar daha sonra üç gruba ayrıldı: NERD (NSAİİ'lerle alevlenen hava yolu hastalığı), NECD (NSAİİ'lerle alevlenen cilt hastalığı) ve NIUA (NSAİİ'lerle tetiklenen ürtiker/angioödem). NSAİİ hipersensitivitesi tanısı alan hastalara, ibuprofen gibi güçlü bir COX-I inhibitörü kullanılarak yapılan ilaç provokasyon testi ile seçici ve çapraz reaksiyon olarak sınıflandırıldı. Aynı zamanda NSAİİ hipersensitivitesi olan hastalara alternatif ilaç ile ilaç provokasyon testleri uygulandı.

3.3. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için etik onay, 20/11/2023 tarihinde Prof. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan 267 sayılı karar no ile alınmıştır. Çalışmamız, Helsinki Bildirisi'ne dayalı olarak iyi klinik uygulama prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler median, minimum, maksimum olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Gruplarda sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile yapıldı. Gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Özelliklerin risk etkileri için Lojistik Regresyon Analizi yapıldı. Alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Olgular

Çocuk immünoloji ve alerji polikliniğine NSAİİ kullanımına bağlı şüpheli reaksiyon şikayeti ile başvuran 153 hastanın 110'una (183 reaksiyon) ilaç alerjisi açısından tanısal testler uygulandı. Değerlendirilmeyen hastaların 13'ü ilaç provokasyon testini reddetmiş olup 30 hasta ise poliklinik takibinden çıkmış olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. İlaç alerjisi açısından değerlendirilen 110 hastanın 53'ü kız, 57'si erkekti. Hastaların ortalama başlangıç yaşı 8,7 yıl idi (6 ay-17 yıl 5 ay), ortanca yaş ise 7 yıldı. Hastaların %52'ünde (n=58) ek alerjik hastalık öyküsü olduğu bulundu (Tablo 1).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 1. Demografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	53	48
Erkek	57	52
Reaksiyon görülme yaşı (yıl)		
<2	8	7
2-10	56	51
10<	46	42
Eşlik eden alerjik hastalık		
Yok	52	47
Astım	14	13
Alerjik rinit	24	22
Astım ve alerjik rinit	9	8
Kronik ürtiker	5	4
Kronik ürtiker ve alerjik rinit	2	1.8
Kronik ürtiker ve astım	1	0.9
Atopik dermatit	2	1.8
Besin alerjisi	1	0.9
Atopi		
Var	75	68
Yok	35	32



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



4.2. Şüpheli ilaç ile ilişkili analizler

En sık reaksiyon görülen şüpheli ilaçlar sırasıyla ibuprofen, parasetamol ve ardından ibuprofen+parasetamol (%44, %19, %15) kombinasyonu oldu. Hastaların %73'ü tek ilaç ile, %27'si birden fazla ilaç ile reaksiyon tarif etmekteydi. En sık başvuru semptomu ürtiker (n: 34, %31) daha sonra izole anjioödemdi (n: 30, %27).

Tablo 3. Öyküye göre şüpheli ilaçlar	n	%
<i>Tek ilaç</i>		
İbuprofen	48	43,6
Parasetamol	21	19
Metamizol	3	2,7
Deksketoprofen	3	2,7
Naproksen	3	2,7
Flurbiprofen	1	0,9
Tenoksikam	1	0,9
<i>Çoklu ilaç</i>		
İbuprofen+parasetamol	17	15
İbuprofen+flurbiprofen	1	0,9
İbuprofen+deksetoprofen	4	3,6
Deksetoprofen+naproksen	1	0,9
İbuprofen+diklofenak	2	1,8
Deksetoprofen+aspirin	1	0,9
İbuprofen+metamizol	1	0,9
Metamizol+diklofenak	1	0,9
İbuprofen+parasetamol+diklofenak	1	0,9
Deksetoprofen+naproksen+diklofenak	1	0,9

4.3 İlaç Provakasyon ve deri testleri

Suçlu ilaç ile 105, alternatif ilaç ile 48 provakasyon testi yapıldı. Hastaların 42'sinde (%38) ilaç alerjisi düşünüldü. Suçlu ilaç ile provakasyonların %16'sı (17 hasta, 105 İPT) pozitif saptandı. İlaç provakasyon testinde en sık görülen semptom izole anjioödem sonra ürtiker olarak saptandı. Alternatif ilaç için yapılan testlerde parasetamol %97 (n: 31), nimesulid %70 (n: 7) oranında tolere edildi. Meloksikam ile iki ilaç provakasyon testi negatif sonuçlandı. Parasetamole karşı selektif aşırı duyarlılığı olan hastaların %75'inin (n: 3) parasetamol ile deri testleri pozitif saptandı.

4.4. Sınıflandırma

NSAİİ aşırı duyarlılık reaksiyonlarının 9'u çapraz reaksiyon, 4'ü selektif reaksiyon olarak değerlendirildi. Parasetamol hipersensitivitesi olan 5 hastanın 4'ünün ibuprofen ile ilaç provakasyonu negatifti. Bu hastalar parasetamole karşı selektif aşırı duyarlılık olarak değerlendirildi; bir hasta ilaç provakasyon testini reddettiği için değerlendirilemedi.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



4.5. Risk Faktörleri

İki yaşın altındaki hastalarda NSAİİ hipersensitivitesi görülmedi. On yaşından büyük çocuklarda NSAİİ hipersensitivitesi görülme oranı, on yaş ve altındakilere kıyasla önemli ölçüde yüksekti ($p<0.001$). Ailede ilaç alerji öyküsü olanların olmayanlara göre; reaksiyon sayısı 2 ve üstü olanların, 1 olanlara göre gerçek ilaç alerjisi olma oranı istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,049$; $p=0,001$). İlaç alımından reaksiyon görülmesine kadar geçen sürenin bir saatten az olduğu hastalarda NSAİİ hipersensitivitesi oranı istatistiksel anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$). Reaksiyon tipi maküler döküntü ve ürtiker olanlarda NSAİİ hipersensitivitesi oranı düşük, anafilaksi olanlarda istatistiksel anlamlı olarak yüksekti ($p=0,010$ $p<0,001$ $p<0,001$).

Çoklu regresyon analizine göre, ilaç alımı ile reaksiyon başlangıcı arasındaki sürenin ilk saat içinde olması, NSAİİ aşırı duyarlılığı tanısı için artırıcı bir faktör olarak belirlenirken, reaksiyon tipi olarak ürtikerin tanısı için azaltıcı bir faktör olduğu saptandı (sırasıyla $OR=16,045$, $95\% CI=1,289-199,8$, $p=0,031$ - $OR=0,029$, $95\% CI=0,002-0,366$, $p=0.006$).

Cinsiyete göre NSAİİ duyarlı ve toleran bireyler arasında belirgin bir fark bulunmadı ($p=0,096$). Ayrıca, NSAİİ duyarlı ve toleran bireyler arasında eş zamanlı alerjik hastalık, atopi ve atopi aile öyküsü olup olmama durumuna göre NSAİİ duyarlılığı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi (sırasıyla, $p=0,262$, $p=0,966$, $p=0,639$). Benzer şekilde, NSAİİ duyarlı bireyler ve toleran bireyler arasında total IgE düzeyleri, eozinofil oranı, eozinofil sayısı, bazofil oranı ve bazofil sayısı arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,230$ $p=0,563$ $p=0,714$ $p=0,294$ $p=0,214$).

Tablo 2. NSAİİ hipersensitivitesi için risk faktörleri karşılatırmalı analizi

	NSAİİ hipersensitivitesi					
	Var		Yok		p	
	n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	16	38,1	37	54,4	0,096
	Kız	26	61,9	31	45,6	
Reaksiyon yaşı	10 yaş ve altı	13	31,0	52	76,5	<0,001
	10 yaş üstü	29	69,0	16	23,5	
Alerjik hastalık	Yok	17	40,5	35	51,5	0,262
	Var	25	59,5	33	48,5	
Ailede ilaç alerji öyküsü	Hayır	31	75,6	61	89,7	0,049
	Evet	10	24,4	7	10,3	
	Bilinmiyor	1	2,4	0	0,0	
Reaksiyon sayısı	1	16	38,1	48	70,6	0,001
	2 ve üstü	26	61,9	20	29,4	
İlaç alımı ile reaksiyon arasındaki süre	İlk 1 saat	41	97,6	48	70,6	0,001
	1-24	1	2,4	17	25,0	
	>24 saat	0	0,0	3	4,4	



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Reaksiyon Tipi	Maküler döküntü	0	0,0	9	13,2	0,010
	Ürtiker	4	9,5	30	44,1	<0,001
	Anjiyoödem	15	35,7	15	22,1	0,118
	Ürtiker+anjiyoödem	4	9,5	8	11,8	1,000
	Anafilaksi	19	45,2	6	8,8	<0,001
Total IgE Median (Min-Maks)		150,5 (5,8-1327)		135 (0,39-1272)		0,230
EOS% Median (Min-Maks)		3,1 (0,2-6,7)		2,6 (0,2-20)		0,563
Eosinofil sayı/mm3 Median (Min-Maks)		235 (20-650)		250 (0,06-1500)		0,714
BAZO % Median (Min-Maks)		0,3 (0-1,3)		0,4 (0,1-1,2)		0,294
Bazofil sayı/mm3 Median (Min-Maks)		25 (0-80)		30 (0,01-90)		0,214

5. TARTIŞMA

NSAİİ'ler çocukluk yaş grubunda ağrı kesici ve ateş düşürücü özelliklerinden dolayı sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürde NSAİİ aşırı duyarlılığı ile ilgili epidemiyolojik veriler kısıtlı olmakla birlikte vaka serileri içeren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda literatür ile benzer olarak NSAİİ aşırı duyarlılık şüphesi ile en sık başvuru sebebi ürtiker ve anjiyoödem gibi cilt semptomlarıdır (3). Yalnızca solunum semptomu ile başvuru yoktu ancak hastaların %22'si en az iki sistem tutulumu (cilt ve mukoza bulgusu, solunum bulguları ve senkop) tarif etmekteydi. Başvuruda reaksiyon tipi anafilaksi olan (n:25) hastaların %12'sinin (n: 3) tanısı ilaç provakasyon testleri ile doğrulanırken, %16'sı (n: 4) İPT sonrası ilaç alerjisi olarak değerlendirilmedi. Tarafımıza anafilaksi ile yönlendirilen 18 hastanın tanısı geçmiş tıbbi kayıtları ile doğrulandı.

Farklı ülkelerde ilaç kullanım alışkanlıklarına bağlı olarak şüpheli ilaç sıklığı çeşitlilik göstermektedir (3). Çalışmamızda en sık şüpheli olan ve hipersensitivite tanısı konan ilaç ülkemizdeki verilerle benzer olarak ibuprofen olarak saptandı (4,5). Ülkemizde ruhsatlı olan NSAİİ'ler prospektüsünde önerilen yaş grubundan daha küçük yaşlarda olan çocuklar, özellikle de adolesanlar tarafından kullanılmıştı. Bu hastalara güçlü bir COX inhibitörü olan ve geniş bir yaş aralığında kullanımı uygun olan ibuprofen ile ilaç provakasyon testi yapıldı. Topal ve arkadaşlarının (5) çalışması ile benzer şekilde suçlu ilaç ile ilaç provakasyon testlerinin pozitiflik oranı %16 saptandı. Blanca ve arkadaşlarının (3) çok merkezli çalışmasında ise bu oran %19,6 idi, yüksek klinik şüphesi olan İPT reddeden ve şiddetli reaksiyon öyküsü olduğundan İPT yapılmayan hastalar eklendiğinde ise NSAİİ ile şüpheli reaksiyon ile başvuranları %29'u NSAİİ hipersensitivitesi tanısı almıştı. Literatürde NSAİİ ile şüpheli ilaç reaksiyonu ile başvuran hastalarda NSAİİ aşırı duyarlılık oranı %9,8-%68 arasındadır. Bizim çalışmamızda ise ülkemizde yapılan çalışmalara göre daha yüksek oranda hasta (%38'i) NSAİİ aşırı duyarlılığı tanısı aldı (4).

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak reaksiyon görülme yaşı 10 yaş üstünde olanlar daha yüksek oranda NSAİİ hipersensitivitesi tanısı aldı. Yılmaz ve arkadaşları (6) parasetamol ve nimesulid için tolere edilebilirlik oranları sırasıyla %60 ve %88,8 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise alternatif ilaç için yapılan testlerde parasetamol %97 (n: 31/32), nimesulid %70 (n: 7/10) oranında tolere edildi. Meloksikam ile iki ilaç provakasyon testi negatif sonuçlandı.

6. SONUÇ

Çalışmamızda İPT yapılan hastaların yalnızca küçük bir kısmı (%16) pozitif saptandı. Literatür verileri ile uyumlu olarak reaksiyon görülme yaşı 10 yaş üstünde olanlar daha yüksek oranda NSAİİ hipersensitivitesi tanısı aldı. Bu durum çocuklarda sık görülen viral enfeksiyonlar ilaç alerjisini taklit edebileceğinden özellikle de küçük yaşlarda reaksiyon görülen hastalarda tanısal testler ile tanının netleştirilmesi büyük önem taşıdığını düşündürmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



REFERANSLAR

1. Kidon M, Blanca-Lopez N, Gomes E, et al. EAACI/ENDA Position Paper: Diagnosis and management of hypersensitivity reactions to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018;29(5):469-480.
2. Demoly, P., Kropf, R., Pichler, W.J. and Bircher, A. (1999), Drug hypersensitivity: questionnaire. *Allergy*, 54: 999-1003.
3. Mori F, Atanaskovic-Markovic M, Blanca-Lopez N, et al. A Multicenter Retrospective Study on Hypersensitivity Reactions to Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) in Children: A Report from the European Network on Drug Allergy (ENDA) Group. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(3):1022-1031.e1.
4. Guvenir H, Dibek Misirlioglu E, Capanoglu M, et al. The Frequency of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Hypersensitivity in Children with Asthma. *Int Arch Allergy Immunol.* 2018;176(1):26-32.
5. Yilmaz Topal O, Kulhas Celik I, Turgay Yagmur I, et al. Results of NSAID provocation tests and difficulties in the classification of children with nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;125(2):202-207.
6. Yilmaz O, Ertoy Karagol IH, Bakirtas A, et al. Challenge-proven nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity in children. *Allergy.* 2013;68(12):1555-1561.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-009

Çocuklarda Eozinofilik Özofajit: Diyet Tedavisindeki Zorluklar ve Çözüm Önerileri

Kenan Çetin¹, H. İlbilge Ertoy Karagöl¹, Sinem Polat Terece¹, Gizem Köken¹, Zeynep Çavdar¹, Özgür Ekinci³, Hakan Öztürk²,
Ödül Eğritaş Gürkan², Sinan Sarı², Buket Dalgıç², Arzu Bakırtaş¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji - Alerji BD

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji BD

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji BD

Giriş: Eozinofilik Özofajit (EoE), özofagus disfonksiyonu ve eozinofilik inflamasyonla karakterize kronik bir hastalıktır. Tetikleyici besinin tespit edilmesi IgE aracılı besin alerjilerinden farklı ve zor bir süreç olup, aynı zamanda hastanın diyet tedavisine uyumu da zor olabilir.

Amaç: Bu çalışmanın birinci amacı, EoE'li çocuk olgularda diyet tedavisinin günlük pratikte işleyişini ve sonuçlarını değerlendirmektir. İkinci amacı ise bu spesifik olguları izleyen hekim grubuna diyet tedavisi ile ilgili öneri sunmaktır.

Bulgular: 2008-2024 yılları arasında EoE tanısı konulan çocuk olgularda uygulanan diyet çeşitleri, yanıtları ve tetikleyici besinler dosya kayıtlarından elde edilmiştir. En az 8 haftalık diyet altında semptomatik ve patolojik iyileşme (<15 eoz/1BBA) tedavi yanıtı olarak kabul edilmiştir. Tetikleyici besin tespiti için, 8 haftalık eliminasyon, provokasyon ve tekrar eliminasyon uygulaması ve bu aşamaların her birinin ardından endoskopik-histopatolojik değerlendirme yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 123 olgudan, 57'sine (%46) izlemlerinin herhangi bir zamanında diyet önerilmiştir. Diyeti kabul eden 45 (%79) olguya, tekli (%51), ikili (%20), dördü (%11), altılı (%18) diyet önerilmiş ve bu olguların 35'i diyetine uyumuştur (%78). Diyete uyumlu olguların 28'inde yanıt değerlendirilmiş (%80), 8'inde (%29) yanıt alınmıştır. Diyete yanıt alınan olguların 5'inde (%62,5) tetikleyici besin bulunmuştur (süt: 4, süt ve yumurta:1). Bunların 4'ü halen diyet tedavisine devam etmektedir (%80). Diyete uyumlu olguların %63'üne tek besinle diyet, %37'sine çoklu besinle diyet önerildiği, uyumsuz olguların ise %10'una tek besinle, %90'ına çoklu diyet önerilmiştir (p<0,05). Tek besinle diyet önerisi 2019 öncesinde 2 olguya (%11), 2019'dan itibaren ise 31 olguya (%86) önerilmiş ve uyum aynı dönemler için %61 ve %89 olarak bulunmuştur (p<0,05).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

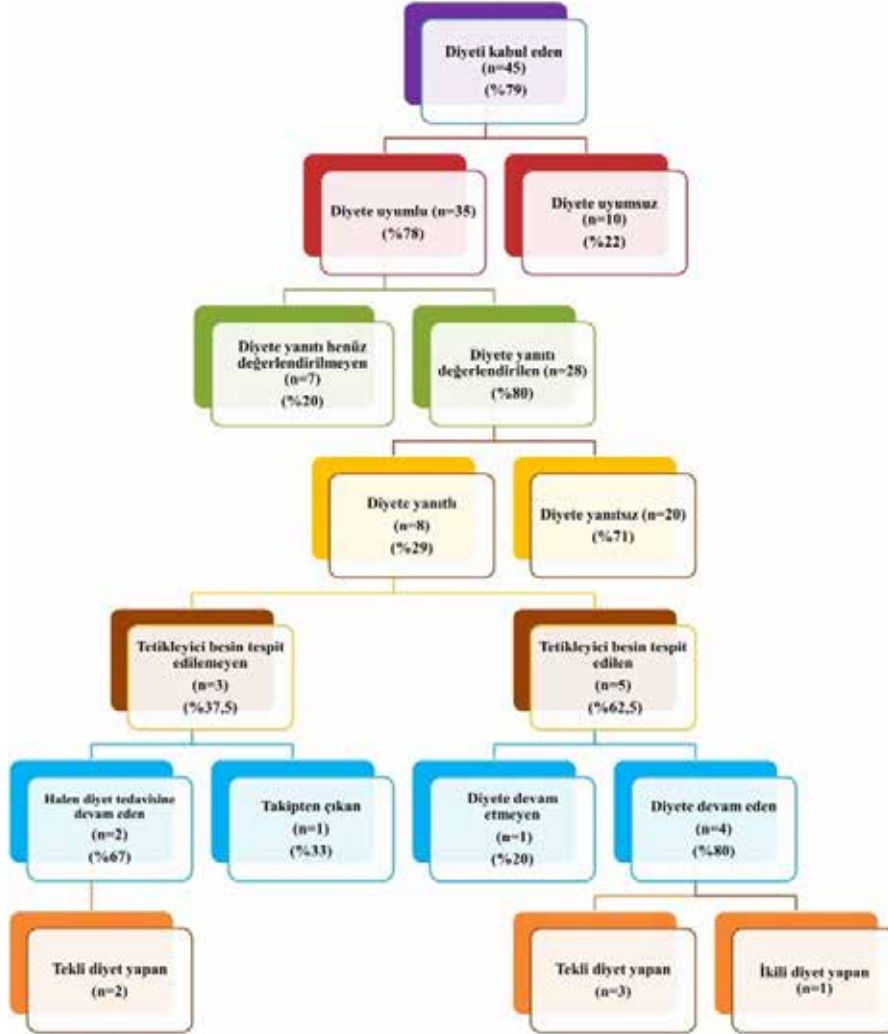
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Diyet



Sonuç: Diyet tedavisinin, EoE'li çocuklar arasında kabulü ve uyumu yüksek, yanıtı ise görece düşüktür. Diyet öneri pratiğinin çoklu besinden tek besine değişmesi uyumu artırmıştır. Süt en sık tespit edilen tetikleyici besin olup, sütle tekli diyet EoE'li çocuk olgularda hem uyum hem de yanıt açısından çözüm olabilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-010

Eozinofilik Özofajitte Yutulan Topikal Kortikosteroidle Yanıtlı Çocuk Olgularında Yarı Doz Yanıtı

Zeynep Çavdar¹, Hacer İlbilge Ertoy Karagöl¹, Kenan Çetin¹, Sinem Polat Terece¹, Gizem Köken¹, Özgür Ekinci², Hakan Öztürk³, Ödül Eğritaş Gürkan³, Sinan Sarı³, Buket Dalgıç³, Arzu Bakırtaş¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Yutulan topikal kortikosteroidler (YTK), eozinofilik özofajitte (EoE) tedavi seçeneklerinden biridir. Tam doz YTK yanıtı çalışılmış olmasına rağmen idame doz yanıtı hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Amacımız, YTK başlanan ve tam doza yanıt alınan EoE'li çocuk olgularda yarı doz YTK yanıtını değerlendirmektir.

Amaç: 2008-2024 yılları arasında rehber dayalı EoE tanısı konulan çocuk olgular çalışmaya dâhil edilmiştir. İzleminin herhangi bir zamanında YTK başlanan olgularda, klinik ve histopatolojik yanıt olguların dosyalarından kaydedilmiştir. En az 2 ay YTK kullanan olgularda klinik yanıt semptomların düzelmesi, histopatolojik yanıt ise <15 Eoz/1BBA olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen 123 olgudan, 50'sine (%40.6) YTK başlanmıştır. Ortanca 5 ay (2-12) YTK kullanımı sonrası, histopatolojik değerlendirme 37 olguda yapılabilmiş (%74), 7 olguda tedavi uyumsuzluğu (%14); 6 olguda tedavi süresi yetersiz olduğu için (%12) yanıt değerlendirilememiştir. Histopatolojik değerlendirme yapılabilen 37 olgunun 36'sında klinik yanıt (%97,2), 35'inde klinik ve histopatolojik yanıt izlenmiştir (%94,5). Yanıt izlenen 35 olgunun 23'sinde YTK yarı doza inilmiş (%65.7), 16'sında klinik ve histopatolojik yanıt değerlendirilebilmiş (%69,5) ve 8'inde yarı doz YTK ile de yanıtın devam ettiği gösterilmiştir (%50).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

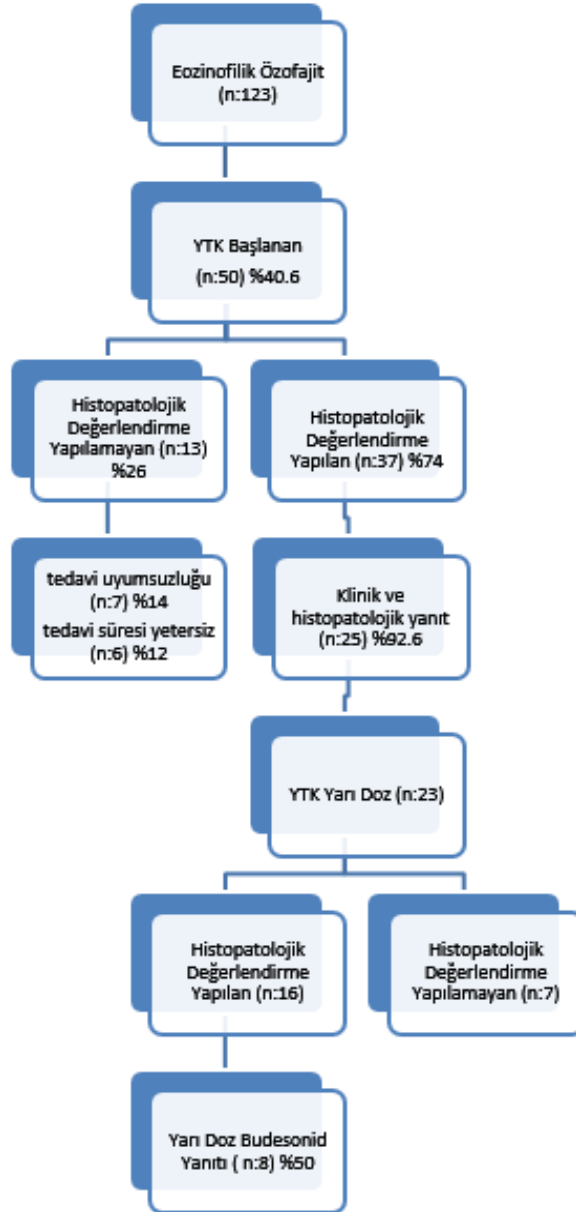
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Budesonid Tedavisine Yanıt



Sonuç: EoE'li çocuk olgularda tam doz YTK'ya klinik ve histopatolojik yanıt oranı çok yüksektir. Bu yanıt olguların yarısında, yarı doza inildiğinde de korunmaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-011

Ceviz Duyarlılığı Saptanan Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Arife Toksöz¹, Burcu Özkan Kırgın¹, Seda Şirin¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Zülfikar Akelma², Ezgi Ulusoy Severcan¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Ceviz, Juglandaceae familyasına ait bir kabuklu ağaç yemişidir. Tanımlanmış 8 ceviz alerjisi içinde esas sorumlu alerjen Jug r 1(2S albümin) tohum depo proteinidir. Yetişkin Avrupa nüfusunun %3'ünün ceviz duyarlılığı olduğu tahmin edilmektedir.

Amaç: Toplumumuzda şekli nedeniyle beyin gelişimini artırdığı inancı yaygın olan ceviz ek gıda sürecinde ilk karşılaşılan kuruyemişlerdendir. Bu çalışmada Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniğinde 01.10.2022 ile 01.02.2024 arasında yapılan deri prik testlerinde (DPT) ceviz duyarlılığı saptanan olgular irdelenmiştir.

Bulgular: Ceviz duyarlılığı saptanan 39 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup bunlardan 28'i (%71,8) erkek, 11'i (%28,2) kız ve yaş ortalaması 54,5±46,1 aydı. Bakılan ceviz sIgE 13,1±10,9 kU/L saptandı. Hastaların ilk karşılaştığı kuruyemiş 17'sinde (%43,6) ceviz, 11'inde (%28,2) fındık idi. Cevizle karşılaşma yaşı 10,8 ±8,15 saptanırken ceviz ile karşılaşan 24 (% 62,5) hastanın 20'sinde (%76,9) ürtiker/anjioödem ve 6'sında (%23,1) anafilaksi yakınmaları olmuştu. Ceviz anafilaksisi için anlamlı bir risk faktörü bulunamadı. On bir (%28) hastada izole ceviz alerjisi mevcuttu. Hastaların 26'sının (%66,7) diğer kuruyemişlerle 28'inin (%71,8) diğer besinlerle alerjisi vardı. Ceviz alerjisine ek olarak 12 hastada (%30,8) kuruyemiş, süt ve yumurta alerjisi, 10 hastada (%25,6) kuruyemiş ve yumurta alerjisi olduğu saptandı. DPT ile 19 hastada fındık, 12 hastada yer fıstığı, 11 hastada antep fıstığı, 9 hastada kaju ve 4 hastada badem duyarlılığı saptandı. Besin alerjisine 37 hastada (%94,8) atopik dermatit, 14 hastada (%35,8) astım, 6 hastada (% 15,8) alerjik rinit ve 1 hastada (%2,5) ilaç alerjisi kliniği eşlik ediyordu. Hastaların 4'ünün kardeşinde de ceviz alerjisi öyküsü mevcuttu. Ailede 14 (%35,8) hastanın annesinde ve 12 (%30,7) hastanın babasında ve 4 (%10,3) hastanın kardeşinde atopi öyküsü vardı. Hastaların izleminde 12'sinde (%30,8) ortalama 22,2 ayda tolerans geliştiği kaydedilmiştir. Anafilaksi olanların hiçbirinde ortalama 61,3 ay izlemde tolerans gözlenmemiştir.

Sonuç: Ülkemizde sevilen ve sık tüketilen bir kuruyemiş olan cevizle ilgili gelişen alerjiler klinikte önemli yer tutmaktadır. İzole olabildiği gibi çoklu kuruyemiş veya gıda alerjisi şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Hastaların %30,8'inde tolerans gözlenirken, anafilaksi öyküsü tolerans için bir risk faktörüdür.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-012

Deri Prik Testi Yapılan 2 Yaş Altı Çocukların Demografik, Klinik Özellikleri ve Laboratuvar Bulgularının Tanıyla Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Betül GENÇ¹, İlyas Emre TEKDEMİR¹, Fatma DUKSAL¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş: Alerjik hastalıklar sıklığı giderek artan kronik hastalıklardandır. Deri prik testi (DPT) özellikle immunglobulin E aracılı alerjik reaksiyonların teşhisinde en sık kullanılan ve ilk tercih edilen tanısal test yöntemidir.

Amaç: Çalışmamızda 2 yaş altı DPT uygulanan hastaların verilerinin sunulması ve güncel literatür ile tartışılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda Konya Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniğine 1 Mart 2022-1 Mart 2023 tarihleri arasında gelen, 2 yaş altı DPT uygulanmış olan 603 hastanın klinik, demografik ve laboratuvar verileri tıbbi kayıtlardan geriye dönük taranarak kaydedildi. Etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Çalışma hastalarının yaş ortalaması $9,99 \pm 9,45$ aydı. Cinsiyet dağılımı %58,5 erkek, %41,5 kız idi. Sık enfeksiyon geçirme durumu %32,5 ve hastaneye yatış oranı %26,2 idi. Kızarıklık, kaşıntı, kuruluk, öksürük, hırıltılı solunum ve dışkıda mukus şikayetlerinin sırasıyla %57,5, %28,9, %45,3, %27,7, %26,2 ve %27,5 oranında olduğu görüldü. Ev ortamında bulunan alerjenlerin en sık peluş oyuncak (%56,1), yün (%52,2) ve sigara (%53,6) olduğu belirlendi. Hastaların %47,6'sında DPT'de bir alerjik duyarlanma olduğu saptandı. Alerjen tiplerine göre duyarlanma sıklıklarına bakıldığında besin panelinde en yüksek yumurta (%27,5) ve süt (%23,4), inhalen panelde ise kedi alerjenine (%4,8) duyarlanma olduğu görüldü. Hastaların %55,6'sı besin alerjisi olan hastalardı; bu grupta en sık görülenler sırasıyla yumurta (%38,3) ve süt alerjisiydi (%32,8). Hastaların %50,4'ünde atopik dermatit, %15,9'unda infantil astım vardı. Süt alerjisi tanısı alan hastalarda en sık şikayetin gaitada mukus(%64) ve ciltte kızarıklık (%60) olduğu görüldü. Süt alerjisi ile birlikte görülen en sık tanıların atopik dermatit (%58,10) ve yumurta alerjisi (%53,00) olduğu görüldü. Yumurta alerjisi tanısı alan hastalarda en sık şikayetin yine ciltte kızarıklık (%85,3), ciltte kuruluk (%77,9) ve gaitada mukus (%41,6) olduğu görüldü. Yumurta alerjisi ile birlikte görülen en sık tanıların atopik dermatit (%87,40) ve süt alerjisi (%45,50) olduğu görüldü. Atopik dermatit tanılı hastalarda soya ($p=0,044$), kırmızı et ($p=0,009$), inek sütü ($p=0,001$), tavuk eti ($p=0,031$), yumurta ($p<0,001$) ve şeftali ($p=0,046$) duyarlanması tanı almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Hastaların hiçbirinde DPT'ye bağlı komplikasyon görülmedi.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Hastaları Demografik Verileri

Yaş (Ortalama±Std.Sapma)	9,99±9,45
Cinsiyet	n (%)
Kız	250 (41,5)
Erkek	353 (58,5)
Doğum Tipi	n (%)
Miad Doğum	556 (92,2)
Prematür Doğum	47 (7,8)
Kardeş Sayısı	n (%)
1	240 (39,8)
2	253 (42)
3	72 (11,9)
4	34 (5,6)
5	3 (0,5)
6	1 (0,2)
Kaçıncı Çocuk	n (%)
1	243 (40,3)
2	250 (41,5)
3	73 (12,1)
4	33 (5,5)
5	3 (0,5)
6	1 (0,2)
Beslenme	n (%)
Anne Sütü	467 (77,4)
Anne Sütü + Mama	79 (13,1)
Mama	57 (9,5)
Sık Enfeksiyon	196 (32,5)
Hastanede Yatış	158(26,2)

Hastaları Demografik Verileri



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Hastaların Tanı Dağılımları

Tanı	n (%)
Besin Alerjisi Tanıları	335 (%55,6)
Yumurta Alerjisi	231(38,3)
Süt Alerjisi	198 (32,8)
Tavuk Alerjisi	47 (7,8)
Meyve-Sebze Alerjisi	30 (5)
Kuruyemiş Alerjisi	17 (2,8)
Diğer Besin Alerjileri	13 (2,2)
Kırmızı Et Alerjisi	11 (1,8)
Buğday Alerjisi	6 (1)
Balık Alerjisi	2 (0,3)
Kuzu Eti Alerjisi	1 (0,2)
Diğer Tanılar	n (%)
Atopik Dermatit	304 (50,4)
İnfanıl Astım	96 (15,9)
Alerjik Rinit	42 (7)
Ürtiker	32 (5,3)
Akut Bronşit	30 (5)
İlaç Alerjisi	20 (3,3)
Adenoid Hipertrofisi	17 (2,8)
Anaflaksi	10 (1,7)
Sık Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	14 (2,3)
Böcek Isırığı	7 (1,2)
İmmün Yetmezlik	6 (1)

Hastaların Tanı Dağılımları



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Hastaların Geliş Şikayetleri ve Polikliniğe Geliş Nedenleri

Cilt	n (%)
Kızarıklık	347 (57,5)
Kuruluk	273 (45,3)
Kaşıntı	174 (28,9)
Diaper Dermatit	36 (6,0)
Solunum Yolu	n (%)
Öksürük	167 (27,7)
Hırıltılı Solunum	158 (26,2)
Burun Tıkanıklığı	115 (19,1)
Burun Akıntısı	83 (13,8)
Horlama	57 (9,5)
Gastrointestinal Sistem	n (%)
Dışkıda Mukus	166 (27,5)
Dışkıda Kan	67 (11,1)
Kusma	59 (9,8)
İshal	45 (7,5)
Kabızlık	23 (3,8)
Diğer Şikayetler	n (%)
Huzursuzluk	89 (14,8)
Meme Reddi	67 (11,1)
Kilo Alamama	43 (7,1)
Polikliniğe Gelme Nedeni	n (%)
Doktor Yönlendirmesi	508 (84,2)
Alerjisi var mı merak ettim	60 (10,0)
Kardeşinde de alerji olduğu için	5 (0,8)

Hastaların Geliş Şikayetleri ve Polikliniğe Geliş Nedenleri

Sonuç: Alerjik hastalıklar sıklığı giderek artan ve ciddi oranda bebekleri etkileyen önemli bir hastalık grubudur. Yaş, aile öyküsü, semptomlar ve laboratuvar sonuçları bu grup hastalarda beraber değerlendirilmelidir. Özellikle 2 yaş altı atopik dermatitli hastalarda besin alerjisi mutlaka akılda bulundurulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-013

Besin Yükleme Testinde Sistemik Reaksiyon Riskini Arttıran Faktörler

Aymen Hişmioğulları¹, Soner Günder¹, Melike Ocak¹, Kadir Buğra Sarı¹, Ayça Demir¹, Figen Çelebi Çelik¹, Özge Atay¹, Canan Şule Karkıner¹, Özlem Sancaklı¹, Demet Can¹

¹SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, Dr. Behçet Uz SUAM, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği

Giriş: Besin yükleme testi (BYT) besin alerjisi tanısında altın standart tanı testidir. Ancak içerdiği riskler nedeniyle hem ebeveynlerde hem de hastalarda endişeye neden olmaktadır. Retrospektif, kesitsel çalışmaya çocuk alerji polikliniğimizde 1.1.2023 - 31.12.2023 tarihleri arasında besin alerjisi ön tanısı ile BYT yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, laboratuvar bulguları, eşlik eden atopi varlığı, ailede atopi öyküsü, BYT yapılan besinler ve pozitif BYT'lerde gelişen reaksiyonlar kaydedildi.

Amaç: Bu çalışmada, BYT sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi ve BYT pozitifliğini ön gören parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: İki yüz on bir hastaya yapılan 310 besin yükleme testi sonuçları değerlendirildi. Çalışmaya alınan 211 hastanın %63'ü (n:133) erkekti. Ortanca BYT yapılma yaşı 21 ay (çeyrekler arası, 14-37,3 ay) idi. Hastaların %30,8'inde çoklu besin alerjisi saptandı. Besin alerjisine eşlik eden diğer alerjik hastalıkların; %36,5'i atopik dermatit, %16,1'i astım, %2,4'ü alerjik rinit idi. Ailede atopi öyküsü %35,5 idi. Yapılan BYT'lerin %26,5'i tanı amacıyla, %73,5'i tolerans değerlendirilmesi amacıyla uygulanmıştı. En sık BYT yapılan besinler sırasıyla yumurta %47,5 (n:147), süt %36,5 (n:113) ve kuruyemiş %7,5 (n:23) idi. Hastaların %12,3 (n:38)'ünde BYT sırasında sistemik reaksiyon görüldü. Beş (%13,2) hastaya anafilaksi tanısı konuldu. Otuz sekiz hastanın 36 (%94,7)'sında deri, 4 (%10,5)'ünde gastrointestinal, 3 (%7,9)'ünde kardiyovasküler, 2 (%5,3)'sinde solunum ve 2 (%5,3)'sinde nörolojik sistem bulgusu saptandı. Besin yükleme testinde sistemik reaksiyon riskini arttıran faktörler; süt (OR: 3,326; %95 CI: 1,437-7,702; p=0,005), susam (OR: 7,022; %95 CI: 1,194-41,311; p=0,031) ve kuruyemiş (OR: 11,286; %95 CI: 3,858-33,017; <0,001) olarak belirlendi. Besin yükleme testi pozitif ve negatif olan hastalar karşılaştırıldığında BYT pozitif olanlarda yaşın büyük olması istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,011). Besin yükleme testinde bu gruplar arasında cinsiyet, eşlik eden atopik hastalık, total IgE ve eozinofil sayısında gruplar arasında fark saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Çocuk alerji polikliniklerinde hem tanı koymak hem de tolerans gelişimini değerlendirmek için rutin BYT yapılmaktadır. Özellikle susam ve kuruyemiş alerjisi olan hastalarda BYT sırasında sistemik reaksiyon riski göz önünde bulundurulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-014

Kabuklu Ağaç Yemişleri ve Yer Fıstığı Alerjisi Olan Çocukların Retrospektif Değerlendirilmesi

Muhammet Kaya¹, Hülya Anıl¹, Feride Candan¹, Sümeyye Baysal¹, Sinem Aslan¹, Koray Harmancı¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Kabuklu ağaç yemişleri ve yer fıstığı alerjisi dünyada her yaşta sık rastlanılan besin alerjilerindedir.

Amaç: Kabuklu ağaç yemişleri ve/veya yer fıstığı alerjisi olan çocukların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Bu retrospektif çalışmaya 2020-2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji polikliniğine başvuran 1960 besin alerjisi öyküsü olan çocuğun 70 tanesi (%3.5) kabuklu ağaç yemişi ve/veya yer fıstığı alerjisi tariflemekte idi. Bu hastalardan da öyküsü net olan ya da oral besin yükleme testi kabul eden toplam 40 hasta (23 kız 17 erkek) çalışmaya dahil edildi. Anafilaksi öyküsü olan hastalara oral besin yükleme testi yapılmadı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanı yaşı, reaksiyon tipi, semptom ve tanı yaşı arasındaki süre, eşlik eden atopik hastalık, ailede alerjik hastalık varlığı, deri prik test sonuçları, total immünglobülin E ve spesifik IgE değerleri retrospektif olarak dosyalardan tarandı.

Sonuç: Çalışmaya katılan çocukların %42.5'i erkek, %57.5'i kız idi. Hastaların yaş ortalamaları 6.2±3.3 yaş idi. Hastaların 12'si (%30) anafilaksi 15'i (%37.5) ürtiker, 3'ü (%7.5) atopik dermatit 13'ü (%32.5) diğer sebeplerle başvurmuştu. Çocuklarda ek alerjik hastalığı olan hasta sayısı 26 (%65) idi ve en fazla atopik dermatit (%34) eşlik etmekte idi. Hastaların 11 (%27.5) tanesinin ailesinde de alerjik hastalık mevcuttu. Reaksiyonların 17'si (%27,5) antep fıstığı, 10'i (%27.5) fındık, 11'i (%17.5) ceviz, 5'i (%12.5) badem, 7'ü (%10) kaju, 5'i yer fıstığı ile gerçekleşmişti. Hastaların 12 (%30) tanesinin birden fazla kabuklu ağaç yemişi ile reaksiyon tariflediği (≥2), bunların da 3 (%25) tanesine yer fıstığının eşlik ettiği görüldü, tek başına yer fıstığı ile reaksiyon 2 hastada (%5) mevcuttu. Oral besin yükleme testi yapılan hastaların 6'sında (%26) test pozitif sonuçlandı. Anafilaksiyle başvuran hastaların, anafilaksi geçirmeyen çocuklara göre izlem sürelerinin daha uzun olduğu ve şüpheli ajanı halen tüketmedikleri görüldü (sırasıyla; p=0.02, p<0.01). Hastaların izlemleri sırasında şüpheli besini tüketebilenlerde, tüketemeyen çocuklara göre tanı yaşının daha düşük ve takip sürelerinin daha kısa olduğu görüldü (p=0.02, p=0.05). Çalışmamızdaki kanıtlanmış yüksek antep fıstığı, fındık aracılı IgE aracılı reaksiyonların oranı ve düşük yer fıstığı alerjisi ülkemiz verileriyle uyumludur. Çoklu kabuklu ağaç yemişi ile reaksiyon tarifleyen çocukların oral besin yükleme testleri ile değerlendirilmeleri gereklidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-015

Yumurta Alerjisi Çocuğu Olan Annelerin Gebeliklerinde Ev Yapımı Fermente Gıdaları Tüketme Durumları: Vaka Kontrol Çalışma

Pelin Karataş¹, Zeynep Güleç Köksal², Pınar Uysal³

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Annenin perinatal dönemde bağırsak mikrobiyotasını olumlu yönde geliştirecek besinler (probiyotik, prebiyotik, simbiyotik, vb) ile beslenmesi anne ve bebeğin bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliğini arttırabilir. Anneden bağırsak mikrobiyotasının sağlıklı olması durumunda bebeğinin bağırsak mikrobiyotasındaki yararlı bakterilerin miktarı arttığı ve yeni oluşmaya başlayan mikrobiyotası olumlu yönde geliştiği düşünülmektedir. Fermente gıdalardaki biyoaktif peptitlerin ve mikrobiyal metabolitler bağırsak mikrobiyotasını olumlu yönde geliştirir. Fermente gıdaların gebeliklerinde anneler tarafından tüketilmesi, bebeklerinde alerjik hastalıkların görülmesini azaltabilir.

Amaç: Bu çalışmada, bebeklerde yumurta alerjisi gelişimi ile annenin gebeliğinde tükettiği ev yapımı fermente gıda tüketimi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı. Bu vaka kontrol dizayndaki çalışma Ocak 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak referans merkezi olan hastanemizin çocuk alerji ve immünoloji ayaktan polikliniğine başvuran ve yaşları üç yaşın altında olan çocuk ve anneleriyle yapıldı. Katılımcılar yaş (ay olarak) ve cinsiyetine göre birebir eşleştirilerek yumurta alerjisi tanısı alan (YA grup, n= 82) ve sağlıklı olan çocuk ile anneleri (kontrol grup, n= 77) olarak sınıflandırıldı. YA ve kontrol grubuna ulaşmak için olasılıksız örnekleme yöntemlerinden olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı. Katılımcılar yaş ve cinsiyetine göre birebir eşleştirildi. Çalışmada, anne ve bebeğe yönelik sosyo-demografik form ile annelerin gebeliklerinde ev yapımı fermente gıda (yoğurt, peynir, tarhana, turşu, kefir ve boza) tüketme durumları, tüketim sıklığı ve miktarı soruldu. Verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Nominal değişkenler yüzdelerle karşılaştırıldı. Fisher's exact test ile karşılaştırıldı. Normal dağılmayan değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanıldı. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Bu çalışma, 82 yumurta alerjisi olan ve 77 kontrol grubunda olan toplam 159 çocuk ve anneleri ile tamamlandı. Çalışmaya katılan bebeklerin yaş (ay) ortalaması yumurta alerjisi olan grupta 19 (12-28.25), kontrol grubunda ise 20 (11-27.5) idi. Annelerin gebeliklerinde yaygın olarak tükettiği ev yapımı fermente gıdalardan en sık olanlar yoğurt, peynir ve tarhanadır. Yumurta alerjisi olan çocukların anneleri, kontrol grubuna göre daha az yoğurt ve tarhana tüketmişlerdi (p=0.045; p<0.001). Yumurta alerjisi olan çocukların anneleri aynı zamanda yoğurt ve peynir ile yoğurt, peynir ve tarhana beraberliğini kontrol grubunda olan annelerde göre daha az tüketmekteydi (p=0.045; p<0.001).

Sonuç: Annelerin gebeliklerinde süt ve süt ürünlerinden yapılan gıdaları tek başına ya da birlikte tüketmeleri bebeklerde yumurta alerjisine karşı koruyucudur.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-016

Tekli ve Çoklu Kuruyemiş Alerjilerinde Klinik ve Laboratuvar Bulguları Açısından Farklılık var mıdır?

Zeynep Güleç Köksal¹, Seda Şirin², Ahmet Zülfikar Akelma²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

Giriş: Kuruyemişlere karşı alerji, ciddi alerjik reaksiyonların önde gelen nedenlerinden biri olup ölümcül sonuçlara neden olabilir. Çocuklarda kuruyemiş alerjilerin klinik özellikleri hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, çocuklarda kuruyemiş alerjilerinin klinik ve laboratuvar özelliklerini araştırmak ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Bulgular: Bu retrospektif çalışmaya, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Alerji Kliniği'nde 2023-2024 yılları arasında kuruyemiş alerjisi (fındık, ceviz, kaju, antep fıstığı ve badem) tespit edilen 0-18 yaş aralığındaki çocuklar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları, cinsiyetleri, alerjinin başlangıç yaşı, alerjik reaksiyonların türü, ailede atopi öyküsü, eşlik eden gıda alerjilerinin varlığı ve laboratuvar özellikleri medikal kayıtlardan toplandı. Toplamda 66 çocuk hastada kuruyemişlere bağlı alerji tespit edildi. Hastaların 35 (%53)'i erkek, 31 (%47)'i kadın cinsiyetti. Hastaların yaş ortalaması 41.03 aydı (20.66-53.85), ilk reaksiyon yaşları ise 9 aydı (6-12,25). Hastaların %43.9'unda ailesel atopi öyküsü mevcuttu. En sık görülen klinik semptomlar mukokütanöz (%98.5), solunum (%13.6) ve gastrointestinal (%15.2) semptomlardı, 15 hastada (%22.7) anafilaksi gözlemlendi. Bu reaksiyonların %66.7'si tek bir kuruyemiş türüyle ilişkiliydi, %33.4'ü ise birden fazla kuruyemişlere karşı reaksiyon gösterdi. Kuruyemiş alerjisi vakalarında en sık fındık alerjisi görülürken (%39.8), onu sırasıyla ceviz (%21.4), kaju (%18.5), antep fıstığı (%13.59) ve badem (%6.80) takip etti. Spesifik IgE medyan değerleri fındık için 3.72 (1.53-17.92), ceviz için 1.89 (0.74-13.62), kaju için 2.24 (0.17-4.67), antep fıstığı için 6.81 (1.65-20.47) ve badem için 0.97 ku/L (0.35-1.48) olarak belirlendi. Tekli ve çoklu kuruyemiş alerjileri arasında yaş, cinsiyet, ailesel atopi varlığı, eşlik eden diğer besin alerjileri, total IgE ve eozinofil sayıları açısından fark bulunmadı ($p>0.05$). Çoklu kuruyemiş alerjisi olanlarda anafilaksi görülme ve adrenalin otoenjektör reçete edilme oranları daha yüksekken (her ikisi $p<0.001$), tekli kuruyemiş alerjisi olanlarda atopik dermatit görülme oranı daha yüksek bulundu ($p=0.02$).

Sonuç: Çocuklarda en sık alerjik reaksiyonlara neden olan kuruyemişler fındık ve cevizdir. Tekli kuruyemiş alerjisine daha sık atopik dermatit eşlik etmesi dikkat çekicidir. Ayrıca, çoklu kuruyemiş alerjisi olan hastalarda anafilaksi ve adrenalin otoenjektör reçete edilme oranları daha yüksektir. Bu sonuçlar, çocuklarda kuruyemiş alerjisi yönetimi ve tedavisine yönelik klinik uygulamalara katkıda bulunmaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-017

Besin Proteini İlişkili Enterokolit Sendromu Tanılı Hastalarımızın Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi

Cebbar Yıldırımçakar¹, Nuran Özçiftçi Ertuğral¹, Ebru Arık Yılmaz¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPIES), etken besinin alımından 1-4 saat sonra olan inatçı kusma ile karakterize, IgE aracılı olmayan nadir görülen besin alerjisidir. Çalışmamızda BPIES hastalarımızın özelliklerini sunmayı amaçladık.

Amaç: Pamukkale Üniversitesi Çocuk Alerji&İmmünoloji Kliniğinde 2017-2024 tarihleri arasında BPIES tanısı almış hastalarımızın klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 48 hastanın, 25'i (52,1) kız olup başvuru yaşı ortanca ve çeyrekler arası 9,7 (7,08-12,7) aydı. Hastaların 21'inde (%43,8) yumurta sarısı, 15'inde (%31,3) inek sütü, 6'sında (%12,5) balık, kuzu eti, pirinç unu, buğday unu, mantar, badem, muz ise diğer sorumlu besinlerdi. Semptomların başlangıcı 6.0(3,1-8.0) ay olup, süt de 6,0 (4,8- 10,8), yumurta sarısında 9,6 (8,4-10,8), balık da 50,4(24,0-87,6) ay idi. Hastaların 4'ü (%8,3) ünde öncesinde besin proteini ilişkili alerjik proktokolit mevcuttu. Tanı sırasında 3 hastada (%6,2) beraberinde IgE aracılı besin alerjisi mevcuttu. Hastaların %100'ünde akut BPIES atağı öyküsü olup, atakların %100'ünde kusma, %25'inde solukluk, halsizlik, %16,7'sinde sulu-mukuslu ishal, %12,5'inde dehidratasyon bulguları, %1'inde kanlı ishal görüldü, şok tablosu, asidoz ve methemoglobinemi hiçbir hastada görülmedi. Dehidratasyon inek sütü ile akut BPIES atağında 3'ünde (%20) görülürken, yumurta sarısında hiç görülmedi (p:0,032). Kronik BPIES, inek sütü hastalarının 7'sinde (%46,7) görülürken, yumurta sarısında hiç görülmedi (p<0,001). Güncel yaşları 48,0(32,4-78,0) ay olup, 34,8 (21,64,8) ay süre takip edildi. Takipte hastaların 3'ünde (%6,3) büyüme geriliği, 1'inde (%2,1) hipoalbuminemi tespit edilmiş olup, 17'sinde (%35,4) BPIES kliniğinin gerilediği görüldü.

Sonuç: Bulgularımız, çocukluk çağında yumurta sarısının akut BPIES için en sık tetikleyici olduğunu, inek sütüne kıyasla semptom başlangıç yaşı ve başvuru yaşının belirgin olarak daha geç olduğunu, ancak inek sütü BPIES' ine, Kronik BPIES' in daha çok eşlik ettiğini göstermiştir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-018

Farklı Atopik Dermatit Fenotiplerinde Besin Duyarlılığı ve Besin Alerji Sıklığı

İsmail Özanlı¹, Nagihan İskender¹, Nezihe Nefise Uluç¹, Taha Yasin Akın¹, Sibel Balcı², Işıl Eser Şimşek¹, Metin Aydoğan¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Ve İmmünoloji BD

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik BD

Giriş: İki yaş altı atopik dermatitli (AD) hastalardaki besin duyarlılığı ve besin alerjisinin (BA) sıklığı ile ilgili veriler çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. İki yaş üstünde AD'yi başlayan olgularda duyarlanma sıklığı ve BA ile ilgili veriler yetersiz.

Amaç: Başlangıç yaşı ve şiddetine göre farklı AD fenotiplerinde duyarlanma ve BA sıklığını belirlemek ve risk faktörlerini araştırmayı amaçladık. Materyal-Metod: 2022- 2024 yılları arasında AD tanısı alan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların AD başlama zamanı, başvuru yaşı gibi tüm demografik özellikler ve lezyon tutulum bölgeleri dökümanete edildi. SCORAD hesaplandı. Laboratuvarda; besin (süt, yumurta, fındık, fıstık, ceviz, dana eti, tavuk eti) spesifik IgE (SplgE), eozinofil sayısı, total IgE bakıldı. SplgE >0.35 kUA/L pozitif kabul edildi. SplgE pozitif olan 2 yaş altı AD hastalarının tümüne, 2 yaş üstünde ise klasik AD tedavisine yanıt vermeyen olgularda eliminasyon ve 4 hafta sonra yükleme yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 257 AD'li çocuk dahil edildi. Bu hastaların 147/257 (%50.2) kız, AD ortanca başlangıç yaşı 6 ay (interquartil range [IQR], 2.5-30) ve ortanca başvuru yaşı 32.5 ay (IQR, 12-66 ay) idi. Tüm yaş gruplarını değerlendirdiğimizde besin duyarlanma prevalansı 115(%44.7) olarak tespit edildi. Hastaların 38(14.8%)'inde BA tespit edildi. Besin alerjisi olan olguların AD başlangıç yaşı 1-10 ay aralığındaydı. AD başlangıç yaşı 10 ayın üstünde hiçbir vakamızda besin alerjisi tespit edilmedi. BA prevalansı 3 ayın altında olan orta-ağır AD olgularımızın 25(%32.5)'inde, 4-10 ay arası olan olgularımızın ise 12(%15.7)'sinde tespit edildi. Besin alerjisi olan olguların %62.8'inde yumurta alerjisi, %26,3'ünde süt alerjisi, %23,6'sında kuruyemiş alerjisi saptandı. Multivariant regresyon analizde orta-AD olması (OR=14.08; %95 CI:1.77-112.28, p=0.013), şiddetli-AD olması (OR=16, 81; %95 CI:1.96-144.07, p=0.004), yaşı küçük olması (OR=0.83;%95 CI: 0.72-0.95, p=0.011) ve eozinofil sayısının artışı (OR=1.00; %95 CI:1.000-1.002, p=0.036) ile BA birlikteliği riskinin ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: AD'li çocuklarda 1 yaş altında 2 olgudan birinde, 1 yaş üstünde 3 olgudan birinde duyarlanma tespit edildi. Bir yaş üstü AD'lerin hiç birinde BA saptanmazken, 1 yaş altı orta-ağır AD olguların yaklaşık %25'inde BA tespit edildi. Bizim çalışmamız, 1 yaş altı orta- ağır AD'li çocuklarda duyarlanma bakılmasını ve pozitifse mutlaka eliminasyon yükleme yapılması gerektiğini, 1 yaş üstündeki AD olgularında ise rutinde besin duyarlanmasına bakılmasına gerek olmadığını düşündürdü. Ayrıca rutinde bakılmaması gereksiz eliminasyonları da önleyecektir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-019

Atopik Dermatitli Küçük Çocuklarda Serum İmmünoglobulin Düzeyleri ve Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi

Bahri Can Duran¹, Erhan Bahadır¹, Murat Özer¹, Caner Aytekin¹, Serap Özmen¹

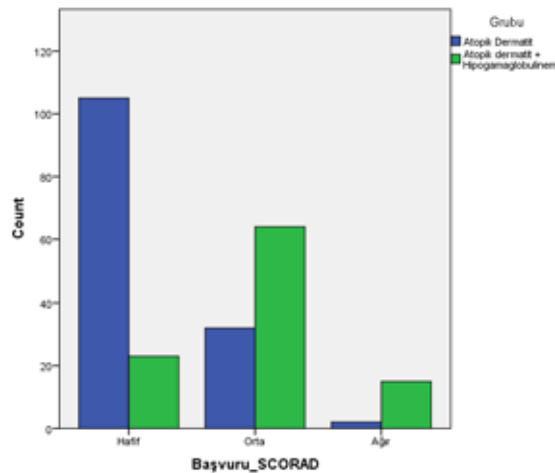
¹Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Atopik dermatit (AD), genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. AD primer immun yetmezliklere eşlik edebilir. Özellikle ağır AD ile ilişkili primer immun yetmezlikler başlıca hiperIgE sendromu, DOCK8 eksikliği, STAT6-GOF, IPEX sendromu ve Omenn sendromudur. IgE'nin AD patogenezinde rol oynadığı bilinmesine rağmen, diğer immünoglobulinlerin bu hastalıkla ilişkisi iyi araştırılmamıştır.

Amaç: Bu çalışma ile küçük çocuklarda immünoglobulin düzeylerinin (IgG, IgA, IgM, IgE) AD'in klinik bulguları ve hastalık şiddeti üzerindeki olası etkilerini araştırmak amaçlandı. Hastanemiz Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'ne 01.07.2021 ile 31.12.2023 tarihleri arasında başvuran ve Hanifin-Rajka tanı kriterlerine göre AD tanısı koyulan 1-60 ay arası hastalar, elektronik hasta kayıtlarından retrospektif olarak incelendi. Hastalar AD grubu 139 hasta ve AD ile immünoglobulin düzeyinde düşüklük olan (yaşa göre IgG ve/veya IgM veya IgA düzeyi 2SD'dan düşük) hipogamaglobulinemili (ADH) 102 hasta olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmada hastaların demografik ve klinik özellikleri, SCORAD skorları ve laboratuvar verileri oluşturulan standart bir forma kayıt edildi.

Bulgular: Hastaların 158'i erkek, 83'ü kız idi ($p>0.05$). Başvuru yaşları AD grubu'nda $14,3 \pm 13$ ay, ADH grubu'nda 11.1 ± 10.8 ay idi ($p<0.05$). ADH grubunun başvuru SCORAD skorları, AD grubuna göre daha yüksek saptandı ($p<0.05$). Ayrıca tüm hastaların anne sütü ile beslenme süreleri ve SCORAD skorları arasında anlamlı negatif korelasyon izlendi ($p<0.05$). Serum total IgE düzeyleri ADH grubunda AD grubuna kıyasla daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arasında deri prick testi duyarlılığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Grupların SCORAD skoruna göre dağılımları



Gruplardaki katılımcıların SCORAD skoruna göre dağılımlarını gösteren grafik. AD grubunda SCORAD skoru hafif saptananların çok daha yüksek sayıda olduğu görülüyor.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

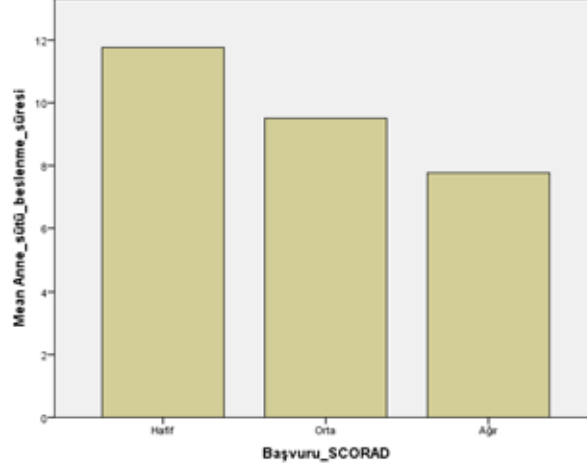
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Anne sütüyle beslenme süresi ile SCORAD skoru arasındaki ilişki



Hastaların anne sütü ile beslenme süreleri ile SCORAD skorları arasındaki ilişkiyi gösteren grafik. SCORAD skoru hafif olan gruba giren hastaların anne sütü ile beslenme sürelerinin daha uzun olduğu görülmekte.

Sonuç: Çalışmamızda serum immünglobulin düzeyleri düşük olan AD'li çocuklarda klinik prezentasyonun daha ağır olduğu saptandı. Anne sütü ile beslenme süreleri daha uzun olan hastalarda ise AD kliniğinin daha hafif olduğu gözlemlendi. Bu bulgular anne sütünün immün sistem üzerindeki olumlu etkilerini desteklemekte ve AD kliniğinin daha şiddetli olduğu hastalarda serum immünglobulin düzeylerinin değerlendirilmesi ve izleminin önemini göstermektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-020

Soğuk Ürtiker Tanısı İle İzlenen Çocuk Hastaların Klinik Özellikleri ve Yönetimi-Pecu Çalışması

Betul Gemici Karaaslan¹, Ozgen Soyoz², Figen Çelebi Çelik², Hümeysra Akbaş³, H. İlbiçe Ertoyl Karagöl⁴, Beril Canan Aksoydan⁵, Yağmur Hazal Şadırvan Oğuzkaya⁶, Gizem Uslu⁷, Semiha Bahçeci Erdem⁸, Ümmügülsüm Dikici⁹, Hilal Güngör¹⁰, Handan Duman¹¹, Hülya Anıl¹², Adem Yaşar¹³, Lida Bülbül¹⁴, Nurşen Ciğerci Günaydın¹⁵, Özge Türkyılmaz Uçar¹⁶, Mehmet Akif Kaya¹⁷, Sanem Eren Akarcan¹⁸, Tuğba Arıkoğlu¹⁹, Özge Kangallı Boyacıoğlu²⁰, Hatice Eke Güngör²¹, Merve Öçalan²², Mahmut Doğru²³, Mahir Serbes²⁴, Nagihan İskender²⁵, Mehmet Kılıç²⁶, Mutlu Yüksek²⁷, Özge Yılmaz²⁹, Tuğba Tuncel²⁸, Şefika İlkur Kökçü Karadağ³⁰, Zeynep Meriç¹, Özlem Sancaklı², Ayşen Bingöl¹⁷, Mehmet Halil Çeliksoy¹⁶, Mustafa Atilla Nursoy¹⁴, Aylin Kont Özhan¹⁹, Suna Asilsoy²⁰, Hasan Yüksel²², Dilek Özcan²⁴, Işıl Eser Şimşek²⁵, Koray Harmancı¹², Esen Demir¹¹, Deniz Özçeker¹⁰, Öner Özdemir⁹, Mustafa Arga⁷, Özlem Cavkaytar⁷, Yakup Canitez⁶, Nazlı Ercan⁵, Arzu Bakırtaş⁴, Zeynep Tamay³, Demet Can², Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹, Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane EAH, Çocuk Alerji İmmünoloji Bölümü

⁶Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji BD

⁷İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

⁸İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

⁹Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Alerji İmmünoloji Bölümü

¹¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji İmmünoloji Bölümü

¹⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹⁵Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk İmmünoloji Alerji Bölümü

¹⁷Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

¹⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji İmmünoloji Kliniği

¹⁹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁰Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

²²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²³Özel Memorial Şişli Hastanesi

²⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁷Zonguldak Bülent Ecevit Üniversite Hastanesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁸İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

²⁹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



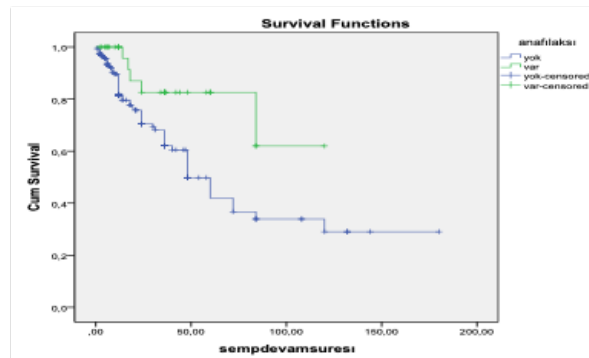
³⁰Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji BD

Giriş: Soğuk ilişkili ürtiker (SİÜ), çoğu hastada soğuğa maruziyet sonrası tetiklenen lokalize semptomlardan yaşamı tehdit eden ağır reaksiyonlara kadar geniş bir klinikte karşımıza çıkan bir kronik ürtiker (KU) alt tipidir. Daha önceki çalışmalarda hastaların %25-35 arasında anafilaksi bildirdiği gösterilmiştir. Pozitif bir buz küpü testi tanıya yardımcı olsa da hastaların %25-40'ında buz küpü testi negatif olabilir ve bu hastalar atipik SİÜ tanısı alırlar. Pediatrik hastalarda SİÜ ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmada çok merkezli olarak pediatrik soğuk ilişkili ürtiker hastalarının klinik özelliklerini ve yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

Amaç: Çalışmaya 30 merkezden semptom başlangıç yaşı 18 yaşından küçük olan hastalar dahil edilmiş ve hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildikten sonra aktif şikayeti olan hastalara ürtiker kontrol test (ÜKT), ürtiker aktivite skoru (ÜAS), tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Hastalar klinik özellikleri, reaksiyon şiddeti, iyileşme zamanı, tedavi yanıtı açısından istatistiksel olarak karşılaştırılarak hastalık yönetimi ile ilgili veriler ortaya konmuştur. Hastalığın seyrini etkileyen faktörler Kaplan-Meier eğrisi ile istatistiksel değerlendirmeye sunulmuştur.

Bulgular: Çalışmamıza 30 merkezden 203 hasta dahil edildi, hastaların %56,1'i kadın ve ortalama yaş 166,4 (SD:61,3) aydı. Semptom başlangıç yaşı 9,39 yıl (SD:4,2), semptomların devamlılık süresi 29,3 ay (SD:30,2) olarak saptandı. Tedavi almaksızın %30 hasta son bir sene içinde hiç ürtiker atağı geçirmedi ve hastalık rezolüsyonu olarak değerlendirildi. Buz küpü testi yapılan hastaların %68'sinde (115/169) test pozitif. Hastaların %17,2'si soğuk ilişkili anafilaksi öyküsü bildirdi. Hastaların %89'u soğuk hava, %80,7'si soğuk su ve %16,7'si ise soğuk besinler ile tetiklenme bildirdi. Hastaların %12,3'ünde soğuktan kaçınma ile semptomlar kontrol altında tutulabilirken %5 hastada omalizumab ihtiyacı olduğu gözlemlendi. Anafilaksi varlığı, eşlik eden alerjik hastalık, soğuk suda yüzme ile semptomların tetiklenmesi hastalık persistansı için risk faktörü olarak değerlendirildi.

Kaplan Meier eğrisi, hastalık iyileşmesinin değerlendirilmesi



Kaplan-Meier eğrisi (univariate analiz): anafilaktik grup ve non-anafilaktik grup hastalık iyileşmesinin değerlendirilmesi.

Anafilaktik hastalar daha uzun zamanda iyileşmekteydi. (hazard ratio:0,42 %95 CI: 72,4;105,3; p=0,012)

Sonuç: Daha önceki çalışmalarda SİÜ'nün, pediatrik hastalarda KSU ile karşılaştırıldığında daha düşük iyileşme oranına sahiptir. SİÜ hastalarının iyileşmesini etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi ve hayatı tehdit edici reaksiyon oranı yüksek bu hastalık grubunda hastaların bu açıdan bilgilendirilerek adrenalin otoenjektör reçete edilmesi gerekmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-021

Kutanöz Mastositoz Tanısı Alan Çocuk Hastalarda Alerjik Hastalıkların Klinik Değerlendirmesi: Retrospektif Bir Çalışma

Hatice İrmak Çelik¹, Funda Aytekin Güvenir¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Çocuk Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Giriş: Kutanöz mastositoz (KM), çocuklarda en yaygın görülen mastositoz tipi olup, deride benign mast hücre infiltrasyonu ile ortaya çıkar. Alerjik reaksiyonlarda esas rolü oynayan mast hücreleri, mastositozda anormal bir şekilde çoğalır ve aktivasyona uğrar. Bu durum spontan veya tetiklenen alerjik reaksiyonlara neden olabilir. KM hastalarında atopi sıklığı genel popülasyonla benzerdir. Ancak bu hastalarda anafilaksi insidansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Amaç: Çalışmamızda KM tanısı konmuş çocuk hastalarda alerjik hastalıkların varlığı değerlendirilmiştir. Ayrıca KM'nin alerjik hastalıkların klinik belirtileri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Ankara Bilkent Şehir Çocuk Hastanesi Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Kliniği'nde Eylül 2019 - Eylül 2023 tarihleri arasında KM tanısı konmuş ve takip edilmiş çocuk hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, klinik bilgileri, laboratuvar sonuçları, kişisel ve ailesel alerji öyküsü ile ilgili bilgiler hastane dosya kayıt sisteminden elde edilerek kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya, primer şikayeti deri lezyonu olan toplam 58 çocuk hasta dahil edilmiştir, hastaların ortalama yaşı 72.3 ± 49.9 ay olup, %69'u erkektir. Lezyon ortaya çıktığı andaki ortalama yaş 9 ay (IQR: 3 - 39.25 ay), hastaneye başvurudaki ortalama yaş ise 12 ay (IQR: 5-50 ay) olarak belirlenmiştir. KM tanısının konduğu ortalama yaş ise 13 aydır (IQR: 6-53.5 ay). Hastalar ortalama değer olarak 8 aya kadar takip edilmişlerdir (IQR: 3-15 ay). Serum bazal triptaz değeri tüm hastalarda ölçülmüş olup, 11 hastada yüksek (>11 µg/L) saptanmıştır. Ortanca bazal triptaz düzeyi tüm hastalar için 5.45 µg/L (IQR: 3.93-9 µg/L) olarak kaydedilmiştir. Besin paneli için deri prik testi (DPT), 58 hastanın 41'ine (%71) uygulanmıştır. Bu hastaların ikisinde (%4.9) sonuç pozitif gelmiştir. Hastaların %43.1'inde eşlik eden alerjik hastalıklar tespit edilmiştir. En sık eşlik eden alerjik hastalıklar sırasıyla atopik dermatit (%18.9), astım (%10.3), alerjik rinit (%5.2), besin alerjisi (%1.7), ilaç alerjisi (%1.7), kronik ürtiker (%1.7) ve arı-venom alerjisi (%1.7)dir. Çalışmamızdaki hastaların birinde (%1.7) yoğurt tüketimine başladıktan 4 ay sonra yoğurtla anafilaksi gelişimi öyküsü olduğu belirlenmiştir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

Tablo 1. Çalışmamızda incelenen mastositoz hastalarının sosyodemografik özellikleri

Hastaların Özellikleri	Kutanöz Mastositoz Hastaları (n: 58, %)
Cinsiyet	
Erkek	40 (%69)
Kadın	18 (%31)
Yaş (medyan) ay	64 (IQR 29-100.5)
Lezyon ilk ortaya Çıkma Yaşı (medyan) ay	9 (IQR 3-9.25)
Hastaneye Başvuru Yaşı (medyan) ay	12 (IQR 5-50)
Tanı yaşı (medyan) ay	13 (IQR 6-53.5)
Başvuru Şikayeti:Aseptomatik cilt lezyonu olanlar	58 (%100)
	Anne (%12)=(Yedi anne) : Alerjik Rinit (iki anne), alerjik astım(iki anne), ürtiker(iki anne); Bir annede atopik dermatit
Ailede Alerji Öyküsü	Baba (%6.9)=(Dört baba) :iki babada Alerjik Rinit, iki babada atopik dermatit Kardeş (%6.9)=(Dört kardeş): İki kardeşte Alerjik Rinit, bir kardeşte Atopik dermatit, bir kardeşte kutanöz mastositoz

Tablo 2. Mastositoz Hastalarında Alerjik Hastalıklarla İlgili Durum Değerlendirmesi

Atopik Dermatit Öyküsü	
Hayır	47 (%81.1)
Evet	11 (%18.9)
Atopik Dermatit için Kullanılan Medikal Tedaviler (n: 11)	
Nemlendirici Krem	7 (%63.6)
Nemlendiricili Krem ve Steroidli Krem	4 (%36.4)
Astım/Tekrarlayan Hışıltı Öyküsü	6 (%10.3)
Astım/Tekrarlayan Hışıltı Süresi, ay	24 ± 10 ay (7 – 66 ay)
Astım/Tekrarlayan Hışıltı için Kullanılan Medikal Tedaviler (n: 6)	
İnhale Steroidler	1 (%16.7)
İnhale Steroid + Lökotrien reseptör antagonisti	3 (%50.0)
Medikal Tedavi Almamış	2 (%33.3)
Alerjik Rinit öyküsü	3 (%5.2)
Alerjik Rinit Süresi, ay	29 ± 12 ay (8 – 42 ay)
Alerjik Rinit için Kullanılan Medikal Tedavi: Nazal Steroid	3 (%100)
Besin Alerjisi öyküsü	1 (%1.7)
Besin Alerjisi Süresi, ay	15.5 ± 6 ay (4 – 42 ay)
Besin Alerjisi Öyküsü: Yoğurt ile anafoksi	1 (%1.7)
İlaç Alerjisi öyküsü: Seftriakson ve Klaritromisin	1 (%1.7)
Kronik Ürtiker öyküsü, süresi	1 (%1.7), 24 ay
Kronik Ürtiker: Antihistaminik ilaç kullanımı	1 (%100)
Arı venom allerji (Ürtiker) öyküsü	1 (%1.7)
Adrenalin Otoenjeksiyonu olanlar:	18 (%31)
Var ve hep yanında taşıyor	10 (%55.5)
Var, ancak yanında taşıyor	8 (%44.5)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 3. Mastositoz Hastalarında Alerji ile İlgili Laboratuvar Değerleri

Parametre	Median	IQR (25-75p)
Serum Total IgE Düzeyi (IU/ml)	16.7	6.2-113.6
Serum Eozinofil düzeyi (hücre/ mCL)	255	150-360
Serum Eozinofil Yüzdesi (%)	2.45	1.9-4.1
Bazal Triptaz Düzeyi (µg/L)	5.45	3.93-9.00
Spesifik inhalen IgE düzeyi	1	0-1
Besin paneli DPT sonuçları	Yapılmayan: 17 hasta (%29) Yapılan : 41 hasta (%71) Yapılanlardan pozitif 2 (%5), negatif 39 (%95) hasta.	
İnhale panel DPT sonuçları	Yapılmayan : 23 hasta (%40) Yapılan : 35 hasta (%60) Yapılanlardan pozitif 8 (%23), negatif 27 (%77) hasta.	

Sonuç: KM'li hastalarda anafilaksi gibi şiddetli sistemik reaksiyonlar dahil olmak üzere çeşitli allerjik hastalıklar görülebilmektedir. Adrenalin otoenjeksiyonu reçete edilmesi açısından bu hastaların değerlendirilmeleri önem arz etmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-022

Kronik Ürtikerli Hastalarda Tedavi Yanıtı Öngörülebilir mi?

Hatice Ceren Eser¹, Mehmet Geyik¹, Handan Duman Şenol¹, Esen Demir¹, Figen Gülen¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı

Giriş: Ürtiker, deride aniden gelişen, kaşıntılı, geçici plak ve/veya anjiödem ile karakterize heterojen bir grup hastalıktır. Semptomların hemen her gün altı haftadan uzun sürmesi kronik ürtiker olarak tanımlanır. Kronik ürtiker, kronik spontan ürtiker ve kronik indüklenbilir ürtiker olmak üzere iki alt gruba ayrılır. Kronik ürtikerde antihistaminik cevabını öngörecekt biyomarkerlar araştırılmaktadır. Literatürde çocukluk yaş grubunda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

Amaç: Biz bu çalışmada, antihistaminik cevabını öngörebilecek klinik ve laboratuvar belirteçleri araştırmayı planladık. Bu amaçla Ocak 2021-Ocak 2024 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk Alerji Kliniğinde kronik ürtiker tanısı ile takibe alınan 18 yaşın altındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri (yaş, cinsiyet, eşlik eden atopi, eşlik eden kronik hastalık, günlük paketlenmiş gıda tüketim sıklığı, anjiödem bulunması) laboratuvar bulguları ve tedaviye yanıtları değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 106 hastanın 52'si (%49,1) kız olup, hastaların yaş ortalaması 144 (min 24-maks. 288) aydı. Hastaların 88'inde (%83) kronik spontan ürtiker, 18'inde (%17) kronik indüklenbilir ürtiker mevcuttu. Kronik indüklenbilir olan hastaların 7' sinde (%6,6) demografizm, 11'inde(%10,4) soğuk ürtikeri ve 3'ünde (%2,8) egzersizle ilişkili ürtiker tespit edildi. Hastaların 52'sinde(%49,1) eşlik eden alerjik bir hastalık mevcut olup, en sık alerjik rinit (%17,9) saptandı. Hastaların 15'inde(%14,1) ise kronik bir hastalık eşlik etmekte idi. Hastalar tedavi yanıtlarına göre değerlendirildiğinde, 52(%49,1) 'sinde tam yanıt vardı. Tedavi yanıtı tam ve kısmi olan gruplar karşılaştırıldığında, yaş, cinsiyet, eşlik eden atopi, eşlik eden kronik hastalık, günlük paketlenmiş gıda tüketim sıklığı, anjiödem bulunması, aeroalerjen duyarlılığı, ANA pozitifliği, gaitada parazit bulunması, semptom başlama yaşları, semptom süreleri, vücut kitle indeksleri, CRP ve total IgE, Ig G, A, M düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı(p:>0,05). Tedavi yanıtı kısmi olanların vitamin D düzeyleri (19.8± 10.0) yanıtı tam olanlara (30.7±14,2) göre anlamlı düşüktü (p:0,012) . Tedavi yanıtı tam olanların sedimentasyon düzeyleri, kısmi olanlara göre anlamlı düşük(p:0.029) saptandı.

Sonuç: Kronik ürtiker etyopatogenezi ve prognozu açısından özellikle pediatik yaş grubunda literatürde yeterli bilgi yoktur. Çalışmamızda Vitamin D düzeyi düşüklüğü ve sedimentasyon yüksekliği olan hastalarda antihistaminik tedavi cevapsızlığı saptanmıştır. Başlangıç D vitamin düzeyi düşüklüğü ve sedimentasyon yüksekliği tedavi cevabı öngörme açısından kullanılabilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

SS-023

Atopik Dermatitli Hastaların Tedavi, Diyet Uyumu ve Tetikleyici Faktörler Açısından Deprem Sonrası Yaşadığı Zorluklar

Fatih KAPLAN¹

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Atopik Dermatit toplumda yaklaşık olarak %20 oranında görülen kaşıntılı kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Atopik dermatit akut alevlenme ve remisyonlar ile seyreder. Atopik dermatitte çeşitli iritanlar, besinler gibi alerjenler ve stres akut alevlenmeleri tetikler. Tetikleyici faktörlerden korunma, deri bariyer fonksiyonun düzeltilmesi ve nemlendirme, anti-inflamatuvar tedaviler atopik dermatit tedavisinin temelini oluşturur. Akut alevlenmelerle giden kronik bir hastalık olduğu için tedavi başarısında hasta, aile ve hekim işbirliği ve uyumu önemlidir.

Amaç: Bu çalışma, ülkemizde 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan depremler sonrası Malatya ilinde atopik dermatit tanısı ile takip edilen çocuk hastaların tedavi, diyet uyumu ve tetikleyici faktörler açısından yaşadığı zorlukları sunmayı amaçlamıştır.

Bulgular: Çalışmaya Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk alerji kliniğinde atopik dermatit tanısı ile takip edilen 152 hasta alındı. Hastaların 81'i (%53) kızdı. Hastaların yaş ortalaması 35 ay (min:7 –max: 80) olarak bulundu. Cilt nemlendiricilerine ulaşamadığı için düzenli nemlendirici kullanamayan 106 (%69) hasta mevcuttu. Özel şampuan ve sabuna ulaşmada zorluk çeken 113(%74) hasta mevcuttu. Düzenli banyo yapamayan hasta sayısı ise 68 (%44) olarak bulundu. Yünlü kaba kumaşlar içeren elbise kullanmak zorunda kalan 57 (%37) hasta, ani ısı değişimlerine maruz kalan 59 (%38) hasta, nemli ortamda yaşamak zorunda kalan 61 (%40) hasta, sigara dumanına maruz kalan 58 (%38) mevcuttu. Topikal kortikosteroid kullanan 57 (%37) hastanın 32'sinin, topikal kalsinörin inhibitörü kullanan 15 (%10) hastanın ise 6'sının deprem sonrası bu tedavilere ulaşmada zorluk yaşadığı bulundu. Besin alerjisi tanılı ve diyet yapan 47 (%30) hasta mevcuttu. Bu hastalardan 37'sinini deprem sonrası diyet uyumda zorluk yaşadığı saptandı. Kalabalık ortamda yaşamak zorunda kalan 50 (%33) hastanın 13 tanesi uyuz hastalığı tanısı almıştı. Deprem öncesi takip edildiği uzman hekime (dermatolog – çocuk immünolojisi ve alerji hastalıkları uzmanı) ulaşmakta zorluk çeken 102 hasta (%67) mevcuttu.

Atopik dermatitli hastalarda deprem sonrası tedaviye ulaşmada yaşadığı zorluklar

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Nemlendiriciye ulaşmada zorluk yaşayan hasta	106 (69)	46 (31)
Düzenli olarak topikal kortikosteroid kullanan hasta	57 (38)	95 (62)
Topikal kortikosteroidte ulaşmada zorluk yaşayan hasta	32 (21)	120 (79)
Düzenli olarak kalsinörin inhibitörü kullanan hasta	15 (10)	137 (90)
Topikal kalsinörin inhibitörüne ulaşmada zorluk yaşayan hasta	6 (4)	146 (96)

Atopik dermatitli hastalarda deprem sonrası tetikleyicilere maruziyet oranı

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yünlü kaba kumaş kullanma	57 (38)	95 (62)
Ani ısı değişimleri	59 (39)	93 (61)
Nemli ortam	61 (40)	91 (60)
Özel şampuan/sabun bulamama	113 (74)	39 (26)
Sigara dumanı maruziyeti	58 (38)	94 (62)
Düzenli banyo ulaşımında zorluk	68 (44)	84 (56)
Uyuz tanısı alma	13 (9)	139 (91)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Atopik dermatitli hastalarda deprem sonrası ilgili hekime ulaşmada ve besin diyetine uymada yaşadığı zorluklar

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Çocuk immünolojisi ve alerji hastalıkları/dermatoloji uzmanına ulaşmada zorluk	102 (67)	50 (33)
Besin diyeti yapma	47 (31)	105 (69)
Besin diyetine uyumda zorluk yaşama	34 (22)	118 (78)

Sonuç: Sonuç olarak atopik dermatit kronik, birden çok faktöre bağlı akut alevlenmeler gösteren ve uzman hekimlerce takip edilmesi gereken bir hastalıktır. Deprem sonrası hastaların birçoğunun gerekli tedavilere ve hekimlere ulaşmada, diyet uyumunda zorluk yaşadığı ve birçok tetikleyiciye maruz kaldığı görülmüştür.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-024

Kronik Ürtikerli Hastaların Yaşam Kalitesi Skorlarının Değerlendirilmesi

İlke Baş¹, Hatice Ceren Eser¹, Mehmet Geyik¹, Handan Duman Şenol¹, Esen Demir¹, Figen Gülen¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Hastalıkları BD

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

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

Bulgular: YÖNTEM: Bu çalışmaya, Ocak 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk Alerji BD'na KSÜ tanısı alıp KÜYKA, KÜAS ve KÜKT uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri değerlendirildi. BULGULAR: Değerlendirmeye alınan 58 hastanın, 30'u (%51.7) erkek olup, yaş ortalaması 120 (min 64-max 264) aydı. Hastaların 30'unda (%51.7) eşlik eden alerjik bir hastalık mevcuttu. Semptom süresi ortalama 35 aydı (min 1- max 192). Yaşam kalitesi skorları (YKS) ortalaması 4.5 (min 0 - max 72) iken, ÜAS ortalaması 8.7 idi ve 11 hasta (%19) hafif, 2 hasta (%3.4) orta, 10 hasta (%17.2) şiddetli ÜAS' ye sahipti. ÜAS arttıkça YKS ve alt gruplarında (fiziki durum, günlük hayat, psikolojik etkilenimde) istatistiksel olarak anlamlı kötüleşme saptandı (sırasıyla p: <0.01, <0.01, 0.001, 0.002). Kronik Ürtiker Kontrol Testi değerlendirildiğinde, ortalama 11.29 bulundu ve kontrol düzeyi 12'nin altında olan, 27 (%46.6) hasta mevcuttu. Kontrolsüz olan grubun YKS ortancası 12, kontrollü grubun ise 3 olarak saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0.003). Yaşam kalitesi skorları ÜAS ile güçlü pozitif bir korelasyon (korelasyon katsayısı:0. 657) gösterirken, ÜKT ile güçlü negatif korelasyon (korelasyon katsayısı: -0.585) saptandı.

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



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-025

Hereditör Anjiyoödem kohortumuz: Tek merkez-Marmara Deneyimi

Ezgi Yalçın Güngören¹, Esra Karabiber², Sevgi Bilgiç Eltan³, Melek Yorğun Altunbaş¹, Salim Can¹, Razin Amirov¹, Necmiye Öztürk¹, Selcen Bozkurt¹, Ahmet Oğuzhan Özen³, Safa Barış³, Elif Karakoç Aydiner³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Erişkin İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pediatrik İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı ve Yüksek Lisans/Doktora Programı

Giriş: Hereditör anjiyoödem (HAE) nadir kalıtsal bir hastalıktır. Ekstremiteler, karın, genital bölge, yüz ve üst solunum yollarında oluşan anjiyoödem atakları yaşam kalitesinde bozulmaya ve ölümcül sonuçlara yol açabilir.

Amaç: Bu çalışmada, Marmara İmmünoloji ve Alerji Ünitesi'nde izlenen 30 pediatrik ve erişkin HAE hastasının demografik ve klinik özellikleri, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi verileri sunulmuştur.

Bulgular: 30 HAE hastasının, 25'i (%83.3) HAE Tip-1, 4'ü (%13.3) HAE Tip-2 ve 1'i (%3.3) HAE Tip-3 tanısı almıştır. Ortanca yaş 26.5 (min-maks: 2-56), ortalama semptom başlangıç yaşı 6 (min-maks:1-26), ortalama tanı gecikmesi median 5 (min-maks: 0-25) yıldır. Yirmi hastada (%67) ailede öyküsü vardı. Ancak aile taraması ile asemptomatik tanı alan hasta oranı %6.7 idi. Ekstremiteler atakları en yaygın olanıydı (%100), bunu karın, yüz-boyun, larengeal-farengeal ve genital ataklar izledi. Hastalar prodromal belirtiler olarak kaşıntı, hassasiyet, karıncalanma ve sıcaklık, tetikleyiciler olarak hafif travma ve duygusal stres rapor etmişlerdi. Akut ataklar icatibant (28/29) ve pdC1-INH (9/29) ile tedavi edilmiştir. Yedi hasta uzun süreli profilaksi almış, bunlardan dördü danazol, ikisi pdC1-INH ve kısa süreli profilaksi için tüm hastalara pdC1-INH önerilmiştir. İki hastada uzun süreli profilaksi için traneksamik asit başlatılmış ancak tedavi fayda sağlamadığı için kesilmiş ve bir hasta uzun süreli profilaksi olmadan izlenmekteydi diğer hastada C1-esteraz inhibitörü profilaksisine geçilmiştir. Hastalara anjiyoödem aktivite skoru (AAS), anjiyoödem yaşam kalitesi anketi (AE-QoL) ve anjiyoödem kontrol testleri (AECT) uygulanmıştır. Cinsiyet ile tanı gecikmesi arasında herhangi bir korelasyon bulunmamakla birlikte cinsiyet ile AAS, AECT ve AE-QoL arasında orta derecede negatif bir korelasyon saptandı ($r=-0.497$).

Sonuç: Çalışmamızda hastalarda ortalama 5 yıl tanı gecikmesi ve %67 pozitif aile öyküsüne rağmen tarama ile asemptomatik tanı alanların sadece %6.7 olması dikkat çekiciydi. HAE erken tanı ve hedeflenmiş tedavilerle sağ kalım oranı ve hayat kalitesi yüksek olan nadir bir kalıtsal hastalıktır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-026

Atopik Dermatit Tanısı Alan Çocuklarda Yaş Gruplarına Göre Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması

Damla Altıntaş¹, Nur Ümit¹, Özgül Güngör¹, Gaye Kocatepe¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹, Ayşen Bingöl¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Atopik dermatit(AD), başlangıç yaşı, hastalık seyri, klinik semptomlar, semptom şiddeti ve komorbidite riski açısından farklılık gösteren heterojen bir hastalıktır. Son yıllarda geç başlangıçlı AD prevalansında artış gözlenmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı merkezimize başvuran erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı AD'li olan çocuk hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini araştırmaktır. Polikliniğimize başvuran hastalardan Hanifin ve Rajka'nın kriterlerine göre AD tanısı konulan 170 olgu çalışmaya alındı. Hastalar AD başlangıç yaşına göre 3 gruba ayrıldı. Semptomları 2 yaşın altında gelişen hastalar infant(erken) başlangıçlı, 2-12 yaş arasında çocukluk çağı başlangıçlı, 12 yaş üstünde ise geç başlangıçlı olarak değerlendirildi. Olgular aynı zamanda hastalık şiddetine göre de gruplandırıldı. SCORAD değeri 25'in altında olan hastalar hafif AD, 25 ile 50 arasında olan hastalar orta dereceli, 50'nin üzerinde olan hastalar ciddi AD grubuna dahil edildi.

Bulgular: Olguların 70'i (%41,2) kadın, 100'ü (%58,8) erkek idi. 2 yaş altında 71 (%41,8), 2-12 yaş arasında 55 (%32,4), 12 yaş üstünde ise 44 (%25,9) hasta vardı. AD'li 170 hastanın 16'sında (%9,4) eşlik eden herhangi bir alerjen duyarlılığı saptanmadı. Atopik dermatite eşlik eden alerjik hastalıklar arasında en sık solunumsal alerjen duyarlılığı (%51,2) görülürken bunu gıda alerjisi (%48,8) ve alerjik rinit (%45,3) takip ediyordu. Olguların %41,2'sinin hafif, %45,9'unun orta ve %12,9'unun da şiddetli AD'li mevcuttu. Hastaların %10'unda evcil hayvan teması mevcuttu. Erken ve geç başlangıçlı gruplar arasında astım gelişme riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Erken başlangıçlı AD hastalarında alerjik rinit birlikteliği diğer iki gruptan anlamlı olarak düşük bulundu ($p < 0,05$). Gıda alerjisi ve AD birlikteliği 2 yaş altında diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$). Erken ve çocukluk çağı başlangıçlı AD'lilerde ailede atopi olma riski geç başlangıçlı gruptan anlamlı olarak daha yüksek idi ($p < 0,05$). 2 yaş altında hastalığın ağır seyretme olasılığı diğer yaş gruplarına göre belirgin olarak artmıştı ($p < 0,05$). Şiddetli AD'li olanlarda küf duyarlılığı anlamlı olarak daha sık saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Yaygın bir inflamatuvar deri hastalığı olan AD, başlangıç yaşına bağlı olarak farklı klinik ve laboratuvar özellikler gösterir. Bu çalışma AD'nin çocukluk dönemindeki heterojenliği konusunda farkındalık yaratılmasını ve klinik sonuçlar ile başlangıç yaşına bağlı olarak farklı tedavi yöntemleri konusunda daha fazla çalışmayı teşvik edebilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-027

Çocuk İmmunolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniğine Anjoödem Şikayeti ile Başvuran Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi

Yüksel Kavas Yıldız¹, Şule Büyük Yaytokgil¹, Emine Vezir²

¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Pediyatrik popülasyonda anjoödem, ürtikerle birlikte veya ürtiker olmaksızın yaygın bir durumdur.

Amaç: Bu çalışma Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği'ne anjoödem nedeniyle başvuran hastalardaki etiyolojik nedenleri ayrıntılı bir şekilde inceleyerek, anjoödemle ilişkilendirilen çocuk hastalıklarının etiyolojik faktörlerinin anlaşılmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, elde edilen bulguların klinisyenlere önemli bilgiler sunması hedeflenmektedir. Yöntem: Çalışmaya 31 Aralık 2021-31 Aralık 2023 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği'ne anjoödem şikayeti ile başvuran çocuk (<18yaş) hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, başvuru şikayetleri, laboratuvar ve diğer tetkik sonuçları ile nihai tanıları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 185 hastanın yaş ortancaları 12 yaş (ÇAA: 9-17.5) olup, %51.9' u kızdı. Hastaların semptom başlangıç ortanca yaşı 8 yaş (ÇAA: 4.5-14), tanı yaş ortancası ise 10 yaş (ÇAA: 5-15) idi. En sık anjoödem bölgesi dudak (n:112 %60.5) ve göz (n:111 %60) idi. Yaşam boyu atak sıklığı ortancası 2 kez (ÇAA:1-3), anjoödem süre ortancası ise 48 saat (ÇAA:24-48) idi. En sık anjoödem sebebi ilaç ilişkili (n:50 %27), en sık sorumlu ilaç ise NSAİD idi (n:42 %22.7). Beş hastada ise herediter anjoödem tespit edildi (%2.7). Anjoödemli NSAİD ilişkili olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında NSAİD ilişkili olanlarda semptom ve tanı yaşının daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla 13[ÇAA:6.75-15] vs 9[ÇAA:5-14], p:0,020; 12,7[ÇAA:6-15] vs 8[ÇAA:4-14], p:0,007). NSAİD ilişkili olanlarda alerjik hastalık sıklığı (%35.7 vs %17.4, p: 0,012) ve alerjik rinit sıklığı (%26.1 vs %11.1, p: 0,015) daha yüksekti.

Sonuç: Son 2 yılda Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği'ne anjoödem şikayeti ile başvuran 185 hastada, yaklaşık %2,7'sinde herediter anjoödem tespit edilirken, en sık anjoödem sebebi ilaçlar (en sık NSAİD) olarak belirlendi (n:51 %27.5). Özellikle NSAİD ilişkili anjoödem vakalarında alerjik hastalıkların özellikle de alerjik rinitin sık görüldüğü saptandı. Anjoödem ile başvuran hastalarda NSAİD kullanımının sorgulanması ve klinisyenlerin herediter anjoödem olasılığını akıldan tutmaları önemlidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-028

Çocuklarda Atopik Dermatit: Cilt ve Kan Belirteçlerinin Akciğer Fonksiyonlarıyla İlişkisinin İncelenmesi

Zeynep Güleç Köksal¹, Pınar Uysal¹, Özge Çevik², Bakiye Göker Bağca³, Gizem Yalçın³

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Bilimler Anabilim Dalı, Tıbbi Biyokimya, Aydın, Türkiye

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Bilimler Anabilim Dalı, Tıbbi Biyoloji, Aydın, Türkiye

Giriş: Astıma ilerleme potansiyeli yüksek olan atopik dermatit (AD) hastalığında biyobelirteçler ile hastalık şiddeti ve akciğer fonksiyonları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma bulunmamaktadır.

Amaç: AD'de invaziv olmayan RNA (mRNA) tabanlı bant şeridi profillemeye yaklaşımı ve serum belirteçlerinin ölçülmesi ve sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılması, hastalığın ağırlığı, seyri ve solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Bu prospektif kesitsel çalışmaya AD grubu (ağır, n=10; orta, n=11; hafif, n=16) ve sağlıklı kontrol (SK) grubu (n=17) olmak üzere 0-2 yaş toplam 54 çocuk dahil edildi. Akciğer fonksiyonu tidal nefes analizi (TNA) ile değerlendirildi. İlk vizitte alınan serum biyobelirteçleri (TARC, IL-13, IL-4, IL-31, TSLP) ELİSA yöntemi ile çalışıldı. Sağlıklı ve AD grubunda lezyonlu/lezyonsuz bölgelerden bant şerit yöntemi ile toplanan doku örneklerinden aynı belirteçler için RNA izolasyonu ve cDNA yapımı sonrası RT-PCR ile gen ekspresyonu çalışıldı. AD grubunda TNA'nın TPTEF, VPTEF, TPTEF/TE, VPEF/VE, RR ve IT/ET parametreleri SK grubuna göre düşük saptandı ($p<0.05$). Serum IL-4 ve TSLP düzeyleri AD grubunda SK grubuna göre yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0,043$ ve $p=0,003$). Hasta grubunda lezyonsuz deriden alınan örneklerde TARC ve TSLP düzeyleri SK grubuna göre yüksek iken (sırasıyla, $p=0,047$ ve $p=0,021$), lezyonlu dokudan alınan örneklerde ise fark saptanmadı ($p>0.05$). Serum TSLP düzeyi hafif AD grubunda orta ve ağır gruba göre yüksek bulundu ($p=0,003$). Lezyonsuz dokudan alınan örneklerde IL-31, TARC ve TSLP düzeyleri orta AD'de hafif ve ağır AD'e göre daha yüksek iken (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p=0,002$), lezyonlu doku örneklerinde hastalık ağırlığı açısından fark saptanmadı ($p>0.05$). TARC ve TSLP düzeyleri lezyonsuz dokuda lezyonlu dokuya göre daha yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0,005$ ve $p=0,002$). SCORAD ile VT/KG arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,505$, $p=0,001$), eozinofil sayısı ile orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,398$, $p=0,016$) saptandı. Serum TSLP ve TPTEF/TE arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon bulundu ($r=-0.319$, $p=0.021$).

Sonuç: AD'de SK grubuna göre serum ve lezyonsuz deride bakılan gen ifadesi olarak artan ana sitokin TSLP iken, lezyonlu deride hiçbir sitokinde artış gözlenmemiştir. Orta AD'de lezyonsuz deride TARC, IL-13, IL-31 ve TSLP'nin gen ifadesinin yüksek bulunması ve ağır AD'de bu yüksek değerlerin saptanmaması bu sitokinlerin derideki alerjik inflamasyonun erken evrelerinde görev alabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, AD'de havayolu obstrüksiyonu olup, serum TSLP seviyesi ile TPTEF/TE arasında ilişki gösterilmiştir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-029

Deri Prik Testi Okunmasında Kumpas Ölçüm Cihazı Kullanılması Klasik Ölçüm Yönteminden Daha Güvenilir Olabilir mi?

Mehmet Özkaya¹, Emre Özdamar¹, Zehra Bayazıt¹, Burcu Özge Erdoğan¹, Serpil Kaynak¹, Fulya Tahan¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji

Giriş: Deri prik testi IgE-aracılı duyarlılığı saptamak için sıklıkla başvuru olan oldukça güvenli, kolay ve hızlı uygulanan bir test yöntemidir ve 15-20 dakika gibi kısa sürede sonuç verir (1, 2). Test ön kolun volar yüzeyi ya da sırt bölgesine standardize edilmiş alerjenik solüsyonların uygulanmasını içerir. Testin pozitifliği çevresindeki eritem ve endurasyonun büyüklüğü ile değerlendirilir. Avrupa Allerji Akademisi (EAACI) reaksiyonun endurasyona ait en uzun çapın ölçümü, Amerikan Allerji Akademisi (AAAAI) ise en uzun çap ile buna dik en uzun çapın ortalaması şeklinde yapılmasını önermektedir. Her bir alerjen için en büyük endurasyon çapı ölçülür, negatif kontrolden 3 mm veya daha büyük endurasyon olması alerji testinin pozitifliğini gösterir (3). Klasik yöntemde, testte eritem ve endurasyon büyüklüğü cetvel ile ölçülerek değerlendirilir. Ancak ölçüm manuel yolla olduğu için hataya açık bir işlemdir. Kumpas; ölçüm yapılacak olan kısmı iki nokta arasında kıstırarak sürgülü bir cihazdır. Pek çok mühendislik alanında bilinir ve sıkça kullanılır. Manüel ve dijital olmak üzere iki farklı çeşidi vardır. Temel olarak hepsinin kullanım amacı aynıdır. Çalışmamızda deri prik testi yapılan hastaların test ölçümlerinin hem dijital kumpas ile hem de cetvel ile ölçülmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda, deri prik testi yapılan 6-18 yaş aralığında olan 100 çocuğun ölçümleri hem cetvel hem de dijital kumpas ile 2 farklı hemşire tarafından ayrı ayrı ölçüldü. Deri prik testinin ölçüm süreleri, uzunlukları, hasta yakını gözünden güvenilirlik ve memnuniyet değerlendirilmeleri kaydedildi. Ölçüm süreleri ayrı bir kişi tarafından kronometre tutularak bakıldı, ölçüm tutarlılığı ise kumpas ve cetvel ölçümleri karşılaştırılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizde veri normalliğini değerlendirmek için histogram, q-q grafikleri ve Shapiro-Wilk testi uygulandı. Verilerin özetlenmesinde ortalama \pm standart sapma, sıklık ve yüzde istatistikleri kullanıldı. Cetvel ve Kumpas ölçümleri ve iki hemşire arasındaki tutarlılık derecesini (mm ve süre) incelemek için Bland-Altman grafiğiyle özetlenen grafik prosedürü ve Wilcoxon Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin analizi TURCOSA (TurcosaAnalyticsLtdCo, Turkey, www.turcosa.com.tr) istatistik yazılımında analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya haziran 2023-ocak 2024 arasında başvuru toplam 100 hasta alındı. Hastaların %43'ü kız (n:43), %57'ü (n:57) erkek, ortanca yaşı 11 yaş (6-17 yaş) idi. Prik testi 90 hastada koldan, 10 hastada ise sırt bölgesinden yapıldı. Birinci hemşirenin cetvel ile ölçüm süre ortalaması 6.8 sn ($1.93 \pm SD$) iken kumpas ile 10.8 sn ($2.86 \pm SD$) olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). İkinci hemşirede de kumpas ile ölçüm süresi, cetvel ile olan ölçüme göre ortalama 3,1 sn fazla idi ($p < 0.05$). Deri prik testinde 1. hemşirenin cetvel ile ölçüm ortalaması ile kumpas ile ölçüm ortalaması arasında ölçüm başına 0.43 mm fark vardı ve cetvel ile ölçüm daha büyüktü ($p < 0.05$). Aynı fark 2. hemşire için 0.2 mm idi ($p < 0.05$). Kumpas ile ölçümlerde birinci hemşire ile ikinci hemşire arasında ölçüm başına ortalama fark 0.03 mm idi ve istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Grafik 2). Cetvel ile ölçümde ise 0.22 mm fark vardı ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$) (Grafik 1) idi. Ebeveyn güvenirlilik sorulduğunda %80 kumpas (n:80), %20 cetvel (n:20) şeklinde yanıtlamıştı.

Tartışma: Deri prik testleri IgE aracılı reaksiyonların tanısında en sık kullanılan yöntemdir ve allerjik hastalıkların tanısında ve bu hastalıklarla ilgili araştırmalarda ilk yapılan tanı testidir (4). Prik testleri, ön kolun iç yüzüne veya sırt bölgesine bir miktar alerjen solüsyonunun damlatılmasıyla yapılır. Yanlış pozitiflikten kaçınmak için damlalar en az 2 cm aralıklarla damlatılır (5). Tek kullanımlık ucu sivri prik ile epidermal yüzey kanamaya yol açmayacak şekilde delinerek test yapılır. Yanlış ölçüm yapmamak ve solüsyonların karışımını engellemek amacıyla her test için ayrı bir prik kullanılmalıdır. Deri prik testinin okunması manuel olarak yapılır ve bu şekilde allerjik reaksiyonun değerlendirilmesi muayene eden kişiye bağlıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



(6)Deri testlerini değerlendirirken standart bir yöntem kullanılmalıdır.Endurasyon genellikle düzensiz sınırlı olduğu için milimetrik bir ölçüm cihazı ile hem kızarıklığın hem de kabarıklığın en geniş çapları ölçülür, toplanır ve ikiye bölünerek reaksiyonun ortalama çapı bulunur. Testlerin sağlıklı değerlendirilmesi için negatif kontrol yanıtının olmaması, histamin ile en az 3 mm çapında kabarıklık yanıtının oluşması istenir. Prik testlerde, negatif kontrolde hiç reaksiyon yokken endurasyon çapı 3 mm'den büyük ise test pozitif kabul edilir(7).Deri priktestlerinin ölçümünü standardize etmek zordur ve deri prik testlerinin ölçümü esas olarak ölçen kişiye bağlı olabilir. Daha önce, ölçüm şekli, ölçüm cihazının çeşitliliği gibi çeşitli faktörlerin ölçüm performansı üzerindeki etkisi kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır. Bizim bu çalışmadaki amacımız 2 farklı ölçüm aleti ile ölçülen endurasyon ve kızarıklıklar arasındaki farklılıkları karşılaştırmaktır. Deri prik testinin okunmasında kullanılan cihazların tipi veya şekli ölçüm güvenilirliği ve hassasiyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.Deri prik testi hastalarda IgE'ye bağlı alerjik duyarlılığı doğrulamak için güvenilir bir prosedür olmasına rağmen, testin yorumlanması hala manuel olarak yapılmakta olduğu için test sonuçları yanlış değerlendirmelere yol açabilir.Çalışmamız, deri prik testlerinin okunmasında hatayı en aza indirmek ve testin doğruluğunu ve güvenilirliğinin artırmak için iki farklı ölçüm yöntemi kullanılarak planlandı. Deri prik testlerinin ölçümleri 100 hastada 2 farklı hemşire ile hem cetvel hem de kumpas ile ayrı ayrı yapıldı. İki hemşirede de kumpas ile ölçüm süresi cetvel ile yapılan ölçüm süresine göre anlamlı olarak fazla idi ($p<0.05$). Deri prik testinde iki hemşirenin cetvel ile ölçüm ortalaması ile kumpas ile ölçüm ortalaması arasında ölçüm başına fark vardı ve cetvel ile ölçümler daha büyüktü ($p<0.05$). İki hemşire arasında cetvel ile ölçümler arasında her bir ölçüm başına ortalama 0.22 mm fark vardı ve istatistiksel olarak anlamlı idi. Kumpas ile ölçümlerde hemşireler arasında ölçüm başına ortalama fark 0.03 mm idi ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Yani kumpas ile yapılan ölçüm cetvel ile yapılan ölçüme göre birbirine daha yakın ölçümler olup farklı kişilerce yapılan ölçümlerde ölçüm farklılıklarını minimize ettiği görüldü.Daha önce buna benzer bir çalışmada akıllı telefon termografisi kullanılarak deri prik testi ölçümü yapılmış ve bizim çalışmamızda olduğu gibi ölçümde daha doğru sonuçlar elde edilmiştir(8). Deri prik testi sonuçlarında yanlış negatif ve yanlış pozitif sonuçları en aza indirmek için test cihazının güvenilirliği çok önemlidir. Cetvele göre daha hassas ölçüm yapan kumpas cihazıyla yapılan değerlendirmeler bu açıdan önem arz eder. Farklı cihazların performansını inceleyen karşılaştırma çalışmaları bu yüzden değerlidir. Hijyen açısından cetvel ve kumpas karşılaştırıldığında da kumpas ile yapılan ölçümlerin daha hijyenik olabileceği düşünüldü. Buna gerekçe olarak kumpas ile ölçüm yapılırken endurasyonun başlangıç ve bitiş yerlerine sadece temas söz konusu iken cetvel ile yapılan ölçümde tüm cilde temas söz konusudur.

Sonuç: Deri prik testinin doğru teknikle yapılması ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Çalışmamızda kumpas cihazının test ölçüm güvenilirliğini ve tutarlılığını artırıp artıramayacağı araştırılmış ve kumpas ile ölçüm cetvel ile ölçüme göre daha güvenilir ve daha tutarlı sonuçlar vermiştir. İki ayrı hemşirenin cetvelle yaptıkları ölçümlere kıyasla kumpas ile yaptıkları ölçümler birbirine daha yakın çıkmış ve kişisel farkların en aza indiği görülmüştür.

Kaynakça:

1. Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M, J OBH, Lack G, Lau S, Matricardi PM, et al. Testing children for allergies: why, how, who and when: an updated statement of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Section on Pediatrics and the EAACI-Clemens von Pirquet Foundation. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013;24(2):195-209.
2. van der Valk JP, Gerth van Wijk R, Hoorn E, Groenendijk L, Groenendijk IM, de Jong NW. Measurement and interpretation of skin prick test results. *Clin Transl Allergy.* 2015;6:8.
3. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, Hamilton R, Spector SL, Tan R, et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology.* 2008;100(3 Suppl 3):S1-148.
4. Kahveci M, Karabulut E, Soyer O, Sahiner UM, Buyuktiryaki B, Sekerel BE. Fine-tuning the use of a skin prick test device.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

World Allergy Organ J. 2020;13(5):100122.

5. van Hage-Hamsten M, Pauli G. Provocation testing with recombinant allergens. Methods. 2004;32(3):281-91.

6. Topal SG, Karaman BF, Aksungur VL. Variables affecting interpretation of skin prick test results. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. 2017;83:200.

7. Tversky JR, Chelladurai Y, McGready J, Hamilton RG. Performance and Pain Tolerability of Current Diagnostic Allergy Skin Prick Test Devices. J Allergy Clin Immunol Pract. 2015;3(6):888-93.

8. Goktas P, Can Bostan O, Gulseren D, Cakmak ME, Kaya SB, Damadoglu E, et al. Thermo-SPT: A new skin prick test evaluation framework based on low-cost, portable smartphone thermography. Clin Exp Allergy. 2023;53(6):626-35.

Tablo 1: İki Hemşirenin Cetvel ve Kumpas ile Ölçüm Süreleri ve Ölçüm Uzunlukları

	1. Hemşire (n:90)	2. Hemşire(n:90)	Fark	
Cetvel (mm)*	7.18mm (1.93±SD)	6.96 mm (2.1 ±SD)	0.22 mm	<0.05 [†]
Kumpas (mm)*	6.75 mm (1.74 ±SD)	6.74 mm (1.97 ±SD)	0.01 mm	>0.05 [†]
Cetvel (süre)*	6.8 sn (1.93 ±SD)	8.08 sn (2.05 ±SD)	1.28 sn	<0.05 [†]
Kumpas(süre)*	10.8 sn (2.86 ±SD)	11.1 sn (3.19 ±SD)	0.3 sn	<0.05 [†]

* Ortalama ±SD

[†] Wilcoxon testi



Resim 1: Kumpas Ölçüm Cihazı

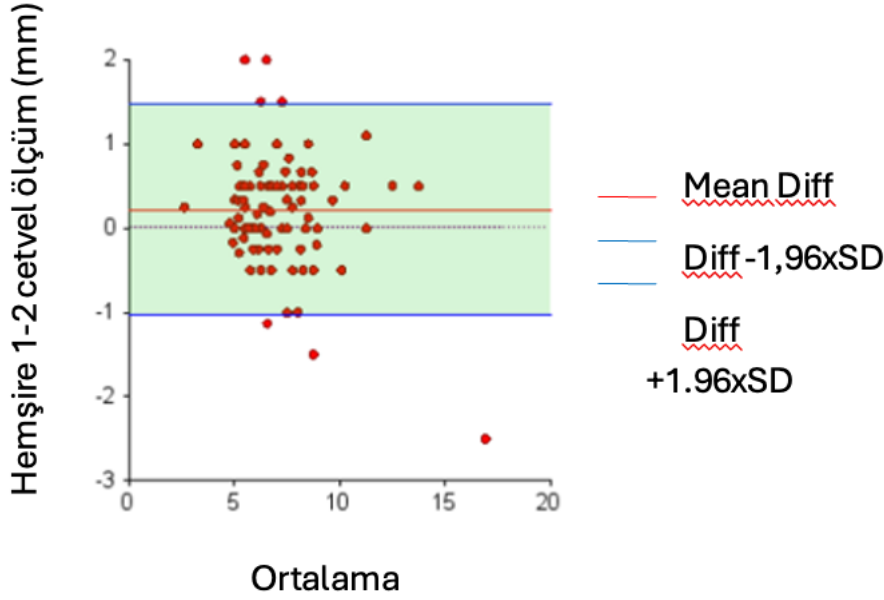


18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

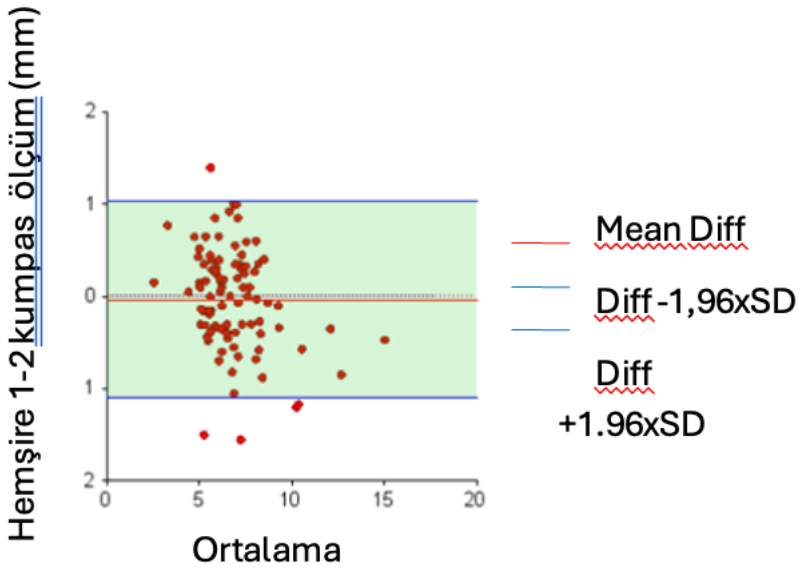
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Grafik 1: Hemşireler arası cetvel ölçüm uzunluğunun karşılaştırılması



Grafik 2: Hemşireler arası kumpas ölçüm uzunluğunun karşılaştırılması



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-030

Alerjik Rinitli Çocuklarda Hastalık Fenotipinin Retrospektif Değerlendirilmesi

Damla Baysal Bakir¹, Halime Yagmur¹, Gizem Kabadayi¹, Ozge Atay¹, Nevin Uzuner¹, Suna Asilsoy¹

¹Dokuz Eylul Universitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Alerjik rinit (AR) çocukların yaklaşık %40'ını etkileyen, non-enfeksiyöz rinitin en sık nedenidir. Nazal akıntı, tıkanıklık, kaşıntı ve hapşırık gibi semptomlara neden olarak bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. AR'nin tanımlanan fenotipleri arasında en ilgi çeken grup alerjen duyarlılığı ile ilişkili olanlardır.

Amaç: Çalışmamızda, Ocak 2020-Ocak 2023 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi çocuk alerji polikliniğine başvuran ve AR tanısı alan 2-17 yaş arası hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar bulguları (hemogram, Total IgE), aeroalerjenlere yönelik deri prick test (DPT) sonuçları, eşlik eden komorbiditeleri belirlendi. AR'li hastalarımızda aeroalerjenlerin hastalık fenotipine etkisinin değerlendirilmesi ve prognoz üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Bulgular: AR'li 301 olgunun yaş ortancası 11 yıl (min-maks:3-17) olup, %66.1'i erkekti. Çoğunluğunu %60.5 oranla polisensitize hastaların oluşturduğu çalışma grubumuzda, yakınmalar sıklıkla mevsimseldi (%66.8). DPT'ye göre en sık polen (%65.8) sonrasında ise sırayla ev tozu (%38.5), hayvan tüyü epiteli (%47.2) ve küf (%16.9) alerjenlerine duyarlılık saptandı. En sık alerjen birlikteliği ise %54.9 oranla polen ve hayvan tüyü epiteline aitti. İleri yaşlarda, hastaların polisensitizasyon oranının arttığı saptandı (p=0.009). Polen duyarlı grupta yakınmalar daha çok mevsimseldi (%81.3, p<0.01). Oysaki; akar (%76.7), küf (%76.5) ve hayvan tüyü epiteli (%70.4'ü) duyarlı hastalarda yakınmalar perenealdi (p<0.05). Konjonktivit bulgularında yaş arttıkça, şiner bulgularında ise yaş azaldıkça anlamlı artış saptandı (p<0.05). AR'ye ek olarak hastaların %42.5'inde astım, %4.3'ünde atopik dermatit, %6'sında kronik ürtiker ve %1.3'ünde besin alerjisi mevcuttu. Astımın ilerleyen yaşlarda sıklığı artmaktaydı (p=0.054). Hastalarımızın %93.4'ünde nazal kortikosteroid ilk tercih tedavi yöntemiymi, %55'inde ise semptom kontrolü için kombine tedavi gereksimi mevcuttu.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 1. Hastaların temel özellikleri

	Çalışma grubu (n=301)
Yaş (yıl) (med, min-maks)	11 (3-17)
Cinsiyet (n)	K:102 (%33.9) E:199 (%66.1)
Total IgE (IU/mL) (med, min-maks)	234 (8.95-3035)
Mutlak eozinofil sayısı (med, min-maks)	300 (0-2900)
Yakınma (n, %)	
Burun tikanıklığı	234 (%77.7)
Burun akıntısı	215 (%71.4)
Burunda kaşıntı	235 (%78.1)
Hapsirik	238 (%79.1)
Muayene bulguları (n, %)	
Konka hipertrofisi	209 (%69.4)
Nazal mukozal solukluğu	250 (%83.1)
Konjonktivit	157 (%52.2)
Shiner	110 (%36.5)
Transvers nazal çizgi	59 (%19.6)
Dennie morgan	36 (%12)
Yakınma dönemi (n, %)	
Mevsimsel	201 (%66.8)
Pereneal	186 (61.8)
Pereneal+mevsimsel alevlenme	88 (%29.2)
Sensitizasyon (n, %)	
Monosensitize	119 (%39.5)
Polisensitize	182 (%60.5)
Komorbidite	
Astım	128 (%42.5)
Atopik dermatit	13 (%4.3)
Kr.urtiker	18 (%6)
Besin alerjisi	4 (%1.3)
Kullanılan ilaçlar (n, %)	
Nazal kortikosteroid (NKS)	281 (%93.4)
Nazal antihistaminik (NAH)	11 (%3.7)
Lokotrien antagonisti (LTRA)	100 (%33.2)
Oral antihistaminik (OAH)	80 (%26.6)
Göz antihistaminik (GAH)	7 (%2.3)
Inhale kortikosteroid (IKS)	128 (%42.5)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Tablo 2. Duyarlilik gruplarinin özellikleri

	Polen duyarlılığı	Ev tozu duyarlılığı	Hayvan tuyu duyarlılığı	Kuf mantari duyarlılığı	Toplam
Yas (med, min-maks)	12 (3-17)	11 (3-17)	12 (3-17)	11 (3-17)	11 (3-17)
Cinsiyet %					
K:	32.3	31	39.4	35.3	33.9
E:	67.7	69	60.6	64.7	66.1
Yakinma (%)					
Burun akıntısı	74.2	67.2	71.8	72.5	71.4
Burun tikanıklığı	77.3	79.3	74.6	76.5	77.7
Kasinti	80.3	75	78.9	82.4	78.1
Hapsirik	82.8	76.7	80.4	83.1	79.1
Muayene bulguları (%)					
Konka hipertrofisi	68.7	78.4	65.5	74.5	69.4
Nazal mukozal soluk	85.4	82.8	83.8	78.4	83.1
Shiner	37.9	34.5	33.8	37.3	36.5
Konjonktivit	54	51.7	52.1	58.8	52.2
Transvers nazal çizgi	21.7	15.5	23.2	15.7	19.6
Dennie Morgan	10.6	10.3	14.1	9.8	12
Astım birlikteliği (%)	42.4	47.4	40.1	52.9	42.5
T.IgE (IU/mL) (med, min-maks)	245 (8.95-3035)	301 (16.5-2708)	263.5 (11.3-3035)	213 (9.3-2400)	234 (8.95-3035)
Mutlak eosinofil sayısı (med, min-maks)	300 (0-1800)	400 (0-2100)	300 (0-2900)	300 (100-1100)	300 (0-2900)

Tablo 3. Yakinma dönemlerine göre bulgular

	Pereneal	Mevsimsel	Pereneal+mevsimsel	p
Yas (yil)(med, min-maks)	11 (3-17)	12 (3-17)	13 (4-17)	<0.05
Sensitizasyon (%)				
Monosensitize	45.4	40.3	14.4	<0.05
Polisensitize	24.7	36.8	38.5	<0.05
Duyarlilik paterni (n, %)				
Polen	54	81.3	35.9	<0.05
Ev tozu	76.7	56	32.8	<0.05
Kuf mantari	76.5	68.6	45.1	<0.05
Hayvan tuyu	70.4	66.2	37.3	<0.05
Sikayet paterni (n, %)				
Burun akıntısı	63.4	70.2	34.4	<0.05
Hapsirik	60.9	70.2	31.9	<0.05
Burun tikanıklığı	62.8	65	28.6	>0.05
Kasinti	63.4	66.8	31.1	>0.05
Astım (n)	41	44	43	>0.05
T.IgE (med, min-maks)	244 (9.3-3035)	235 (8.95-2708)	290 (9.3-2708)	>0.05
AES (med, min-maks)	300 (0-2100)	300 (0-2900)	300 (0-1400)	>0.05
Bulgu sayısı (med, min-maks)	2.5 (0-6)	3 (0-6)	3 (0-6)	>0.05
Sikayet sayısı (med, min-maks)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	>0.05



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 4. Monosensitize ve polisensitize olguların özellikleri

	Monosensitize (n=119)	Polisensitize (n=182)	p
Yaş (med, min-maks)	9 (3-17)	12 (3-17)	<0.05
T.IgE (IU/mL) (med, min-maks)	167 (11.2-2400)	276 (8.95-3-35)	<0.05
AES (med, min-maks)	300 (0-2100)	300 (0-2900)	>0.05
Astım sıklığı (%)	38.7	45.1	>0.05
Yakinma (%)			
Burun akıntısı	35.3	64.7	<0.05
Burun tikanıklığı	42.7	58.5	>0.05
Kasinti	37.4	62.6	>0.05
Hapsirik	36.6	63.9	<0.05
Bulgu(%)			
Konka HT	40.2	59.8	>0.05
Nazal mukoza solukluğu	38.4	61.6	>0.05
Konjonktivit	33.8	66.2	<0.05
Shiner	38.2	61.8	>0.05
Transvers nazal çizgi	28.8	71.2	>0.05
Dennie Morgan	38.9	61.1	>0.05
Pereneal yakınma	59.7	63.2	>0.05
Mevsimsel yakınma	54.6	74.7	>0.05
Pereneal + mevsimsel artis (%)	14.4	39	<0.05
Bulgu sayısı (med, min-maks)	2 (0-6)	3 (0-6)	>0.05
Sikayet sayısı (med, min-maks)	3 (1-4)	3 (1-4)	>0.05

Sonuç: Hastalarımızda sıklıkla polen duyarlılığı saptanmış olmakla beraber, yaşla birlikte artan polisensitizasyon oranları tespit edildi. Bu durumun, hastaların semptomlarının yıl boyunca var olmasına ve özellikle mevsimsel alevlenmelerin ön plana çıkmasına neden olduğu düşünülmüştür. Benzer şekilde; ilerleyen yaşlarda astım sıklığının artması, alerjik konjonktivit bulgularının belirginleşmesi nedeniyle AR'li küçük yaşta hastaların gelecekte gelişebilecek olası komorbiditeler açısından, semptomları kontrol altında dahi olsa, takip edilmeleri gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-031

Astım Tanısıyla Takip Edilen Çocuk Hastaların Vücut Kitle İndekslerine Göre Atopi Durumları ve Solunum Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

Yasin Önal¹, Yüksel Kavas Yıldız², Şule Büyük Yayıtokgil², Emine Vezir³

¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

²Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye.

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Astım çocukluk çağının en yaygın kronik hastalığıdır ve genellikle kronik havayolu inflamasyonu ile heterojen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Obezite astım için önemli bir risk faktörüdür.

Amaç: Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip edilen obez ve non-obez astım hastalarının karşılaştırılması, vücut kitle indeksi (VKİ) ile solunum fonksiyonları ve atopi sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca, astımlı çocuklarda VKİ'nin solunum fonksiyonları ve alerjik duyarlanma üzerindeki etkisinin anlaşılması ve ağır astım risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Method:** Çalışmaya, 1 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniğine başvuran, en az 6 aylık düzenli takiple izlenen, astım tanılı 6-10 yaş arası 221 çocuk dahil edildi. Hastalar obez (n=65) ve non-obez (n=156) olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırmalar yapıldı. Solunum fonksiyon testleri ve deri prik testleri geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 221 hastanın %29,4'ü obezdi. Obez hastalarda atopi oranları daha düşüktü (p=0,021). Obez hastalar ile non-obez hastaların FEV1, FVC, FEV1/FVC ve FEF25-75 sonuçları benzerdi (sırasıyla p=0,495; p=0,628; p=0,486; p=0,067). VKİ ile mutlak eozinofil sayısı, eozinofil yüzdesi, IgM ve total IgE değerleri arasında negatif korelasyon saptandı [sırasıyla (r=-0,190, p=0,005), (r=-0,209, p=0,002), (r=-0,208, p=0,003), (r=-0,139, p=0,044)]. Atopinin eşlik etmesinin ağır astım riskini yaklaşık 2 [OR: 2.174, (%95 GA: 1.153-4.098), p: 0.016] kat arttırdığı bulundu.

Sonuç: Obezitenin solunum fonksiyon testlerine ve astım şiddetine etkisi gösterilemezken, obez astımlı hastalarda atopi oranı daha düşüktü. Atopinin eşlik etmesinin ağır astım riskini 2 kat arttırdığı bulundu. Obezite ve astım ilişkisi karmaşıktır. Bu çalışma, obezitenin astımlı hastalarda atopi ile ilişkisini ve solunum fonksiyonlarına olan etkisini anlamamıza yardımcı olabilir. Ancak, obezite ile ilişkili astımın daha iyi anlaşılabilmesi için prospektif uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-032

Akut Ağır Bronşiolit Nedeniyle Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan İnfantların Hışıltılı İnfant ve Astım Gelişimi Açısından Değerlendirilmesi

Ahmet Selmanoğlu¹, Cankat Geniş¹, Hatice İrmak Çelik¹, Serhan Özcan², Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Çocuk Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş: Bronşiolit, küçük çocuklar arasında en yaygın alt solunum yolu enfeksiyonu olarak öne çıkmaktadır. Ciddi bronşiolit ya da hastaneye yatış gerektiren bronşiolit, tüm bebeklerin %2-%3'ünü etkiler.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, özellikle akut şiddetli bronşiolit tanısı konmuş olan, daha önce pediatrik yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) takip geçirmiş bireyleri değerlendirmek, takip sürecinde tekrarlayan hırıltı oranlarını ve astım gelişimini potansiyel olarak analiz etmektir. Çalışmaya, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 2013 Ocak - 2022 Aralık tarihleri arasında başvuran, ciddi bronşiolit tanısı konmuş ve ek sistemik hastalığı olmayan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, yoğun bakım destek tedavileri, hastanede kalış süreleri, atopik durumlar ve solunum viral panel kültür sonuçları değerlendirildi. Hastaların mevcut klinik durumu, hastane kayıtları ve bakıcılarıyla yapılan telefon görüşmeleri aracılığıyla belgelenmiştir. Astım semptomlarının varlığı ve son 12 ay içinde uygulanan tedaviler, Global Astım İnisiyatifi (GINA) ve Astım ve Allerjilerde Uluslararası Çalışma (ISAAC) anketi yönergelerine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kriterlerini karşılayan 60 hastanın ortalama yaşları yoğun bakımda 13.5 (± 7.2) aydı. Erkek cinsiyet daha baskındı (n=39, %65). Yoğun bakımda solunum desteği alınan günlerin ortalama sayısı 4.9 (± 3.5) gün ve sistemik steroid tedavisi alınan günlerin ortalama sayısı 3.8 (± 1.7) gün idi. Viral solunum yollarında, 27 hastada %45 oranında en sık Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV) izole edilmişti, bunu 6 hastada Rinovirüs ve 5 hastada Boca virüsü izledi (n=6, 5). Mevcut astım tedavisi alan hasta sayısı n=33, %55 idi. Mevcut durum sorulduğunda, son 12 ay içinde geçirilen astım ataklarının sayısı n=25, %41.6 idi.

ÇYBÜ Yatış ve Tedavi Özellikleri

	Min-Max	Ortanca			
Yatıştan sonraki takip süresi (ay)	16-108	34.5 \pm 20.2	Serbest Akışlı Oksijen Tedavisi	2	3.3
ÇYBÜ yatış sayısı	1-6	1.3 \pm 0.84	Geri solumasız maske	6	10
ÇYBÜ tedavi süresi (gün)	1-20	4.9 \pm 3.5	YFOV	37	61.7
Steroid ¹ tedavi süresi (gün)	0-9	3.8 \pm 1.7	NIMV	6	10
Toplam ÇYBÜ yatış süresi (gün)	1-66	10.6 \pm 8.7	Entübasyon	9	15
	Verilen Tedavi		YFOV: Yüksek frekanslı ossilatuar ventilasyon, NIMV: İnvaziv olmayan mekanik ventilasyon		
Magnezyum tedavisi	32 (%53.3)				
İpratropium Bromid tedavisi	31 (51.7%)				



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

Solunum Viral Paneli Sonuçları

	N	%
RSV	27	45
Rhinovirüs	6	10
Boca virüs (HBoV)	5	8.3
Adenovirüs	2	3.3
nCoV2	2	3.3

ISAAC Astım Anketi

	Evet
Son 12 ayda vizing var mı?	25 (%41.7)
Son 12 ayda astım atağı var mı?	1-3 atak: 22 hasta (%36.7) 4-12 atak: 3 hasta (%5)
Egzersiz yaparken vizing eşlik ediyor mu?	20 (%33.3)
Vizing nedeniyle konuşmada kısıtlanma var mı?	12 (%20)
Son 12 ayda soğuk algınlığı ya da solunum yolu enfeksiyonu olma- dan öksürük var mı?	13 (%21.7)
Vizing nedeniyle uyku bozukluğu var mı?	18 (%30)
Astım nedeniyle acile başvuru var mı?	20 (%33.3)
Astım nedeniyle hastaneye yatış var mı?	11 (%18.3)
Son 12 ay içerisinde astım nedeniyle steroid kullanıldı mı?	8 (%13.3)
Son 12 ayda astım nedeniyle bronkodilatör kullanımı var mı?	36 (%60)
Şu anda astım tedavisi alıyor mu?	33 (%55)
Doktor tanıli astımı var mı?*	34 (%56.7)
*17 hasta kliniğimizde takiplerine devam etmektedir.	

Astım gelişiminde risk faktörleri için yapılan regresyon analizi

	Tek Değişkenli (Univariate)		
	OR	CI	p
Cinsiyet	1.17	0.4-3.41	0.765
Çoklu ÇYBÜ yatışı	2.15	0.58-7.98	0.25
ÇYBÜ tedavi süresi (gün)	0.95	0.82-1.1	0.572
Mekanik Ventilasyon	1.56	0.48-5.06	0.45
Toplam hastane yatışı süresi	0.94	0.82-1.07	0.35
Eozinofil yüzdesi	1.03	0.77-1.4	0.8
Atopi varlığı	0.59	0.05-6.95	0.68
RSV izolasyonu	1.65	0.59-4.63	0.33
Doğum ağırlığı	0.98	0.27-3.57	0.98
Doğum yöntemi	0.94	0.33-2.66	0.91

Sonuç: Bu çalışmada, ciddi bronşioliti olan hastaların yarısından fazlasında astım geliştiği bulunmuştur.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-033

Salbutamol Kullanımı Konvülsiyonu Tetikler mi?

Emre Özdamar¹, Mehmet Özkaya¹, Zehra Bayazıt¹, Burcu Özge Erdoğan¹, Sezer Uçar¹, Mehmet Canpolat², Hüseyin Per², Fulya Tahan¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

GİRİŞ Ve AMAÇ : Astım, çocuklar arasında en sık görülen kronik hastalıktır ve dünya çapında 300 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir. Salbutamol, astım tedavisinde kurtarıcı olarak kullanılan selektif kısa etkili β_2 agonisttir. Salbutamol kullanımının epilepsili hastalarda konvülsiyonları tetiklediğine dair yaygın bir inanış bulunmaktadır. Ancak bu konudaki makaleler çelişkili bilgiler içermektedir. Bu çalışmada salbutamolün epilepsi ve astım hastalarında konvülsiyonu tetikleyip tetiklemediği araştırılmak istenmiştir.

YÖNTEM: Çalışmamıza Ocak 2016 ile Ağustos 2021 tarihleri arasında Çocuk Alerji Polikliniğinde takip edilen 931 astım hastası dahil edildi. Hastaların primer tanıları ve demografik özellikleri retrospektif olarak kayıt edildi. Hastalar telefonla aranarak salbutamol kullanımı ile konvülsiyon geçirme arasındaki bağlantı sorgulandı.

BULGULAR: Hastaların %36'sı kız (n:335), %64'ü (n:596) erkek, ortalama yaşı $62,7 \pm 43,1$ ay idi. Allerjik astım %23,4'ü (n:218), non allerjik astım %76,6'sını (n:713) oluşturuyordu. Konvülsiyon öyküsü sorgulandığında %2,7'sinin (n:26) konvülsiyon öyküsü mevcuttu. Bunların %53'ü (n:14) febril konvülsiyon, %46'sı (n:12) epilepsi tanılı hastalardı. Epilepsi tanılı hastaların %33'ü (n:4) dirençli epilepsi idi. Febril konvülsiyon tanılı hastaların %7.1'inde (n:1), epilepsi tanılı hastalarına %25'inde (n:3) salbutamol kullanımından sonra ilk 1 saat içinde konvülsiyon geçirme öyküsü mevcuttu. Toplam 931 astımlı hasta içinde salbutamol kullanımı sonrası konvülsiyon oranı %0,4, febril konvülsiyon ve epilepsili hastalarda ise %15 olarak bulundu.

TARTIŞMA: Salbutamol astımın neden olduğu akut bronkospazm atakları için kullanılan seçici bir β_2 adrenerjik reseptör agonistidir (1). Terapötik etkisi, bronşiyal düz kas kasılmasının inhibisyonuna ve ardından bronkodilatasyona izin veren güçlü düz kas gevşetici özelliklerine dayanmaktadır. Salbutamol oral, intravenöz, intramüsküler, subkutan veya inhalasyon yoluyla uygulanabilir. Bu nedenle farmakokinetiği oldukça çeşitlidir ve sonuç olarak etkinlik ve yan etkileri de her formülasyon arasında farklılıklar gösterir (2). Astım ile epileptik nöbetler arasındaki ilişki uzun süredir araştırılmaktadır. Bu konuda çeşitli hipotezler öne sürülmekle birlikte net bir sonuç alınamamıştır. Ayrıca epilepsi-astım ilişkisini destekleyen epidemiyolojik veriler yetersizdir. Salbutamolün en sık yan etkileri taşikardi ve tremordur (3). Preklinik çalışmalar salbutamolün hızla 'kan-beyin bariyerini' geçtiği ve plazma konsantrasyonlarının yaklaşık %5'i kadar beyin konsantrasyonlarına ulaştığını saptamıştır (4). Selektif β_2 -agonistler, bu reseptöre özel olmasa da tercihli bir afiniteye sahiptir ve yüksek ilaç konsantrasyonlarında seçicilik kaybolur (5). Gözlenen yan etkiler yalnızca β_2 'yi değil aynı zamanda β_1 -adrenerjik uyarımı da yansıtır olabilir.

Sempatikomimetik ilaçlar tarafından katekolaminerjik CNS reseptörlerinin aşırı uyarılması nöbetlere neden olabilir (6). Bir çalışmada maksimum elektroşok (MES) kaynaklı nöbetlere maruz kalan farelerde dört klasik anti-epileptik ilacın (valproat, karbamazepin, fenitoin ve fenobarbital) antikonvülsan gücü üzerinde β_2 adrenerjik reseptör agonistlerinin etkileri incelenmiştir. Salbutamolün fenobarbitalin anti-epileptik etkinliğini azaltabileceği bildirilmiştir (7). Micheli ve ark. üç yetişkinde salbutamol tedavisine bağlı miyoklonus bildirmiş, ancak çocuklarda benzer bir olguya rastlanmamıştır. Yayınlanan üç vakadada miyoklonusun başlaması ve gerilemesinin yüksek doz salbutamol alımı ve kesilmesiyle yakından ilişkili olabileceği ancak hipoksi, subdural hematom ve malignite gibi eşlik eden faktörlerin de katkısının düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir (8).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Birçok çalışmada çocukluk çağında epilepsi prevalansı % 0,5-1 olarak bildirilmiştir. Astımlı 800 çocukta epilepsi surveyansını içeren bir çalışmada, 15'i erkek ve 11'i kız yaklaşık 26 çocuğun aynı zamanda epilepsili olduğu da saptanmıştır. Bu hastalarda epilepsiprevalansı %3,25 olarak bulunmuştur. Bu oranın genel çocuk popülasyonuna göre daha yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir ($p < 0,05$) (9). Bu konuda yapılan başka bir retrospektif çalışmada astımlı hastaların epilepsi geliştirme olasılığının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda astımlı hastalarda epilepsi prevalansı %1,2 olarak bulunmuştur. Febril konvulziyon çocuklarda %2-5 oranında görülmekte olup görülme sıklığı 18 ayda pik yapar (11). Bizim çalışmamızda 931 astımlı hastada febril konvulziyon oranı %1,5 idi. Salbutamol kullanımı sonrası ilk 1 saatte konvülsiyon oranı %0,4, febril konvülsiyon ve epilepsili hastalarda ise %15 olarak bulundu. Dirençli epilepsinin, epilepsili çocukların %20-30'unu etkilediği tahmin edilmektedir. Nöbet sıklığı ve kontrolü daha zordur (12). Bizim çalışmamızda da epilepsi hastaları içinde dirençli epilepsi oranı literatürle uyumlu olarak %33 olarak bulunmuştur. Salbutamol kullanımı sonrası ilk 1 saatte nöbet geçiren epilepsili 3 hastamızın da dirençli epilepsisi vardı. Bu sonuçlar, epilepsi şiddetinin ve anti-epileptik ilaçların bu duruma neden olduğunu düşündürülebilir. Çünkü literatürde anti-epileptik ilaçların paradoksal olarak nöbetleri tetiklediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (13). Salbutamol ve anti-epileptikler arasındaki ilaç-ilaç etkileşimleri de çalışmamızın amacı açısından önemlidir. Bu konuda yapılan prelinik bir çalışmada, bir günlük salbutamol kullanımının nöbet eşiğini değiştirmediklerini gösterilmiştir (9). Castaneda ve arkadaşları anti-astım ilaçları ve ağır astım ataklarına bağlı birçok faktörün epileptik nöbetlere neden olabileceğini bildirmişlerdir (14). Bir çalışmada salbutamolun değil astım şiddetinin nöbet oluşumunu arttırdığı ve daha iyi astım tedavisinin daha düşük nöbet oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (15). Bilan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada akut astım atağında hiperventilasyonun bir sonucu olarak ortaya çıkan solunumsal alkalozun, serebral vazokonstriksiyona, hipokapniye, nöronal stimülasyona ve böylece epileptojenik aktivitenin artmasına neden olabileceği bildirmişlerdir (9).

SONUÇ: Astım ataklarının tedavisi sırasında salbutamol kullanımının epileptik nöbetleri tetikleyeceği konusunda yaygın bir endişe olmakla beraber bu konuda bilimsel bir kanıt bulunmamaktadır. Astım yönetimi ve önlenmesine yönelik uluslararası kılavuz olan GINA, acil serviste salbutamol ile başlangıç farmakoterapisinin geciktirilmemesi ve tam değerlendirme tamamlanmadan başlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Astım atağı tedavisinin önemi konusunda ebeveynler bilgilendirilmelidir. Çalışmamızda tüm astımlı hastalarda salbutamol sonrası konvülsiyon sıklığı %0,4, febril konvülsiyon ve epilepsili hastalarda ise %15 bulunmakla beraber enfeksiyon, hipoksi gibi konvülsiyonu tetikleyebilecek diğer faktörlerin dışlanacağı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Astım, konvülsiyon, salbutamol

KAYNAKÇA

- 1-Louridas G, Kakoura M, Galanis N, Patakave D, Kastritsi K. Bronchodilatory effect of inhaled versus oral salbutamol in bronchial asthma. *Respiration*, 1983;44:439-443.
- 2-Marques L, Vale N. Salbutamol in the Management of Asthma: A Review. *Int J Mol Sci*. 2022 Nov 17;23(22):14207.
- 3- Pratt H. Abuse of salbutamol inhalers in young people. *Clin Allergy*. 1982;12:203-208.
- 4-Caccia S, Fong MH. Kinetics and distribution of the beta-adrenergic agonist salbutamol in rat brain. *J Pharm Pharmacol*. 1984;36:200-202.
- 5-Nelson HS. Beta adrenergic agonist. *Chest* 1982;82:335-385.
- 6-Obeso J. Classification, clinical features and treatment of myoclonus. In: Watts RL, Koller WC, eds. *Movement disorders: neurologic principles and practice*. New York, NY: McGraw-Hill Companies; 1997:541-550.
- 7-Świąder M, Zakrocka I, Świąder K, Zawadzki A, Łuszczki JJ, Czuczwar SJ, Munir D. Influence of salbutamol on the an-



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ticonvulsantpotency of theantiepilepticdrugs in themaximalelectroshock-inducedseizures in mice. PharmacolRep. 2019 Jun;71(3):466-472.

8-Mícheli F, Cersósimo MG, Scorticati MC, Velez M, Gonzalez S. Myoclonussecondarytoalbuterol (salbutamol) instillation. Neurology. 2000;54:2022–2023.

9-Bilan N,Ghafari S. Association of AsthmaandEpilepsy. ResearchJournal of BiologicalScience, 2008, 3(12), 1370-1372.

10-Chiang KL, Kuo FC, Lee JY, Huang CY. Association of epilepsyandasthma: a population-basedretrospectivecohortstudy. PeerJ.2018 May 18;6:e4792

11-Sugai K. Currentmanagement of febrileseizures in Japan: an overview. Brain Dev. 2010;32 (1):64-70.

12-Aneja S, Jain P. Refractoryepilepsy in children. Indian J Pediatr. 2014 Oct;81(10):1063-72.

13-Świąder M, Zakrocka I, Świąder K, et al. Influence of salbutamol on theanticonvulsantpotency of theantiepilepticdrugs in themaximalelectroshock-inducedseizures in mice. PharmacolRep. 2019;71:466–472.

14-Castaneda GY, Heilbronner PL, Shah N, Forem S, Fish I. Asthmaandepilepsy: aretheyrelated? A retrospectivestudy. J Child Neurol. 1998;13:283–285.

15-Uysalol M, Yıldız R, Özünel ZG. Is Seizure an AdverseEffect of Salbutamol in thePediatricPopulation? Balkan Med J. 2022 Sep 9;39(5):340-344.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-034

Kirli Mi Kalsak Temiz mi Olsak ? : Hışılıtlı Çocuklarda Kullanılan Çamaşır Deterjanı Ve Yumuşatıcı İçerikleri İle Akciğer Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Gülten Tunçerler¹, Simge Atar Beşe¹, Cihangir Şahin¹, Nur Törer¹, Duygu Erge¹, Pınar Uysal¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bölümü

Giriş: Hışılıtlı çocuklarda erken dönemde geçirilen hışılıtlı atakları astım açısından uyarıcı olabileceği için akciğer fonksiyonlarını etkileyebilecek ev içi çevresel faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Deterjanların içerdikleri kimyasalların, deri ve solunum yolu epitel bariyeri üzerine etkisi son zamanlarda aydınlatılmaya çalışılmaktadır.

Amaç: Hışılıtlı ve sağlıklı çocukların evlerinde kullandıkları çamaşır deterjanı ve yumuşatıcıların çeşitleri, miktarları, içeriklerindeki farklılıkları ve kullanım sıklıklarını araştırmayı ve bunların akciğer fonksiyonları ile olası ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Bulgular: Prospektif vaka kontrol pilot çalışmamızda Ağustos 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında hastanemiz çocuk alerji polikliniğine başvuran hışılıtlı çocuklar (n:84), benzer yaş ve cinsiyette sağlıklı çocuklar (n:81) ardışık olarak çalışmaya alındı. Çamaşır deterjanı ve yumuşatıcı kullanım alışkanlıkları, miktarları ve içeriklerinin, akciğer fonksiyonları ile olası ilişkisi analiz edildi. Hışılıtlı çocukların tanı anında impuls osiometre (İOS) yöntemi ile akciğer fonksiyonları ölçüldü ve sağlıklı grubun verileri ile karşılaştırıldı. İOS yönteminde zR5, zR20, R5-20 havayolu dirençlerini, zX5, zX20, Fres, AX ise havayolu elastikiyetini gösteren parametrelerdir. İçeriğinde katkı maddesi olmadığını belirten ürünleri kullanımına göre akciğer fonksiyonları karşılaştırıldı. Deterjanlar incelendiğinde tüm olguların %50,9'u katkı maddesi içermeyen ürünü kullanmaktaydı. Olguların %49.7'si sabun içeriği olan deterjanı tercih etmekteydi. Hasta grubunda sağlıklılara göre, deterjan içerikleri açısından, cocoglicosid, linolol, coumarin ve oksijen bazlı ağartıcı maddelerin daha sık, sabunun ise daha nadir kullanıldığı saptandı (p<0.05). Hasta grubunda sağlıklılara göre yumuşatıcı kullanımı daha fazlaydı (p=0,006). Yumuşatıcıların içeriğindeki coumarin bulunma sıklığı ise hasta grubunda sağlıklı gruba göre daha fazlaydı (p=0,012). Hasta grubunda zR5, R5-20 ve AX değerleri sağlıklı gruba göre yüksek, zX5 değeri ise düşüktü (p<0,05). Her bir katkı maddesinin kullanımı açısından hasta ve sağlıklı gruplarında analiz yapıldığında İOS parametrelerinde fark saptanmadı (p>0.05). İçeriğinde herhangi bir katkı maddesi olmadığını ifade eden deterjan kullanan hasta grubunda diğer ürünleri kullananlara göre zR5, zR20 ve Fres düşük, zX20 yüksek saptanırken (p<0,05), yumuşatıcı kullananlarda ise zR5 değeri düşük bulundu (p<0,001).

Sonuç: Hışılıtlı çocukların sağlıklılara göre çamaşır deterjan ve yumuşatıcılarda kimyasal maddelere daha sık maruz kaldığı gösterildi. Hışılıtlı çocuklarda, içeriğinde katkı maddesi olan deterjanları kullananlarda tüm ve periferik havayolu direncinin arttığı ve elastikiyetinin azaldığı gösterildi. Benzer şekilde katkılı yumuşatıcı kullananlarda tüm havayolu direncinin arttığı saptandı. Literatürde ilk olan bu çalışmanın sonuçları, hışılıtlı çocuklarda çamaşır deterjanları ve yumuşatıcılarının akciğer fonksiyonlarındaki etkilenme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-035

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Astım Atak Tanısıyla İzlenen ve İntravenöz Magnezyum Sülfat Tedavisi Uygulanan Hastaların Değerlendirilmesi

Uğur Tokdemir¹, İdan Fırat Unay¹, Nihal Akçay¹, İlyas Bingöl¹, Kazım Okan Dolu¹, Himmet Haluk Akar¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Astım ataklarında uygulanan kısa etkili bronkodilatörler ve kortikosteroidler tedavinin ilk basamaklarını oluşturur. Magnezyum sülfat (MgSO₄) ise akut ağır astım ataklarının tedavisinde hücre içi kalsiyum girişini bloke ederek, kas gevşemesini destekler ve inflamatuvar mediatörleri azaltır.

Amaç: Çalışmamızda, çocuk yoğun bakım ünitemizde akut astım atağı nedeniyle takip edilen hastaların tedavisinde MgSO₄'ün güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirilmeyi amaçladık. Çalışmamızda Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım servisinde ağır şiddette akut astım atağı tanısıyla Şubat 2023 ila Ocak 2024 tarihleri aralığında takip edilen; yaşları 2 ile 16 arasında değişen hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların astım tanısını desteklemek için solunum fonksiyon testi, klinik öykü ve tedavi yanıtı birlikte değerlendirildi. Çalışmaya salbutamol, ipratropium bromür, metilprednizolon tedavileri uygulanmasına rağmen solunum sıkıntısı gerilemeyen ve IV MgSO₄ tedavisi uygulanmak durumunda kalınan 76 hasta dâhil edildi.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 4,52 ± 2,81 yaştı. Ortalama MgSO₄ tedavi süresi 2,61 ± 1,15 gündü. Hastaların %68,4'ü yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi (yankot), %17,1'i bipap ile solunum desteği almış, %10,5'i rezervuarlı maske ile takip edilmişti. Hastaların %30,3'üne (infüzyon grubu) 5-10 mg/kg/saat dozunda 24 saatlik kesintisiz infüzyon tedavisi uygulanırken, %51,3'üne (bolus grubu) günlük üç veya dört doza bölünmüş 30-50 mg/kg dozunda 45 dakikalık bolus tedavi, %18,4'üne (karma grup) ise kademeli olarak infüzyon ve bolus tedavileri uygulanmıştı. Tedavi sonrası serum Mg değerleri karşılaştırıldığında bolus tedavi alan grupta (2,30 ± 0,27 mg/dL) infüzyon tedavisi alan gruba (2,05 ± 0,19 mg/dL) göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı (p=0,017). Tedavi öncesi serum magnezyum düzeyi bolus (2,30 ± 0,27 mg/dL) ve infüzyon (2,33 ± 0,31 mg/dL) tedavisi alan her iki grupta benzerdi. Entübe olarak izlenen üç hastadan biri solunum yetmezliği nedeniyle ex olmuştu. Yankot ile oksijen desteği alan MgSO₄ infüzyon tedavisi uygulanan 2 hastada taşikardi görülmesi üzerine çekilen elektrokardiyografide sinüs taşikardisi saptanırken, hastaların serum troponin değerleri normal sınırlardaydı. Tedavi sürecinde hipotansiyon, hipermagnezemi veya nörolojik komplikasyonlar izlenmedi.

Sonuç: MgSO₄ tedavisi alan, ağır astım tanısıyla yoğun bakımda izlenen hastalarda; son derece nadir de olsa solunum depresyonu, aritmi gibi yan etkiler görülebilmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-036

Gözler Akciğerin Aynasıdır: Alerjik Shineri Olan Çocuklarda Akciğer Fonksiyonlarındaki Bozulmanın İmpuls Osilometri Yöntemi ile Değerlendirilmesi

Nur Törer¹, Cihangir Şahin¹, Simge Atar Beşe¹, Gülten Tunçerler¹, Duygu Erge¹, Pınar Uysal¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmunolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Alerjik shiner alt göz kapağında suborbital ödeme bağlı renk koyulaşmasıdır. Burun tıkanıklığından kaynaklanan venöz staza bağlı olduğu düşünülmektedir. Altta yatan sebep çoğu zaman atopi veya alerjik hastalıklar ile ilişkilendirilir. Bugüne kadar literatürde alerjik shineri olan çocukların etiyolojik faktörlerini ve solunum fonksiyon testlerini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır

Amaç: Alerjik shinerin etiyolojik nedenleri ve solunum fonksiyonları arasındaki olası ilişki araştırılarak bu konuda farkındalık kazandırılması amaçlandı.

Bulgular: YÖNTEM: Prospektif kesitsel çalışmaya Ocak-Mart 2024 arasında çocuk alerji ve genel pediatri polikliniklerine başvuran 3-12 yaş arasındaki alerjik shineri olan çocuklar (n=97) ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu (n=57) dahil edildi. Tüm hastalar etiyolojik nedenlerin açığa çıkarılması için Kulak Burun Boğaz bölümü tarafından değerlendirildi. Deri prik testi, spesifik IgE, eozinofil, total IgE düzeyleri hastane kayıtlarından temin edildi. Akciğer fonksiyonları impuls osilometri (İOS) yöntemi ile değerlendirildi. Tüm ve periferik hava yolu rezistans (zR5, zR20, R5-20) ve reaktans (zX5, zX20, fres, Ax) ölçümleri yapıldı. Alerjik shineri olan çocuklarda etiyolojik nedenler ve hava yolu fonksiyonları arasındaki ilişki araştırıldı. BULGULAR: Hastaların etiyolojisinde astım %54.6 (n=53), alerjik rinit %47.4 (n=46), adenoid hipertrofisi %20.6 (n=20), besin alerjisi %12.4 (n=12), atopik dermatit %7.2 (n=7) oranında saptandı. İOS'ta zR5, R5-20, AX değerleri alerjik shineri olan çocuklarda sağlıklı kontrol grubuna göre yüksekti, zX5 değeri düşüktü (sırasıyla p=0.012, p=0.001, p=0.001 ve p<0.001). Akciğer fonksiyonlarındaki bozukluk astım varlığı, alerjik rinit, atopik dermatit, besin alerjisi ve tonsil hipertrofisinden bağımsızdı (p>0.05). Sadece adenoid hipertrofisi olan çocukların alerjik rinit olanlara göre Fres, Ax ve R5-20 değerleri yüksek zX20 değeri düşük saptandı (p<0.05). Solunum yolu hastalıklarından en az biri olan grupta solunum yolu hastalığı olmayan gruba göre zR20 değeri yüksek saptandı (p=0.025). Atopisi olan grupta olmayanlara göre İOS parametreleri açısından fark yoktu (p>0.05).

Sonuç: Bu çalışma alerjik shineri olan çocukların hava yolu direnci ve elastikiyetinin sağlıklı kontrollere göre bozulmuş olduğunu gösteren literatürde ilk çalışmadır. Bu durum adenoid hipertrofisi dışındaki astım, altta yatan diğer hastalıklar ve atopi varlığından bağımsızdı. Alerjik shineri olan çocukların etiyolojisinde farklı hastalıkların olabileceği ve bu çocuklarda erken yaşlardan itibaren akciğer fonksiyonlarının bozulabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-037

Oyun Gibi Bir Deri Testi Deneyimi: Sanal Gerçekliğin (VR) Çocuklarda Deri Prik Testine Bağlı Ağrı ve Korku Üzerine Etkisi (Randomize Kontrollü Çalışma)

Cihangir Şahin¹, Şule Çınaklı¹, Simge Atar Beşe¹, Gülten Tunçerler¹, Nur Törer¹, Duygu Erge¹, Pınar Uysal¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Çocuk alerji kliniklerinde deri testi uygulaması esnasında oluşabilecek ağrı ve korku baş edilmesi gereken sorunlardan biridir. Çocukluk dönemindeki kötü deneyimler ağrı duyarlılığının artmasına, uyku sorunlarına, kaygı bozukluklarına, fobilere ve tedavi direncine yol açabilir. Sanal gerçeklik (VR) görsel ve işitsel uyarımları birleştirip çocuklara mevcut fiziksel ortamlarından ayrı bir sanal dünya yaratarak, dikkatlerini yaşayabilecekleri ağrı ve korkudan etkili bir şekilde uzaklaştırabilir.

Amaç: Amacımız VR'in çocuklarda deri prik testine bağlı ağrı ve korku üzerine etkisini göstermektir.

Bulgular: Bu prospektif paralel gruplu randomize kontrollü çalışma, Mart-Nisan 2024 tarihleri arasında hastanemiz çocuk alerji polikliniğinin deri testi ünitesinde yürütülmüştür. Çalışmada CONSORT kılavuzuna uyulmuştur. Çocuk Alerji polikliniğinde değerlendirilerek deri prik testi yapılmasına karar verilen 4-10 yaş arası 44 çocuk blok randomizasyon yöntemi kullanılarak sanal gerçeklik kullanılan (VR; n=22) ve kullanılmayan (Kontrol; n=22) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Sanal gerçeklik grubuna, deri prik testinden yaklaşık iki dakika önce VR gözlükleri takılıp işlem boyunca bir VR sualıtı deneyimi videosu izletildi (Şekil 1). Kontrol grubuna ise rutin deri prik testi prosedürü uygulandı. VR müdahalesi ve deri prik testi işlemi aynı anda sonlandırıldı. İşlemden hemen sonra çocuklar kendilerini, ebeveynler ve uzman psikiyatri hemşiresi de çocukların davranışlarını gözlemleyerek çocukların yaşlarına uygun ağrı ve korku derecelendirme ölçekleriyle ayrı ayrı değerlendirdiler. **BULGULAR:** Sanal gerçeklik ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve işlem öncesi korku varlığı açısından fark gözlenmedi ($p>0.05$). Sanal gerçeklik grubunda, kontrol grubuna göre deri prik testine bağlı ağrı seviyeleri çocuk, ebeveyn ve araştırmacı değerlendirmesinde daha düşük gözlendi (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Sanal gerçeklik grubunda, kontrol grubuna göre deri prik testine bağlı korku seviyeleri çocuk, ebeveyn ve araştırmacı değerlendirmesinde daha düşük gözlendi (sırasıyla $p:0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Şekil 1. Sanal Gerçeklik ile Deri Prik Testi Uygulaması



Sonuç: Bu çalışma, sanal gerçekliğin (VR) çocuklarda deri prik testine bağlı ağrı ve korku üzerine etkisini araştıran literatürdeki ilk çalışmadır. Bu çalışmada VR'in, deri prik testine bağlı ağrı ve korkuyu azaltmakta etkili olduğu tespit edilmiştir. Ağrı ve korkunun üç farklı değerlendirici (çocuk, ebeveyn, araştırmacı) tarafından değerlendirilmesi ve randomize kontrollü çalışma olması verileri daha değerli kılmaktadır. Deri prik testine bağlı ağrı ve korkunun etkili bir şekilde azaltılması hastaların çocuk alerji polikliniklerinde takip ve tedavi süreçlerindeki iş birlikleri ve uyumlarını da arttıracaktır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-038

6-11 Yaş Arası Persistan Astımlı Çocukların Kullanılan Tedavilere Göre Alevlenme ve Pnömoni Açısından Karşılaştırılması

Gizem Köken¹, Sinem Polat Terece¹, Ceren Varer Akpınar², H. İlbilge Ertoy Karagöl¹, Arzu Bakırtaş¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: Güncel rehberlerde 6-11 yaş arası astımlı çocuklarda ikinci basamak idame tedavide günlük düşük doz inhale kortikosteroid (İKS) ve kurtarıcı olarak salbutamol tedavisi önerilir. Üçüncü basamak idame tedavide ise günlük orta doz İKS veya İKS-uzun etkili β_2 agonist (UEBA) sabit kombinasyon tedavileri önerilir. Bu basamakta kurtarıcı tedavide de salbutamol veya formoterolün hızlı başlangıçlı etkisi nedeni ile İKS-formoterol hem kurtarıcı hem de idame tedavi (KİT) olarak kullanılır. Persistan astımlı çocuklarda idame ve/veya kurtarıcı olarak önerilen bu tedavileri astım alevlenmeleri ve pnömoni geçirme açısından karşılaştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada 6-11 yaş arası persistan astımlı çocukların kullanılan tedavilere göre (İKS veya İKS-UEBA sabit kombinasyon tedavileri) astım alevlenme sıklığı, alevlenme şiddeti ve pnömoni geçirme durumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ocak 2021 ve Ocak 2024 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, persistan astım tanısı ile sadece İKS içeren monoterapiler ile İKS-salmeterol veya İKS-formoterol içeren sabit kombinasyon tedavileri alan ve en az 12 ay süre ile izlemine devam edilmiş olan hastalar astım alevlenmeleri ve pnömoni açısından dosya kayıtları üzerinden retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 170 hastanın (%62 erkek) ortanca izlem süresi 22 ay (12-68 ay) idi. Hastaların %41'inde eşlik eden alerjik rinit mevcuttu (Tablo 1). Hafif-orta persistan astımlı hastaların %55'ine flutikazon propiyonat, %29'una budesonid-formoterol, %14'üne flutikazon-salmeterol tedavileri önerilmişti. İKS monoterapisi alanlarda diğer iki gruba göre toplam alevlenme sayısı ile birlikte acil başvurusu ve sistemik steroid tedavisi gerektiren alevlenmelerin daha fazla olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.026$) (Tablo 2). Alevlenme ile hastaneye yatış flutikazon monoterapisi alan sekiz; budesonid-formoterol tedavisi alan bir olguda; pnömoni ise aynı tedaviler ile sırasıyla dokuz ve bir olguda izlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Hasta sayısı (n)	170
Cinsiyet (erkek) (n, %)	106 (62)
Yaş, medyan (min-max)	112 ay (71-163 ay)
Tanı yaşı, medyan (min-max)	87 ay (36-131 ay)
İzlem süresi, medyan (min-max)	22 ay (12-68 ay)
Alerjik rinit (n, %)	69 (41)
Atopik dermatit (n, %)	39 (23)
Besin alerjisi (n, %)	5 (3)
Ailede astım öyküsü (n, %)	48 (28)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 2. İdame ve kurtarıcı tedavilerin astım alevlenmesi ve pnömoni üzerine etkileri

	Flutikazon propiyonat ve LH salbutamol (n=121)	Budezonid-formoterol ve LH budezonid-formoterol (n=64)	Flutikazon-salmeterol ve LH salbutamol (n=30)
Astım alevlenmesi (n, %)	47 (39)**	5 (8)	4 (13)
Acil başvurusu gerektiren alevlenme (n, %)	30 (25)*	4 (6)	1 (3)
Sistemik steroid gerektiren alevlenme (n, %)	19 (16)*	3 (5)	1 (3)
Hastane yatışı gerektiren alevlenme (n, %)	8 (7)	1 (2)	0
Pnömoni (n, %)	9 (7)	1 (2)	0

LH: Lüzum halinde; **p<0.001; *p<0.05

Sonuç: Altı-on bir yaş arası persistan astımlı olgularda alevlenme sıklığı ve şiddeti, İKS monoterapisi alanlarda İKS-UEBA sabit kombinasyon tedavisi alanlara göre anlamlı şekilde fazladır. Yatış gerektiren alevlenme ve pnömoninin de İKS monoterapisi alanlarda daha sık olduğu görülmüştür.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-039

Üniversite Hastanesinde Alerjen İmmünoterapinin Uygulanmasında Karşılaşılan Hekim Dışı Problemler ve Çözüm Önerileri: Bir Değerlendirme

Kenan Çetin¹, H. İlbilge Ertoyl Karagöl¹, Sinem Polat Terece¹, Gizem Köken¹, Zeynep Çavdar¹, Arzu Bakırtaş¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Uygun tedavi ve korunma önlemlerine rağmen orta-ağır persistan alerjik rinit/rinokonjiktivitli (AR/ARK) hastalarda alerjen immünoterapi (AİT) endikasyonu doğar.

Amaç: Amacımız AİT endikasyonu olan AR/ARK tanılı çocuk hastalarda günlük pratikte AİT'nin ne kadar uygulanabildiğini değerlendirmektir.

Bulgular: Yöntem: Ocak 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında orta-ağır persistan AR/ARK tanısı ile AİT endikasyonu alan olgular ve aileleri tedavi hakkında bilgilendirilmek üzere kliniğe davet edildi. Hasta ve ailelerine AİT uygulama şekli, süresi, etkinliği, yan etkileri ve temini hakkında detaylı bilgi verildi. Uygulamayı kabul etmeyen olgularda nedenleri sorgulandı. Bulgular: Davet edilen orta-ağır persistan AR/ARK'lı 94 hastadan 75'i (%80) kliniğimize geldi. Bu hastalardan 60'ına mevsim öncesi polen immünoterapi (%80), 15'ine ev tozu akarı ile immünoterapi önerildi (%20). İmmünoterapiyi 7 olgu (%9) kabul etti (Phleum ile AİT: 6, Akarlar ile AİT: 1). En sık kabul etmeme nedeni AİT'in Sağlık Bakanlığı tarafından geri ödeme kapsamında olmaması ve buna bağlı olarak yüksek maliyeti olduğu bildirildi (%68). Diğer nedenler sırasıyla tedaviye ilaçla devam etmek istemeleri (%26), tedavi süresinin uzunluğu (%3) ve yakınmalarının halen yoğun olmaması (%3) idi.

Sonuç: Üçüncü basamak bir üniversite hastanesi çocuk alerji kliniğinde, gerekli bilgilendirme yapılması ve uygun endikasyona rağmen, hastaların çok azına başlanabilmektedir. AİT'in geri ödeme kapsamında olmaması, uygulamanın önündeki en büyük engeldir ve çözümü bu tedavinin geri ödeme kapsamına alınmasıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

SS-040

Zonguldak İli Atmosferindeki Partiküler Madde Miktarının Pandemi Dönemi ve Sonrasındaki Değişimi

Tuğba Sarışahin¹, Aydan Acar Şahin³, Şenol Alan², Nur Münevver Pınar³

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Aerobioloji Uygulama ve Araştırma Merkezi

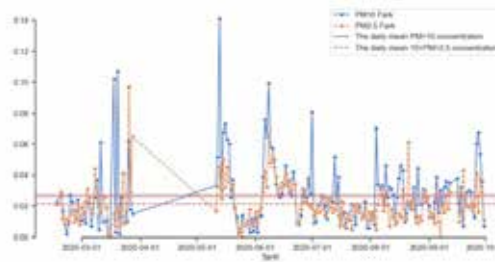
³Ankara Üniversitesi, Fen Fakültesi, Biyoloji Bölümü

Giriş: Atmosferde biyotik ve abiyotik kaynaklı olmak üzere birçok partikül madde bulunmaktadır. Bu maddelere genel olarak atmosferik partiküler madde (PM) denilmektedir. PM'nin dağılımı çevresel şartlara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. PM ile insan sağlığı arasındaki yakın ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. PM tek bir çeşit parçacıktan homojen bir karışım olmayıp, farklı kaynak, bileşim ve büyüklüğe sahip parçacıkların bir arada yer aldığı bir karışımı ifade eder. Bu nedenle PM'nin sınıflandırılması ilgili birçok farklı kriter bulunmasına rağmen, insan sağlığı üzerine etkilerini ortaya koyması açısından büyüklüğe göre sınıflandırma tercih edilmektedir. PM boyutlarına göre genel olarak dört kategoriye ayrılır. Bunlar; PM₁₀, PM_{2.5} ve PM₁ şeklinde sınıflandırılan parçacıklardır.

Amaç: Bu çalışmada ise 2020 yılı ile 2022-2023 yıllarında Zonguldak ili atmosferinden Yüksek Hacimli Hava Örnekleyicisi (YHHÖ) ile elde edilen atmosferik partiküllerin yoğunluğu değerlendirilmiştir. Örneklemeler 2020, 2022 ve 2023 yıllarında Mayıs-Eylül ayları arasında kesiksiz, Pandemi süresince ise Şubat ve Mart aylarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmiştir. YHHÖ, ZBEÜ İİBF çatısına yerden 50 m yüksekliğe yerleştirilmiştir. Cihaz, 900 l/dk hava çekme kapasitesine sahip olup, farklı büyüklükteki partikülleri farklı katmanlarda (PM₁₀ ve PM_{2.5}) yer alan poliüretan filtreler üzerine toplamaktadır. Filtreler günlük olarak öğlen 12.00 da değiştirilmiştir. Filtrelerin PM miktarının belirlenmesi için, filtrelerin boş ve dolu ağırlıkları tartılarak ölçülmüştür.

Bulgular: Yapılan izleme sonucunda 2020, 2022 ve 2023 yıllarında sırasıyla 8,624 g, 7,394 g, 8,116g partiküler madde belirlenmiştir. 2020 yılında bu partiküllerin %56'sı PM₁₀'dan oluşurken, 2022'de %54'ü, 2023'te ise %52'si PM₁₀ partiküllerinden oluştuğu belirlenmiştir. 2020 yılında en yoğun partikül Haziran ayında, 2022 yılında Mayıs, 2023 yılında ise Ağustos ayında belirlenmiştir. Yıllar arasında aylık dağılımlar karşılaştırıldığında, 2023 yılında partikül dağılım genişliğinin diğer yıllara göre daha az olduğu, partikül yoğunluğunun yıllara göre aylık değişimlerinin değişebildiği görülmüştür.

2020 yılı atmosferik PM günlük değişimi





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

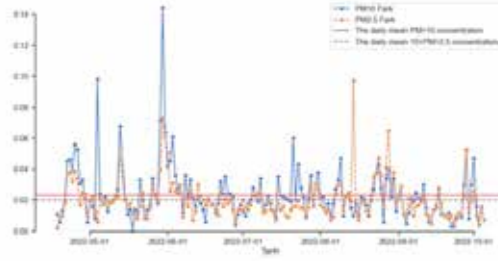
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

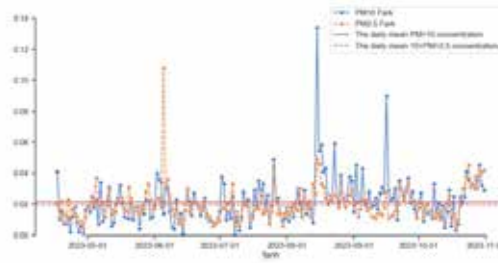
Daha Az Alerji ve Astım



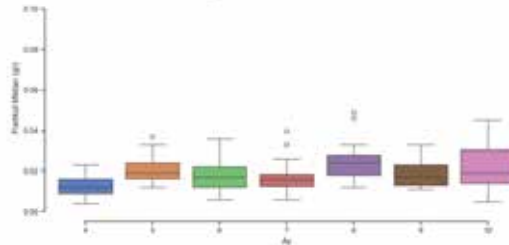
2022 yılı atmosferik PM günlük değişimi



2023 yılı atmosferik PM günlük değişimi



2023 yılı partiküler madde dağılım dinamiği



Sonuç: Pandemi sürecinin atmosferik partiküler madde yoğunluğunu üzerine azaltıcı etileri olduğuna dair raporlar bulunmakla beraber, 2020 yılında Zonguldak ilinde PM yoğunluğunda belirgin bir düşüş gözlenmemiştir. Bu durum deniz kenarında yer alan Zonguldak iline dışardan PM taşınımı ile bağlantılı olabileceği gibi, Zonguldak il merkezine çok yakın bulunan ve pandemi süresince de çalışmaya devam eden, Çatalağzı Termik Santralinden kaynaklı PM ile de bağlantılı olması muhtemeldir. Yine pandemi süresince diğer sektörlere göre daha az etkilenen madencilik faaliyetlerinden atmosfere yayılan PM de bu sonuca katkı sağlayabilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-041

Çocukluk Çağı Anafilaksilerinin Karakteristik Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi

Selami Ulaş¹, Işıl Turan¹, Serdar Al¹, İlke Yıldırım¹, Sezin Naiboğlu¹, Özge Türkyılmaz Uçar¹, Mehmet Halil Çeliksoy¹

¹SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk İmmunolojisi ve Alerji Kliniği

Giriş: Anafilaksi, genellikle hızlı başlayan ve ölüme neden olabilen ciddi bir sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Anafilaksi vakalarında tetikleyicilere bakıldığında çocukluk yaş grubunda besinler ilk sırada yer almakta, bu besinlerin çeşitleri coğrafyaya ve yerel beslenme alışkanlıklarına göre değişkenlik göstermektedir. Anafilaksi klinik bir tanı olmasına rağmen ortaya çıkan hiçbir belirti ve bulgu anafilaksiye özgün değildir.

Amaç: Çocukluk çağında anafilaksinin görülme sıklığının giderek artmaktadır. Anafilaksi nedenleri ve klinik özellikleri yaşa veya yaşanan bölgeye göre değişebilir. Bu çalışmada, çocuklarda anafilaksinin klinik özelliklerini ve anafilaksiye yol açan nedenleri nedenlerini araştırmak amaçlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya ortanca yaşları 48 ay (min-max; 2-256) olan anafilaksi geçirmiş 177 çocuk alındı. Hastaların 107 (%60.5)'si erkekti. Anafilaksilerin 140 (%79.1) tanesi hastane dışında meydana gelirken, 37 (%20.9) tanesi hastane içinde meydana geldi. En sık alerjen maruziyet yolu oral (%63.3) yol idi. Hastaların 102 (%57.6)'sinde eşlik eden bir atopik hastalık mevcuttu. En sık sorumlu alerjenler sırasıyla besinler 95 (%53.7) ve ilaçlar 56 (%31.6) idi. Alerjen dağılımına bakıldığında besinlerden en sık yumurta 35 (%19.3) alerjisi görülürken, ilaçlardan ise en sık beta laktam 24 (%13.6) alerjisi görüldü. Klinik bulgulara bakıldığında en sık deri tutulumu (%92.7) görüldü. Besin alerjisine bağlı anafilaksilerde alerjen ile temas sonrası reaksiyonun ortaya çıkış süresi medyan 15 dakika (min-max;1-120) iken, ilaca bağlı anafilaksilerde bu süre medyan 7 dakika (min-max;1-120), venoma bağlı anafilaksilerde medyan 5 dakika (min-max;1-60) saptandı. Hafif ve orta-ağır reaksiyonlar arasında serum total IgE düzeyi, serum spesifik IgE düzeyi ve eozinofil yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Sırasıyla p=0.752, 0.460 ve 0.198). Hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde tüm yaş gruplarında erkek sayısı fazla iken, adolesan dönemde kız hasta sayısı daha fazla idi (p=0.44). Yaş büyüdükçe besinlere bağlı anafilaksiler azalırken, ilaçlara bağlı anafilaksilerin oranında artış mevcuttu (Sırasıyla p=0.01 ve p=0.01).

Sonuç: Çocuklarda besinlere bağlı anafilaksiler daha sık görülmektedir. Çocukluk çağında besinlerden yumurta alerjisi anafilaksiye sıklıkla yol açarken, ilaçlardan beta laktam alerjileri anafilaksilerden sıklıkla sorumludur.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-042

Çocuklarda İlaç İlişkili Anafilaksi: Çok Merkezli Çalışma

Azize Pınar Metbulut¹, İdil Akay Hacı², Demet Can², Hayrunissa Bekir Bozkurt³, Özlem Bircan Cavkaytar³, Mustafa Arga³, Deniz Özçeker⁴, Yüksel Kavas Yıldız⁵, Emine Vezir⁵, Tuğba Arıkoğlu⁶, Semanur Kuyucu⁶, Dilek Azkur⁷, Hakan Güvenir⁸, Nergis Kendirci⁹, Fazıl Orhan⁹, Belgin Usta Güç¹⁰, Semiha Bahçeci¹¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent City Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

²Dr.Behçet Uz Children's Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

³İstanbul Medeniyet University Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁴Prof.dr.Cemil Taşçıoğlu City Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁵Ankara Training and Research Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁶Mersin University Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁷Kırıkkale University Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁸Kocaeli Derince Research and Training Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

⁹Karadeniz Technic University Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

¹⁰Adana City Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

¹¹İzmir Çiğli Research and Training Hospital, Pediatric Immunology and Allergy Department

Giriş: Anafilaksi, ani başlayan yaşamı tehdit eden aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Literatürde erişkinlerde ilaca bağlı anafilaksi ile ilgili veriler bulunmasına rağmen çocuklarda ilaca bağlı anafilaksi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır.

Amaç: Çalışmanın amacı, çocuklarda ilaca bağlı anafilaksi demografik verilerini, risk faktörlerini, klinik özelliklerini, nedenlerini ve tedavilerini belirlemektir. Bu çalışma, Ocak 2017 ile Aralık 2022 tarihleri arasında, 1 ay ile 18 yaş arasında olup, 11 katılımcı merkezin Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Bölüm polikliniğine başvuran, anafilaksi klinik tanı kriterlerini karşılayan ve ilaca bağlı anafilaksi gelişen hastaların alındığı çok merkezli retrospektif bir çalışmadır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 265 hastada 293 anafilaktik reaksiyon gelişti. Anafilaksi geliştiğinde hastaların ortalama yaşı 107 aydı (IQR: 56.5-161.5). 141 hasta (48.1%) kız cinsiyeteydi. 182 (62.1%) hasta hastanede, 100 (34.1%) hasta ise evde anafilaksi gelişti. Şüpheli ilaç en sık parenteral yol ile verildi (59.1%[n:175]). Anafilaksi şiddeti en sık %54.9 (n:161) oranı ile orta şiddet saptandı. 5 hastada bifazik reaksiyon gelişti. 72.7% (n:213) hastaya adrenalin tedavisi verildi. En çok şüphelenilen ilaçlar antibiyotiklerdi. Antibiyotikler içerisinde en sık şüpheli ilaç sefalosporin grubu ile seftriaksondu (27.5%[n:80]). 15 (23.4%), 11 (17.2%), ve 13 (20.3%) hastada şüpheli ilaç ile deri prick, intradermal ve ilaç provokasyon testlerinde pozitiflik saptandı. 4 hastada şüpheli ilaç desensitizasyon protokolü ile verildi. Hiçbir hasta kaybedilmedi.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

İlaç ilişkili anafilaksi tanısı ile izlenen hastaların özellikleri

Patient number, n	265
Female, n(%)	141 (48.1%)
Gender (female/male)	0.92
Age at the diagnosis of anaphylaxis, median, (IQR), months	107 (IQR:56.5-161.5)
Age at the approval to allergy clinic, median, (IQR), months	105 (IQR:65.5-159)
Patients having chronic disease, n(%)	131 (44.7%)
Patients having allergic disease, n(%)	114 (38.9%)
Patients having atopy, n(%)	67 (22.9%)

Anafilaksiye neden olan şüpheli ilaçlar

Antibiotics, n(%)	166 (56.7%)
Cephalosporine	90 (30.7%)
Ceftriaxone	80 (27.5%)
Aminopenicillin	55 (18.8%)
Amoxicilline clavulonic acide	29 (9.9%)
Ampisilin sulbaktam	11 (3.8%)
Benzylpenicillin	9 (3.1%)
Fenoksimetilpenisilin	4 (1.4%)
Piperasilin tazobaktam	2 (0.7%)
Macrolides	6 (2%)
Claritromisine	3 (1%)
Azitomicine	3 (1%)
Metranidazole	3 (1%)
Glycopeptide	4 (1.4%)
Vancomisin	4 (1.4%)
Clindamisine	2 (0.7%)
Trimethoprime-sulphomethaxazole	3 (1%)
Meropenem	1 (0.3%)
Non-steroid antiinflamatory drugs, n(%)	76 (75.9%)
İbuprophen	29 (9.9%)
Acetaminophen	12 (4.1%)
Flurbiprophen	7 (2.4%)
Dexcetoprophen	5 (1.7%)
Diclofenak sodium	4 (1.4%)
Naproxyn sodium	3 (1%)
Asetilsalisilik asit	3 (1%)
Diclofenak potasium	2 (0.7%)
Hyosin n-butylbromür	2 (0.7%)
Metamizole	7 (2.4%)
Meloxicam	1 (0.3%)
Nimesulide	1 (0.3%)
Others, n(%)	51 (17.4%)
Chemotherapetheutics, n(%)	10 (3.4%)
L-asparaginase	5 (1.7%)
Etoposide	2 (0.7%)
Carboplatin	1 (0.3%)
Busulphan	1 (0.3%)
Anesthetics, n(%)	8 (2.7%)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



General anesthetics	5 (1.7%)
Propofole	3 (1%)
Midazolam	2 (0.7%)
Local anesthetics	3 (1%)
Lidocaine	2 (0.7%)
Articaïne	1 (0.3%)
Immunotherapy, n(%)	6 (2%)
Subcutaneous immunotherapy with pollen	3 (1%)
Subcutaneous immunotherapy with dust mite	2 (0.7%)
Subcutaneous immunotherapy with venom	1 (0.3%)
Vitamins, n(%)	5 (1.7%)
Demir süksinil kazein	5 (1.7%)
Enzyme treatment, n(%)	4 (1.4%)
Alglucosidase alpha	2 (0.7%)
Sebalipase	1 (0.3%)
Taliglucosidase alpha	1 (0.3%)
Vaccine, n(%)	4 (1.4%)
MMR	4 (1.4%)
Proton pump inhibitors, n(%)	3 (1%)
Lansoprazole	2 (0.7%)
Omeprazole	1 (0.3%)
Contrast agent, n(%)	2 (0.7%)
Gadolinium	1 (0.3%)
Iohexol	1 (0.3%)
Biologics, n(%)	1 (0.3%)
Rituximab	1 (0.3%)
Ondansetrone, n(%)	1 (0.3%)
Intravenous immunoglobulin replacement treatment, n(%)	1 (0.3%)
Chloralhydrate, n(%)	1 (0.3%)
Octreotide, n(%)	1 (0.3%)
Pamidronate, n(%)	1 (0.3%)
Ranitidine, n(%)	1 (0.3%)
Triptoreline, n(%)	1 (0.3%)
Levodroprozin, n(%)	1 (0.3%)

İlaç ilişkili anafilaksi geçiren hastaların klinik bulguları

Cutaneous system, n(%)	267 (91.1%)
Eye itching	18 (6.1%)
Nose itching	18 (6.1%)
General itching	119 (40.6%)
Hiperemic rash	151 (51.5%)
Urticarial rash	168 (57.3%)
Angioedema	150 (51.2%)
Lip angioedema	87 (29.7%)
Uvula edema	32 (10.9%)
Oral itching	11 (3.8%)
Tingling in the mouth	8 (2.7%)
Gastrointestinal system, n(%)	104 (35.5%)
Emesis	59 (20.1%)
Vomitting	71 (24.2%)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Abdominal pain	33 (11.3%)
Diarrhea	4 (1.4%)
Repeteating vomitting	6 (2%)
Gaita incontinance	2 (0.7%)
Respiratory system, n(%)	239 (81.6%)
Nose congestion	12 (4.1%)
Rhinorea	10 (3.4%)
Sneezing	22 (7.5%)
Oropharynx itching	15 (5.1%)
Wheezing	62 (21.2%)
Cough	84 (28.7%)
Stridor	7 (2.4%)
Difficulty in swallowing	16 (5.5%)
Hoarse voice	22 (7.5%)
Dyspnea	194 (66.2%)
Tacyhpnea	30 (10.2%)
Cyanosis	56 (19.1%)
Respiartory arrest	7 (2.4%)
Cardiovascular system, n(%)	111 (37.9%)
Tacyhcardia	41 (14%)
Bradycardia	10 (3.4%)
Heart beat number, median, IQR	110 (47.5-126.5)
Hypotension	83 (28.3%)
Systolic pressure, mmHg, median, IQR	80 (70-80)
Diastolic pressure, mmHg, median, IQR	40 (40-55)
Dysrhythmia	5 (1.7%)
Cardiac arrest	3 (1%)
Neurologic System, n(%)	128 (43.7%)
Activity decreasing	44 (15%)
Anxiety	53 (18.1%)
Vertigo	42 (14.3%)
Fear of death	31 (10.6%)
Convulsion	8 (2.7%)
Loss of consciousness	42 (14.3%)
Shaking	7 (2.4%)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



İlaç ilişkili anafilaksi tanısı olan hastalarda tanısal testler

	Patients evaluated with suspected drug, n=64 (21.8%)	Patients evaluated with alternative drug that cross-reactive drugs with the suspected drug, n=74 (25.3%)	Patients evaluated with alternative drug that not cross-reactive drug with the suspected drug, n=52 (17.7%)
Patients evaluated with prick tests, n(%)	45 (70.3%)	28 (37.8%)	4 (7.7%)
The duration time between anaphylaxis and prick test performed, median, IQR, months	7.5, (3.7-21.7)	5.2 (2-17.2)	4 (2-7)
Patients having positive result with prick test, n(%)	15 (23.4%)	1 (1.4%)	0
Patients evaluated with intradermal tests, n(%)	29 (45.3%)	30 (40.5%)	4 (7.7%)
The duration time between anaphylaxis and intradermal test performed, median, IQR, months	7, (2-30)	5 (2-17)	4 (2-7)
Patients having positive result with intradermal test, n(%)	11 (17.2%)	3 (4.1%)	1 (1.9%)
Patients evaluated with drug provocation tests, n(%)	13 (20.3%)	55 (74.3%)	50 (96.2%)
The duration time between anaphylaxis and drug provocation test performed, median, IQR, months	8.5, (3.3-14.2)	4.5 (2-12)	4 (2-7)
Patients having positive result with drug provocation test, n(%)	13 (20.3%)	7 (9.5%)	0
Patients having negative result with drug provocation test, n(%)	0	46 (62.2%)	50 (96.2%)

Sonuç: En çok şüphelenilen ilaçlar antibiyotiklerdi, ve antibiyotikler içerisinde en sık şüpheli ilaç sefalosporin grubu saptandı. İkinci en sık şüphelenilen ilaç, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardı. İlaça bağlı anafilaksi gelişen pediatrik hastaların, doğru tanı ile anafilaksi tanısının konulması, şüpheli ilaç saptanması, yeniden anafilaksi gelişmesinin önlenmesi, ve güvenli alternatiflerin bulunabilmesi için uzmanlaşmış merkezlerde değerlendirilmesi gerekmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-043

Beta-Laktam Antibiyotiklere Karşı Şüpheli Allerjik Reaksiyon Öyküsü Olan Çocuk Olgularda Risk Değerlendirmesi

Zeynep Meriç¹, Betül Gemici Karaaslan¹, Sezin Aydemir¹, Muhammed Aydın¹, Şevval Özyıldırım³, Lida Bülbül², Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹, Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı

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

Giriş: Çocuklarda görülen ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonları en sık beta-laktam antibiyotik kullanımıyla ilişkilendirilmektedir. Ancak, hastaların büyük çoğunluğu ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiğinde penisilin grubu ilaçları güvenle kullanabilmektedir.

Amaç: Çalışmamızda beta-laktam alerjisi şüphesiyle kliniğimize yönlendirilen hastaların klinik özelliklerini, ilaç alerjisine yönelik yapılan tanısal testleri ve sonuçlarını inceleyerek gerçek beta laktam alerjisi sıklığını ve pozitif olguların risk değerlendirmesini yapmayı amaçladık. Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize 2019-2024 yılları arasında beta laktam alerjisi şüphesiyle yönlendirilmiş olan 0-18 yaş arası 159 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların klinik, demografik özellikleri dosyalarından not edildi. Deri testi, bazofil aktivasyon testi (BAT) ve uygun hastalarda oral provokasyon testi (OPT) uygulandı. Çalışma grubu, beta laktam alerjisi doğrulanmış hastalar ve alerji etiketi kaldırılmış hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında beta laktam alerjisi risk faktörleri değerlendirildi.

Bulgular: İncelenen toplam 159 hastanın %56,6'sı (n=90) erkekti. Ortalama yaş 117,3 aydı. Geç reaksiyonlar olguların %58,4'ünü oluşturmaktaydı. Ağır ilaç reaksiyonları hastaların %1'inde izlendi (n=2 DRESS sendromu, n=1 serum hastalığı). Hastaların %15'inde anafilaksi öyküsü mevcuttu. En sık bildirilen şüpheli ilaç amoksisilin-klavulonat (%62), en sık anafilaksiye neden olan ilaç seftriaksondu (%50). En yaygın klinik tabloyu deri bulguları (%93) oluşturmaktaydı ve en sık bulgu ürtikerdi. Hastaların %35'inde beta laktam alerjisi doğrulanmış olup bunların %66,6'sında hızlı reaksiyon öyküsü vardı. Hızlı reaksiyonu olup cilt testi yapılabilen 49 hastanın %24,4'ünde deri testinde pozitiflik saptandı. Dermografizmi olup hızlı reaksiyon öyküsü olan bir hastaya BAT yapıldı ve pozitif saptandı. Geç reaksiyonu olan hastaların %9'unda OPT pozitif saptandı.

Sonuç: Gerçek alerji oranının düşük olmasından dolayı şüpheli beta-laktam antibiyotik alerjisi olan hastalarda tanının doğrulanması ve yanlış ilaç etiketinin kaldırılmasının büyük önemi vardır. Reaksiyonların çoğu geç tiptedir ve uygun koşullarda yapılan OPT tanıda oldukça önemlidir. Seftriakson en sık anafilaksiye neden olan beta laktam grubu ilaç olduğundan ge-
reksiz tedaviden kaçınılmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-044

Desensitizasyon ile Enzim Replasman Tedavisi Alan Lizozomal Depo Hastalığı Olan Pediatrik Hastaların Desensitizasyon Protokolünün Kısaltması

Gökhan Yörüşün¹, Özge Yılmaz Topal¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Aynur Küçükçongar Yavaş², Çiğdem Seher Kasapkara², Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Metabolizma Hastalıkları Kliniği

Giriş: Doğuştan metabolik hastalıklar grubundan lizozomal depo hastalıklarında morbidite ve mortaliteyi azaltan önemli bir tedavi seçeneği enzim replasman tedavisi (ERT)'dir. ERT ile anafilaksi gelişen hastalarda ilacın alternatifi olmaması sebebiyle desensitizasyon ile uygulanması gerekebilir. Desensitizasyon her hasta ve reaksiyona özel olarak düzenlenir. Tekrarlayan desensitizasyon uygulamaları sonrasında gelişen tolerans enzimin daha hızlı uygulanmasına fırsat verebilir.

Amaç: Bu çalışmada, desensitizasyon ile ERT alan hastaların, zaman içinde uygulanan kısaltma protokollerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Desensitizasyon kısaltma protokolü uygulanan altı hasta mevcuttu. Hastaların primer tanısı, almakta olduğu enzim tedavisi, tanı ve reaksiyon yaşları değerlendirildi. Tüm hastalar desensitizasyon öncesinde parasetamol ve hidrokizin premedikasyonu almaktaydı. Ek olarak 2 hastaya premedikasyonda montelukast verilmişti. Protokollerde kısaltılma yapılmadan önce hastaların ERT öncesi aldıkları premedikasyon tedavileri kesildi. Tolere edebilen hastalarda desensitizasyon protokollerinin basamak sayısı azaltılarak, hazırlanan solüsyonların konsantrasyonu artırılarak ve/veya infüzyon hızı artırılarak kısaltıldı. Takiplerinde hastalar ERT tedavisini kısaltılmış desensitizasyon protokolleri ile reaksiyonsuz almaya devam etmektedirler.

Sonuç: Enzim replasman tedavileri haftalık veya iki haftada bir uygulanmakta ve desensitizasyon ile verilmesi tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır. Başarılı desensitizasyon sonrası ERT sürelerinin kısaltılması hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaltılmasını ve hayat kalitesinin artmasını sağlayabilmektedir. ERT'de başarılı desensitizasyonlarının ne zaman kısaltılabileceği konusunda net bir veri bulunmamaktadır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-045

Dress Sendromlu Olguların Retrospektif İncelenmesi

Özgül Güngör¹, Nur Ümit¹, Damla Altıntaş¹, Gaye Kocatepe¹, Ayşen Bingöl¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹

Giriş: DRESS sendromu (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), ilk kez 1950'li yıllarda fenitoin kullanımı sonrası oluşan bir hipersensitivite sendromu olarak tanımlanmıştır. RegiSCAR grubu tarafından DRESS sendromu için tanı kriterleri belirlenmiştir. DRESS sendromu ile ilgili erişkin çalışma sayısı çocuk yaş grubuna göre oldukça fazladır

Amaç: Çalışmamızda Ocak 2022- Ocak 2024 tarihleri arasında DRESS sendromu tanısı ile yatarak tedavi edilen olguların klinik ve laboratuvar bulgularını incelemeyi amaçladık.

Bulgular: DRESS tanısıyla yatan 7 pediatrik olgunun klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 1 belirtilmiştir. Cinsiyet açısından belirgin erkek baskınlığı vardı ve ortalama tanı yaşı 8.8 idi. Bu bulgular pediatrik (ortalama tanı yaşı 8.9-11/yıl) çalışmalara benzer saptandı. Karaciğer yetmezliği DRESS'li olgularda ciddi bir komplikasyon ve en sık ölüm nedeni olabileceğinden, karaciğer tutulumu dikkatle izlenmelidir. Bizim hastalarımızın da %57'sinde karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme vardı. DRESS hastalarının %80-90'ından fazlasında morbilliform döküntü ve yaklaşık yarısında mukozal tutulum olduğu bildirilmektedir. Olgularımızda en sık görülen döküntü makülopapüler erupsiyondur ve bir hastada mukozal tutulum görüldü. Pediatri literatüründe antibiyotikler birincil etiyoloji olarak giderek daha fazla rapor edilmekte olup, en sık olarak vankomisin, amoksisilin-klavulanik asit ve trimetoprim-sülfametoksazol rapor edilmektedir. Çalışmamızda da en sık neden antibiyotiklerdi (%86) ve en sık sorumlu tutulan ilaçlar Vankomisin, Meropenem, Klindamisin ve Siprofloksasindi. Literatürde antibiyotiklerin neden olduğu pediatrik DRESS'in başlama süresi 6-11 gün iken çalışmamızda ortalama 13.8 gündü. Tanı amaçlı dört hastaya biyopsi yapıldı ve iki hastanın patoloji sonucu DRESS ile uyumlu saptandı.

Olguların klinik ve laboratuvar özellikleri

Tablo 1	Hasta1	Hasta2	Hasta3	Hasta4	Hasta5	Hasta6	Hasta7
RegiSCAR skoru	3-Olası	5-Kesin	5-Kesin	10-Kesin	3-Olası	4-Muhtemel	5-kesin
Yaş/cinsiyet	13/K	10/E	13/E	16/E	9/E	3.2/E	18/E
Latent dönem	12.gün	7.gün	8.gün	21.gün	17.gün	7.gün	25.gün
Yatış tanısı	Osteomyelit	Beyin apsisi	JIA	Travma	ALL,Febril nötropeni	Travma	Epilepsi
Biyopsi	Var/Uyumlu	Var/Uyumlu değil	Var/Uyumlu değil	Yok	Var/Uyumlu	Yok	Yok
Sorumlu ilaç	Vankomisin	Meropenem, Vankomisin	Klindamisin	Meropenem	Vankomisin,siprofloksasin	Meropenem	Karbamazepin
Deri bulgusu	Yaygın morbilliform	Maküler erupsiyon	Maküler erupsiyon	Yaygın morbilliform	Yaygın makülopapüler erupsiyon,oral mukozit	Yaygın makülopapüler erupsiyon	Fasial ödem,hiperemi, desquamasyon
Hematolojik bulgu	Lökopeni ,Lenfopeni	Eozinofili	Yok	Lökopeni, Lenfopeni, Eozinofili	Lenfopeni, Lökopeni, Trombositopeni	Eozinofili, Trombositopeni	Eozinofili
LAP	Var	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Var
Organ tutulumu	Karaciğer	Karaciğer	Karaciğer	Çoklu organ	Yok	Böbrek,Karaciğer	Karaciğer
Viral seroloji	Negatif	Negatif	Negatif	Yok	Negatif	Negatif	Negatif
Tedavi	IVIIG ve steroid	IVIIG ve steroid	IVIIG ve steroid	IVIIG ve steroid	IVIIG ve steroid	Steroid	Steroid

Sonuç: DRESS sendromu geç tip ilaç reaksiyonu olması nedeniyle tanıda gecikme sık görülmektedir. Şüpheli ilacın tanınması ve kesilmesi, sendromun ilerlemesini önlemede önem taşır. Pediatrik DRESS sendromunu açıklamak ve tedavi standartlarını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-046

Pediyatrik Olgularda Rituksimab Aşırı Duyarlılığı

Betül Gemici Karaaslan¹, Nergis Akay², Esra Karabağ Yılmaz³, Burcu Kılınç Oktay⁴, Zeynep Meriç¹, Muhammed Aydın¹, Esra Yücel¹, Süheyla Ocak⁴, Sezgin Şahin², Ayça Kıyım³, Nur Canpolat³, Özgür Kasapçopur², Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Rituksimab, B hücre yüzey proteini CD20-monoklonal-antikorudur ve en sık kullanılan biyolojik ajanlardan biridir. Monoklonal antikorların kullanımı arttığından giderek daha sık ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonu bildirilmektedir. Çalışmamızda kliniğimizde rituksimab tedavisi alan hastalarda, reaksiyon risk faktörlerinin analiz edilmesi, reaksiyonların önlenmesi ve yönetim stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Amaç: Hastanemiz çocuk romatoloji, hematoloji ve onkoloji, nefroloji ve immünoloji bilim dallarında tedavi gören 0-21 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta verileri hastane kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir. Rituksimab tedavisi alan hastalar reaksiyon gösterenler ve reaksiyon görülmeyenler olarak iki gruba ayrılmış ve klinik-laboratuvar özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Verilerin değerlendirilmesi sonucunda 75 hasta (n=33 çocukluk çağı romatolojik hastalığı, n=29 primer böbrek hastalığı, n=9 hematolojik malignite, n=4 primer immün yetmezlik), 341 rituksimab infüzyonu almıştı. Hastaların ortanca yaşı 218 ay (IQR 25-75: 173-255), ortanca tanı yaşı 132 ay (IQR 25-75: 53-179) olarak saptandı. Rituksimab için ilk infüzyon ortanca yaşı 180 ay (IQR 25-75: 130-215) idi. 14/341 infüzyonda (%0,04) hipersensitivite reaksiyonu şüphesi mevcut idi. Reaksiyon sırasındaki ortalama yaş 176 ay (SD:66,5) idi. Reaksiyonlardan 4'ü aynı hastada (3/4 desensitizasyon sırasında) ve 2'si farklı bir hastada (1/2 desensitizasyon sırasında) gelişti. 9 hastadan 4'ü bazofil aktivasyon testi/deri testi /ilaç provokasyon testi pozitifliği olması nedeniyle Tip 1 ilaç hipersensitivite reaksiyonu olarak değerlendirildi. 5 hastanın reaksiyonu infüzyon ilişkili reaksiyon olarak değerlendirildi. Tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak değerlendirilen 4 hastadan 3'ü kronik böbrek hastalığı (steroid dirençli nefrotik sendrom ve membranoproliferatif glomerulonefrit) nedeni ile çocuk nefrolojiden, dördüncü hasta ise çocuk romatolojiden sistemik lupus eritematozus nedeniyle takip edilmekteydi.

Sonuç: Rituksimabın çocukluk çağında yaygın olarak kullanılması nedeniyle, bu popülasyonda da aşırı duyarlılık reaksiyonları artmaktadır. Bu nedenle reaksiyonların ayırıcı tanısının ve tedavisinin çocuk alerji uzmanları tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Reaksiyonların sınıflandırılmasına in-vitro ve in-vivo ilaç aşırı duyarlılık testleri yardımcı olur. Tip 1 ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak değerlendirilen ve alternatif tedavinin mevcut olmadığı hastalarda desensitizasyon protokolleri tedavi devamına olanak sağlayabilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-047

Şüpheli Beta-Laktam Alerjisinde Tek Günlük Oral Provokasyon Testinin Negatif Prediktif Değeri

Cankat Geniş¹, Fatma Nur Kuzucu¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Giriş: Beta-laktam antibiyotikler (BLA) çocuklarda ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarının en sık nedenidir. İlaç alerjisi şüphesinde ilaç provokasyon testleri (İPT) altın standart tanı testleridir. İlaç provokasyon testlerinin süresi ile ilgili farklı öneriler bulunmaktadır.

Amaç: Çalışmanın amacı, şüpheli BLA alerjisi nedeniyle tek gün yapılan İPT'nin Negatif Prediktif Değerininin (NPD) belirlenmesidir.

Bulgular: BLA alerji şüphesiyle tek gün İPT yapılan ve negatif sonuçlanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Test edilen ilacın provokasyon testi sonrası tekrar kullanılıp kullanılmadığı; kullanıldıysa reaksiyon olup olmadığı, gelişen reaksiyonun özellikleri, kullanılmadıysa neden kullanılmadığı (gerek duyulmadı, aile endişesi, doktor endişesi) konusunda ailelerle görüşülerek bilgi alındı. İlaç aşırı duyarlılık reaksiyonları, son ilaç dozu ile reaksiyonun ortaya çıkma zamanı arasındaki süreye göre erken (<1 saat) ve erken olmayan (>6 saat) olarak sınıflandırıldı. Çalışmamıza dahil edilen 404 hastada, indeks reaksiyon yaş ortalaması 60 aydı ve 216'sı (%53.4) erkekti. Reaksiyona en fazla neden olan ilaçlar 336 (%83.1) hastada amoksisilin klavulanik asit, 21 hastada (%5.1) amoksisilin ve 15 hastada (%3.7) sefiksimdi. Reaksiyonların 98'i (%24.2) ilk 1 saat, 200'ü (%49.5) ilk 1-6 saat, 106'sı (%26.3) 6 saatten sonra ortaya çıkmıştı. İlaç kullanımı ile görülen reaksiyonlarda ürtiker 150 hasta ile (%37.1) ilk sırayı alırken; 136 hastada (%33.6) makülopapüler döküntü, 60 hastada (%18.4) anjioödem görüldü. Hastaların 302'si (%74.7) aynı BLA'yı tekrar kullanmıştı. Test yapılan BLA'yı tekrar kullanmayan hastaların (n=70) kullanmama nedeni 53 hastada tekrar kullanma gereksinimi olmaması, 16 hastada aile endişesi, 1 hastada doktorun reçete etmekten çekinmesiydi. Negatif İPT'den sonra aynı ilacı kullanan hastaların 10 tanesinde ilaç reaksiyonu gelişmişti. Tek günlük negatif İPT sonrası BLA için NPD %96,7 bulundu. İndeks reaksiyonun son ilaç dozundan sonra ortaya çıkış zamanına göre reaksiyonlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; reaksiyonu ilk 1 saatte olanlarda %97, 1-6 saat arasında olanlarda %98,7 ve 6 saat sonra olanlarda %93 olarak hesaplandı.

Sonuç: BLA alerjilerinde çocuklarda tek günlük İPT'nin NPD değeri %96,7 gibi yüksek bir değerde bulunmuştur. Reaksiyonun ortaya çıkış zamanına göre değerlendirildiğinde; 0-6 saat arasında daha yüksek bulunan NPD, erken olmayan reaksiyonlarda (>6 saat) daha düşük (%93) hesaplanmıştır. Tek gün veya daha uzun provokasyon süresi ile ilgili, özellikle erken olmayan reaksiyonlarda, daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-048

Susam Alerjisi Tanısı ile İzlenen Hastaların Klinik, Demografik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi

Zehra Bayazıt¹, Mehmet Özkaya¹, Emre Özdamar¹, Burcu Özge Erdoğan¹, Emel Aydın¹, Fulya Tahan¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

GİRİŞ ve AMAÇ: Susam (*Sesameum indicum*), Pedaliaceae ailesine mensuptur ve özellikle Asya mutfağında yemeklerin hazırlanmasında kullanılır. Susam alerjisi, diyet alışkanlıklarının küreselleşmesi ve vejeteryen yaşam tarzlarına yönelik genel eğilimin artmasıyla hekimlerin günlük rutininde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Susam, önemli alerjenitesi ve hipersensitivitesi ile diğer tohum alerjilerinden daha sık görülmekte olup; prevalansı %0.1-0.2 olarak tahmin edilmektedir. Çalışmamızda kliniğimizde susam alerjisi tanısı ile izlenen hastaların klinik, demografik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda kliniğimizde susam alerjisi tanısı ile izlenen, son 5 yılda başvuran hastaların klinik, demografik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların susam alerjisi tanısı; susam ve/veya tahin ile yapılan deri prik test sonuçları ve klinik öykü birlikte değerlendirilerek konuldu.

BULGULAR: Çalışmaya 2018-2023 yılları arasında başvuran toplam 50 hasta alındı. Hastaların %46'sı kız(n:23), %54'ü(n:27) erkek idi, ortalama yaşı 17,5 ay (4-190 ay), ortalama boyu 78 cm (61,5-173 cm), ortalama kilosu 10 kg (6,2-67 kg) idi. Standart panel deri prik testi %98'inde (n:49) pozitif idi. Susam deri prik testi hastaların %38'inde (n:19) pozitif, tahin deri prik testi ise %60'ında (n:30) pozitif idi. Susam deri prik test sonuçlarının ortalama değeri 3 mm(1-10 mm), tahin deri prik test sonuçlarının ortalama değeri ise 4 mm(1-20 mm) olarak bulundu. Yalnızca 1 hastada (%2) tahin ile yama testi pozitifliği saptandı. Hastaların %84'ünde (n:42) diğer besin alerjileri mevcut idi. Eşlik eden besin alerjileri dağılımı açısından bakıldığında hastaların %36'sında (n:18) süt, %44'ünde (n:22) yumurta sarısı, %52'sinde (n:26) yumurta akı, %46'sında (n:23) fındık, %22'sinde (n:11) yer fıstığı, %12'sinde (n:6) ceviz, %12'sinde (n:6) buğday alerjisi saptandı. Hastaların %22'sinde (n:11) susam ile reaksiyon öyküsü vardı. Reaksiyon tarifleyen hastaların tamamında cilt bulguları eşlik etmekteydi, 3 hastada (%6) gis bulguları ve 1 hastada (%2) solunum sistemi bulguları mevcut idi. Tahin ile reaksiyon tarifleyen 27 hastanın; %52'sinde (n:26) cilt bulguları, %12'sinde(n:6) gis bulguları, %6'sında (n:3) solunum sistemi bulguları mevcut idi. Susam ile reaksiyon tarifleyen 11 hastanın %4'ünde (n:2), tahin ile reaksiyon tarifleyen 27 hastanın %4'ünde anafilaksi öyküsü mevcut idi. Reaksiyon hastaların %76,3'ünde (n:29) ilk 1 saat içinde gerçekleşmiş idi. Eşlik eden diğer hastalıklar açısından bakıldığında hastaların %64'ünde (n:32) atopik dermatit, %14'ünde (n:7) astım, %6'sında (n:3) alerjik rinit mevcut idi.

TARTIŞMA: Son yıllarda susam gibi tohumların günlük beslenme programımızda kullanımının artmasıyla birlikte tohumlarla ilgili hipersensitivite reaksiyonları giderek artan oranlarda bildirilmektedir. Ülkemizde sık tüketilmeleri nedeniyle daha da fazla önem taşımaktadır. Susam alerjisi Türkiye'de IgE ilişkili besin alerjisinin ve anafilaksinin en sık 4. sebebi olarak bulunmuştur(1). İsrail'de 190 çocuk hastanın katıldığı prospektif bir çalışmada; susam alerjisinin ilk ortaya çıkış yaşı ortalama 11,04 ± 10,2 ay olarak bulunmuştur. Ayrıca erkeklerin oranı %66,8 ile kızlardan daha fazla bulunmuş ve reaksiyonların çoğu hafif reaksiyon olarak değerlendirilmiş olup cilt, konjonktiva veya üst solunum yolu bulguları şeklinde bildirilmiştir. Hastaların %41'inde eşlik eden besin alerjisi tespit edilmiş olup, dağılımına bakıldığında yumurta alerjisi %14,2, yer fıstığı alerjisi %12,6 ve ağaç yemiş alerjisi %10 şeklinde bulunmuş ve hastaların %46,3'ünde atopik dermatit, astım veya alerjik rinit gibi başka alerjik hastalıklar bildirilmiştir(2). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir başka çalışmada, susam alerjisi şüphesi olan 327 kişi anket yapılarak değerlendirilmiştir. Susam ile reaksiyon olasılığı en çok 1-5 yaş arası (%41) ve 1 yaş altı (%9,2) çocuklarda görülürken, erkeklerin etkilenme oranı kızlara göre daha sık bulunmuştur (%45,6'ya karşı %36,1). Ankete katılanların üçte ikisinde, en yaygın olarak ağaç yemişlerine (%51,7), yer fıstığına (%40,1), yumurtaya (%25,1) ve süt ürünle-



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



rine (%14,1) olmak üzere eşlik eden gıda alerjileri saptanmıştır(3). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak erkek hastaların oranı %54'e karşı %46 ile kızlardan daha fazla bulunmuştur ve en küçük tanı yaşı 4 ay olarak tespit edilmiştir. Londra, Cenevre ve Valensiya'daki alerji merkezlerinin katılımı ile gerçekleştirilen Pronuts çalışmasında yer fıstığı, ağaç yemişleri ve susam alerjisinin birlikteliği araştırılmıştır ve susam alerjisine en sık yer fıstığı alerjisinin (%49), ikince sıklıkta ise ceviz alerjisinin (%42,6) eşlik ettiği bulunmuştur(4). Bizim çalışmamızda ise eşlik eden besin alerjileri dağılımı açısından bakıldığında hastaların %36'sında süt, %44'ünde yumurta sarısı, %52'sinde yumurta akı, %46'sında fındık, %22'sinde yer fıstığı, %12'sinde ceviz, %12'sinde buğday alerjisi saptandı. Warren ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada; astım (%27,2'ye karşı %12,2), ilaç alerjisi (%18,8'e karşı %11,5), egzama (%13,7'ye karşı %6,5), lateks alerjileri (%8,6'ya karşı %2), böcek sokması alerjileri (%7.0'a karşı %3.5), gıda proteini kaynaklı enterokolit (%4,4'e karşı %0,3) ve eozinofilik özofajit (%3,6'ya karşı %0,2) görülme olasılığı susam alerjisi olan hastalarda daha yüksek oranda bulunmuştur(5). Bizim çalışmamızda eşlik eden diğer hastalıklar açısından bakıldığında hastaların %64'ünde atopik dermatit, %14'ünde astım, %6'sında alerjik rinit mevcut idi. Susam gibi tohum alerjilerinde, alerjik reaksiyondan sorumlu alerjeni bulmada son derece önemli olan kısım öykünün tam alınmasıdır. Her ne kadar epidermal prik testleri alerji pratiğinde besin sensitizasyonunu göstermede ana yöntem olsa da, tohum alerjisi için kullanımı nadirdir. Tanısal prediktif değerler ise tohum alerjileri içinde en çok susam alerjisinde değerlendirilmiş olup, elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Yapılan bir çalışmada, epidermal prik testinde endürasyon çapının ≥ 8 mm olmasının %48 duyarlılık ve %99 özgüllük ile susam alerjisini %95 pozitif prediktif değer (PPD) ile gösterdiği belirtilmiştir(6). Yetmiş dokuz çocuğun retrospektif olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada, tahinle yapılan "prick to prick" testinde 2 mm'lik endürasyonun susam alerjisinin tanısında %70 duyarlılık ve %73 özgüllüğe sahip olduğu bildirilmiştir(7). Epov ve arkadaşlarının yaptığı susam alerjisi tanısı oral provakasyon testi ile doğrulanan 123 çocukta hem ticari susam ekstraktı hem de tahin ile yapılan deri prik testinin tanısal doğruluğu retrospektif olarak analiz edilmiştir. Tahin ile yapılan deri prik test sensitivitesi %33, spesifitesi %86, susam ticari ekstraktıyla ise sensitivite %87, spesifite %53 bulunmuştur(8). Bizim yaptığımız çalışmada susam deri prik test sonuçlarının ortanca değeri 3 mm(1-10 mm), tahin deri prik test sonuçlarının ortanca değeri 4 mm(1-20 mm) olarak bulundu. Nguyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vakaların %72,2'sinde susam ile reaksiyon öyküsü olup, reaksiyonlar ilk 30 dakika içinde meydana gelmiştir, reaksiyon tarifleyen hastaların %90,8'inde cilt bulguları ortaya çıkmıştır(3). Bizim çalışmamızda ise hastaların %76'sı reaksiyon bildirmiştir ve reaksiyon bildiren hastaların %76,3'ünde reaksiyon ilk 1 saat içinde gerçekleşmiştir. Hastaların %97'3'ünde cilt bulguları, %23,6'sında gis bulguları ve %10,5'unda ise solunum sistemi bulguları görülmüştür.

SONUÇ: Susam, çok sayıda gıda maddesine dahil olmasından dolayı aşırı duyarlılık reaksiyonlarından en sık sorumlu olan tohum olarak görülmektedir. Yumurta akı ve fındık alerjileri çoğunlukla susam alerjisine eşlik etmektedir. Susam gibi tohum alerjilerinde, alerjik reaksiyondan sorumlu alerjeni bulmada son derece önemli olan kısım öykünün tam alınmasıdır. Ancak, susam ve diğer tohumlar, hastanın farkında olmayacağı şekilde çeşitli yiyeceklerle karıştırılmış olduğu için her zaman akla gelmemektedir. Öykü ve alerji testleri ile bilinen alerjenlerin dışlandığı besin alerjisi hastalarında susam ve tohumlara bağlı alerji olabileceği kesinlikle düşünülmelidir. Bu nedenle susam alerjisi açısından farkındalık yaratmak amacı ile kliniğimizde susam alerjisi tanısı ile izlenen hastaların klinik, demografik ve laboratuvar verileri paylaşılmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler: Susam alerjisi, tahin, tohum alerjileri



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



KAYNAKÇA

- 1.Kahveci M, Koken G, Şahiner ÜM, Soyer Ö, Şekerel BE. Immunoglobulin E-Mediated Food Allergies Differ in East Mediterranean Children Aged 0-2 Years. Int Arch Allergy Immunol. 2020;181(5):365-74.
- 2.Mahlab-Guri K, Guri A, Kadar L, et al. Characteristics of patients with spontaneous resolution of sesame allergy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2022 Feb;128(2):206-212. doi:10.1016/j. anai.2021.10.031
3. Nguyen K, Greenthal E, Sorscher S, Lurie P, Spergel JM, Kennedy K. Adverse events and labeling issues related to suspected sesame allergy reported in an online survey. Ann Allergy Asthma Immunol. 2022;128(3):279-282. doi:10.1016/j. anai.2021.12.005
- 4.Brough HA, Caubet JC, Mazon A, et al. Defining challenge-proven coexistent nut and sesame seed allergy: a prospective multicenter European study. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1231-1239
- 5.Warren CM, Chadha AS, Sicherer SH, Jiang J, Gupta RS. Prevalence and severity of sesame allergy in the United States. JAMA Netw Open. 2019;2(8):e199144.
- 6.Peters RL, Allen KJ, Dharmage SC, Tang ML, Koplin JJ, Ponsonby AL, et al. Skin prick test responses and allergenspecific IgE levels as predictors of peanut, egg, and sesame allergy in infants. J Allergy Clin Immunol. 2013;132:874-80. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.05.038>
- 7.Foong RM, Logan K, Fox AT, Du Toit G. Clinical characteristics of-and predictive diagnostic factors for-sesame seed allergy in food-allergic children: original research. Curr Allergy Clin Immunol. 2013;26(2):78-81.
- 8.Epov L, Garkaby J, Almog M, et al. Using skin prick test to sesame paste in the diagnosis of sesame seed allergy. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(4):1456-1458. doi:10.1016/j.jaip.2019.10.038



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

SS-049

Buğday Alerjisi Olan Hastalarda Adjuvan Olarak Omalizumab Kombinasyonu ile Bireyselleştirilmiş Oral İmmünoterapi Deneyimimiz

Veysel Karakulak¹, Ahmet Sezer², Büşra Hatice Fidan², Hüseyin Başpınar², Nilgün Bahar Teker², Mahir Serbes², Dilek Özcan², Derya Ufuk Altıntaş²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Besin alerjilerinde oral immünoterapi klinik reaksiyonların eşiğini yükseltmesi ve toleransı indüklemesi nedeniyle eliminasyon diyetine alternatif etkili bir tedavi seçeneğidir.

Amaç: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji polikliniğimizde buğday alerjisi nedeniyle adjuvan olarak omalizumab uygulanması ile buğday ile oral immünoterapi deneyimimizi sunmayı amaçlıyoruz.

Bulgular: Oral immünoterapi protokolüne uyan, immünooglobulin E aracılı buğday alerjisi olan ve buğday tüketimi ile anafilaksi öyküsü olan 3 hasta değerlendirildi. Hızlı yükselme fazına başlamadan dört hafta önce hastalara omalizumab uygulanmaya başlandı. Omalizumab dozu iki haftada bir tekrarlandı. Hastalara omalizumabın 3. dozu ile birlikte 'Nuh' un Ankara makarnası® arpa şehriye' kullanarak hazırladığımız protokole uygun olarak buğday proteini verildi (Tablo 1) . İndüksiyon aşamasında, hasta günde 1,5 gr buğday proteini tüketebilecek duruma gelene kadar artan miktarlarda buğday proteini verilmesi hedeflendi. Oral immünoterapi uyguladığımız 3 hastamıza ait demografik veriler ve oral immünoterapi sonuçları Tablo 2' de gösterilmektedir.

Tablo1: Buğday ile Oral İmmünoterapi Protokolümüz

Doz zamanı	Planlanan Arpa Şehriye			Toplam Buğday Proteini Miktarı	Doz Aralığı
1. hafta 1. gün	1/4	1/2	1/2	4,3 mg	1 gün
1. hafta 2. gün	1/2	1	1	8,75 mg	1 gün
1. hafta 3. gün	1	1,5	1,5	14 mg	1 gün
1. hafta 4. gün	1,5	1,5	2	17,5 mg	1 gün
1. hafta 5. gün	2	2	2	21 mg	1 gün
2. hafta	2	2	3	24,5 mg	2 hafta
4. hafta	3	3	4	35 mg	2 hafta
6. hafta	4	5	6	52,5 mg	2 hafta
8. hafta	6	7	7	70 mg	2 hafta
10. hafta	7	9	12	98 mg	2 hafta
12. hafta	12	14	16	147 mg	2 hafta
14. hafta	16	19	22	200 mg	2 hafta
16. hafta	22	23	24	241 mg	2 hafta
18. hafta	24	27	30	284 mg	2 hafta
20. hafta	30	35	42	375 mg	2 hafta
22. hafta	42	45	48	473 mg	2 hafta



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



24. hafta	48	55	64	585 mg	2 hafta
26. hafta	64	70	72	721 mg	2 hafta
28. hafta	72	87	104	921 mg	2 hafta
30. hafta	104	110	112	1148 mg	2 hafta
32. hafta	112	137	153	1442 mg (~ 1,5 gr)	2 hafta sonra kontrolde 1 dilim unlu klasik tost ekmeği verilecek

Tablo2: Buğday ile Oral İmmünoterapi Hastalarımız

Yaş, Cinsiyet(K/E)	Buğday Spl-gE(kUA/L)	OİT öncesi BYT/ Yakın zamanda reaksiyon öyküsü	OİT başlangıç zamanı	OİT sırasında advers reaksiyonlar	OİT sırasında advers reaksiyon	Tolerans durumu
82 ay, E	235	4 yaşında kazara buğday teması sonrası anafilaksi+	Ağustos 2022	Hızlı yükselme fazında 1. ve 2. günde hapşırık, burun akıntısı ve öksürükleri oldu.(oral antihistaminik ve tek doz inhale salbutamol ile şikayetler geriledi)	32	İdame fazda 4,5 gr buğday proteini/gün tüketebiliyor
71 ay, E	138	4 yaşında kazara buğday teması sonrası anafilaksi+	Kasım 2022	İndüksiyon fazında 4-8-10-14-16-18. haftalarda doz artışı sırasında öksürükleri oldu(inhale salbutamalle şikayetler geriledi). Reaksiyon olan haftalarda doz artışları 4 haftada bir yapıldı.	44	İdame fazda 3,375 gr buğday proteini/gün tüketebiliyor.
84 ay, E	108	5 yaşında kazara buğday teması sonrası anafilaksi+	Eylül 2022	Reaksiyon gözlenmedi	32	İdame fazda 4,5 gr buğday proteini/gün tüketebiliyor

Sonuç: IgE aracılı besin alerjisi olan ve doğal tolerans gelişmesi beklenmeyen hastalarda oral immünoterapi ile başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Adjuvan olarak omalizumab kombinasyonu ile oral immünoterapi uygulamasının yüksek riskli buğday alerjisi olan çocuklar için tolerans gelişimine yardımcı olabileceğini ve ciddi yan etki görülme sıklığını azaltabileceğini gösterdik. Oral immünoterapi uygulaması sırasında standardize protokol geliştirilmesi, oral immünoterapiden fayda görebilecek besin alerjisi fenotiplerinin belirlenebilmesi için iyi dizayn edilmiş daha çok çalışma yapılması gerektiği kanatındayız.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-050

Çocuklarda Susam Alerjisi Tanısında Deri Prik Testinin Önemi

Berna Uzunoğlu¹, Melike Ocak¹, Figen Çelebi Çelik¹, Özge Atay¹, Canan Şule Kalkıner¹, Özlem Sancaklı¹, Demet Can¹

¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dünya çapında susam ürünlerinin kullanımındaki artış nedeniyle susam alerjisinin yaygınlığı ve önemi giderek artmaktadır. Türk çocuklarında susam alerjisi ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır; tanı algoritması ve tanısal testlerin değeri konusunda bilgilerimiz yeterli değildir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, susam alerjisi olan hastaların klinik özelliklerinin ve laboratuvar testlerinin, susam deri prik testi (DPT) ve besin yükleme testinin (BYT) tanısal özelliklerini değerlendirmektir. Yöntem: Retrospektif kesitsel çalışmamıza 1 Ocak 2023 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında alerji kliniğimize yönlendirilen, susam DPT çapı >3 mm ve/veya şüpheli klinik öyküsü olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların klinik verileri ve test sonuçları retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Ortanca yaşı 18,5 ay (çeyrekler arası, 13.3-36 ay), E/K: 17/10 olan 27 hasta çalışmaya alındı. Başlangıç bulguları sıklık sırasıyla egzama (%40,7), ürtiker (%25,9), anafilaksi (%9,8) ve anjiyoödem (%14,8) idi. Hastaların %33,3'ünde eşlik eden atopik dermatit, %25'inde tekrarlayan hışıltı ve %3,7'sinde alerjik rinit öyküsü vardı. Ailede atopi öyküsü hastaların %43,5'inde bulunmaktaydı. On hastada susam alerjisi saptandı. Altı hastanın son bir yıl içerisinde anafilaksi öyküsü olduğundan BYT yapılmadı. Diğer 21 hastaya tahin BYT uygulandığında 4 hastada pozitif, 17 hastada negatif sonuç elde edildi. Besin yükleme testi sırasında ortanca tahin DPT endurasyon çapı 5 mm (4-9 mm) idi. Susam alerjisi olan (n=10) hastaların DPT sonuçları 9 mm (6-12 mm) olarak ölçülürken, susam alerji olmayan grupta bu değer 4 mm (3-5 mm) idi. İki grup arasında DPT çapı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001). Ancak cinsiyet, eşlik eden alerjik hastalıklar, ailede atopi öyküsü, total IgE ve eozinofil sayısında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Tahin DPT endurasyon çapları, susam alerjisi tanısını tahmin etmede klinik olarak yol göstericidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-051

Deri Prik Testi Yapılan 2 Yaş Altı Çocukların Demografik, Klinik Özellikleri ve Laboratuvar Bulgularının Tanıyla Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Betül GENÇ¹, İlyas Emre TEKDEMİR¹, Fatma DUKSAL¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş: Alerjik hastalıklar sıklığı giderek artan kronik hastalıklardandır. Deri prik testi (DPT) özellikle immunglobulin E aracılı alerjik reaksiyonların teşhisinde en sık kullanılan ve ilk tercih edilen tanısal test yöntemidir.

Amaç: Çalışmamızda 2 yaş altı DPT uygulanan hastaların verilerinin sunulması ve güncel literatür ile tartışılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda Konya Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniğine 1 Mart 2022-1 Mart 2023 tarihleri arasında gelen, 2 yaş altı DPT uygulanmış olan 603 hastanın klinik, demografik ve laboratuvar verileri tıbbi kayıtlardan geriye dönük taranarak kaydedildi. Etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Çalışma hastalarının yaş ortalaması $9,99 \pm 9,45$ aydı. Cinsiyet dağılımı %58,5 erkek, %41,5 kız idi. Sık enfeksiyon geçirme durumu %32,5 ve hastaneye yatış oranı %26,2 idi. Kızarıklık, kaşıntı, kuruluk, öksürük, hırıltılı solunum ve dışkıda mukus şikayetlerinin sırasıyla %57,5, %28,9, %45,3, %27,7, %26,2 ve %27,5 oranında olduğu görüldü. Ev ortamında bulunan alerjenlerin en sık peluş oyuncak (%56,1), yün (%52,2) ve sigara (%53,6) olduğu belirlendi. Hastaların %47,6'sında DPT'de bir alerjik duyarlanma olduğu saptandı. Alerjen tiplerine göre duyarlanma sıklıklarına bakıldığında besin panelinde en yüksek yumurta (%27,5) ve süt (%23,4), inhalen panelde ise kedi alerjenine (%4,8) duyarlanma olduğu görüldü. Hastaların %55,6'sı besin alerjisi olan hastalardı; bu grupta en sık görülenler sırasıyla yumurta (%38,3) ve süt alerjisiydi (%32,8). Hastaların %50,4'ünde atopik dermatit, %15,9'unda infantil astım vardı. Süt alerjisi tanısı alan hastalarda en sık şikayetin gaitada mukus(%64) ve ciltte kızarıklık (%60) olduğu görüldü. Süt alerjisi ile birlikte görülen en sık tanıların atopik dermatit (%58,10) ve yumurta alerjisi (%53,00) olduğu görüldü. Yumurta alerjisi tanısı alan hastalarda en sık şikayetin yine ciltte kızarıklık (%85,3), ciltte kuruluk (%77,9) ve gaitada mukus (%41,6) olduğu görüldü. Yumurta alerjisi ile birlikte görülen en sık tanıların atopik dermatit (%87,40) ve süt alerjisi (%45,50) olduğu görüldü. Atopik dermatit tanılı hastalarda soya ($p=0,044$), kırmızı et ($p=0,009$), inek sütü ($p=0,001$), tavuk eti ($p=0,031$), yumurta ($p<0,001$) ve şeftali ($p=0,046$) duyarlanması tanı almaya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Hastaların hiçbirinde DPT'ye bağlı komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Alerjik hastalıklar sıklığı giderek artan ve ciddi oranda bebekleri etkileyen önemli bir hastalık grubudur. Yaş, aile öyküsü, semptomlar ve laboratuvar sonuçları bu grup hastalarda birlikte değerlendirilmelidir. Özellikle 2 yaş altı atopik dermatitli hastalarda besin alerjisi mutlaka akılda bulundurulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-052

Çocukluk Çağında İlaç Provokasyon Testleri Riskli Midir?

Soner Günder¹, Aymen Hişmioğulları¹, Melike Ocak¹, Ayça Demir¹, Figen Çelebi Çelik¹, Özge Atay¹, Canan Şule Karkıner¹, Özlem Sancaklı¹, Demet Can¹

¹SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, Dr. Behçet Uz SUAM

Giriş: İlaç provokasyon testleri (İPT); ilaç alerjisi öyküsü olan hastaların %80'inden fazlasında tanıyı dışlayabildiği için altın standart olarak kabul edilmektedir. Çalışmaya 01.01.2023-31.12.2023 tarihleri arasında non-steroidal anti-inflamatuvar(NSAİİ), beta-laktam ve non-beta laktam antibiyotik ilaç alerjisi öyküsü ile başvuran ve İPT uygulanan tüm hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, reaksiyon tipleri, prik ve intradermal test ve sorumlu ilaç ya da alternatif ilaç ile yapılan İPT sonuçları kaydedildi.

Amaç: Bu çalışmada kuşkulu ilaç alerjisi öyküsü olan hastalarda yapılan İPT değerlendirilmesi ve testlerle ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Retrospektif kesitsel çalışmaya 164 hastaya uygulanan 177 İPT dahil edildi. Hastaların başvuru yaş ortancası 7 yaş (çeyrekler arası,4-9 yaş) olup %50,6'sı erkekti. İlaç alerjisine %23,2 hastada alerjik rinit, %17,7 hastada astım ve %6,1 hastada besin alerjisi eşlik ediyordu. Ailede atopi öyküsü %40,2 iken, ilaç alerjisi öyküsü %8,5 idi. Öyküde tarif edilen ilaç reaksiyonlarının %29,9 (n=49)'u erken tip, %70,1 (n=115)'i geç tip olarak değerlendirildi. Reaksiyon yaş ortancası 5 yaş (2,1-8 yaş) olarak belirlendi. Başvuru şikayetleri, sıklık sırasına göre %96,3 hastada deri, %4,9 hastada gastrointestinal, %2,4 hastada solunum ve %1,2 hastada ise kardiyovasküler sistem bulgusu idi. Hastaların %56,5 (n=100)'üne tanı amaçlı ve %43,5 (n=77)'ine ise alternatif ilaç bulmak amacıyla İPT uygulanmıştı. Ancak sadece 28 (%15,8) hastaya ilaç alerjisi tanısı konuldu. Hastaların %85,7 (n=24)'sinde beta laktam, %14,3 (n=4)'ünde non-beta laktam alerjisi saptandı. Beta laktam alerji öyküsü olan hastaların 19'unda in vivo ve in vitro laboratuvar incelemelerde pozitiflik ve 5 hastada oral provokasyon testi (OPT) pozitifliği saptandı. Non-beta laktam alerjisi olan 4 hastaya OPT ile tanı konuldu. İlaç provokasyon testi pozitif ve negatif olan hastalar karşılaştırıldığında, ilaç verilme yolu, bazofil sayısı ve yüzdesi istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0.05). Cinsiyet, eşlik eden atopik hastalık, başvuru semptomları, reaksiyon tipi, total IgE ve eozinofil sayısında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Reaksiyon yaşı (OR:1.124, %95 CI:1.020–1.238, p=0.018), bazofil yüzdesi (OR:0.184, %95 CI:0.037–0.909, p=0.038), ve beta laktam grubu ilaç (OR:3.275, %95 CI:1.020–10.517, p=0.046) İPT'yi pozitifleştiren risk faktörleri olarak saptandı.

Sonuç: İlaç alerjisi öyküsü olan çocuklarda İPT ile tanısı kesinleşen gerçek ilaç alerjisi oranı oldukça düşüktür. İlaç provokasyon testini pozitifleştiren risk faktörlerini belirlemek üzere daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-053

Doğrulanmış Beta-laktam Antibiyotik Alerjilerinde Alternatif Antibiyotik Güvenliğinin Değerlendirilmesi

Fatma Nur Kuzucu¹, Cankat Geniş¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Ahmet Selmanoğlu¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji

Giriş: Beta laktam antibiyotikler (BLA) çocukluk çağında ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarına en sık neden olan ilaç grubudur. BLA alerjisi doğrulanmış hastalarda ihtiyaç halinde kullanılmak üzere alternatif güvenli antibiyotiklerin bulunması gerekmektedir. Çalışmamızda; tanısal testlerle BLA alerjisi doğrulanmış hastalarda alternatif antibiyotik seçiminin ve güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Amaç: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Kliniğinde tanısal testlerle (deri prik testi, intradermal test ve ilaç provokasyon testi) BLA alerjisi doğrulanmış olan hastalarda güvenli alternatif antibiyotiği tespit etmek üzere uygulanan alerjik tanısal testler retrospektif olarak değerlendirildi. Ayrıca hastalara telefon yolu ile ulaşılarak güvenli kabul edilen antibiyotiğin kullanımı ile ilgili güncel durum sorgulandı.

Bulgular: BLA alerjisi tanısal testlerle doğrulanmış ve güvenli alternatif ilaç için değerlendirilen 80 hasta çalışmaya dahil edildi. Reaksiyona neden olan BLA'ların %75'ini (n:60) penisilin grubu ve %25'ini (n:20) sefalosporin grubu oluşturmaktadı. Penisilinlerden %68,8 ile Amoksisilin-Klavulanik Asit (AKA) ve sefalosporinlerden %16,3 ile seftriakson en sıklıkla reaksiyona neden olan ilaçlardı. AKA alerjisi doğrulanmış 55 hastaya güvenli alternatif ilaç için test yapıldı. Klaritromisin provokasyon testi yapılan 53 hastanın 52'si klaritromisini güvenle kullanabildi. Bunun yanında sefuroksim ilaç provokasyonu yapılan 16 hastanın, fenoksimetil penisilin ilaç provokasyonu yapılan dokuz hastanın, klindamisin ilaç provokasyonu yapılan iki hastanın, sefdinir ve sefiksimeksim provokasyonu yapılan birer hastanın hepsi bu ilaçları güvenli ilaç olarak kullanabildi. Seftriakson alerjisi doğrulanmış 13 hastaya alternatif ilaç tespiti için test yapıldı. Klaritromisin ilaç provokasyonu yapılan 10 hastanın, AKA ilaç provokasyonu yapılan dokuz hastanın, sefiksimeksim, sefuroksim, sefdinir ve fenoksimetil penisilin ilaç provokasyonu yapılan birer hastanın hepsi bu ilaçları güvenli ilaç olarak kullanabildi.

Sonuç: Doğrulanmış BLA alerjisi olan hastalarda beta laktam dışı antibiyotiklerden makrolid grubu güvenli alternatif ilaç olarak tercih edilebilir. Bununla birlikte çapraz reaksiyon riski göz önünde bulundurularak farklı yan zincire sahip BLA, tanısal testlerin değerlendirilmesinin ardından güvenli alternatif olarak belirlenebilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-054

Ağır Kutanöz İlaç Hipersensitivitesi Tanılı Hastalarımızın Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi

Cebbar Yıldırımçakar¹, Ömer Faruk Yalçın², Nuran Özçiftçi Ertuğral¹, Ebru Arık Yılmaz¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Ağır kutanöz ilaç reaksiyonları (SCAR), çocukluk çağında nadirdir. Bu çalışmamızda SCAR tanısı almış hastalarımızın özelliklerini sunmayı amaçladık.

Amaç: Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları poliklinik ve servislerinde 2017-2024 tarihleri arasında, L27.0 (Yaygın deri döküntüsü, ilaç ve tıbbi maddelere bağlı) kodlu hastalar arasında RegiSCAR kılavuzlarına göre, Toksik Epidermal Nekrolizis (TEN), Steven Johnson Sendromu (SJS), ilaç ilişkili Eozinofili ve Sistemik Semptomlar (DRESS) sendromu, Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstülozis (AGEP) tanısı almış hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların reaksiyon sonrası ilaç kullanımları telefon ile sorgulandı.

Bulgular: Taranan 580 hastadan, 15'i (%2,6) SCAR olarak kabul edildi. Hastaların 10'u(%66,7) kız olup, tanı yaşı ortanca ve çeyrekler arası 7,6 (2,2-9,0) yıldır. Hastaların 6'sı (%40) SJS/TEN, 6'sı (%40) DRESS sendromu, 3'ü AGEP tanılı idi. SJS/TEN hastalarının 2'si TEN, 2'si SJS, 2'si SJS/TEN overlap tanılı olup, 4'ü (%66,7) kız, tanı yaşı 11,6 (6,7-16,0) yıldır. Hiçbirinde komorbid hastalık yoktu, en sık tutulan mukozaya ağız ve göz idi. Ateş süreleri 5,5 (3,8-7,3) gün olup, %83,3'ünde CRP yüksekliği, %33,3'ünde lökositoz, %16,7'sinde lökopeni, %16,7'sinde monositoz mevcuttu. Sorumlu ilaçlar; %50'sinde antibiyotik ve non-steroidal antiinflatuar ilaç (NSAİ), %33,3'ünde NSAİ, %16,7'sinde antiepileptik idi. Hastaların %83,3'ü İVİG ve steroid, %16,7'si ise sadece İVİG tedavisi aldı. DRESS sendromu hastalarının %50'si kız olup, tanı yaşı 5,4 (1,2-7,8) yıldır. Hepsinde komorbid hastalık olup; 5'i çoklu nörolojik hastalık, 1'i Brusella tanılıydı. Ateş süreleri 3(3-5) gün olup, %50'sinde lenfadenopati mevcuttu. Hastaların %33,3'ünde KCFT yüksekliği olup, eozinofili hepsinde vardı. Hastaların %66,7'si İVİG ve steroid, %16,7'si ise İVİG, %16,7'si steroid tedavisi aldı. Tetikleyicilerin %83,3'ü antiepileptik, %16,7'si antibiyotikti. AGEP hastalarının tanı yaşları; 7,7-10,3-15,6 yıl olup, hepsi kız idi, komorbid hastalıkları yoktu. Lenfadenopati 2'sinde, 2'sinde KCFT yüksekliği, 1'inde eozinofili vardı. Hastaların 2'sine steroid tedavisi verildi. SCAR hastaların yatış süreleri 11,5(8,8-13,8) gün olup, hiçbirinde yoğun bakım yatışı ve mortalite olmadı. Tamamen düzeldikten sonra DRESS tanılı 2 hasta primer hastalıklarından dolayı ex oldu. SJS/TEN overlap tanılı 1 hastada reaktivasyon gelişti. Hastaların %66,7'sine telefon ile ulaşıldı, hiçbirinin sorumlu ilacı tekrar kullanmadığı öğrenildi.

Sonuç: Bulgularımız çocukluk çağında SCAR'ın nadir görüldüğünü, DRESS' in, SJS/TEN' e göre daha küçük yaşta görüldüğünü ve daha fazla komorbid hastalıkla birlikteliğini, SJS/TEN 'de ise yatış süresinin, İVİG ve steroidi birlikte alma oranının daha fazla olduğunu göstermiştir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-055

Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar ile Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Gözde Özkan¹, Şükrü Çekiç¹, Yakup Canitez¹, Nihat Sapan¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı

Giriş: Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), özellikle ateş düşürücü olmaları ve ayrıca ağrı kesici ve anti inflamatuvar etkileri nedeniyle çocuklarda en sık kullanılan ilaçlar arasındadır. NSAİİ'ler beta-laktam antibiyotiklerden sonra aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olan ikinci önde gelen ilaç grubudur. En yaygın semptomlar ise makülopapüler döküntü, ürtiker ve anjiyoödemdir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı şüpheli NSAİİ kaynaklı aşırı duyarlılık reaksiyon öyküsü olan çocuklarda doğrulanmış alerjiyi, klinik özelliklerini ve risk faktörlerini değerlendirmektir.

Bulgular: 1 Ocak 2019- 1 Şubat 2024 tarihleri arasında Çocuk Alerji kliniğinde NSAİİ reaksiyon öyküsü olup deri prick test, intradermal test ve oral provakasyon testi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların 42'si (%50) erkek, yaş ortalaması 8.7 ± 5.4 , reaksiyon yaşı 8.1 ± 5.2 idi. 26 (%31) hastanın ibuprofen, 50 (%59.5) hastanın parasetamol, 8 (%9.5) hastanın her iki ilaç ile reaksiyon öyküsü mevcuttu. 17 (%20.2) hastada alerjik rinit, 7 (%8.3) hastada atopik dermatit, 3 (%3.6) hastada astım öyküsü, 34 (%40.5) hastada öncesinde ilaç reaksiyon öyküsü mevcuttu. Hastaların 43'ü (%51.2) erken reaksiyon tarifliyordu. 41 (%48) ile en sık başvuru şikayeti anjiyoödemdi, 3 (%3.6) hastada anafilaksi gelişmişti. Testler ile kanıtlanmış ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonu 14 (%16.7) hasta olarak saptandı. İlaç aşırı duyarlılık reaksiyonu tanısı almış hastalarda yaş, cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. Erken ve gecikmiş reaksiyon öyküsü olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.

Sonuç: NSAİİ'lere karşı reaksiyonlar sıklıkla hayatı tehdit edici olmasa da, etkilenen çocuklara gelecekte ilaç uygulanmasını sınırlamaktadır. NSAİİ aşırı duyarlılığı değerlendiren sınırlı çalışma vardır. NSAİİ'lere karşı aşırı duyarlılık, pediatrik alerjide önemli ve zor bir tanı problemidir. En sık kanıtlanmış reaksiyon ürtikerdir. Tanı yöntemleri büyük ölçüde oral provakasyon testiyle sınırlıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-056

Çocuklarda Erken Tip Penisilin ve Seftriakson Alerjilerinin Doğal Öyküsü Farklı mı? Prospektif Çalışma

Nezihe Nefise Uluç¹, Nagihan İskender¹, İsmail Özanlı¹, Taha Yasin Akın¹, Müjde Tuğba Çöğürü², Sibel Balcı³, Metin Aydoğan¹, Işıl Eser Şimşek¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi ve İmmünoloji Bölümü

²Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerjisi ve İmmünoloji Bölümü

³Kocaeli Üniversitesi Temel Tıp Bilimleri Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi

Giriş: Beta-laktamlar çocuklarda en yaygın kullanılan antibiyotiklerdir ve ilaç alerjilerinin en sık sebeplerindedir; ancak bu ilaçlara karşı gelişen erken tip hipersensitivitenin doğal seyri ile ilgili çalışmalar sınırlıdır.

Amaç: Çalışmamızda Beta-laktam grubu ilaçlara karşı erken tip ilaç reaksiyonu yaşayan ve tanısı kesinleşen çocuk hastaların tolerans gelişimi açısından değerlendirmesini amaçladık. Kocaeli Üniversitesi Çocuk Alerji Kliniğinde 2013-2020 yılları arasında deri testi ve/veya ilaç provakasyon testi (İPT) ile Beta-laktam ilaç alerjisi tanısı almış ve üzerinden en az 3 yıl geçmiş hastaların tolerans değerlendirilmesi planlandı. Deri testi negatif gelen hastalara İPT yapıldı ve alerjik bulgulardan birinin geliştiği hastalar reaktif olarak kabul edildi. Semptom geliştirmeyen hastalara resensitizasyonu dışlamak amacıyla en az 4 hafta sonra tekrar İPT yapıldı ve reaksiyon gelişmeyen hastalar toleran olarak kabul edildi.

Bulgular: Tanı konmuş 30 hastadan (15 penisilin alerjisi, 15 seftriakson alerjisi) değerlendirmeyi (deri testi ve/veya İPT) kabul eden 14 hasta çalışmaya alındı. Alerjik reaksiyon kaygısı nedeniyle değerlendirme yapılamayan 16 hastanın (6 penisilin alerjisi, 10 seftriakson alerjisi) 14'ü deri testi ve İPT'yi kabul etmedi; 2 hasta ise deri testini kabul etti ancak İPT'yi kabul etmediği için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan olguların %42,8'i erkekti (n:6) ve median yaşı 11,53'tü [7,26-14,34 (25-75 IQR)]. Tanı ve tolerans değerlendirilmesi arasındaki median süre 54,5 aydı [39-113,25 (25-75 IQR)]. Tolerans değerlendirmesinde 2 hastaya intradermal testi pozitif olması sebebiyle, 3 hastaya kazara alım sebebiyle İPT yapılmadı. Penisilin alerjisi olan 9 olgudan 5'i (%55,6) ortalama 48 ay sonra reaktifken, seftriakson alerjisi olan 5 hastanın tümünün (%100) ortalama 85 ayda hala reaktif olduğu tespit edildi. Negatif İPT sonrası 4 hastadan 3'ü tekrar İPT ile değerlendirildi ve resensitizasyon tespit edilmedi. Çalışmamız erken tip Beta-laktam alerjisi tanılı çocuklarda toleransı değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızın güçlü tarafı tanısı kliniğimizde deri testi-İPT ile konfirme edilmiş hastaların toleransının yine kliniğimizde prospektif olarak değerlendirilmesidir. Hasta sayısının azlığı çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Sonuç: Çalışmamız gösterdi ki; erken tip penisilin alerjisi olan hastaların 4 yıl sonra yarıya yakını tolerans geliştirirken, erken tip seftriakson alerjili olguların tamamının 7 yıl sonra hala reaktif olduğu görüldü. Erken tip penisilin alerjisi olan olguların doğal öyküsünde hem daha erken hem de daha çok tolerans geliştirdiği, erken tip seftriakson alerjisinin ise doğal öyküsünde daha persistan seyrettiği görüldü.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-057

Doğuştan Gelen İmmünite Kusuru Nedeniyle %20 Subkutan İmmunglobulin Replasman Tedavisi Alan Hastaların Klinik Değerlendirilmesi; Tek Merkez Deneyimi

Ümmügülsüm Dikici¹, Öner Özdemir¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Doğuştan gelen immünite kusurlarının tedavisinde özellikle enfeksiyonların yönetiminde immunglobulin replasman tedavisi (İgRT) hayati öneme sahiptir. İgRT uygulamasında zaman içinde farklı metotlar ve preparatlar geliştirilmiştir. %20 subkutan immunglobulin (skig) preparatı klinik pratikte, 7-10 günde bir kez evde uygulanmaktadır.

Amaç: Çalışmamızda %20 skig tedavisi alan hastalarımızın klinik yanıtlarını ve tedaviye uyumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Bulgular: 24.06.2022 ile 31.12.2023 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Bölümü'nde %20 skig tedavisi alan 14 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların kliniği, %20 skig'e geçme nedeni, uygulanan infüzyonlarda görülen yan etkiler ve hastanın tedaviye uyumu geriye dönük olarak değerlendirildi. 14 hastanın 9'u kız, 5'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 11,7 (min:5,2 – max: 19,5) yaş idi. Hastaların birisi Ataksi Telenjiektazi, birisi Hiper IgM sendromu, 12'si yaygın değişken immünyetmezlik nedeniyle İgRT almaktaydı. Hastaların 6'sı intavenöz immunglobulin (ivig) tedavisinden, 6'sı konvansiyonel skig (%10 ivig preparatıyla) tedavisinden, 2'si kolaylaştırılmış skig'den (k-skig) %20 skig tedavisine geçti. Ortalama 0,5 gr/kg/ay'dan, toplam 810 kez %20 skig uygulandı. Hastaların hepsinin %20 skig kullanımına uyumu iyiydi. Yan etki olarak en sık infüzyon yerinde kızarıklık (rash) görüldü (%19,7). İvig tedavisinden geçiş yapılan hastalar evde tedavi almanın konforlu olduğunu, okul devamsızlığı olmadığını, her ay hastaneye gidip uzun süre hastanede kalmak gerekmediği için memnun olduklarını bildirdi. Konvansiyonel skig tedavisinden geçiş yapan hastalar, ivig preparatını konvansiyonel skig yöntemiyle uygularken ilacı elleriyle vermek zorunda olmanın zorluğunu, iğnenin belirli bir açıyla cilde yerleştirilmesi gerektiği için yanlış uygulama yapma endişesi taşıdıklarını belirtti. Aynı hastalar %20 skig uygularken dik açıyla iğnenin batırılmasının ve pompayla uygulama yapılmasının çok büyük rahatlık sağladığını ifade etti. K-skig'den geçiş yapılan 2 hasta, aylık uygulamada infüzyon yerinde çok daha fazla şişlik ve ağrı oluştuğunu, haftalık uygulamanın bu anlamda çok daha konforlu olduğunu belirtti. Toplam hastaların 3'ünün ebeveyni uygulama sonrası oluşan şişliklerle ilgili endişe taşıdığını, bir ebeveyn her hafta çocuğun göbeğine iğne batırmanın duygusal yük oluşturduğunu söyledi. K-skig ve ivig ile IgG optimal değeri sağlanamadığı için %20 skig'e geçilen iki hastanın IgG değerleri anlamlı ölçüde yükseldi.

Sonuç: İgRT'nin subkutan uygulanması hasta konforunun sağlanması, iş gücü kaybının ve okul devamsızlığının azaltması açısından önem taşımaktadır. Gelişen bilim ve teknoloji ile birlikte skig tedavisi daha güvenilir ve ulaşılabilir olmakta, uygulaması kolaylaşmaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-058

İmmünglobulin A Eksikliği Olan Çocukların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Halil Onur Öcal¹, Sinem Aslan¹, Hülya Anıl¹, Ayben Leblebici¹, Koray Harmancı¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: İmmünglobulin A (IgA) eksikliği, selektif IgA eksikliği ve parsiyel IgA eksikliğinden oluşur. Ig A eksikliği primer immün yetmezliğin en sık karşılaşılan grubudur.

Amaç: Bu çalışmada primer immün yetmezliğin en sık karşılaşılan grubu olan immünglobulin A (IgA) eksikliği tespit edilen hastalarda, takip sürecinde klinik ve immünolojik yönden görülen değişiklikler ve IgA eksikliğinin derecesinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 2011-2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji polikliniğine başvuran ve herhangi bir nedenle bakılan serum immünglobulin (Ig) düzeylerinde, IgA düzeyi yaşına göre normal seviyenin altında saptanan 234 hasta dahil edilmiştir. Çalışma grubundaki hastalar selektif IgA eksikliği ve parsiyel IgA eksikliği olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızda hastane başvuru şikayetleri, kardeş ölüm öyküsü, ailede primer immün yetmezlik tanısı, atopik dermatit öyküsü, hastanede yatış sebepleri, otoimmün hastalık öyküsü, intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi alma öyküsü ve total IgE(İmmünglobulin E) düzeyleri incelendi.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların ortalama yaşı 52.87 ± 42.82 aydı. Hastaların 197(%15.8)'si parsiyel IgA eksikliği, 37(%84.2)'si selektif IgA eksikliği olarak değerlendirildi. Her iki grupta da erkek cinsiyet oranı daha fazla idi. Selektif IgA eksikliği olan grubun %59.5'i, parsiyel IgA eksikliği olan grubun %51.3'ü erkekti. Hastaların 216(%92.3)'sında olacak şekilde her iki grupta da en fazla görülen hastane başvuru şikayeti üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) idi. Her iki grupta da hastane yatış sebeplerinin ağırlıklı olarak pnömoni ve bronşiolit olduğu görüldü. Selektif IgA eksikliği olan grupta, IVIG tedavisi alma oranının ve kardeş ölüm öyküsünün parsiyel IgA eksikliği olan gruba göre daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0.01$, $p=0.011$). Parsiyel IgA eksikliği olan grupta ise atopik dermatit öyküsünün ve total İmmünglobulin E (IgE) yüksekliğinin, selektif IgA eksikliği olan gruba göre daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0.012$, $p=0.041$). IgA'nın özelleşmiş rolünü düzenleyen mekanizmalardaki bozukluklar nedeniyle gördüğümüz selektif IgA ve parsiyel IgA eksikliğinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi, eşlik eden hastalıkların erken teşhisi ve tedavi protokollerinin düzenlenmesi açısından önemlidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-059

Tekrarlayan Oral Mukozal Lezyonları Olan Hastaların Genetik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Hilal Ünsal¹, Saliha Esenboğa¹, Deniz Çağdaş¹

¹Hacettepe Üniversitesi Çocuk İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Tekrarlayan oral mukozal lezyonlar; enfeksiyöz, otoimmün, malign lezyonların habercisi olabilecekleri gibi sekonder olarak sistemik bir hastalığın veya bir immun yetmezliğin oral tutulumu şeklinde ortaya çıkabilir.

Amaç: Çocuk immünoloji polikliniğine başvuran tekrarlayan oral mukozal lezyonları olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Malignite ile takipli ve hematopoetik hücre nakli ile tedavi edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya ortanca tanı yaşı 12.8 yıl (1.5-46) olan 175 hasta dahil edildi. %56.6'sı erkek ve %77.7'si çocuk hasta idi. %37.7'sinde akrabalık öyküsü vardı. 111 (%63.4) hastanın tekrarlayan stomatit-gingivitis, 50 (%28.6) hastanın oral kandidiyazisi ve 47 (%26.8) hastanın ise tekrarlayan herpes orolabialis şikayeti mevcuttu. 30(%17) hastanın ise iki veya daha fazla tipte lezyonu mevcuttu. 80 (%45.7) hastanın alt solunum yolu enfeksiyonu, 69 (%39.4) hastanın üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit,sinüzit ve otit) ve 28 (%16) hastanın ishal şikayeti mevcuttu. Enfeksiyonlara yatkınlığın yanısıra hastaların 38(%21.7)'inde otoimmün-otoinflamatuar hastalıklar gözlemlendi ve iki hastanın behçet tanısı mevcuttu. İmmün yetmezlik tanısı alan 120 (%68.6) hastadan; 85/120 (%70)'i antikör eksikliği ve 21/120 (%17.5)'u kombine immün yetmezlik tanısı ile takip edildi. Genetik çalışmalarda 38 hastada anlamlı mutasyon saptandı ve 5 hastanın MEFV geninde mutasyon vardı. İmmünolojik değerlendirmede; lenfopeni (%14.8), nötroopeni (%9.7) saptandı. IgG düşüklüğü (%46.8), IgA düşüklüğü (%58.8) ve IgM düşüklüğü (%48) bulundu. Lenfosit subset değerlendirilmesinde; CD4 lenfopeni (% 20), CD3 lenfopeni (% 5.7) idi. Takiplerde oral kandidiyazisi olan 8 hasta düzenli olarak antifungal profilaksisi ve herpes orolabialis olan 6 hasta ise asiklovir profilaksi alıyordu.

Sonuç: Sık tekrar eden oral mukozal lezyonları olan hastaların incelendiği bu çalışmada yaklaşık olarak hastaların üçte ikisinde immün yetmezlik tanısı konulmuştur. Tekrar eden oral mukozal lezyonları olan hastalar immün yetmezlik açısından ve sistemik hastalıklar açısından ayrıntılı tetkik edilmesi gerekir. Oral mukozal lezyonlarının erken teşhisi ve uygun yaklaşımları, hastalıkların prognozunda olumlu sonuçlar ortaya çıkaracaktır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-060

Otoimmün Lenfoproliferatif Sendrom veya Benzeri Bulgular İle Başvuran Hastaların İn Vitro Apoptoz Testi İle Değerlendirilmesi

Kübra Bayram Özdağ¹, Saliha Esenboğa², Sevil Oskay Halaçlı³, Hacer Neslihan Bildik², İlhan Tezcan², Deniz Çağdaş²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Çocuk İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Primer immün yetmezlik (PİY) alt gruplardan biri olan immün disregülasyon ile seyreden immün yetmezlikler; otoimmünite, benign ve/veya malign lenfoproliferasyon, alerjik hastalıklar ve otoinflamasyonun ön planda olduğu bir seyir göstermektedir. Otoimmün lenfoproliferatif sendrom (ALPS) Fas-FasL ilişkili apoptozun bozulması sonucu benign ve kronik lenfoproliferasyon (açıklanamayan lenfadenopati, splenomegali), immün aracılı sitopeni ve lenfoma riskinde artış ile karakterize bir immün disregülasyon hastalığıdır. Hastalığın patogenezinde apoptozda eksiklik/bozukluk önemli bir mekanizmadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ALPS veya benzeri bulgular ile başvuran hastaları in vitro apoptoz testi ile değerlendirerek testin tanısal açıdan kullanılabilirliğini analiz etmektir. Çalışma popülasyonu, Şubat 2022-Ocak 2023 arasında HÜTF Çocuk İmmünoloji Bilim Dalına başvuran, altı aydan uzun süreli enfeksiyon ve malignite ile açıklanamayan lenfadenopati ve/veya splenomegali; sitopeni ve/veya immüendisregülasyon ile ilişkili olduğu düşünülen birden fazla otoimmün hastalığı olan veya vitamin B12 yüksekliği nedeniyle başvuran hastalardan akım sitometride double negatif T hücre (DNT) oranı %2.5'in üzerinde olan çocukluk ve erişkin yaş grubunda toplam 20 hastadan oluşmaktadır. Hasta grubu ve 20 sağlıklı kontrol in vitro apoptoz testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 20 hastanın ortanca tan yaş 11 (2.5-37) yıl, %70'i erkekti. Hastaların klinik bulguları değerlendirildiğinde %75'inde otoimmünite, %60'ında lenfoproliferasyon, %35'inde enfeksiyon ve %10'unda alerjik hastalık bulunuyordu (Tablo 1). Hastalar ALPS tanı kriterleri açısından değerlendirildiğinde 11 hasta olası ALPS, 9 hasta ALPS benzeri hastalık olarak değerlendirildi (Şekil 1). Hastalardan ve sağlıklı kontrol grubundan alınan periferik kan lenfosit hücrelerinde in vitro apoptoz testi değerlendirildi. Hastaların (n=20) ikisinde in vitro apoptoz testi kusurlu bulundu. Bu hastalardan birinde ALPS'ye neden olan FAS homozigot mutasyon ve diğerinde de ALPS benzeri hastalık kliniği gösteren Caspase 8 homozigot mutasyonu saptandı. Genetik inceleme yapılan altı hastada Caspase 8 eksikliği, otozomal dominant FAS homozigot mutasyon, FASLG heterozigot, Caspase 10 eksikliği ve CTLA-4 eksikliği saptandı. ALPS, ALPS benzeri hastalığa neden olan mutasyon saptanan altı hastanın dördünde in vitro apoptoz testi normal bulundu (Tablo 2).



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

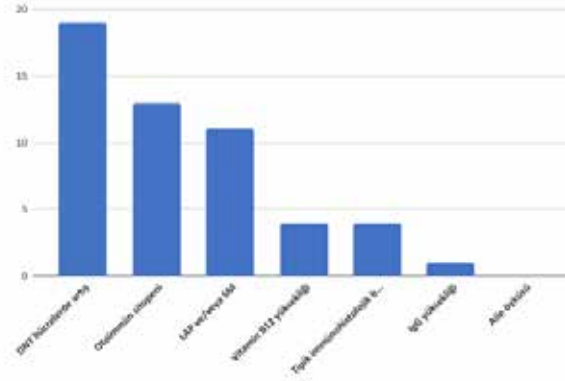
25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Şekil 1



Çalışmaya dahil edilen hastalarda değerlendirilen ALPS kriterlerinin dağılımı

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta sayısı (n)	20
Yaş, ortanca (çeyreklerarası) (min-max)	11 yıl (IQR: 6.25-14 yıl) (2.5 yıl – 37 yıl)
Semptom yaşı, ortanca (çeyreklerarası) (min-max)	5.5 yıl (IQR: 2.12-8.75 yıl) (0 – 29 yıl)
Tanı yaşı, ortanca (çeyreklerarası) (min-max)	8.25 yıl (IQR:3.62-13.5 yıl) (1 yıl – 36 yıl)
Cinsiyet (erkek) % (n)	%70 (14)
Akrabalık öyküsü % (n)	%25 (5)
Başvuru bulguları % (n)	
Otoimmünite	%75 (15)
Lenfoproliferasyon	%60 (12)
Enfeksiyon	%35 (7)
Alerjik hastalık	%10 (2)
Malignite	-



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 2. Genetik sonucuna göre ALPS veya ALPS benzeri hastalık olan hastaların tanı kriterleri ile birlikte yeniden gözden geçirilmesi

Hasta no	Genetik	Cinsiyet	Yaş	Akrabalık	Başvuru şikayeti	Lenfo-prolifere-rasyon	Sitopeni	Diğer Otoimmünite	DNT	Vitamin B12	IgG	Histo-patoloji	İn Vitro Apoptoz testi
3	Caspase 10	Erkek	9y3ay	-	Solukluk, serebellit	-	OİHA	Otoimmün serebellit	%3	972	587	-	
4	FAS (OD) homozigot	Erkek	7yaş2 ay	-	Lenfadenopati	LAP, HM SM	-	-	%32	1525	2710	Foliküler hiperplazi	Anormal
8	Caspase 8	Erkek	3yaş	+	Mekonyum tıkaçı	-	Otoimmün nötropeni	-	-	444	1050	-	
10	FASLG heterozigot mutasyon	Erkek	4yaş2ay	-	Peteşi	HM, SM	OİHA, ITP	-	%3	1119	366	-	
14	Caspase 8	Erkek	12yaş3ay	-	Tekrarlayan enfeksiyon	-	-	-	%13	163	583	-	Anormal
20	CTLA-4 heterozigot	Kadın	10yaş9ay	-	Öksürük, döküntü	LAP, SM, HM	ITP, otoimmün nötropeni	-	%13	463	785	-	

Sonuç: Genetik inceleme sonucunda 20 hastanın 6'sında ALPS veya ALPS benzeri hastalığa neden olan varyant saptandı. İn vitro apoptoz testinin, genetik olarak kesin ALPS tanısı olan hastalarda normal sonuçlanması, bu testin kısıtlılıklarına dikkat çekmekte ve hastalığın kesin tanısı için yeni çalışmalara ve genetik analize ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-061

Selektif IgA Eksikliği Olan Hastaların Değerlendirilmesi

İdan Fırat Unay¹, Himmet Haluk Akar¹, Mebrure Elanur Kortmaz¹, Kazım Okan Dolu¹, Uğur Tokdemir¹

¹Kanuni Sultan Süleyman EAH

Giriş: Primer immün yetmezlik (PIY) hastalarında alerjik hastalılar, otoimmün hastalıklar, tekrarlayan/yaşamı tehdit edebilen enfeksiyonlar ve maligniteler normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. Selektif IgA eksikliği (slgA) en sık görülen PIY hastalıklarındandır.

Amaç: Bu çalışmada slgA eksikliği tanısı almış hastaların klinik ve laboratuvar verilerini inceleyerek slgA olan hastaların fenotipik özelliklerini ve ilişkili olabilecek komorbiditeleri ortaya çıkarmayı amaçladık.

Bulgular: Çalışmaya takipleri yapılan 56'sı erkek (%55,5), 45'i kız (%44,5) toplam 101 hasta dahil edildi. Hastaların kliniğine başvuru yaş ortalamaları ortalama $6,57 \pm 2,98$ (1-16 yaş), güncel yaş ortalaması ise $12,17 \pm 3,32$ yıl (5-18 yaş) olarak saptanmıştır. Hastaneye başvuru şikayetlerine bakıldığında, 87 hastanın (%86,13) öksürük, hırıltı, nefes darlığı, hapsirik, burun tıkanıklığı ve döküntü gibi alerjik semptomlarla; 77 hastanın (%76,23) ateş, halsizlik, boğaz ağrısı, kulak ağrısı gibi üst solunum yolları enfeksiyonu semptomlarıyla geldiği görüldü. Alerjik semptomla başvuran hastaların 70 tanesinde (%69,3) astım, 32 tanesinde (%31,68) alerjik rinit, 29 tanesinde (%28,71) atopik dermatit 21 tanesinde (%20,79) ürtiker, 10 tanesinde (%9,9) besin alerjisi, 6 tanesinde (%5,94) anjioödem ve bir hastada (%0,99) penisilin alerjisi vardı. Yapılan DPT'lerinde 44 hastada (%43,56) pozitiflik saptandı. Bunların 29 tanesinde (%29,71) çoklu duyarlanma, 15 tanesinde (%14,85) tekli duyarlanma saptandı. 57 hastada ise (%56,43) artmış total IgE (> 100 IU/ml) saptandı. Otoimmün hastalıklar açısından bakıldığında 3 hastada tip-1 DM ve 3 tanesinde de (%2,97) otoimmün tiroidit hastalığı vardı. Toplamda 7 hastada ise anti-TPO pozitifliği saptandı. 27 hastanın (%26,73) hastaneye yatış öyküsü vardı. 11 hasta (%10,98) astım atak ve/veya bronkopnömoni nedeniyle, 16 hasta ise akut gastroenterit, otitis media, febril konvülsiyon, diyabet nedeniyle olarak yatırılmıştı.

Sonuç: Bu çalışma ile SlgA eksikliği olan çocuklarda başta alerjik hastalıklar olmak üzere, enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıkların normal popülasyona göre daha sık görüldüğü bir kez daha ortaya konmuştur. Toplumda aslında sık olarak görülen SlgA eksikliğinin özellikle alerjik ve otoimmün hastalılara açısından yakından takip edilmesi gerektiğini bir kez daha vurgulamak istedik.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



SS-062

Hiper IgE Sendromunun Fenotipik İncelenmesi

Muhammed Aydın¹, Zeynep Meriç¹, Betül Gemici Karaaslan¹, Selami Ulaş², Nurşen Ciğerci Günaydın³, Serdar Nepesov¹, Çiğdem Aydoğmuş², Yıldız Camcıoğlu¹, Haluk Çokuğraş¹, Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Allerji BD

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Allerji BD

³Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Allerji BD

Giriş: Hiper IgE sendromu; yüksek IgE seviyeleri, ekzematöz dermatit ve tekrarlayan cilt ve akciğer enfeksiyonlarıyla karakterize nadir bir primer immün yetmezlik tablosudur. Otozomal dominant veya otozomal resesif kalıtılabileceği gibi sporadik kalıtmılgular da mevcuttur. Genetik değerlendirmede en sık otozomal dominant kalıtılan STAT3 geninde mutasyona rastlanmaktadır. Bu olguların büyük bir kısmında bağ dokusu ve iskelet bozuklukları görülebilmektedir. Otozomal resesif kalıtılan olgulardan ise en sık DOCK8, PGM3 genlerindeki mutasyonlar sorumludur. Bunların dışında yüksek IgE seviyeleri ile giden ve benzer klinik bulgulara neden olabilen farklı mutasyonlar da tanımlanmıştır. Yüksek serum IgE düzeyi ve periferik eozinofili en sık görülen laboratuvar bulgularıdır. Erken tanı ile akciğer ve deri enfeksiyonlarını önlemeye yönelik antimikrobiyal profilaksi, cilt bakımı ve enfeksiyonların etkili tedavisi tedavinin temelini oluşturur. Hematopoietik kök hücre nakli seçilmiş olgularda iyi bir tedavi seçeneği olabilir.

Amaç: Süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde yüksek eozinofil, IgE değerleri ve deri döküntüleriyle gelen hastalarda immün yetmezliği saptamak güç olabilir. Bu nedenle STAT3, DOCK8, PGM3 genlerinde mutasyon saptanan Hiper IgE sendromu olgularımızı klinik bulguları, laboratuvar değerlendirmeleri ve genetik mutasyonları ile sunmayı hedefledik. Bu kapsamda 10 hastada DOCK8, 5 hastada PGM3, 4 hastada STAT3 geninde mutasyon saptadığımız toplamda 19 Hiper IgE sendromlu olgumuzu değerlendirmeye aldık.

Bulgular: Olgularımızın klinik değerlendirilmesinde egzema 16 hastada (%82) ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonları 15 hastada (%79) saptanarak sırası ile en sık rastlanan bulguları oluşturmaktaydı. Klinik bulguların başlama yaşı ortalama 8 ay olarak hesaplandı. Laboratuvar değerlendirilmelerinde yüksek IgE değerleri ortak bulgu iken eozinofil seviyelerinde yükseklik ise 12 hastada (%71) saptandı ve ortalama eozinofil seviyesi 2680/mm³ olarak hesaplandı.

Sonuç: Hiper IgE sendromlu olgularda benzer klinik bulgulara sebep olabilen farklı genetik mutasyonlar saptanabilir. Gelişen moleküler yöntemler ve genetik analizler ile bu mutasyonların tespit edilebilmesi, altta yatan mekanizmanın aydınlatılmasında kritik rol üstlenerek hedefe yönelik tedavi seçeneklerinin önünü açabileceğine inanıyoruz.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



POSTER BİLDİRİLER



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-001

Teikoplanin İlişkili Anafilaksi: Nadir Bir Vaka Sunumu

Muhammed Fatih Erbay¹, Merve Karaca Şahin¹, Hilal Güngör¹, Nilay Çalışkan¹, Hamit Boloğur¹, Güler Yıldırım¹, Şefika İlk-nur Kökcü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Teikoplanin, glikopeptitler adı verilen bir antibiyotik sınıfına ait olup, gram-pozitif bakterilere karşı etkili bir ilaçtır. Teikoplanin, ciddi enfeksiyonlarla mücadele etmek için tercih edilen bir tedavi seçeneğidir ve genellikle hastane koşullarında kullanılır. Teikoplanin, penisilin veya sefalosporin grubundaki antibiyotiklere alerjisi olan hastalarda veya diğer antibiyotiklerin tedavi edemediği enfeksiyonların tedavisinde kullanılır.

Amaç: Teikoplanin, damar içine veya kas içine enjekte edilerek kullanılır. Teikoplanin ile ilişkili anafilaksi, nadir görülen ancak hayatı tehdit eden bir yan etkidir. Bu sunumda, teikoplanin ile ilişkili anafilaksi gelişen 8 yaşında bir kız çocuğu vakası sunulmuştur.

Bulgular: 8 yaşında kız hasta, çocuk enfeksiyon servisinde yatışı esnasında, intravenöz seftriakson ve teikoplanin tedavileri düzenlenmişti. Hastanın 2. antibiyotik dozlarını aldıktan 20 dakika sonra tüm vücutta ürtikeryal döküntüsü ve nefes darlığı gelişti. Hastaya anafilaksi tanısı konularak acil müdahalesi yapıldı. Hastanın vital bulguları stabil hale geldikten sonra, sorumlu ilaç tespiti için tahlilleri gerçekleştirildi. Seftriakson intradermal test sonucu ve seftriakson provakasyonu negatif sonuçlanan hastanın teikoplanin ile prik to prik testi 1/1000 derişimde 6x6 pozitif saptandı. Anafilaksi öyküsü olması nedeniyle hastaya teikoplanin provakasyonu yapılmadı. Hastaya teikoplanin alerjisi tanısı konuldu.

intradermal test



Sonuç: Literatürde teikoplanin'in anafilaksiye sebep olduğunu gösteren çok nadir vaka sunumu bulunmaktadır. Teikoplanin alerji insidansı çok düşük bir antibiyotik olduğundan penisilin veya sefalosporin grubu antibiyotiklere alerjisi olan hastalarda güvenilir antibiyotik olarak kullanılır. Seftriakson ve teikoplanin kullanımı sonrası anafilaksi gelişen vakamızda sorumlu ilacı teikoplanin olarak saptadık ve vakamızı sunarak anafilaksi riski en düşük olan ilaçları kullanırken dahi anafilaksi önlemlerini almayı ihmal etmemenin önemini vurgulamak istedik.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-002

Anafilaksi Tedavisinde Epinefrin Otoenjektörü Kullanımı Konusunda Ebeveynlerin Uyumu

Hüseyin Başpınar¹, Nilgün Bahar Teker¹, Büşra Hatice Fidan¹, Mahir Serbes¹, Dilek Özcan¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

Giriş: Anafilaksi, acil ve uygun tedavi gerektiren ve gelecekte öngörülemez atakların yaşanma riskiyle ilişkili olan; akut, yaşamı tehdit eden sistemik bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Epinefrin ilk basamak acil tedavidir ve anafilaksi riski taşıyan hastalara tercihen epinefrin otoenjektörü şeklinde reçete edilmeli ve hastaların her zaman yanlarında bulundurulmalıdır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ebeveynlerin epinefrin oto enjektörlerinin kullanımına ilişkin pratik becerilerini değerlendirerek ve bunları etkileyen faktörleri belirleyerek anafilaksi yönetimindeki eksikleri belirlemektir.

Bulgular: Çalışma, anafilaksi riski olan ve epinefrin otoenjektörü reçete edilen 114 çocuk hastanın ebeveynlerini içeriyordu. Çocukların ortalama yaşı 11 yaş (aralık 9 ay-18 yaş) idi. Anafilaksi sonrası epinefrin otoenjektör reçete edilen hastaların ilk epizodlarındaki tetikleyicilerinin %43,6'sı besin, %27,2'si ilaç, %13,2 'si venom ilişkili iken, %3,5'i idiyoptik, %14'ü diğer (mastositoz, soğuk vb.) nedenlere bağlı idi. Hastaların çoğunun bakımını annesi üstleniyordu (%89,9). Ebeveynlerle hem yüz yüze görüşme yapılmış hem de epinefrin otoenjektörü demo cihazı kullanılarak pratik beceri testi uygulanmıştır. Epinefrin, 93 ebeveyn (%81.6) tarafından anafilaksi için hayat kurtarıcı ve birinci basamak tedavi olarak tanımlandı. 53 ebeveyn (%46.5) günlük yaşamlarında epinefrin otoenjektörlerini düzenli olarak taşıdıklarını belirtti. 61 ebeveyn epinefrin otoenjektörü taşımadığını belirtti. Epinefrin otoenjektörlerini taşınmamasının kendileri tarafından bildirilen ana nedeni gerekliliğe olan inanç eksikliği idi (n=18, %29.5). 38 çocukta (%33.3) tekrarlayan ataklar olduğu saptandı. Bu 38 hastanın 30'unun ebeveyni reaksiyon anında epinefrin otoenjektörü taşımasına rağmen sadece 6 ebeveynin (%20) epinefrin otoenjektörlerini uyguladığı saptandı. Katılımcılar arasında, ebeveynlerin sadece 13'ü (%11.4) epinefrin otoenjektörlerini tüm basamaklarda doğru şekilde uygulayabildi. 40 ebeveyn (%35.1) epinefrin otoenjektörünün son kullanım tarihini bilmiyordu. Cihazı kullanma becerisi ile son ziyaretten bu yana geçen süre arasında ters bir ilişki bulundu.

Sonuç: Ebeveynler arasındaki epinefrin otoenjektörü kullanımı konusunda bulunan düşük uyum seviyeleri, bu durumu iyileştirmeye yönelik acil ihtiyacın altını çizmiştir. Ebeveynlere yönelik düzenli epinefrin otoenjektör doğru kullanım eğitimlerinin yanı sıra psikolojik destek de dahil olmak üzere daha kapsamlı müdahaleler sağlanmalıdır, ancak bu müdahaleler bile gerçek hayatta epinefrin otoenjektörü kazanılmış uyumu sürdürmeyi garanti etmeyebilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-003

Alerji Polikliniğinde Hem Aeroalerjen Hem Besin Deri Prick Testi Sırasında Anafilaksi Gelişebilir

Ayça Demir¹, Soner Günder¹, Aymen Hişmioğulları¹, Figen Çelebi Çelik¹, Canan Şule Karkıner¹, Özlem Sancaklı¹, Demet Can¹

¹S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Giriş: Deri prick testleri (DPT) genel olarak çok güvenli bir işlem olarak kabul edilse de nadiren sistemik reaksiyona neden olabilmektedir.

Amaç: Aşağıda polikliniğimizde deri testleri sırasında anafilaksi gelişen iki olgu sunulmuştur.

Bulgular: Olgu1 On yaşında erkek hastamız ilk kez 3 yaşında elmalı soda içtikten 4-5 dakika sonra gözlerde şişlik, kaşıntı, nefes darlığı şikâyeti ile acil serviste anafilaksi tanısı almış ve intramüsküler (IM) adrenalin uygulanmıştı. 3,5 yaşında kabak çekirdeği, 5 yaşında karpuz çekirdeği ile tekrar anafilaksi geçirdiği ve ailesi tarafından adrenalin oto-enjektörle müdahale edildiği öğrenildi. Dört yaşından sonra astım semptomları olan hastanın polen duyarlılığı gelişmişti. Deri testlerinde kabak çekirdeği: 4 mm, karpuz çekirdeği: 11 mm saptanmıştı. Hasta eliminasyon diyetine alındı. Bir yıl sonra tolerans gelişimi açısından tekrarlanan DPT'nin 10. dk'sında öksürük, stridor ve ürtiker plakları gelişti. Karpuz çekirdeği: 18 mm, kabak çekirdeği: 15 mm idi. Ürtiker plakları, bilateral ronküsleri ve subkostal çekilmeleri olmasıyla anafilaksi tanısıyla 0,3 mg IM adrenalin uygulandı. Sırtüstü yatırılarak, alt ekstremiteleri yükseltildi. Kalp tepe atımı: 151/dk, SpO2: %91, normotansifti. Nebülize salbutamol uygulandı. Solunum bulgularının dirençli olmasıyla ikinci doz adrenalin uygulandı. Vital bulguları stabil seyreden olgu bifazik anafilaksi açısından gözleme alındı. Olgu 2 On altı yaşında erkek hasta; bahar aylarında hapşırma, burun akıntısı, gözlerde kaşıntı şikâyetiyle başvurdu. Alerjik rinit ön tanısı ile izleme alınan hastanın DPT'de pozitif kontrol 11 mm; kedi tüyü: 7 mm; çayır poleni: 17 mm; pelin otu: 9 mm idi. Testten 30 dakika sonra boyun bölgesinde ürtiker plaklarının gelişmesi ve öksürüğünün başlaması nedeniyle anafilaksi olarak değerlendirilerek 0,3 mg IM adrenalin uygulandı. Test yapılan ön kol bölgesi yıkandı. Monitörize edilen hasta sırtüstü yatırılarak alt ekstremiteleri yükseltildi ve salbutamol uygulandı. Vital bulguları stabil olmasıyla bifazik anafilaksi açısından gözlem altına alındı.

Sonuç: Deri prick testleri için bildirilen sistemik reaksiyonlar oldukça nadir olup, %0,02 ila %0,4 arasında değişmektedir. Çocuklarda besin alerjenleri potansiyel olarak daha riskli olsa da aeroalerjen ile test yapılanların %0,02'sinde de anafilaksi bildirilmiştir. Her iki hastanın sistemik reaksiyon riski değerlendirildiğinde; ilk hastamızda risk faktörünün anafilaksi riski yüksek olan besinlerle test yapılması, ikinci hastamızda ise testin polen sezonunda yapılması riski arttırmış olabilir. DPT uygularken sistemik reaksiyonlarla karşılaşabileceğimiz akılda tutulmalıdır. Deneyimli hekim gözetiminde eğitimli hemşire/teknisyen tarafından uygulanmalı, sistemik reaksiyon gelişmesi halinde acil durum ekipmanları hazır olarak bulundurulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-004

Farklı Kliniklerle Tek Besin Alerjisi

Hamit Boloğur¹, Nilay Çalışkan¹, Güler Yıldırım¹, Hilal Güngör¹, Merve Karaca¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Şefika İlkur Kökçü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

¹Profesör Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Besin alerjileri, genetik yatkınlık, bağışıklık sistemi reaksiyonları ve çevresel faktörler gibi çeşitli etmenlerle tetiklenebilir. Aynı besin alerjisinin, farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmesi, alerji mekanizmalarının kompleks doğasını göstermektedir. Çocuklarda, gıda alerjileri sıkça rastlanan bir durum olup, alerjiye yol açan besinlerin diyetten çıkarılması önemlidir.

Amaç: Burada yumurta tüketimi sonrası anafilaksi ve atopik dermatit semptomları gösteren 10 aylık bir erkek hastayı ele alarak, aynı besin alerjisinin farklı klinik tablolarla nasıl karşımıza çıkabileceğini vurgulamayı amaçlıyoruz.

Bulgular: 10 aylık erkek hastanın anamnezinde, 1. ayından itibaren atopik dermatit (AD) lezyonları görülmekte ve 5. ayında ilk yumurta denemesinden sonra ise AD lezyonlarında belirgin artış yaşanmıştır. Yaklaşık iki hafta sonra, hastaya tekrar yumurta verildiğinde, birkaç dakika içinde vücudunda kızarıklık, anjiödem ve solunum sıkıntısı gibi anafilaksi belirtileri ortaya çıkmış, acil serviste tedavi edilmiş, yumurta diyeti önerilmiş ve çocuk alerji polikliniğine yönlendirilmiştir. Olayın akşamında, annenin emzirmesinden sonra alt dudakta şişlik oluşmuştur ve annenin yumurta yediği öğrenilmiştir. Hastamız polikliniğimizde değerlendirilmiş ve tetkiklerinde IgE: 160 Ku/l, yumurta akı sp: 24 kU/L, yumurta sarısı sp: Ku/L olarak sonuçlandırılmıştır. Hasta ve anneye yumurta diyeti önerilmiştir.

dudakta anjiödem, döküntü



Sonuç: Bu vaka analizi, aynı hastada aynı alerjen gıdayla bile farklı alerjik reaksiyonların nasıl izlenebileceğini göstermektedir. Özellikle, gıda alerjisi teşhisi konmuş bir hastanın diyetini düzenlememesi durumunda, bir sonraki alerjik reaksiyonun hayatı tehdit eden anafilaksi ile sonuçlanabileceğini vurgulamaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-005

Nadir Görülen Bir Olgu: Havyar Alerjisi

Güler Yıldırım¹, Nilay Çalışkan¹, Hamit Boloğur¹, Merve Karaca Şahin¹, Hilal Güngör¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Hande Zümreler¹, Deniz Özçeker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Havyar genellikle Japonya gibi uzak doğu sofralarında tercih edilen, tuzlu, tane şeklinde balık yumurtalarından elde edilir. Son yıllarda tüketimi artmasına rağmen bildiğimiz kadarıyla son derece nadir bir anafilaksi nedenidir.

Amaç: Burada somon havyarına karşı anafilaksi gelişen bir hastamız sunulacaktır.

Bulgular: 7 yaş 7 aylık erkek hasta, 3 ay önce somon balığı havyarı yeme sonrası alerjik reaksiyon geçirdiğini belirterek polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde somon balığı havyarı ve çikolata yedikten 1 saat sonra gözlerde şişlik, dudakta şişlik, nefes darlığı, boğaz ağrısı olan hastaya evde oral antihistaminik verildikten sonra dış merkez hastanenin acil servisine başvurduğu öğrenildi. Hastanede hastaya IV olarak steroid ve antihistaminik tedavisi uygulandığı belirtildi. Hastanın özgeçmişinde ev tozuna bağlı alerjik riniti olduğu ve 1 ay önce adenoidektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Tetkiklerinde total IgE değeri: 89 kU/L saptandı. Hastaya somon balığı ile deri delme testi yapıldı; negatif sonuçlandı. Hastanın somon spesifik IgE değeri negatif saptandı. Somon balığı havyarı ile yapılan prik to prik testi 20*30 mm pozitif saptandı (Resim 1). Hastaya gerekli durumlarda kullanmak üzere adrenalın otoenjektör reçete edildi.

Sonuç: Hastanın öyküsü ve alerji testi sonuçlarına dayanarak somon havyarı olarak da bilinen somon yumurtasının neden olduğu anafilaksi tanısı doğrulandı. Havyara karşı alerjik reaksiyon çocuklarda nadirdir; ancak özellikle suşi yemeklerinde balık yumurtası tüketimindeki artış göz önüne alındığında havyar alerjisi göz önünde bulundurulmalıdır. Vakamızın, anafilaksinin teşhis süreci sırasında, yaygın tüketilmeyen gıdaların dikkate alınarak test edilmesinin gerekliliği konusunda farkındalık sağlayabileceğine inanıyoruz.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-006

Baharat Alerjisi : Bir Olgu Sunumu

Maleyka Karimova¹, Bahar Kadimaliyeva²

¹Azerbaycan Tıp Üniversitesi, 2.Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

²Turan kliniği, Bakü, Azerbaycan

Giriş: Baharat alerjisi bazı kişilerde alerjik reaksiyonların ortaya çıkmasına neden olabilir. Gerçek baharat alerjileri çok fazla yaygın değildir. Bunun yanı sıra çoğunlukla intolerans denilen durumlar da ortaya çıkabilir. Bazı kişilerde çok alerjik olmayan durumlarda ağızda kaşıntı, deride kızarıklık ve baharat solumanın da getirdiği öksürük görülmesi çok fazla olabilir. Ayrıca alerjik olmayan reaksiyonlarda ortaya çıkabilir. Bunda öksürükten ziyade baharatın cilt ile temasında ciltte kızarıklar meydana gelebilir. Baharatın içerisinde olan protein nedeni ile baharat alerjileri gerçekleşebilir. Mesela ağaç poleni ve ya fındık alerjisi olan kişilerin baharat alerjileri de olabilir.

Amaç: Çocuklarda nadir baharat alerjisi olgusunu sunmak amacımız olmuştur.

Bulgular: 11 yaşında erkek hasta anjioödem tablosu ile polikliniğimize başvurdu. Annesinin söylediklerinden anlaşılır ki çocuk okuldan döndükten sonra hardala batırılmış sosis yemiştir. Bundan 20 dakika sonra, annesi çocuğun sürekli olarak yüzünü kaşıdığını, dilinde ve yüzünde şişliğin olduğunu gözlemişti. Özgeçmişinde hiçbir besin alerjisi olmadığı, daha önce hiç ürtiker veya anjioödem geçirmediği, atopik hastalığı olmadığı öğrenildi. Anne çocuğun önceler de sosis yediğini, lakin hiç bir zaman böyle bir hal görmediğini söyledi. Anne ilk kez çocuğun hardal kullandığını da söyledi. Çocuğun soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın semptomatik tedavisi düzenlendi, 2 hafta boyunca hardal kullanmaması, 2 hafta sonra oral besin provokasyon testine gelmesi istendi. Hasta tekrar hardal kullandıktan 20 dakika sonra yine anjioödem tablosu özlendi. Hastada hardal alerjisi olduğu düşünüldü. Çocukta tek hardala karşı değil, diğer baharatlara karşı da alerji olabileceğini düşünerek, baharatlara aid besinlerin isimleri yazılı olarak verildi ve eliminasyon önerildi.

Sonuç: Çocuklarda nadir halde da olsa, baharat alerjisinin de olabileceği düşünülmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-007

Çocukta Kekik Alerjisi: Olgu Sunumu

Maleyka Karimova¹, Bahar Kadimaliyeva²

¹Azerbaycan Tıp Üniversitesi, 2.Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

²Turan kliniği, Bakü, Azerbaycan

Giriş: Kekik, ballıbabagiller familyasından olan güzel kokulu bir bitkidir. Baharat alerjisi bazı kişilerde alerjik reaksiyonların ortaya çıkmasına neden olabilir. Gerçek baharat alerjileri çok fazla yaygın değildir. Bunun yanı sıra çoğunlukla intolerans denilen durumlar da ortaya çıkabilir. Bazı kişilerde çok alerjik olmayan durumlarda ağızda kaşıntı, deride kızarıklık ve baharat solumanın da getirdiği öksürük görülmesi çok fazla olabilir. Ayrıca alerjik olmayan reaksiyonlarda ortaya çıkabilir. Bunda öksürükten ziyade baharatın cilt ile temasında ciltte kızarıklar meydana gelebilir. Baharatın içerisinde olan protein nedeni ile baharat alerjileri gerçekleşebilir. Mesela ağaç poleni ve ya fındık alerjisi olan kişilerin baharat alerjileri de olabilir. Güzel kokusu nedeniyle çay ve baharat olarak tüketilmektedir. Nadiren olsa da kekik alerjisi bulunur.

Amaç: Çocuklarda nadir baharat alerjisi- kekik alerjisini sunmak amacımız olmuştur.

Bulgular: 8 yaşında erkek hasta anjiödem tablosu ile polikliniğimize başvurdu. Annesinin dediklerinden anlaşılır ki çocuk teyzesigilde müsafir olarken kekik çayı içtikten 20- 25 dakika sonra, annesi çocuğun sürekli olarak yüzünü kaşıdığını, dilinde ve yüzünde şişliğin olduğunu özelemiştir. Özgeçmişinde hiçbir besin alerjisi olmadığı, daha önce hiç ürtiker veya anjiödem geçirmediği, atopik hastalığı olmadığı öğrenildi. Anne ailede kekik kullanmadıklarını ve çocuğun kekik çayını hayatında ilk kez teyzesigilde içtiğini ifade etti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın semptomatik tedavisi düzenlendi, 2 hafta boyunca kekik çayı içmemesi, 2 hafta sonra oral besin provokasyon testine gelmesi istendi. Hasta tekrar kekik çayı içtikten 25 dakika sonra yine anjiödem tablosu özlendi. Hastada kekik alerjisi olduğu düşünüldü. Hastada tek kekike karşı değil, diğer ballıbabagillere karşı da alerji olabileceğini düşünerek, ballıbabagillere aid besinlerin isimleri yazılı olarak verildi ve eliminasyon önerildi.

Sonuç: Kekik ve ballıbaba ailesine dahil olan diğer bitkiler daha çok kontakt dermatiti alerjisi gibi özlense de, çok nadir halde anjiödem de verebileceği düşünülmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-008

Alfa-Gal Alerjisi Olgusu

Lala GULİYEVA¹, Emin ABDULLAYEV¹, Esra ÇEPNİLER¹, Adem TOPCU¹, Zeynep Gizem GÜNDÜZ¹, Recep Sancak¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji

Giriş: Alfa-Gal alerjisi kene ısırmasıyla başlayan, kırmızı et tüketimi sonrası ortaya çıkan (4-6 saat) ve İmmünoglobulin E (IgE) aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bu reaksiyon kırmızı ette bulunan karbonhidrat yapıda galaktoz-alpha-1,3-galaktoz (Alfa Gal) antijen epitopuna karşı gelişmektedir. Bazı cins keneler (Argas reflexus) ile ısırılma sonrası ürtiker, anjiyoödem ve anafilaksi semptomlarının ortaya çıktığı bilinmektedir (1,2).

Amaç: .

Bulgular: Olgu: 16 yaşında kız hasta, iki anafilaksi öyküsü nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen bir hastalığı yok. İlk anafilaksi koyun etinden hazırlanan köfte yedikten yaklaşık 1 saat sonra anjiyoödem, karın ağrısı ve nefes darlığı olmuş. Detaylı öykü alındığında, ilk reaksiyondan 1 hafta önce, kene ısırılmış. 2.reaksiyon 9 ay sonra pişmiş koyun eti tükettikten sonra olmuş. Bu süreçte et yememiş. Öyküsünden 38 haftalık NSVY ile 2250gr doğduğu öğrenildi. Anne ve baba arasında akrabalık, ailede bilinen besin ve ilaç alerjisi öyküsü yok. Kliniğimizde yapılan muayenede vücut ağırlığı 83kg (<97p), boy: 157cm (10-25p) idi. Laboratuvar tetkiklerinde Tam Kan Sayımı normal, Ig G, A, M, E düzeyleri yaşı ile uyumlu idi. Hem pişmiş, hem de çiğ sığır eti ve koyun eti ile yapılan Prick to Prick Testi pozitif saptandı. Ayrıca inek sütü ve tavuk yumurtası ile yapılan deri prick testleri negatif saptandı. Setuksimab ile dpt yapıldı, 3 mm'lik endurasyon gözlendi ve pozitif kabul edildi (Histamin:5x5mm). Serum alfa-Gal sIgE düzeyi 2.45 kU/L (orta düzey yüksek), et ile bazofil aktivasyon testi yapıldı ve negatif olarak değerlendirildi. Hastaya adrenalin otoenjeksiyonu raporu çıkarıldı, önlemler anlatıldı ve takibe alındı.

Et ile yapılan Prick to Prick Test Sonucu

Et ile yapılan Prick to Prick Test Sonucu	
Sığır erkek çiğ et	3x3 mm
Sığır erkek pişmiş et	2x3 mm
Sığır dişi çiğ et	3x3 mm
Sığır dişi pişmiş et	3x3 mm
Koyun erkek çiğ et	3x5 mm
Koyun erkek pişmiş et	3x3 mm
Koyun dişi çiğ et	3x5 mm
Koyun dişi pişmiş et	3x5 mm
Setuksimab	3x4 mm
Histamin (pozitif kontrol)	5x5 mm
Negatif Kontrol	neg

Sonuç: Tartışma ve SonuçAlfa-Gal alerjisi iki ayrı klinik bulguya yol açmaktadır. Bunlardan birincisi setuksimabın ilk infüzyonunda dakikalar içinde görülen erken tipte IgE aracılı, diğeri ise kırmızı et tüketimini takip eden 2-5 saat içinde başlayan geç tipte IgE aracılı sistemik reaksiyonlardır (3,4). Çocuklarda sınırlı sayıda vaka bulunmaktadır (5). Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan ve kırmızı ete karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları geliştiren kişilerde kene ısırığının ayrıntılı öyküsünün alınması son derece önemlidir ve Alfa-Gal alerjisi akılda tutulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-009

Besin Protein İlişkili Alerjik Proktokolitin Ayırıcı Tanısında Cmv Enfeksiyonu

Pınar Yağmur Altınkaynak¹, Tuba Karakurt¹, Dilek Kacar¹, Fatma Bal Çetinkaya¹, Asude Şule Arıkan², Sebahat Çam², Özlem Kalaycık Şengül², Mustafa Arga¹, Özlem Cavkaytar¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP) immünglobulin-E (IgE) aracılı olmayan bir besin alerjisidir. Semptomlar genellikle altı aylıktan küçük anne sütü ile beslenen bebeklerde ortaya çıkar. BPIAP bebeklerde proktokolitin en sık sebeplerinden olmakla birlikte, eliminasyon diyetine rağmen semptomları devam eden olgularda diğer nedenler araştırılmalıdır.

Amaç: Burada kanlı gaitası olması nedeni ile BPIAP ön tanısıyla değerlendirilen ancak farklı tanı alan iki olgu sunulmaktadır.

Bulgular: Olgu-1: Term, 2700 gr doğum öyküsü olan dokuz haftalık kız hasta mukuslu, kanlı gaita yapma şikayeti ile başvurdu. Anne sütü ve formül mamayla beslenen hastanın annesine BPIAP ön tanısıyla süt ürünleri eliminasyonu ve kalsiyum desteği, hastaya da aminoasit bazlı mama başlandı. Takiplerinde kanlı gaitanın devam etmesi nedeniyle, annenin diyetinden sırayla yumurta, kuruyemişler ve dana eti çıkarıldı. Kanlı gaitası devam eden hastada BPIAP düşünülmedi, ayırıcı tanıda yapılan tetkiklerinde CMV-IgM-CMV-IgG pozitif, CMV-PCR kanda 620 IU/ml saptandı. Sigmoidoskopide sigmoid ve rektumda mukoza hafif nodüler görünümdeydi, CMV-PCR dokuda pozitif. İmmünolojik açıdan detaylı değerlendirmede bulgu saptanmadı. CMV koliti düşünülen hastada, annenin diyeti kademeli olarak açıldı. Takibinde noktasal kanamalarının azalarak kesilmesi ve immün-yetmezlik bulgularının olmaması nedeniyle pediatrik gastroenterolojinin önerisi ile hastanın tedavisiz takibi planlandı. Olgu-2: Term, 3200 gr doğum öyküsü olan altı haftalık kız hastanın mukuslu, kanlı gaita yapma şikayeti nedeniyle dış merkezde BPIAP ön tanısıyla annesine süt ve yumurta eliminasyon diyeti başlanmıştı. Hastanemize başvurusunda şikayeti devam eden hastanın annesinin eliminasyon diyetine sırasıyla kuruyemişler, susam ve dana eti eklendi ancak çizgisel kanamaların devam ettiği görüldü. Hastada BPIAP düşünülmedi. Ayırıcı tanı açısından bakılan CMV-IgM ve CMV-IgG pozitif, CMV-PCR kanda 620 IU/ml saptandı. Detaylı tetkiklerinde immün-yetmezlik bulgusu yoktu. CMV koliti tanısıyla sigmoidoskopisi planlanan hastanın annesinin diyetinde yumurta açıldıktan iki hafta sonra gaitada kanamanın kendiliğinden azalarak gerilediği gözlemlendi. Ardından dana eti, kuruyemiş, susam ve süt ürünleri kademeli olarak açıldı. Takiplerinde hiç kanaması olmayan hastanın sigmoidoskopi yapılmadan klinik takibine karar verildi.

Sonuç: Eliminasyon diyetine yanıtız hastalarda rektal kanamanın diğer nedenlerinden olan CMV enfeksiyonu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-010

Tekrarlayan Anjiyoödem de Unutulmaması Gereken: Herediter Anjiyoödem

Nilay Çalışkan¹, Hilal Güngör¹, Güler Yıldırım¹, Hamit Boloğur¹, Merve Karaca Şahin¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Sefika İlkunur Kökcü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Herediter anjiyoödem(HAÖ) derinin dermis tabakasında ve submukozal dokularda ortaya çıkan,lokal,kendini sınırlayan,gode bırakmayan,kaşıntısız,asimetrik,ürtikerin eşlik etmediği anjiyoödem atakları ile karakterize otozomal dominant genetik geçişli bir hastalıktır.HAÖ'nin belirtileri arasında yüzde ve boğazda şişlik, karın ağrısı ve bulantı gibi gastrointestinal semptomlar, cilt altı dokularda şişlikler bulunabilir. HAÖ atakları ani olabilir ve kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir.OD geçişe bağlı olarak aile üyelerinin yarısında HAÖ gözlelenebilir.Burada herediter anjiyoödem tanısı alan semptomatik kız hasta veaile taraması sırasında tanı alan babası sunulmaktadır.

Amaç: Burada herediter anjiyoödem tanısı alan semptomatik kız hasta veaile taraması sırasında tanı alan babası sunulmaktadır.

Bulgular: 11 yaş 5 aylık kız hasta yüzde,ellerde,bacaklarda ve genital bölgede şişme ara ara karın ağrısı atakları olması üzerine kliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde; 3.5 yaşından beri gözlerde ve dudaklarda şişme (Şekil 1) şikayeti mevcut olan hastanın alerjik rinit nedeniyle antihistaminik tedavisi aldığı öğrenildi.Hasta şişlik şikayetinin antihistaminik tedaviye cevap vermediğini ve son 2 yıldır menstrüasyon ile birlikte genital bölgede şişlik ve karın ağrısı ataklarının arttığını belirtti(Şekil 2). Soygeçmişinde; babaya 6 sene önce ellerde şişme şikayeti nedeniyle polen immunoterapisi başlandığı, annenin ürtiker atakları olduğu ancak anjiyoödemden eşlik etmediği öğrenildi.İkiz erkek eşinin aktif şikayeti yoktu.Laboratuvar bulguları; C4:0,03g/dl (0.1-0.4) C1-esteraz inhibitör,antijen:<8mg/dl(21-38)C1-esteraz inhibitör,fonksiyonel:%30,2 (70-132) total IgE:53,4 kU/L(0-200). Klinik bulguları ile birlikte C1 esteraz inhibitör,antijen,C1 esteraz inhibitör,fonksiyon değeri düşüklüğü üzerine hastaya herediter anjiyoödem Tip1 tanısı konularaktedavi başlandı.Aile taraması yapılan hastanın benzer şikayetleri olan babasında C4:0.1 g/L (0,1-0,4),C1 esteraz inhibitör,antijen:13.7 mg/dl (21-38),C1 esteraz inhibitör,fonksiyon:%41,5 (70-132) saptandı,erişikin alerji ve immunolojiye refere edildi.Anne ve ikiz eşinde laboratuvar testleri normal olarak saptandı.(Tablo 1).Hastamız ve babasının genetik tetkikleri devam etmektedir

Şekil 1:



3.5 yaşında yüz, el sırtı ve kolda anjiyoödem atakları



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

Şekil 2



15 yaşında karın ağrısı ile birlikte şişlik

Tablo 1

	C4(g/L) (0,1-0,4)	C1 esterazinh,antijen(mg/dL) (21-38)	C1 esteraz inh,fonksiyonel(%) (70-132)
Hasta	0,03	<8	30,2
Baba	0,1	13,7	41,5

Aile Taraması Laboratuvar Değerleri

Sonuç: Herediter anjiyoödem kalıtsal bir hastalıktır, bu nedenle aile bireylerinin tetkik edilmesi, hastalığın genetik temellerini anlamak, ailesel riskleri değerlendirmek ve uygun tedavi planı yapılması için önemlidir. Ayrıca, aile üyelerinin durumu hakkında bilgi sahibi olmaları; belirtiler ortaya çıktığında hemen tıbbi yardım almaları açısından da önemlidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-011

Çocukta Gül Alerjisi: Olgu Sunumu

Maleyka Karimova¹, Bahar Kadimaliyeva²

¹Azerbaycan Tıp Üniversitesi, 2.Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

²Turan kliniği, Bakü, Azerbaycan

Giriş: Gül alerjisi, ciltte görülen sivilce benzeri kabartılar, iltihaplı kızarıklıklar, yüzeysel damar genişlemeleri şeklinde kendini gösteren, daha çok yüz bölgesinde ve burun çevresinde görülen bir sağlık sorunudur. Bu durum gül alerjisinin kendisini sadece yüz çevresinde gösterdiği anlamına gelmemektedir. Vücudun farklı bölgelerinde de görülme olasılığı bulunmaktadır. Gül hastalığı alerjisi ayrıca roza hastalığı ve gül hastalığı olarak da adlandırılmaktadır. Gül alerjisinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Gül alerjisi, insan vücudunun, özellikle burun ve çevresinin aşırı duyarlı olması nedeniyle ortaya çıkar. Aşırı sıcak ya da soğuk, güneş ışınları, genetik faktörler, alkollü yahut aşırı kafeinli içeceklerin tüketilmesi, sindirim sistemindeki bozukluklar, yaşamdan kaynaklanan sinir ve stres nedeniyle gül alerjisi ortaya çıkabilir. Gül hastalığı herkesde olabilir, ancak yaygın olarak 10-35 yaş arası yetkinlerde görülür.

Amaç: Çocuklarda nadir görülen gül alerjisini sunmak amacımız olmuştur.

Bulgular: 11 yaşında kız hasta, burun çevresinde aşırı duyarlılık olması, yüzde beliren kızarıklıklar, aşırı hassasiyet, ciltte yanma hissi, burun çevresinde iltihaplı kabartılar görülmesi, ilerleyen süreçte alni sarmaya başlayan iltihaplı kabartılar, saç diplerinde de görülebilir nitelik kazanan kızarık kabartılar, burunda büyüme, rahatsız edici ağrılar tablosu ile kliniğimize başvurdu. Soygeçmişinde bir özellik yok. Hastanın gastroözofageal reflüsü olduğu, aşırı siyah çay ve çikolata kullandığı da öğrenildi. Hastaya gül alerjisi belirtilerin ortaya çıkması sonrasında çeşitli koruyucular, nemlendiriciler tavsiye edilmiş. Gül alerjisinin ilk aşamalarında bu yöntemler işe yarasa da, ilerleyen seviyelerde ise kızarıklıklar kalıcı bir hal kazanmaya başlamış. Böylece başlangıçta kullanılan korucuyu kremler artık işlevsiz kalmaya başlamış ve ciltte beliren kızarıklıklar gün aşırı kalıcı hale gelmiş. Hastaya düzenli olarak güneş koruyucu kremlerin kullanımı, aşırı soğuk ve sıcak havadan korunma, doksosiklin, günde 2 kez Rozamet kremi (%1 metronidazol kremi) kullanmak, baharatlı, kafeinli yiyecek ve içeceklerin azaltılması ve sindirim sistemindeki bozuklukların tedavisi tavsiye edildi.

Sonuç: Gül hastalığı, çoğunlukla önemseyen bir hastalık da olsa son derece ciddi sonuçların ortaya çıkmasına yol açabilen bir sağlık sorunudur. Bundan dolayı alerjinin belirtilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte en yakın sağlık kuruluşuna gidilmesi ve bir uzman doktora danışmak sağlık açısından oldukça büyük önem taşımaktadır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-012

Ebstein- Barr Virüs Enfeksiyonuna Bağlı Nadir Bir Belirti: Hoagland Sign

Muhammed Can Yavuz², Öner Özdemir¹

¹Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bölümü, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Enfeksiyöz mononükleoz genellikle sistemik ilerleyen aynı anda birkaç sistem ve organ tutulumuna neden olabilen toplum kökenli Ebstein Barr Virüs (EBV)'ye bağlı bir viral enfeksiyondur. Başlıca akut evrede yüksek ateş, lenfadenopati, halsizlik, iştahsızlık, eklem ağrısı semptomları ile gelir.

Amaç: Tüm bunların yanı sıra çok daha görülen ve literatürde sayılı sayıda bildirilmiş 'Hoagland sign' yani bilateral üst göz kapaklarında ödem ile de gelebilir.

Bulgular: 4 yaş erkek hasta yüksek ateş (38,9 °C), boğaz ağrısı, yutkunmakta güçlük, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk şikâyetleri ile çocuk acil servise geldi. Hasta çocuk acilde fizik muayenesi sonra viral üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı komplikasyonlar düşünülerek antipiretik reçete edilerek eve gönderildi. Hasta ilaçlara başladıktan 4 gün sonra yüzde ve özellikle bilateral palpebral şişlik ve ödem şikayeti ile çocuk acile tekrar geldi. Geliş vital değerleri normal sınırlarda olup; hastanın alınan anamnezinde daha öncesinde parasetamol kullandığı fakat ibuprofen ilk kez kullandığı öğrenilerek NSAID'e bağlı anjiödem düşünülerek antihistaminik ve kortizon verildi. Hasta acil serviste 12 saat kadar takip edildikten sonra tedaviye net bir yanıt görülmediğinden çocuk alerji ve immünoloji bölümüne konsülte edildi.

Hastane yatışının 3. günü



Sonuç: Hoagland sign klinisyeni hem tedavisi zor hem de tanı koyması zor hastalıklar düşündürmeye iten fakat bazen de her şeyi ile gözümüzün önünde olan toplum kökenli viral nedenleri düşünmemizi sağlayacak anahtar bir klinik bir bulgudur. EBV'ye ya da başka toplum kökenli viral nedenlere bağlı Hoagland sign bildirilmiş birçok vaka olsa da bu konuda doktorlara hatırlatma ve klinik tecrübe kazandırmayı hedeflemiştir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-013

Tekrarlayan Akut Ürtikerde Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendrom

Burcu Özkan Kırgın¹, Esra Bağlan², Semanur Özdel², Seda Şirin¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Zülfikar Akelma³

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Ürtiker aniden ortaya çıkıp 24-48 saat içinde kendiliğinden kaybolan kaşıntılı plaklar ile karakterize bir deri hastalığı olup altı haftadan kısa ise akut ürtiker, ≥ 6 hafta sürmekteyse kronik ürtiker olarak adlandırılır. Kronik ürtiker otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilmesine karşın akut ürtiker kendini sınırlayan geçici bir tablodur. Kriyopirinle ilişkili periyodik sendrom (CAPS) olarak adlandırılan NLRP3 ile ilişkili otoinflamatuvar hastalıklar (NLRP3-AID), kronik inflamasyon ve ürtiker benzeri döküntü ile karakterize nadir görülen genetik otoinflamatuvar bir hastalıktır.

Amaç: Tekrarlayan ürtiker atakları ile CAPS tanısı alan olgumuz sunulmuştur.

Bulgular: Dört yaşında erkek hasta kliniğimize cildinde eritem, kaşıntı ve yaygın ürtikeryal döküntü şikâyetleri ile başvurdu. Döküntüye konjunktivit dışında eşlik eden semptomu olmayan hastanın yakınmalarının iki gün önce fazla miktarda abur cubur yeme sonrasında başladığı ve oral antihistaminikten kısmen fayda gördüğü öğrenildi. Özgeçmişinde dokuz aylıkken başlayan ve bir yaşına kadar ayda üç kez olan genelde kaşıntısız ürtikeryal döküntülerine $>39^{\circ}\text{C}$ ateşin eşlik ettiği, 2 yaşından sonra ateşli ürtiker atak sıklığının 3 ayda bire düştüğü, en son bir yıl önce görüldüğü öğrenildi. Tüm ataklarda acil başvurularının olduğu, oral antihistaminik tedavisi ile döküntülerin 3-5 gün içinde gerilediği, ateş ve ürtikeryal döküntüye arada karın ağrısının da eşlik ettiği öğrenildi. Soygeçmişinde babada ergenlikle beraber gerileyen ürtiker atakları mevcut olup fizik muayenesinde gövdede sternum altında ve uyluk arkasından topuğa kadar yaygın ürtikeryal döküntüsü mevcuttu (Şekil 1). Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı normal, CRP 12 mg/L olan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Tekrarlayan ateş ve ürtikeryal döküntüleri nedeniyle çocuk romatoloji bölümünce CAPS ön tanısıyla yapılan Otoinflamatuvar hastalıklar yeni nesil dizileme panelinde NLRP3 geninde homozigot c.2107C>A p.(Gln703Lys) mutasyon saptandığı görüldü.

Şekil 1



Sonuç: CAPS, sistemik, kutanöz, kas-iskelet sistemi ve merkezi sinir sistemi inflamasyonu ile karakterize, nadir görülen kalıtsal bir otoinflamatuvar hastalıktır. CAPS hastalarında NLRP3'deki fonksiyon kazanımı mutasyonları, kriyopirin aktivasyonuna yol açarak IL-1 β ve inflamatuvar sitokinlerin uygunsuz salınmasına neden olur. Ürtiker benzeri döküntü genellikle hastalığın ilk ve en belirgin ortak bulgusudur. Erken tanı ile IL-1 blokerleriyle tedavi, CAPS vakalarının klinik seyrini olumlu etkilemektedir. Akut ve tekrarlayan ürtikerde eşlik eden semptomlar dikkatle sorgulanmalı ve en sık görülen sebepleri dışında kalan etiyolojik faktörler mutlaka araştırılmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-014

Her Kaşıntılı Döküntü Alerjik Midir?

Gizem Kabadayı¹, Damla Baysal Bakır¹, Halime Yağmur¹, Özge Atay¹, Suna Asilsoy¹, Nevin Uzuner¹

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

Giriş: Akut infantil hemorajik ödem (AİHÖ), genellikle 6-24 aylar arasında görülen, nadir lökositoklastik bir vaskülitir. Organ tutulumunun olmaması ve damar duvarında IgA birikiminin daha nadir görülmesi, Henoch Schönlein purpurasından ayıran yönleridir. Gürültülü başlangıcı ile çoğu zaman aileler ve hekimler için endişe verici olmasına rağmen iyi seyirli bir hastalıktır.

Amaç: Bu bildiride kaşıntılı döküntü ile başvuran infantlarda ayırıcı tanının önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 18 aylık erkek hasta; 2 gündür artan kaşıntılı döküntü, huzursuzluk ve ateş yüksekliği şikayetleriyle getirildi. Kulak arkasından başlayan ve gövdeye yayılan, yer yer ortası morumsu geniş plaklar şeklindeki döküntüsüne, 2. günde 38 dereceyi geçen ateş yüksekliği eşlik etmiş. Hastaneye başvurusundan 15 gün önce dış merkezde hastaya akut otitis media tanısıyla Amoksisilin-Klavulonat başlandığı ve hastanın tedavisini 5.günde bıraktığı öğrenildi. Hastamızın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Bilinen atopi öyküsü yoktu. Fizik bakısında; genel durumu iyiydi. Ateş yüksekliği haricinde vitalleri stabildi. Kulak arkasında, yanaklarda, gövde ve ekstremitelerde yer yer ortası ekimotik, etrafı eritemli, basmakla solmayan madalyon şeklinde geniş plaklar izlendi. Ayak sırtında ve ellerde ödem mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde, CRP ve D-dimer yüksekliği dışında özellik saptanmadı (Tablo-1). Hastaya semptomatik Setirizin ve antipiretik tedavisi başlandı. Ancak tedaviye yeterli klinik yanıt alınamayan, cilt bulguları gerilemeyen hastaya ayırıcı tanıda diğer vaskülitleri dışlamak açısından cilt biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda ciltte kompleman ve IgA depolanması saptanmadı. Tedavisine IV Metilprednizolon tedavisi (1 mg/kg/gün) eklendi. Yatışının 3. gününde döküntüleri ve ateş yüksekliği geriledi. Klinik tablosu düzelen hastanın steroid tedavisi 5 güne tamamlanarak kesildi.

Olgunun Cilt Bulguları





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Olgunun Cilt Bulguları



Ayak Sirtında Ödem





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Olgunun Cilt Bulguları



Sonuç: Döküntü ile başvuran infantlarda; ekstremitelerde ödem ile birlikte hedef benzeri ekimotik lezyonların bulunması, sistemik bulguların ve d-dimer yüksekliğinin eşlik etmesi öncelikle AIHÖ tablosunu akla getirmelidir. Kesin tanı için patolojik örneklemelerden faydalanılabilir. Hastalığın tedavisi semptomatiktir. Antihistaminik ve steroid tedavisi birçok vakada denenmektedir.

Tablo-1: Hastanın Laboratuvar Sonuçları

Hemogram	Koagülasyon
Hb:11,2g/dL	APTT: 23,2 s
WBC:9900	PT: 10 s
ANS:5800	INR: 0,88
ALS:3200	Fibrinojen: 2,94 g/L
EOS:40	D-dimer:0,77ug/mL (N:0-0,55)
PLT:351.000	C3: 93 mg/dL
Biyokimya	C4: 17 mg/dL.
AST: 34 U/L	Seroloji
ALT: 14 U/L	Viral seroloji: Anlamlı patojen saptanmadı.
BUN: 11,6mg/dL	Solunum viral panel: Negatif
Kr: 0,25 mg/dL	Anti-Mycoplasmapneumoniae IgG/M: Negatif
Crp:31 mg/L	Kültürler: Üreme olmadı
Sedimentasyon:3 mm/h	Total IgE:151IU/mL
TİT:Protein: Negatif, Eritrosit: 0	Spesifik IgE (Toz ve Gıda karışımı): Negatif.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-015

Kronik Ürtikeri Olan Çocukların Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Halil Alkaya¹, Seda Çevik¹, Betül Keser¹, Uğur Altaş¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ürtiker; çeşitli boyutlarda, kaşıntı ya da yanma hissinin eşlik ettiği, genellikle 1-24 saat içinde kaybolan, eritemle çevrili kabarık cilt lezyonlarıdır. Akut ürtikerde, lezyonlar 6 haftada kendiliğinden kaybolurken, kronik ürtikerde bu süre 6 haftadan uzundur (1). Kronik ürtiker etiyolojisi çoğunlukla idiyopatiktir (2). Bu sebeple, kronik ürtiker hastaları değerlendirilirken ayrıntılı öykü, fizik muayene ve hastaların klinik özellikleri tanı ve hastalık yönetimi açısından önemlidir. Bu bağlamda yürüttüğümüz çalışmada, kronik ürtiker tanılı çocukların klinik ve demografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Amaç: Çalışma retrospektif, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çocuk alerji ve immünoloji polikliniğimize Haziran 2022 ve Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran ve kronik ürtiker tanılı çocuk hastaların klinik özellikleri hasta dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi. Bu sürede kliniğimizde kronik ürtiker tanısı konan hastaların tümü çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başka alerjik hastalık varlığı (astım, alerjik rinit vb), ürtikerin etiyolojisi, total IgE, eozinofil değerleri gibi klinik ve laboratuvar özellikleri çalışmada değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma kapsamında 54 kronik ürtiker tanılı çocuk hasta değerlendirildi. Çocukların medyan başvuru yaşı 16 yaş (10,0-18,0) idi. %63,0'ü (n=34) kız, %37,0'si (n=20) erkek idi. Şikayet varlığı medyan süresi 8 ay (2,0-36,0) idi. Çocukların %11,1'inde (n=6) aile öyküsü pozitif idi. Çocukların %1,9'unda (n=1) astım, %37,0'sinde (n=20) alerjik rinit, %3,7'sinde (n=2) atopik dermatit tanıları mevcuttu. Bir hastada besin alerjen duyarlılığı varken, hastaların %38,9'unda (n=21) inhaler alerjen duyarlılığı vardı. Hastaların %7,4'ünün (n=4) idrar tetkikinde, %13,0'ünün (n=7) tiroid fonksiyonlarında bozukluk vardı. Romatolojik ve psikiyatrik hastalık varlıkları sırası ile %5,6 (n=3) ve %20,4 (n=11) oranında görüldü. Hastaların %16,7'sinde (n=9) paketli gıdayla ürtiker semptomları tetiklenmekteydi. Hastaların %20,4'ünde (n=11) eozinofili, %55,6'sında (n=30) total IgE yüksekliği vardı. Bir hastanın C3 ve C4 değerleri düşüktü. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri bozulan hasta yoktu. Hastaların %22,2'si (n=12) omalizumab kullanmaktaydı.

Sonuç: Kronik ürtikerin etiyolojisi çok çeşitlidir. Ürtiker tedavisinde tetikleyici faktörlerden uzak durmak ilk basamak tedaviyi oluşturduğundan, kronik ürtikerin etiyolojisinin ve hastaların klinik durumlarının aydınlatılması önemlidir. Fiziksel ve emosyonel yorgunluk durumlarında ve stresle hem hastanın lezyonlarında hem de pruritusta artış olabileceğinden hastanın farkında olduğu ve kaçınabileceği stresli ortamlardan uzak durması önerilir. Bazı hastalar psikolojik destekten fayda görebilir (3, 4). Tetikleyici alerjen faktör bulunmayan kronik ürtikerli hastalarımızda stres faktörü sorgulanarak hastalar çocuk psikiyatriye yönlendirildi. Stres faktörünün azalmasıyla çoğu hastanın şikayetlerinin gerilediği saptandı.

Alerjik Tanılar N (%)

Astım	1 (1,9)
Besin alerjen duyarlılığı	1 (1,9)
Atopik dermatit	2 (3,7)
Omalizumab kullanımı	12 (22,2)
Alerjik rinit	20 (37,0)
İnhaler alerjen duyarlılığı	21 (38,9)



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-016

Nadir Bir Kutanöz Mastositoz Sunumu: İzole Mastositoma

Bekir Karakaya¹, Ayşe Süleyman¹, Tuğba Atcı², Fatma Gül Kılavuz¹, Sibel Gürbüz¹, Cevdet Özdemir¹, Zeynep Ülker Tamay¹

¹Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

³Pediyatrik Temel Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.

Giriş: Mastositoz mast hücrelerinin anormal klonal çoğalması ve deri ile iç organları infiltre etmesiyle oluşan bir hastalıktır. Hastalığa sıklıkla KIT genindeki mutasyon sebep olur. Çocuklarda sıklıkla kutanöz mastositoz (KM) görülür, sistemik mastositoz (SM) nadirdir. Mastositoma KM'li çocukların yaklaşık ¼'ünü oluşturur. Tipik lezyon sarı, kırmızı ve kahverengi arasında değişen renkte plak, makül, papül, nodül veya bül şeklindedir. Mastositomaların %60'ı konjenital olmakla birlikte sıklıkla hayatın ilk üç ayında görülür. Hastaların %50'sinde Darier bulgusu pozitifdir. Mastositomada sistemik tutulum beklenmese de SM açısından hemogram, karaciğer fonksiyon testleri ve serum triptaz düzeyleri değerlendirilmelidir. Tanı lezyonun görünümü ve Darier bulgusu pozitifliğiyle konur. Deri biyopsisine başvurmak şart değildir. Mastositomanın prognozu genellikle mükemmeldir, birçoğu puberteden önce iyileşir. Ancak, diğer mastositoz tiplerine ve mast hücreli maligniteye dönüşüm olabileceğinden hastalar klinik olarak izlenmelidir.

Amaç: OlguDoğum sonrası sağ el sırtında kızarıklık fark edilen (Resim 1,2) ve ilerleyen günlerde kızarıklığın üzerinde kabarcık oluşan (Resim 3-5), kabarcığın kendiliğinden patlayarak geçtiği (Resim 6) ve bir süre sonra tekrar ortaya çıktığı (Resim 8-10) öyküsüyle Çocuk Alerji polikliniğimize 4 aylıkken başvuran hastanın sağ elinde eritemli zemindeki bül (Resim 10) dışında sistemik muayenesi doğaldı. Darier bulgusu yoktu. Öyküsünde ayrıca iki kez sıcak duş ile (Resim 7) döküntüsü olduğu öğrenildi. Hemogram, serum triptaz, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Deri lezyonundan yapılan biyopsinin histopatolojik incelemesinde triptaz ve C-kit boyamaları pozitifti. Ekokardiyografi ve abdomen ultrasonografi normal sınırlardaydı. Anafilaksi riski nedeniyle hastaya adrenalin oto-enjektörü (Penepin Jr.) reçete edildi ve aileye kullanım eğitimi verildi. Çocukluk çağı aşılarının üniversitemizde yapılması planlandı. Şu an 11 aylık olan hastanın 6 aylıktan beri elinde bül oluşmadı (Resim 11) ve bir kez güneş maruziyetiyle vücudunda eritem oluşması (Resim 12) dışında bir şikayeti olmadı.

Bulgular: .

Sonuç: İzole mastositoma deride aynı bölgede tekrarlayan lezyon ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

PS-017

Omalizumab ile Tedavi Edilen Nazal Polipozis: Bir Pediatrik Vaka İncelemesi

Büşra Hatice Fidan¹, Nilgün Bahar Teker¹, Hüseyin Başpınar¹, Mahir Serbes¹, Dilek Özcan¹, Derya Ufuk Altıntaş¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Giriş: Alerjik rinit (AR), kronik sinüzit gibi hastalıklarla ilişkili olup, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir rahatsızlıktır. AR temelinde gelişen nazal polipozis, intranazal ve sistemik kortikosteroidler ile hatta fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS) ile tedaviye rağmen kontrolsüz semptomlar sergileyebilir. Bu çalışmada, omalizumab tedavisi ile nazal polip semptomlarında iyileşme gözlenen bir pediatrik hastanın deneyimleri paylaşılmıştır.

Amaç: Nazal polipozisin patogenezi üzerine yapılan çalışmalar, IgE'nin yanı sıra mast hücreleri, bazofiller ve eozinofiller gibi tip 2 inflamatuvar hücrelerin aktivasyonunda merkezi bir rol oynadığını göstermektedir. Omalizumab tedavisi alan hastalar üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda, tedavinin dördüncü haftasından itibaren belirgin semptom azalması gözlenmiş ve bu yanıtın süresi, Fonksiyonel Endoskopik Sinüs Cerrahisi (FESS) uygulanan hastalarla benzerlik göstermiştir. Bizde steroid ve FESS tedavilerine dirençli pediatrik nazal polipozis vakalarında omalizumab'ın etkinliğine dikkat çekerek, bu terapötik alandaki klinik bilgi birikimini genişletmeyi amaçlamaktayız.

Bulgular: 11 yaşında erkek hasta, yaklaşık 5 yıl süren tek taraflı burun tıkanıklığı şikayetiyle başvurdu. Alerjik rinit geçmişi olan hasta, yapılan tetkikler sonucu nazal polipozis tanısı aldı ve toplamda 3 kez FESS operasyonu geçirdi. Başlangıç tetkiklerinde eozinofil sayısı 800, total IgE 1490 IU/ml, Alternaria spIgE 6,51 (3+), akar spIgE 1,13 (2+) olarak ölçüldü. Hastaya omalizumab tedavisi uygulandı ve 3 doz sonrasında KBB değerlendirmesinde polip boyutunda büyüme olmadığı, 6. doz sonrası ise boyutta küçülme gözlemlendi.

resim-1





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



resim-2



Sonuç: Nazal poliplerinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve uzun süreli kortikosteroid kullanımının potansiyel zararları göz önünde bulundurulduğunda, pediatrik yaş grubunda omalizumab tedavisi önemli bir seçenek olarak değerlendirilmelidir. Bu vaka incelemesi, alerjik rinit zemininde gelişen nazal polipozis tedavisinde pediatrik yaş grubunda ileride yapılacak çalışmalara temel teşkil edebilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-018

Doğu Akdeniz'de Okul Öncesi Çocuklarda Vizing ile Acil Başvurularında Viral Çeşitlilik

Dilek Özcan¹, Çağla Çağlı Pişkin¹, Muhammed Ali Çetin¹, Mahir Serbes¹, Derya Ufuk Altıntaş¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Çalışmanın ilk amacı; vizing atağı ile acil servise başvuran okul öncesi çocuklarda, vizingi tetikleyen faktörleri ve viral etkenleri saptamaktır. İkinci amaç ise vizing ile başvuran, okul öncesi çocuklarda rekürren vizing geçirme sıklığını, childhood asthma ve atopi gelişimi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmektir.

Amaç: Bu prospektif, tek merkezli, kohort çalışması, 2017-2020 kış mevsimlerinde (1 Kasım'dan 31 Ocak'a kadar) hastanemizin pediatrik acil bakım ünitelerinden başvuran 6 yaşından küçük 199 katılımcıdan oluşmuştur. Nazofaringeal yıkama numuneleri çalışmanın başında standart bir protokol kullanılarak toplandı. Viral tespiti gerçek zamanlı PCR kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalamaları $19,38 \pm 15,17$ ay olan, 115 (% 57,8)'i erkek toplam 199 hasta değerlendirildi. Toplam 134 (% 67,3) hastada solunum yolu virüs etkeni saptandı. En sık rhinovirüs 77 (% 57,5), ikinci olarak RSV 60 (% 44,7) tespit edildi. Hastaların 132 (%66,3)'si ikinci periyot takiplere katıldı. Nazofaringeal sürüntüsünde RV izole edilen hastaların büyük bir kısmında takip eden senede vizing saptanmaz iken RV dışı virüs varlığı olan hastaların atak sıklığı anlamlı daha fazla idi. Sadece RSV tespit edilen hastaların ise astım öngörücü bulgu sıklığı diğer virüs tespit edilen hastalara göre anlamlı daha az idi.

Sonuç: Vizing ile başvuran çocuklarda, solunum yollarında başta RV olmak üzere viral ajan saptanması sıklıktır. Solunum yolunda tespit edilen virüs tipi ve sayısı ile vizing atak sıklığı ve astım gelişim riski arasında ilişki mevcuttur. Bu nedenle, atak sırasında nazofaringeal sürüntü yapılarak PCR ile olası viral ajan veya ajanların saptanması önemli bir klinik belirteçtir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-019

Doğu Akdeniz'de Okul Öncesi Çocuklarda Vizing ile Acil Başvurularında Viral Çeşitlilik 'Covid Pandemisi Öncesi ve Birinci Yılında'

Nilgün Bahar Teker¹, Büşra Hatice Fidan¹, Hüseyin Başpınar¹, Mahir Serbes¹, Dilek Özcan¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

Giriş: Havayolun obstrüksiyonunun bir belirtisi olan vizing çocuklarda solunum yolu hastalıklarının en sık görülen semptomlarından biridir. Her üç çocuktan biri üç yaşından önce en az bir akut vizing atağı geçirmekte ve bunların %40 'ında bu ataklar altı yaşına kadar devam etmektedir. İki yaş altında görülen akut vizingin en sık sebebi enfeksiyonlardır.

Amaç: Çalışmanın ilk amacı; vizing atağı ile acil servise başvuran okul öncesi çocuklarda, vizingi tetikleyen faktörleri ve viral etkenleri saptamaktır. İkinci amaç ise vizing ile başvuran okul öncesi çocuklarda rekürren vizing geçirme sıklığını, çocukluk çağı astımı ve atopi gelişimi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmektir.

Bulgular: Yaş ortalamaları $19,38 \pm 15,17$ ay olan, 115 (% 57,8)'i erkek toplam 199 hasta değerlendirildi. Toplam 134 (% 67,3) hastada solunum yolu virüs etkeni saptandı. En sık rhinovirüs 77 (% 57,5), ikinci olarak RSV 60 (% 44,7) tespit edildi. Hastaların 132 (%66,3)'si ikinci periyot takiplere katıldı. Nazofarengeal sürüntüsünde RV izole edilen hastaların büyük bir kısmında takip eden senede vizing saptanmaz iken RV dışı virüs varlığı olan hastaların atak sıklığı anlamlı daha fazla idi. Sadece RSV tespit edilen hastaların ise astım öngörücü bulgu sıklığı diğer virüs tespit edilen hastalara göre anlamlı daha az idi.

Sonuç: Vizing ile başvuran çocuklarda, solunum yollarında başta RV olmak üzere viral ajan saptanması siktir. Solunum yolunda tespit edilen virüs tipi ve sayısı ile vizing atak sıklığı ve astım gelişim riski arasında ilişki mevcuttur. Bu nedenle, atak sırasında nazofarengeal sürüntü yapılarak PCR ile olası viral ajan veya ajanların saptanması önemli bir klinik belirteçtir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-020

Astım Tanılı Hastada Yabancı Cisim Aspirasyonu Olgu Sunumu

Özlem Özpenpe¹

¹Beykent Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Astım tekrarlayan öksürük, hışıltı ve nefes darlığı atakları ile karakterize havayollarının kronik inflamatuvar hastalığıdır. YCA inspirasyon sırasında oral kavitede olan yabancı cismin solunum yollarına kaçmasıdır ve ataklar ile seyreden astım hastalığının ayırıcı tanıları arasındadır. Ebeveynlerin çocuk hakkında çocuğu değerlendiren hekime doğru bilgi verememesi özellikle alerjik astım nedeniyle takipli bir çocukta YCA tanısını geciktirebilir. Astım tanısı ile kliniğimizde takip edilen ve atak ile tarafımıza başvuran 4 yaşındaki erkek hastanın tedaviye rağmen düzelmeyen öksürük ve hışıltı şikayetleri sonrasında hastada saptanan YCA sunulmaya çalışılmıştır.

Amaç: 4 yaşında erkek hasta alerjik bronşit tanısı ile takiplidir . Çocuğun oyun oynarken aniden morarması üzerine acil servise başvurusu yapıldı . Astım atak olarak yatırılan hastanın atak tedavisi ile birlikte antibiyoterapisi başlatılmıştır. Taburculuktan 4 gün sonra yeniden öksürük ve hırıltı şikayeti ile gelen hastanın sağ tarafta solunum sesleri daha az alınıyordu ve çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde havalanmanın azaldığı saptandı. Atak tedavisine yanıt alınamayan hastada YCA düşünülerek acil bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sağ ana bronştan hastanın taktığı kehribar kolyenin boncuğu çıkartıldı.

Bulgular: Tedaviye yanıtız astım atak olgularında ayrıntılı aile anamnezi alınmalıdır. Bizim hastamızda 2 haftadır devam eden ve yatarak tedaviye rağmen düzeltilemeyen astım atak nedeni ile tarafımıza başvurmuştu. Alınan anamnezde oyun oynarken ani morarmanın olması, muayene de bilateral solunum seslerinin eş alınamaması ve akciğer grafisinde havalanma farkı gözlenmesi bize YCA u düşündürdükten bronkoskopi yapılması uygun bulunuldu . Klinik tablo yabancı cismin solunum yollarındaki lokalizasyonuna, tipine ve büyüklüğüne göre ani başlayan solunum sıkıntısından herhangi bir semptomun olmamasına kadar farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Klasik triad, wheezing, öksürük ve solunum seslerinde tek taraflı olarak azalmazdır. . Yabancı cismin bizim olgumuzda olduğu gibi görüldüğü lokalizasyon %60 sağ akciğer bununda %52'si sağ ana bronştadır. Rejir bronkoskopi kesin tanı ve yabancı cisim çıkartılmasında en güvenilir yöntemdir.

Sonuç: YCA özellikle hayatın ilk 3 yılında meydana gelen, yaşamı tehdit edebilen bir solunum acilidir. YCA önlenabilir bir durum olduğundan aile eğitimi ile YCA önemli oranda engellenebilir. Tedaviye yanıtız astım atak ya da tekrarlayan solunum sistemi enfeksiyonlarında mutlaka YCA ihtimalini düşünmeliyiz. Anahtar Kelimeler : Yabancı cisim , çocuk, aspirasyon, hırıltılı solunum



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-021

Hışıltılı Çocuk Tanısı İle İzlenen Bir Nöroblastom Olgusu

Demet Tekcan¹, İlknur Külhaş Çelik¹, Hasibe Artaç¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

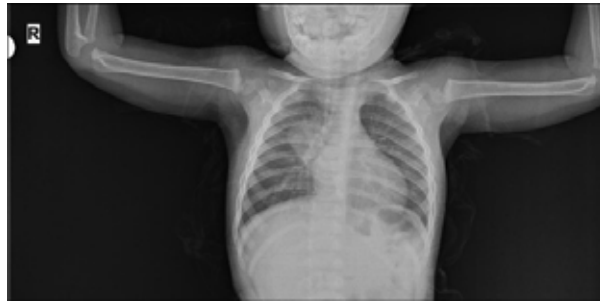
Giriş: Giriş : Havayolu obstrüksiyonunun bir belirtisi olarak gelişen ve tiz bir ıslık sesine benzeyen hışıltı; yaşamın ilk üç yılında her üç çocuktan birini etkilemektedir. Üç veya daha fazla hışıltı atağı geçiren çocuklar 'hışıltılı çocuk' olarak adlandırılmaktadır. En yaygın nedeni viral enfeksiyonlar olarak görülürken; kronik ve tekrarlayan hışıltının etyolojisinde daha çok yapısal ve fonksiyonel anomaliler ön plandadır. Burada hışıltılı çocuk tanısı ile izlenen ve takibinde nöroblastom tanısı alan bir olgu sunmayı amaçladık.

Amaç: Olgu : Beş aylık erkek hasta hırıltı ve öksürük şikayeti ile Çocuk Alerji ve İmmunoloji polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde iki aylıktan itibaren hırıltı şikayetinin olduğu; başvurduğu merkezlerde bronşiolit tanısıyla antibiotik ve inhaler tedavi başlandığı öğrenildi. Üç aydır aralıklarla inhale kortikosteroid ve salbutamol kullanmasına rağmen hırıltı şikayeti azalmamış ama tamamen geçmemiş. Miadında 3030 gram olarak doğmuş, postnatal adaptasyon sorunu olmamış. Ailede astım, alerjik rinit ve immun yetmezlik öyküsü yok. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi , dismorfik yüz görünümü yok, solunum sistemi muayenesinde wheezing mevcut idi. Diğer sistem muayeneleri doğal idi. Akut faz yanıtları , immun taraması normaldi. Çekilen akciğer grafisinde sağ üst-orta lob da şüpheli alan olan hastada ayırıcı tanı açısından bilgisayarlı tomografi çekildi. BT sinde sol arka posterior da kitle formasyonu izlendi. Onkolojiye danışılarak kitleden biopsi alındı. Patolojisi nöroblastom ile uyumlu geldi. Takibinde hasta opere edildi. Operasyon sonrası hastanın solunum semptomları geriledi.

Bulgular: .

Sonuç: Sonuç : Nöroblastom çocuklarda en sık görülen ekstrakranial solid tümördür. En sık yerleşim yeri abdomen olmak üzere nadir de olsa posterior mediastene yerleşebilir. Mediasten yerleşimli kitlelerde en sık şikayet trakeaya bası nedeniyle hırıltı ve öksürüktür. Özellikle infant döneminde inhaler tedaviye yanıt vermeyen hastalarda mutlaka ileri tetkiklere ihtiyaç vardır. Tekrarlayan hışıltı ve öksürük yakınması ile başvuran olgularda mediastende kitle akla gelmeli, erken tanı ve tedavi ile oluşabilecek mortalite ve morbiditenin önüne geçilmelidir.

5 aylık grafisi





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

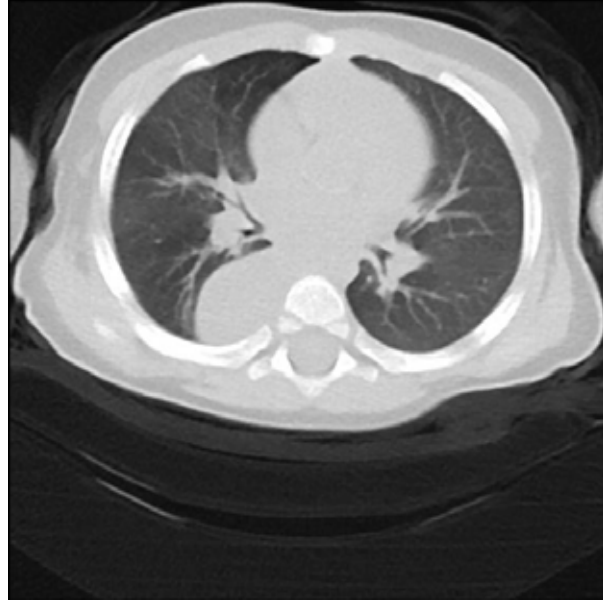
Daha Az Alerji ve Astım



2 aylık grafisi



5 aylık bt



ertuğrul





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-022

Astımı Olan Çocuk Hastaların Atopik Dermatit, Besin Alerjisi ve Alerjik Rinit Yönünden İncelenmesi

Betül Keser¹, Hayrunnisa Bekis Bozkurt¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

¹sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Ve İmmünoloji Kliniği

Giriş: Alerjik hastalıklar bebeklikte atopik dermatit ve besin alerjisiyle, çocukluk döneminde ise alerjik rinit ve astım kliniği ile görülmektedir. Ancak atopik marş olarak tanımlanan bu sıralı yürüyüşün tüm alerjik hastaları kapsamadığı gibi, bu sürecin zamanlaması ve ilerlemesi üzerine belirsizlikler devam etmektedir. Ayrıca, ailedeki atopi yükünün bu sürece olan etkisi belirsizdir.

Amaç: Çalışmamızda Ekim 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında çocuk alerji ve immünoloji polikliniğine başvuran astım hastalarına şikayetlerin başlama yaşı, beraberindeki alerjik hastalıkları ve ailedeki alerjik hastalık varlığını değerlendiren anket soruları hekim tarafından sorularak, alerjik hastalıkların birlikte görülme sıklığı ve birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirilmeye çalışıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 0-18 yaş arası 240 astım hastası değerlendirildi. 240 hastanın %55,8'i (134) erkek, %44,2'si (106) kız hastaydı. Yaş ortalaması 7.49 ± 3.71 'di. 240 hastadan %12,5'sinde (30) sadece astım, %79'ünde (190) astım ve alerjik rinit, %2'sinde (5) astım, alerjik rinit ve besin alerjisi, %5,8'sinde (14) astım, alerjik rinit, besin alerjisi ve atopik dermatit ve 1 hastada astım ve atopik dermatit vardı. Hastaların astım(hışıltı) şikayetleri başlama yaşı değerlendirildiğinde; 0-6 yaş aralığında şikayeti başlayan hastaların % 61,9'u(120) erkek, %38,1'i (74) kız iken, 6-12 yaş arası şikayetleri başlayan hasta grubunda ise %71,8'inin (28) kız % 28,2'sinin (11) erkek olduğu görüldü, bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı (her iki grupta $p < 0.001$). Alerjik rinit şikayetlerinin başlama yaşı açısından değerlendirildiğinde ise, 1-6 yaş aralığında şikayeti başlayan hastaların %62,1'i (100) erkek, % 37,8'i (61) kız iken; şikayeti 6-12 yaş arası başlayanların %73,5 kız(25), %26,5 erkek (9) hastaydı ve istatistiksel olarak anlamlıydı. (sırasıyla $p=0.03$ ve $p < 0.001$). Astımı ve atopik dermatiti olan hastaların atopik dermatit şikayetleri başlama yaşı açısından cinsiyetler arasında fark bulunamadı. Aileler atopik hastalıklar açısından incelendiğinde babasında sadece alerjik rinit olanlarda dört alerjik hastalığın birlikte görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edildi ($p=0.016$). Yine babasında atopik dermatit olanlarda hem astım, hem de dört alerjik hastalığın birlikte görülme sıklığının daha fazla olduğu (sırasıyla $p=0.022$ ve $p=0.024$), annesinde atopik dermatit olanların ise astım, alerjik rinit ve atopik dermatit sıklığının daha fazla olduğu görüldü. ($p=0.017$)

Astım şikayetlerinin başlama yaşı

	0-6 yaş*	6-12 yaş*	12 yaş ve üstü
KIZ	74(%)	28(%71.8)	4(57.1)
ERKEK	120(%)	11(%28.2)	3(%42.9)

*= $P < 0.001$

Alerjik nezle şikayetlerinin başlama yaşı

	1-6 yaş*	6-12 yaş**	12 yaş ve üstü
KIZ	61 (%37.8)	25 (%73.5)	4 (%80)
ERKEK	100 (%62.1)	9 (%26.5)	1 (%20)

*= $p=0.03$, ** $p < 0.001$

Sonuç: Alerjik hastalıklar belirli bir süreçte birlikte normalden daha fazla sıklıkta görülebilir. Bu durum komorbidite çerçevesinde değerlendirilebilir. Astım hastalığı, ailedeki atopi ile yakından ilişkilidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-023

Yaygın Kutanöz Mastositozlu Bir Hastada İlaç Alerjisi Testi

Öner Özdemir¹, Talha Dursunoğlu², Ümmügülsüm Dikici¹

¹Sakarya Üniversitesi EAH, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, EAH, Sakarya

Giriş: Mastositoz, bir veya birden fazla dokuda aşırı mastosit birikimi ile karakterize bir grup hastalığı temsil eder. Sadece deriyi etkileyebileceği gibi sistemik tutulumu da olabilir. Düşük bir prevalansa sahiptir ve çocuklarda prognoz iyi huyludur. Pediatrik mastositozlu hastalar sıklıkla tanınal ve terapötik prosedürler için sedasyon veya anestezi gerektirir. Bu olgu sunumunda, sünnet için cerrahi girişim uygulanacak diffüz kutanöz mastositozlu bir çocuk hastadaki genel anestezi öncesi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Amaç: Diffüz kutanöz mastositozlu bir hastada genel anestezi için kullanılacak anestetik ilaçların riskini belirlemek.

Bulgular: Biyopsi ile diffüz kutanöz mastositoz tanısı konulan 5 yaşındaki çocuk hastaya genel anestezi / cerrahi için anestetik ilaçların riskini belirlemek için deri prick ve intradermal testler uygulandı. Lidokain ile yapılan deri prik testi, dermatografizm nedeniyle negatif kontrolden anlamlı bir değişiklik göstermemiştir. Ancak lidokain 1:1 ve 1:10 dilüsyonları ile yapılan intradermal test negatif bulunmuştur. İlaç alerjisi provokasyon testi için lidokain artan dozda subkutan olarak uygulandı ve hastada herhangi bir reaksiyon gelişmedi. Midazolam ve bupivacain ile yapılan intradermal testler de negatifti. Hiçbiri ile erken veya geç reaksiyon meydana gelmedi.

Sonuç: Bu olguda olduğu gibi, intradermal test sonuçlarına göre hangi ilaçların sorunsuz kullanılabileceği literatürde sunulmuştur. Ancak bu hastalarda anafilaksi gelişme ihtimaline karşı tüm önlemler alınmalıdır. Ayrıca profilaktik ilaç kullanımı ile ilgili olarak ameliyattan 24 saat önce tekrar konsültasyon yapılması uygundur.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-024

Artemis Eksikliğine Bağlı Atipik Ağır Kombine İmmün Yetmezlik: Bir Vaka Sunumu

Şefika İlknur Kökcü Karadağ¹, Merve Karaca Şahin¹, Nilay Çalışkan¹, Hamit Boloğur¹, Güler Yıldırım¹, Hilal Güngör¹, Fatih Muhammet Erbay¹, Deniz Özçeker¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Artemis eksikliği, DCLRE1C genindeki mutasyonlar sonucunda ortaya çıkan otozomal resesif geçiş gösteren, T-B-NK+ ağır kombine immünyetmezliklerden biridir. Hastalar genellikle sık enfeksiyonlar, ishal ve büyüme geriliği gibi belirtilerle karşımıza çıkabilir. Artemis geni DNA tamiriyle ilişkilidir. Mutasyonlar sonucunda radyonsensitivite görülür ve malignite riskinde artış görülmektedir. Bazı durumlarda, hipomorfik mutasyonlar daha hafif semptomlara ve gecikmiş enfeksiyon başlangıcına yol açabilir; bu durum atipik ağır kombine immünyetmezlik olarak adlandırılır ve bu hastalara tanı koymak zaman alabilir.

Amaç: Burada geç çocukluk çağında Artemis eksikliği tanısı alan bir vaka sunulmuştur.

Bulgular: 12 yaşında erkek hasta, daha önce bilinen bir hastalığı olmayan ancak son bir yıl içinde 4 kez tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren hasta immünolojik değerlendirme için tarafımıza yönlendirildi. Özgeçmişi; 38. gestasyonel haftada, 2500 gr ağırlığında normal spontan doğum ile doğmuştur. Postnatal adaptasyon sorunu yaşamamıştır. Anne ve baba teyze çocuklarıdır. 3 sağlıklı erkek kardeşi bulunmaktadır. Fizik muayenede her iki akciğer sesleri bilateral eşit, ralleri mevcuttu. Kan tetkiklerinde lenfopeni:800/mm³ ve immunglobulin G, A, M yaşına göre düşük saptanmıştır. Lenfosit alt gruplarında ise CD3, CD8, CD19 değerleri düşüktür. Ön planda kombine immün yetmezlik düşünülerek hastaya IVIG 500 mg/kg/gün, asiklovir, triflukan, bactrim profilaksi tedavileri başlanmıştır. Hastanın daha önce dış merkezde çekilen toraks BT'sinde tomurcuklanmış ağaç görüntüleri nedeniyle tüberküloz açısından tetkikler yapılmıştır. ARB, Quantiferon testleri negatif sonuçlanmıştır. Kombine immün yetmezlik düşünülen hastanın BCG aşısı olması nedeniyle Rifampisin ve INH profilaksisine başlanmıştır. Hastanın gönderilen genetik tetkikinde DCLRE1C geninde homozigot c.1350_1356del patojenik mutasyonu saptanmıştır. ARTEMİS eksikliğine bağlı immün yetmezlik tanısı konulmuştur. Aileye radyasyon hassasiyeti ve kansere yatkınlıkla ilgili detaylı bilgi verilmiş, kemik iliği nakli için hasta nakil merkezine yönlendirilmiştir.

Sonuç: Atipik ağır kombine immün yetmezlik (AKİY), standart AKİY türlerinden farklı olarak, genellikle daha hafif semptomlarla ortaya çıkar ve tanısı zor olabilir. Bu durumun belirgin özelliği, enfeksiyonlara karşı artan duyarlılık ile birlikte gecikmiş başlangıç ve klinik tablonun az şiddetli olmasıdır. Atipik AKİY, sıklıkla hipomorfik genetik mutasyonlarla ilişkilendirilir ve bu hastalığın tanısı ile etkin tedavisinin uygulanması için kapsamlı bir klinik değerlendirme, immünolojik testler ve genetik analiz gerektirir. Bu durum, klinisyenlerin dikkatli olmasını ve bu hastalığı erken tanıma yönelik farkındalıklarının artmasını gerektirir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-025

L-Asparaginaz Desensitizasyonu Uygulanan Nüks B-All Tanılı Hasta

Seda Çevik¹, Hayrunnisa Bekis Bozkurt¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Asparaginaz hematolojik malignitelerin tedavisinde kullanılan bir kemoterapötiktir. Hastaların %60'ında L-asparaginaz nedeniyle aşırı duyarlılık reaksiyonları (HSR) tanımlanmıştır. PEG-asparaginazın hipoalerjenik olduğu düşünülse de, bu ilacı alan hastaların yaklaşık %25'inde alerjik reaksiyonlar görülmektedir. Native Escherichia Coli asparaginazına karşı aşırı duyarlılık reaksiyonlarında, premedikasyon ve desensitizasyon ya da Erwinia veya PEG-ASP ile ikame tercih edilen uygulamadır. Premedikasyon ve desensitizasyon protokolleri birçok vakada anafilaksi gelişimini önleyebilir. Suçlu ajan gerekli olduğunda veya en iyi tedavi seçeneği olduğunda, ilaçların değiştirilmesi hastaların sonuçları üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilir. Bu durumlarda, ilaç desensitizasyonu daha uygundur. Klinik bir HSR meydana geldiğinde, pegasparaginazdan antijenik olarak farklı olan Erwinia chrysanthemi'ye (ERW) geçilmesi önerilmektedir.

Amaç: PEG-ASP ile anafilaksi geçiren ve sonrasında uygulanan ERW tedavisi sırasında anafilaksi geçiren hastaya ERW ile desensitizasyon yapıldı. Hipersensitivite reaksiyonu gelişmedi.

Bulgular: 5 yaş 8 aylık nüks B-ALL (akut lenfoblastik lösemi) nedeniyle takip edilen erkek hastaya takibinde PEG-ASP tedavisi verildi. Tedavinin 3. küründe PEG-ASP'nin intravenöz (i.v) infüzyonu sırasında aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişti. Hastada solunum sıkıntısı ve ürtikeryal döküntü meydana geldi. Semptomlar IM adrenalin tedavisinden sonra düzeldi. Bu reaksiyonun ardından hastanın tedavisi Erwinia chrysanthemi (ERW) ile değiştirildi. Bu tedavinin 6. kürü sırasında hastada ürtikeryal döküntü ve karın ağrısı gelişti. Anafilaksi olarak değerlendirilen hastaya intramusküler (IM) adrenalin, intravenöz metilprednizolon ve feniramin tedavisi verildi. Alternatif tedavi seçeneği olmayan ve PEG-ASP ile daha ağır aşırı duyarlılık reaksiyonu geçiren hastaya ERW ile desensitizasyon planlandı. Toplam 4 farklı konsantrasyonda L-asparaginaz hazırlandı (Tablo 1). Hastaya hidrosizin (1 mg/kg), famotidin (0,5 mg/kg), prednol (1 mg/kg) ve montelukast (4 mg) ile premedikasyon uygulandı. 4 şişe desensitizasyon protokolü herhangi bir komplikasyon olmaksızın 6 gün boyunca gün aşırı olarak uygulandı. Hasta desensitizasyonun ilk dozunu çocuk yoğun bakım ünitesinde aldı. Desensitizasyon sırasında hastada HSR görülmedi.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 1: L-Asparaginaz Desensitizasyon Protokolü

BASAMAK	ŞİŞE	HIZ (ml/saat)	SÜRE (dk)	VOLÜM (ml)	Verilen doz (U)	TOTAL DOZ (U)
1	1	1	15	0,25	0,05	0,05
2	1	2	15	0,5	0,1	0,15
3	1	4	15	1	0,2	0,35
4	1	8	15	2	0,4	0,75
5	2	2	15	0,5	1	1,75
6	2	4	15	1	2	3,75
7	2	8	15	2	4	7,75
8	2	16	15	4	8	15,75
9	3	4	15	1	20	35,75
10	3	8	15	2	40	75,75
11	3	16	15	4	80	155,75
12	3	32	15	8	160	315,75
13	4	6	15	1,5	270	615,75
14	4	12	15	3	540	1155,75
15	4	25	15	6,25	1125	2280,75
16	4	50	118	98,5	17720	20.000

ml: mililitre, dk: dakika, U: ünite

Sonuç: ALL tedavisi gören çocuk ve ergenlerin %4,4'ünde pegaspargaz tedavisini takiben aşırı duyarlılık reaksiyonları ortaya çıkmaktadır. İkinci bir reaksiyon riski ve anti-asparaginaz antikörlerinin gelişmesi nedeniyle, uzlaşma kılavuzları 2. derece veya daha büyük bir reaksiyonun ardından asparaginaz tedavisinin ERW'ye değiştirilmesini önermektedir. Hastamız PEG-ASP ile daha şiddetli aşırı duyarlılık reaksiyonu gösterdiğinden ERW ile desensitizasyon yapıldı. Sonuç olarak, tüm kemoterapötik ajanlar HSR'lere neden olabilsen de, asparaginaz çocuklarda en sık görülen suçludur. Hastaların çoğu premedikasyon, ilaç replasmanı veya desensitizasyon yoluyla planlanan dozlarını alabilirler.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-026

Akut Generalize Ekzantematöz Püstülozis: Bir Olgu Sunumu

Burcu Özkan Kırgın¹, Zeynep Güleç Köksal¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Seda Şirin¹, Zülfikar Akelma², Ezgi Ulusoy Severcan¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Akut generalize ekzantematöz püstülozis (AGEP) ani başlangıçlı, eritemli ve ödemli deride çok sayıda, küçük, foliküler olmayan, steril ve yüzeysel püstüllerle karakterize ekzantematöz bir hastalıktır. Mukoza ve iç organ tutulumu çok hafiftir ya da yoktur. Hastalığın etiyolojisinde, başta antibiyotikler olmak üzere çoğunluğundan ilaçlar sorumludur. Nadiren viral ve bakteriyel enfeksiyonlar ile civaya karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları da suçlanmaktadır. Bildirilen olguların büyük çoğunluğu erişkinlerdir. Çocuklarda AGEP nadiren bildirilmiştir. Seftriakson sonrası akut jeneralize ekzantematöz püstülozis gelişen on yaşında bir erkek olgumuz sunulmuştur.

Amaç: Çocuklarda AGEP nadiren bildirilmiştir. Seftriakson sonrası akut jeneralize ekzantematöz püstülozis gelişen on yaşında bir erkek olgumuz sunulmuştur.

Bulgular: On yaşında bilinen serebral palsy tanılı erkek hasta vücudunda kızarıklık yakınmasıyla hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın öyküsünden yakınmaların iki gündür olduğu, yaklaşık bir hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile 10 gün amoksisilin-klavulanik asit kullandığı, ilaç bittikten bir gün sonra acil serviste seftriakson tedavisinden birkaç saat sonra göğüs yan yüzünden başlayıp sırtına yayılan döküntülerinin başladığı öğrenildi. Ailesinde herhangi bir döküntülü hastalık öyküsü yoktu. Hastanın başvurusunda genel durumu iyi, bilinci açık, 38.1°C ateş dışında diğer vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde orofarenks hiperemik, göbek çevresinde daha yoğun, göğüs altından sırtına yayılan deriden kabarık eritematöz zemin üzerine yerleşmiş 5 mm'den küçük, polimorfik, yaygın foliküler olmayan püstüller mevcuttu (Şekil 1). Mukoza tutulumu, hepatosplenomegalisi ve lenfadenopatisi yoktu. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre sayısı 10.120/mm³, hemoglobin 12.5 g/dl, trombosit sayısı 386000 /µL, kan biyokimyası, idrar analizi ve olası etkenlerin serolojik incelemeleri normaldi. Bu bulgular ile hastaya ilaca bağlı AGEP tanısı konuldu. Peroral birinci kuşak antihistaminik (setirizin), topikal steroid ve nemlendirici gibi destek tedaviler verildi. Hastanın izleminde lezyonlarında 3 gün içinde hızla iyileşme olduğu görüldü. Hastaya beta laktam grubu antibiyotik kullanmaması gerektiği söylendi. Hastaya ilerleyen dönemde amoksisilin-klavulanik asit ve seftriakson ile yama testi yapılması planlandı.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Şekil 1



Sonuç: Akut generalize ekzantematöz püstülosis nadir görülen, sıklıkla ilaca bağlı gelişen, eritematöz steril püstüllerle karakterize döküntülü bir hastalıktır. Bu hastalıkta nötrofil sayısının ve CRP değerinin normalden yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastamızda şüpheli ilaç alım öyküsünün bulunması, tipik klinik ve izleminde hızlı iyileşmenin görülmesi ile AGEP tanısı konuldu. Çocukluk döneminde ilaç alım öyküsü olan hastalarda görülen yaygın püstüler döküntülerin etiyolojisinde AGEP akılda tutulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-027

MPS Tip IV Hastasında Elosulfase Alfa Enzimi ile Başarılı Desensitizasyon

Elif ARIK¹, Özlem KESKİN², Mahmut CESUR², Gaye İNAL², Ercan KÜÇÜKOSMANOĞLU²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: İlaç desensitizasyonu sorumlu ilaç ile tip 1 hipersensitivite reaksiyonu gelişen hastalarda alternatif ilaç olmadığına ve hastanın ilacı mutlaka kullanması gereken durumlarda sorumlu ilaca karşı oluşan immün yanıtı regüle ederek hastanın ilacı kullanabilmesine olanak sağlar.

Amaç: Burada MPS tip IV nedeni ile Elosulfase alfa enzim yerine koyma tedavisi sırasında anafilaksi gelişen ve sonrasında enzim replasman tedavisi (ERT) ile başarılı desensitizasyon yapılmakta olan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: 3 yaşında, bir yıl önce MPS tip IV tanısı konup Elosulfase alfa tedavisi almaya başlanan hastanın, 2. ERT infüzyonu başladıktan 10 dk sonra, yaygın ürtiker, nefes darlığı, karın ağrısı gelişmesi üzerine infüzyon durdurularak 0.01 mg/kg adrenalin im, 1mg/kg feniramin ve 1 mg/kg metilprednisolon intravenöz uygulandı. Hastanın semptomları 60 dk içinde düzeldi. Ancak sonraki ERT infüzyon hızı yavaşlatılıp, premedikasyon yapılmasına rağmen anafilaksi gelişen hastaya DPT yapıldı, 4x4 mm endurasyon çapı olan hastaya desensitizasyon ile ERT verilmesi planlandı. Literatürde 16 basamak 4 solüsyonlu protokoller mevcuttu, Bekis ve arkadaşları da Elosulfase alfa ile anafilaksi gelişen olgularında önce 16 basamak olan protokolü 16 hafta sonra ise 12 basamak, 3 solüsyonlu protokolü uygulamışlardır. Biz hastamızda desensitizasyona 12 basamak 3 solüsyonla başladık (Tablo 1) ve herhangi bir sorunla karşılaşmadan hastamız ilacını aldı. Daha önce literatürde desensitizasyona 12 basamak 3 solüsyonla başlanan hasta bildirilmemiştir ve hastamız ilkti.

Elosulfase alfa ile intravenöz desensitizasyon protokolü

Basamak	Solüsyon isimlendirmesi	Hız (mL/saat)	İnfüzyon süresi (dk)	Her basamakta infüze edilen hacim (mL)	Verilen doz (mg)	Kümülatif doz (mg)
1	A	2	15	0,5	0,00125	0,00125
2	A	5	15	1,25	0,003125	0,00437
3	A	10	15	2,5	0,00625	0,010625
4	A	20	15	5	0,0125	0,023125
5	B	5	15	1,25	0,03125	0,054375
6	B	10	15	2,5	0,0625	0,116875
7	B	20	15	5	0,125	0,241
8	B	40	15	10	0,250	0,491
9	C	10	15	2,5	0,625	1,116
10	C	20	15	5	1,25	2,366
11	C	40	15	10	2,5	4,866
12	C	80	60,40	80,53	20,133	25

Hedef doz: 25 mg Elosulfase alfa Toplam süre: 225,75 dk. Solüsyon C (0,25mg/ml): 75 ml normal salin solüsyonu (SS) + 25 mg Elosulfase alfa. Solüsyon B (0,025 mg/ml): 75 ml SS + 25 ml solüsyon C. Solüsyon A (0,0025 mg/ml): 75 ml SS + 25 ml solüsyon B.

Sonuç: Lizozomal depo hastalıklarında hayati önem taşıyan ERT'ler sırasında HSR gelişebilir ve ERT'nin kesilmesi metabolik bozukluğu olan hastalar için önemli bir kayıptır. Bu reaksiyonlar premedikasyon ve uzun süreli infüzyonlarla tedavi edilebilir ancak bazı hastalarda tedavinin devamı için desensitizasyon protokolleri gerekebilir. Desensitizasyon sırasında gelişen reaksiyonlar nedeniyle bu protokollerde hasta bazında revizyonlar gerekebilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

PS-028

Toksik Epidermal Nekroliz Tanılı İki Olgu

Halime Yağmur¹, Damla Baysal Bakır¹, Gizem Kabadayı¹, Özge Atay¹, Demet Can², Suna Asilsoy¹, Nevin Uzuner¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Stevens Johnson Sendromu(SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz(TEN) en sık ilaçların tetiklediği, non-spesifik (boğaz ağrısı, öksürük, miyalji, iştahsızlık) prodromal dönem sonrası, cilt ve mukoza tutulumuyla epidermin ayrılması/soyulmasıyla ortaya çıkan ağır, yaşamı tehdit edebilen reaksiyonlardır. Tutulan vücut yüzey alanı %10 ve altında ise SJS, %30 ve üzerinde ise TEN, %10-30 arasında ise "SJS-TEN Overlap Sendromu" olarak tanımlanır. Mortalite ve morbiditesi yüksektir.

Amaç: 1-5yaş erkek olgu 6gündür olan ateş ve tüm vücutta döküntü ile izlenmekteyken ciltte soyulmalar başlaması, yoğun bakım desteği gerekmesi üzerine SJS/TEN tanıları ile tarafımıza yönlendirildi. Son 1aydır öksürükleri için şurup,inhale steroid-ventolin ve antihistaminik kullanmış.Öz ve Soygeçmişinde anne tip-1 DM,hastimato tanılı.FM: Genel durumu orta-kötü bilinç açık-HFNC(Fio2:30)-Spo2:%98-TA:106/52mmHg-KTA:70/dk Sol.S:26/dk-Deri: boyun yüz çevresinde yaygın, oral,orbital mukozada, bacaklarda,kollarda,gövdede, sırtta,genital bölgede büllöz ve epidermal ayrışma gösteren alanlar mevcut. LAP yok. Sol.Sist:olağan Yanık Yüzdesi:%82 SCORTEN:0-1 Mortalite:%3,2Laboratuar Bulguları:Lökosit:2100/uL,ANS:1300/uL,ALS:600/UI,KCFT,BFT,Elektrolitler,CRP,Ferritin normal.ESH:28mm/h-TİT:hematüri,Seroloji:negatif /Nazal sürüntü:moraxella catarrhalisCilt bx: Epidermiste belirgin bül,bazal vakuoler dejenerasyonlar,her seviyede nekrotik keratinositler, Eritema multiforme.IVIG 1gr/kg/g, metilprednizolon 2mg/kg/g, siklosporin 3mg/kg/g başlandı, epitelizasyon ile birlikte azaltarak kesildi.ALDEN:Calpol-6plus,Prospan,İbuprofen:0/Bronchipret:2/inhale steroid+ventolin:-2LTT:Bronchipret:Negatif(Skor yüksekliği sebebi ile yapıldı)HLAB18,HLAB35-Literatürde herhangi biriyle eşleşmedi.

Olgu-1



Bulgular: 2-3yaş erkek olgu 2gündür olan gözlerde kızarıklık, ateş, ağızda yara ve soyulma ile başvurusu sonucu SJS/TEN tanısı ile yatışı yapıldı.Öz ve Soygeçmişinde özellik yok, Fm:Genel durumu orta-kötü,bilinç açık-HFNC(Fio2:25)-Spo2:%96-TA:100/65mmHg-KTA:110/dk, Sol.S:32/dkDeri:Oral ve orbital bölgede,gövdede,sırtta yaygın olmakla birlikte yer yer açılmış eritemli zeminde veziküller, epidermal ayrışma ve ekstremitelerde veziküller mevcut, genital bölge eritemli ve eroziv-Sol.S:olağanYanık Yüzdesi:%56 SCORTEN:0-1 /Mortalite:%3,2Laboratuar Bulguları:Lökosit:13000/uL,ANS:10900/uL,ALS:1400/uL,ANS:700/UI,Elektrolitler,CRP: negatif./TİT:hematüri/Sürüntü kültürleri:negatif /Seroloji: negatifCilt bx:Epidermal nekroz ve subepidermal ayrışma ile çok sayıda nekrotik keratinositler izlenmektedir.Steven Johnson



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



sendromu ve toksik epidermal nekroliz.IVIG 1gr/kg/gün, metilprednizolon 2mg/kg/g, siklosporin 2,5mg/kg/g başlandı, epitelizasyon ile birlikte azaltma şeması uygulandı.ALDEN:İburamin/Duocid/Klavunat:0HLAB18,HLAB56,HLAA03,HLAA68 Literatürde herhangi biriyle eşleşmedi.

Olgu-2a



Olgu-2b



Sonuç: Olgularımız ilk günden itibaren çocuk yoğun bakım(antikoagülan,elektrolitler,vitaminler), dermatoloji-plastik cerrahi(cilt bakımı), kulak burun boğaz, göz hastalıkları (göz damlaları ve amnion band),çocuk cerrahisi ile birlikte takip edildiler.Her iki olgumuz,cildinde hipo-hiperpigmente alanlar,1.olgumuzda sol göz görme kaybı,ikinci olgumuzda ise sol gözde görmede azalma (%40)sekelleri ile taburcu edildiler.Toksik epidermal nekroliz etyolojisinde sıklıkla ilaçlar rol oynamakla birlikte,enfeksiyonlar,aşılama,bitkisel ürünler bildirilmiş olup bir kısmı da idiyopatikdir.İlk yapılması gereken sorumlu ilaç ise hemen kesilmesi ve sistemik tutulum ile seyreden bu hastalıkta multidisipliner bir yaklaşımla destek tedavilere başlanmasıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

PS-029

Epoksi Reçinesi ile İlişkili Kontakt Dermatit Olgusu

Arife Toksöz¹, Seda Şirin¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Zülfikar Akelma²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Deriye temas eden maddeler ile gelişen inflamatuvar bir dermatoz olan kontakt dermatit en sık iritan ve alerjik nedenlere bağlı oluşmaktadır. Kontakt alerji prevalansı %20,1 olup, en sık nedenler nikel, koku karışımları ve kobaltdır. Koruyucular, saç bakım ürünleri, yapıştırıcılar ve plastikler gibi birçok kimyasal madde neden olarak saptanabilir.

Amaç: Bu yazıda annesi ile birlikte hobi olarak epoksi reçinesi ile takılar üreten hastamızda karşılaştığımız alerjik kontakt dermatit olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 9 yaşında kız hasta, kliniğimize yanaklarında, boynunda ve ellerinde kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde; altın dışındaki tüm takılar ile vücudunda kızarıklıklar oluştuğu, dış merkezde reçete edilen antihistaminikten fayda görmediği, topikal kortikosteroid ile lezyonlarının gerilediği öğrenildi. Daha önce benzer döküntüsü olmadığını, şikayetlerinin 1,5 aydır devam ettiğini belirten hastamızın yapılan fizik muayenesinde cilt lezyonları görüldü (Resim 1-2). Laboratuvar tetkikleri olağan olup aero-alerjenlere yönelik deri prik testlerinde duyarlanması yoktu. Tanı amaçlı yapılan yama testinde (T.R.U.E test ®) nikel (+++) ve epoksi reçinesi (+++) pozitif saptandı (Resim 3). Öykü ayrıntılı olarak tekrarsorgulandığında annesi ile birlikte internetten sıvı halde satın aldıkları epoksi reçinesi ile birkaç aydır takı yapımı saptanıp hastaya temastan kaçınması konusunda bilgi verildi. Nemlendirici ve topikal kortikosteroid tedavisi ile 3.günde mevcut dermatit bulgularının gerilediği görüldü.

Resim 1





18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Resim 2



Resim 3



Sonuç: Alerjik kontakt dermatitin tedavisinde en önemli basamak sorumlu alerjenin tespit edilmesi ve hastadan uzaklaştırılmasıdır. Tanıda ayrıntılı öykü ve yama testi büyük önem taşımaktadır. Günlük hayatta sık karşılaşmadığımız hobi malzemelerine bağlı kontak dermatit gelişebileceği akılda tutulmalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-030

Çocuk Hastada Pirazinamid Desensitizasyonu; Olgu Sunumu

Ümmügülsüm Dikici¹, Ece Tüsüz Önata¹, Öner Özdemir¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Tüberküloz, dünya çapında bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin önde gelen nedenlerindedir. Tüberkülozda ilaç aşırı duyarlılığı tedavi sürecini etkileyen önemli bir sorundur. Rifampisin ve pirazinamid aşırı duyarlılık reaksiyonlarına (ADR) en sık neden olan ilaçlardır. Aşırı duyarlılıkta başarılı desensitizasyon uygulaması, hasta uyumu ve tedavi başarısını arttırmakta, tedavi maliyetini azaltmaktadır.

Amaç: Pirazinamid ile IgE aracılı erken tip reaksiyon gelişen ve desensitizasyon protokolü ile tedavisinin devamını sağladığımız hastamızı sunuyoruz.

Bulgular: Çocuk enfeksiyon hastalıkları tarafından tüberküloz enfeksiyonuna yönelik izoniazid, rifampisin ve pirazinamid tedavisi başlanan 9 yaşında kız hasta, anti- tüberküloz tedavinin ikinci gününde ilaç alımından iki saat sonra yüzde ve boyunda kızarıklık, çene altında ürtiker plağı oluşması nedeniyle çocuk allerji polikliniğine yönlendirildi. Hasta reaksiyon görüldüğü gün ve öncesinde 3 ilacı birlikte almıştı. Annesi hangi ilacın yan etki oluşturduğunu anlamak için üçüncü gün ilaçları ayrı ayrı vermişti. Sabah verdiği pirazinamid'ten 1 saat sonra hastanın yüzünde kızarıklık oluşmuş, kızarıklık geçtikten ve pirazinamid alımından 9 saat sonra hastaya diğer ilaçları vermiş ve herhangi bir yan etki görülmemiştir. İzoniazid ve rifampisini sorun olmadan alan hastaya pirazinamid ile test yapılması planlandı. Hasta 3 gün boyunca serviste yatırılarak takip edildi. Reaksiyon oluşmadığı görüldükçe diğer basamağa geçildi. 500 mg pirazinamid tablet 1 cc %0.9 NaCl ile sulandırıldı ve deri prik testi yapıldı. Pozitif kontrol (histamin) ile 4 mm endürasyon oluşurken, negatif kontrol ve ilaç ile endürasyon oluşmadı. Pirazinamidin sadece tablet formu olduğu için intradermal test yapılmadı. Desensitizasyon protokolü (tablo1) ile 3 gün hastaya pirazinamid verildi. Desensitizasyon sırasında ve takibinde reaksiyon görülmedi. Hasta tedavisini almaya devam ediyor.

Pirazinamid ile Tip1 erken reaksiyon gelişen çocuk hastamızda desensitizasyon şeması

	Dakika	Doz (mg)	Kümülatif doz
1. gün	0	2 cc B solüsyonu (10 mg)	10 mg
	30	4 cc B solüsyonu (20 mg)	30 mg
	60	8 cc B solüsyonu (40 mg)	70 mg
	90	16 cc B solüsyonu (80 mg)	150 mg
	120	3 cc A solüsyonu (150 mg)	300 mg
	150	4 cc A solüsyonu (200 mg)	500 mg
	180	1 tablet (500 mg)	1 gr
2. gün	0	1 tablet (500 mg)	500 mg
	30	1 tablet (500 mg)	1 gr
3. gün	0	2 tablet (1 gr)	1 gr

A solüsyonu: 1 tablet 500 mg pirazinamid 10 cc %0.9 NaCl ile sulandırıldı. Sonuç konsantrasyon:50 mg/ml B solüsyonu:

A solüsyonundan 3 cc alındı ve 27 cc %0.9 NaCl ile sulandırıldı. Sonuç konsantrasyon:5 mg/ml

Sonuç: Anti-tüberküloz ilaçlara karşı ADR'ler hastaların %3-4'ünde ortaya çıkar ve ADR'den tüm anti-tüberküloz ilaçlar sorumlu olabilir. Genellikle tedavinin ilk haftasında kutanöz ve benign reaksiyonlar görülür. Literatürde Tip 1 IgE aracılı aşırı duyarlılıkta en sık görülen deri bulgusunun ürtiker olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber anti-tüberküloz ilaçlara karşı IgE aracılı anafilaksi oldukça nadirdir. Literatürde farklı gruplar tarafından düzenlenmiş anti-tüberküloz ilaç desensitizasyon



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



protokolleri mevcuttur. Biz Katran ZY ve arkadaşlarının (1) yetişkin hastada yapmış oldukları protokolü hastamıza uyarladık. Anti-tüberküloz tedavisine bağlı advers ilaç reaksiyonları tüberküloz tedavisinde başarısızlığa, morbidite ve mortaliteye neden olabilir. ADR'nin iyi yönetilmesinin tedavi başarısını arttıracığına inanıyoruz. Çocuk hastada uyguladığımız desensitizasyon protokolünün ilgili hekimlere örnek oluşturabileceğini düşünüyoruz.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-031

Simetrik İlaç İlişkili Intertriginöz ve Fleksural Ekzantem Görülen İki Olgu

Muhammed Aydın¹, Zeynep Meriç¹, Betül Gemici Karaaslan¹, Burcu Kılınç Oktay², Süheyla Ocak², Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji BD

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD

Giriş: Simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksural ekzantem (SDRIFE, intertriginöz ilaç erüpsiyonu, baboon sendromu) nadir görülen bir ilaç erüpsiyonudur. İlacın uygulanmasından birkaç saat ile birkaç gün sonra ortaya çıkabilir. Döküntü gluteal, perianal, inguinal, genital bölge çevresinde keskin sınırlı, V şeklinde eritem olarak ortaya çıkar ve sıklıkla aksiller, antekübital veya popliteal bölge gibi en az bir başka fleksural cilt bölgesinin tutulumuyla birlikte görülür. Bu eritematöz döküntüye soyulmalar eşlik edebilirken sistemik bulguların olmaması tanıyı desteklemektedir. Amoksisilin başta olmak üzere beta laktam grubu antibiyotikler en sık suçlanan ilaç grubunu oluşturmaktadır.

Amaç: Biz SDRIFE tanısı koyduğumuz iki olgumuzu sunmak istedik. Nadir görülen ve tanısı atlanabilen bu ilaç erüpsiyonu hakkındaki farkındalığı arttırmayı hedefledik.

Bulgular: Birinci olgumuz tonsillektomi öncesi başlanmış olan levosetirizin/montelukast kombine preparatı alımından sonra gelişen inguinal, genital bölge çevresinde belirgin eritematöz zeminde soyulmalar yakınması ile başvurmuştu (Resim 1). İkinci olgumuzda ise akut miyeleoid lösemi tanısı ile takipli iken teikoplanin, seftazidim ve kaspofungin tedavileri sonrası inguinal bölgeden uyluk iç kısımlarına yayılan makülopapüler döküntüler gelişmişti. Her iki vakamızda da eşlik eden farklı sistem tutulumuna ait klinik veya laboratuvar bulgularına rastlanmadı. Olgularımızda sorumlu olduğu düşünülen ilaçlar kesilerek topikal steroid tedavileri uygulandı ve bulgularda düzelme izlendi.

Resim 1



Sonuç: Gluteal, inguinal, genital bölge çevresinde ve fleksural yüzlerde simetrik karakterde döküntü ile değerlendirilen olgularda ilaç kullanım öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. SDRIFE' de tanı öykü ve klinik bulgular ile konulmaktadır. Yama testlerinin tanıda duyarlılığı düşük olduğu için negatif sonuçlanması tanıyı dışlamaz ve sorumlu ilacın kesilmesine engel olmamalıdır. Bu tarz ilaç erüpsiyonlarının önüne geçmek için doğru endikasyonlar dahilinde hareket ederek gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmek akılcı bir yaklaşım olacaktır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-032

Amoksisillin/Klavunat İle İlaça Bağlı Enterokofitis Sendromu Ve Güvenli Alternatif Beta-Laktam Antibiyotik

Gökhan Yörüsün¹, Ahmet Selmanoğlu¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Giriş: İlk kez 2014 yılında ilaç kullanımından 1-2 saat sonra tekrarlayan kusma öyküsü olan bir hastada klinik bulguların 'Besin Proteinine Bağlı Enterokolit Sendromuna (FPIES)' benzemesi sebebiyle 'ilaç ile Tetiklenen Enterokolit Sendromu (DIES)' terminolojisi kullanılmıştır. İlaç maruziyetinin ardından; tekrarlayan gecikmiş kusma, ishal, dehidratasyon, hipotansiyon ve hipovolemik şok temel klinik tabloyu oluşturur. FPIES den farklı olarak daha önce tolere edilebilen ilaçlarla da ortaya çıkabilir ve iyileşme süresi bilinmemektedir. IgE aracılı cilt ve solunum sistemine ait semptomlarının olmaması ve DIES için tanımlanan en az üç minör kriterin varlığı tanıyı destekler.

Amaç: Bu nadir olgu aracılığıyla DIES hakkında farkındalık yaratmak amaçlanmıştır

Bulgular: OLGUYedi yaşında erkek hastaya son bir yıl içinde iki farklı endikasyonla amoksisilin-klavulanik asit reçete edildiği, her iki tedavi küründe ilacın ilk dozundan yaklaşık 2-3 saat sonra tekrarlayan projektıl kusma ve genel durum bozukluğu nedeniyle acil servis başvurusu olduğu öğrenildi. Eşlik eden döküntü, solunum sistemi bulgusu olmadığı öğrenildi. İntravenöz sıvı desteğini takiben klinik iyileşme ile taburcu edilen hasta klaritromisin ile herhangi bir reaksiyon olmadan tedavisini tamamladığı saptandı. Kliniğimizde bakılan penisilin ve amoksisilin spesifik IgE negatif saptanmasını takiben tanısal amaçlı amoksisilin-klavulanik asit ile oral provokasyon testi yapıldı. Töreatik doz %10-%30-%60 olacak şekilde (30mg/kg) 30 dakika aralarla uygulandı. Hastada son ilaç dozundan 2,5 saat sonra peş peşe üç kere yoğun kusma, solukluk ve letarji şeklinde reaksiyon gelişti. Hastada herhangi bir cilt bulgusu, solunum sistemi bulgusu ve kardiyovasküler sistem bulgusu saptanmadı. Hastanın bakılan beyaz küre sayısı $12,98 \times 10^9/L$ olarak bulundu. Sıvı replasmanını takiben klinik bulgular düzeldi. Hastanın takibinde ek sistemik bulgusu olmadı.

Sonuç: SONUÇDIES patogenezi ve tedavisi tam olarak anlaşılammış, nadir bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Tanı için öncelikle şüphelenmek, tanısal klinik kriterleri değerlendirmek ve tanıdan şüphelenmesi durumunda oral provokasyon testi ile doğrulamak ya da dışlamak önerilir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

PS-033

İbuprofen İlişkili Fiks Ürtiker Gelişen Çocuk Olgu

Tülay Tuğçe Kutsal Gültekin¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Ahmet Selmanoğlu², Emine Dibek Mısırlıoğlu²

¹Çocuk Alerji ve İmmünoloji ABD, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Çocuk Alerji ve İmmünoloji ABD, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Çocukluk çağında, Non-steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ) antibiyotiklerden sonra en sık hipersensitivite reaksiyonlarıyla ilişkilendirilen ilaç grubudur. NSAİİ ile ilişkili aşırı duyarlılık reaksiyonları immünolojik (IgE aracılı veya T lenfosit aracılı) veya non-immünolojik (COX-1 inhibisyonu) mekanizmalar ile gerçekleşebilir. Fiks ilaç erüpsiyonu sorumlu ilacın tekrarlayan kullanımları ile genellikle hep aynı deri ve/veya mukozal bölgede oluşan, keskin bir şekilde sınırlandırılmış eritem, ödem ve ciddi vakalarda büllöz lezyonlarla karakterize özel bir ilaç reaksiyonudur. İlaç ilişkili fiks ürtiker (DIFU) ise oldukça nadir olgu sunumu şeklinde bildirilen, patofizyolojisi net anlaşılammış bir atipik fiks ilaç erüpsiyonu varyantıdır. Burada ibuprofen ve asetilsalisilik asit kullanımı sonrası fiks ilaç ürtikeri gelişen çocuk olgu sunulmuştur.

Amaç: .

Bulgular: 10 yaş 7 aylık erkek hasta farklı dönemlerde ibuprofen ve asetilsalisilik asit (ASA) kullanımı sonrası bir saat içinde her iki koltuk altında oluşan ürtiker şikayetiyle kliniğimize başvurdu(Resim 1a). Tanısal amaçlı uygulanan İbuprofen ile oral provakasyon testi esnasında üçüncü dozundan 20 dakika sonra hastanın her iki koltuk altında ürtikeryal plaklar oluştu, eşlik eden sistemik bulgu saptanmadı (Resim 1b) NSAİİ alımı esnasında hep aynı lokalizasyonda ortaya çıkan ürtikeryal plaklar DIFU olarak değerlendirildi. Ürtikeryal plaklar iki saat içinde geriledi. İbuprofen %5 ve %10, ASA ile %10 derişimde yama testi sırt bölgesine uygulandı Ve 72. saatinde ibuprofen pozitif olarak değerlendirildi (Resim 1c). Güvenli NSAİİ saptamak amacıyla uygulanan parasetamol ile oral provokasyon testi sonrasında herhangi bir reaksiyon görülmedi.

Resim 1a



Asetil salisilik asit kullanımı sonrasında her iki koltuk altında gelişen fiks ilaç ürtikeri



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım

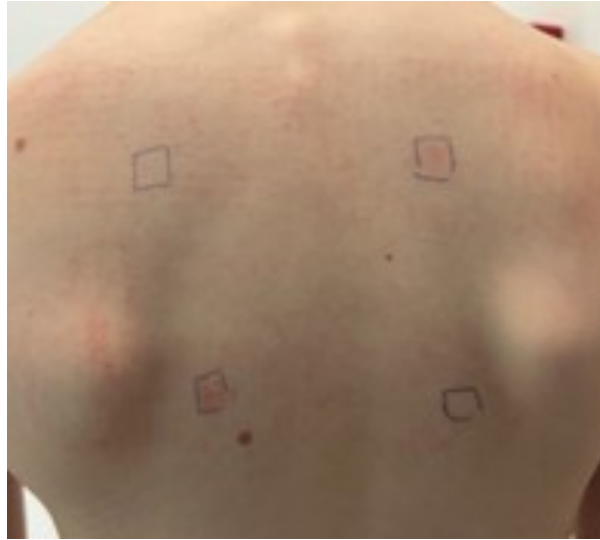


Resim 1b



İbuprofen oral provokasyon testi sırasında her iki koltuk altında gelişen fiks ilaç ürtikeri

Resim 1c



İbuprofen ile yapılan yama testi pozitifliği

Sonuç: İlaç kullanımı sonrası sistemik şikayetin eşlik etmediği, sabit lokalizasyonda gelişen ürtikeryal döküntülerde DIFU akılda tutulmalıdır. NSAİİ ilaç ilişkili fiks ürtiker nedeni olarak nadiren tanımlanmıştır. İngilizce literatürde çocukluk çağıında NSAİİ ile tetiklenen DIFU olgusu bulunmamakla birlikte olgumuz ilk olgudur.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLJİ VE
ASTİM DERNEĞİ

PS-035

Erwinia Asparaginaz ile Desensitizasyon Uygulanan Olgu

Rıdvan Selen¹, Zeynep İspir¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Seda Şirin¹, Zülfikar Akelma², Volkan Köse³, Ali Fettah³, Ezgi Ulusoy Severcan¹

¹Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

²Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye

³Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bölümü, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

Giriş: Escherichia coli türevi asparaginaz (L-asparaginaz), akut lenfoblastik lösemi (ALL) ve akut lenfoblastik lenfoma tedavisinin önemli bir bileşenidir. Bununla birlikte, hastaların %30 kadarı L- asparaginaz'a karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu yaşamaktadır. L-asparaginaz alerjisi olan hastalarda, PEG (polyethylene glycol) asparaginaz veya Erwinia asparaginaz (Erwinia chrysanthemi'den türetilmiş) alternatif tedavide kullanılmaktadır.

Amaç: Burada PEG-Asparaginaz ve erwinia asparaginaz ile anafilaksi öyküsü olan ve erwinia asparaginaz ile desensitizasyon yapılan bir olgu sunulmaktadır.

Bulgular: Pre-B hücreli ALL tanılı beş yaşında erkek hasta ilk kemoterapi tedavi protokolünde 8 doz L-asparaginaz sorunsuz aldı. Daha sonraki uygulanan protokolda PEG-Asparaginaz tedavisinin ilk dozunun 30.dakikasında anafilaksi gözlemlendi hastaya intramuskuler adrenalin uygulandı. PEG-Asparaginaz ilişkili anafilaksiden 30 dakika sonra bakılan triptaz düzeyi 10 ng/ml, bazal triptaz düzeyi 2,3 ng/ml'di. PEG-asparaginaz ile anafilaksi olması nedeniyle Erwinia asparaginaz tedavisi planlandı ve hastaya test dozu uygulandı. Test dozu sırasında hastada anafilaksi gözlemlendi. Başka alternatif tedavi seçeneği olmayan hastaya Erwinia asparaginazın desensitizasyon protokolü ile verilmesi planlandı (Tablo 1). Hastaya tedavi şemasına uygun şekilde bir protokolda 6 doz ve ayrı protokolda 4 doz Erwinia tedavisi desensitizasyon protokülüyle sorunsuz verildi. Hastanın bir sonraki kemoterapi protokolünde olan erwinia asparaginaz (2 ay sonra) aynı desensitizasyon protokolüyle uygulanırken 8.basamağında ürtikeryal döküntüleri gözlemlendi. Hastaya antihistaminik uygulandı döküntüleri geriledikten sonra bir önceki basamakla tekrar desensitizasyona devam edildi ancak hastada vücutta yaygın ürtikeryal döküntüler tekrar gözlemlendi. Erwinia asparaginaz ile reaksiyon olması durumunda antikor geliştiği ve antikor gelişmesinin de ilacın etkinliğini azalttığı için hematoloji ekibi tarafından erwinia asparaginazın protokolden çıkarılmasına karar verildi ve desensitizasyon sonlandırıldı.

Tablo 1: Erwinia Desensitizasyon Protokolü

Basamak	Solüsyon tipi	İnfüzyon hızı	İnfüzyon süresi	Gidecek Miktar	Verilen doz (Ü)	Kümülatif doz Ü()
1	A	2 ml/st	15 dk	0,5 ml	0,8 Ü	0,8 Ü
2	A	4 ml/St	15 dk	1 ml	1,6 Ü	2,4 Ü
3	A	8 ml/st	15 dk	2 ml	3,2 Ü	5,6 Ü
4	A	16 ml/st	15 dk	4 ml	6,4 Ü	12 Ü
5	B	3,2 ml/st	15 dk	0,8 ml	12,8 Ü	24,8 Ü
6	B	6,4ml/st	15 dk	1,6 ml	25,6 Ü	50,4 Ü
7	B	12,8 ml/st	15 dk	3,2 ml	51,2 Ü	101,6 Ü
8	B	25,6 ml/st	15 dk	6,4 ml	102,4 Ü	204 Ü
9	C	5,12 ml/st	15 dk	1,28 ml	204,8 Ü	408,8 Ü
10	C	10,24 ml/st	15 dk	2,56 ml	409,6 Ü	818,4 Ü
11	C	20,48 ml/st	15 dk	5,12 ml	819,2 Ü	1637,6 Ü
12	C	40,96 ml/st	15 dk	10,24 ml	1638,4 Ü	3276 Ü
13	C	81,92 ml/st	58 dk	79,5 ml	12724 Ü	16000 Ü



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Sonuç: PEG-asparaginaz ve erwinia asparaginaz ile anafilaksi öyküsü olan hastamıza hazırladığımız desensitizasyon protokolüyle 10 doz Erwinia asparaginaz herhangi bir reaksiyon gözlenmeden uygulanmıştır. Hastaya 2 ay sonra aynı protokolle desensitizasyon tekrar uygulanırken 2 kez reaksiyon gözlenmiştir. Bir protokolle hastaya desensitizasyon birden fazla kez reaksiyonsuz uygulanmışsa bile, aynı desensitizasyon protokolü aynı hastaya ilerleyen tedavi sürecinde tekrar uygulandığında yine de reaksiyon gözlenebileceği unutulmamalıdır.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-036

Pediyatrik Alerji Yandal Asistan ve Uzmanlarının "Alerjik Hastalıklarda İlaç Uygulamaları" Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sevgi Sipahi Çimen¹, Seda Şirin², Ceren Can³, Özlem Sancaklı⁴

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

³İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁴İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

Giriş: Pediyatrik alerji uzmanlarının günlük pratiğinde sıklıkla uyguladığı inhaler tedavi uygulamaları ve adrenalin oto-enjektör (AOE) uygulaması, hasta tedavi ve takibinde çok önemli yer tutmaktadır. Anafilakside ve astım başta olmak üzere solunum yolu hastalıklarında mortalite ve morbiditeyi azaltan bu tedavi uygulamalarının hastalar tarafından da doğru uygulanabilmesi için pediyatrik alerji uzmanları tarafından hasta ve ailelere eğitim verilmelidir. Yandal eğitimi sırasında edinilen bu bilgilerin eğitim süresince ve sonrasında uygulamaya geçilmesi sırasında bazı eksiklikler görülebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada farklı kliniklerde çalışan ve farklı mesleki deneyimlere sahip pediyatrik alerji yandal asistanları ve uzmanlarının inhaler tedavi ve AOE uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmaya, 29 Eylül-1 Ekim 2023 tarihleri arasında Konya'da düzenlenen 5. Genç Pediyatrik Alerjistler Sempozyumu bilimsel programında yer alan "Alerjik hastalıklarda ilaç uygulaması" kursuna katılan pediyatrik alerji yandal asistanı ve uzmanları alınmıştır. Katılımcılara, kurs öncesi konu ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacı ile ön-test anketi uygulanmıştır (Şekil 1a,1b). Inhaler tedavi uygulamaları ve AOE uygulaması ile ilgili soruların yer aldığı anket, kursta eğitici olarak görev alan pediyatrik alerji uzmanları tarafından ulusal ve uluslararası rehberler referans alınarak hazırlanmıştır. Kurs öncesi ankette yer alan tüm soruları eksiksiz dolduran yandal asistanı ve uzmanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 46 katılımcının %65,2'si kadın (n=30), ortalama yaş $35,8 \pm 3,44$ yıl idi. Katılımcıların %72,9'u yandal asistanı iken 30 katılımcının mesleki deneyimi 10 yıl altında idi. Katılımcıların %52,2'si Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yaparken %47,8'i üniversite hastanesinde çalışmakta idi (Tablo 1). Tüm sorulara doğru yanıt veren katılımcı olmadığı görüldü. En yüksek oranda (%89,1) doğru cevaplanan soru "Küçük bir bebekte en iyi etkinlik için nebulizasyon tedavisi hangi pozisyonda verilmelidir?" sorusu iken, en yüksek oranda (%87) yanlış cevaplanan soru Mesh nebulizatörlerin özelliklerinin sorulduğu soru idi (Tablo 2). Her bir soru, doğru cevaplanma oranını etkileyebilecek yaş, cinsiyet, mesleki deneyim süresi, çalışılan kurum, 1 ayda görülen hisiltılı çocuk sayısı ile karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç bulunamadı.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Sekil 1a. Anket soruları

Eriş	Cinsiyet:	
	Erkek	Kadın
Unvan:	Çalışılan kurum	
<input type="checkbox"/> Pediatri asistanı	<input type="checkbox"/> Devlet hastanesi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pediatri uzmanı	<input type="checkbox"/> Eğitim araştırma hastanesi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> San dal asistanı	<input type="checkbox"/> Üniversite hastanesi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> San dal uzmanı	<input type="checkbox"/> Muayenehane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dr. Öğretim Üyesi	<input type="checkbox"/> Özel hastane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doçent	<input type="checkbox"/> Vakıf üniversitesi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Profesör		
Adrenalin deneyim	Bir ayık hafta veya adrelin hasta sayısı	
<input type="checkbox"/> <5 yıl	<input type="checkbox"/> <20	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5-10 yıl	<input type="checkbox"/> 20-100	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> >10 yıl	<input type="checkbox"/> 100-200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> >200	<input type="checkbox"/>

1. Aerosol ilaçların akciğerlere ulaşması için ideal partikül boyutu ne olmalıdır?

a. <1 µm
b. 1-5 µm
c. 5-10 µm
d. > 10 µm

2. İnhalasyon tedavisi başlanacak 3,5 yaşındaki ek hastalığı olmayan bir çocukta ilk tercih edilecek yöntem hangisi olmalıdır?

a. Yüz maskeli aracı cihaz ile ölçülü doz inhaler
b. Yüz maskeli aracı cihaz ile nebulizatör
c. Ağzı parçalı aracı cihaz ile ölçülü doz inhaler
d. Ağzı parçalı aracı cihaz ile nebulizatör

3. Küçük bir bebekte en iyi etkinlik için nebulizasyon tedavisi hangi pozisyonda verilmelidir?

a. Ağlama sırasında dik pozisyonda
b. Ağlama sırasında yatay pozisyonda
c. Sakin nefes ve yatay pozisyonda
d. Sakin nefes ve dik pozisyonda

4. Nebulizatör ile inhalasyon tedavisi için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Sıvı hacmi en az 2,5 ml olmalıdır
 Her ilaç mutlaka serum fizyolojik ile süzülmemelidir
 Tedavi süresi 5-10 dk geçmemelidir
 Her tedavi sonrası nebulizatör temizlenmelidir

5. Jet nebulizatörler için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Süzülmemiş hava veya ekizden ile sunulan aerosol haline getirir
 En yaygın kullanılan nebulizatörlerdir
 Oturma pozisyonunda verilmelidir
 Akciğerlerde en fazla ilaç yoğunluğu hızlı ve derin nefes ile olur.

Şekil 1b. Anket Soruları

6. Mesh nebulizatörler için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Diğer nebulizasyon yöntemlerine göre akciğerlerde aerosol birikimi daha fazladır, bu nedenle ilaç yan etkileri açısından dikkatli olunmalıdır
 İnhalasyon sonrası rezidüel hacim fazladır
 Gürültülü çalgır ve uygulama süresi uzundur
 Ucuzdur ve temizliği diğer cihazlara göre daha kolaydır

7. İnhalasyon cihazlarının temizlik ve dezenfeksiyonu için verilen bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Nebulizatörler her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Cihaz parçaları ayrılarak ilk sabunlu su ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalı, temiz bir havlu üzerinde kendiliğinden kurumaya bırakılmamalıdır.
 Nebulizatör ara parçaları uygun konsantrasyon ve sürede kimyasal solüsyonlar (pamajır suyu, alkol) ile dezenfeksiyon yapıldıktan sonra temiz havlu üzerinde kendiliğinden kurumaya bırakılarak kullanılabilir.
 Mesh nebulizatörlerin temizliği daha zordur, portların tıkanmaması için her kullanımdan sonra dikkatlice temizlenmelidir.
 Ölçülü doz inhaler aracı tüpü haftada bir kez temizlenmelidir. Cihaz parçaları ayrılarak ilk sabunlu su ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalı, temiz bir havlu üzerinde kendiliğinden kurumaya bırakılmamalıdır.

8. Ölçülü doz inhaler (ODİ) cihazlar için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Hızlı ve derin inhalasyon uygulandığında ilacın akciğerlerde birikimi artar
 Her uygulama öncesi ODİ'nin sallanması gerekir
 Her puff sonrası 2 derin nefes alınması yeterlidir
 Aracı cihazın içine bir seferde 2 ve daha fazla doz ilaç eklenmesi, akciğere ulaşan ilaç miktarını artırır

9. Kuru toz inhaler cihazlar için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Doz sayacı kalan dozu gösterir.
 Kullanımı için ek cihaza ihtiyaç yoktur.
 Cihaz nemli ve serin ortamda tutulmalıdır.
 İçerisindeki kuru gazlar nedeni ile kullanılmadan önce sallanması gerekir.

10. Adrenalin oto enjektör için aşağıdaki bilgilerden doğru (D), yanlış (Y) şekilde işaretleyiniz.

Uylak ön-yan tarafına intramusküler uygulanır
 5-30 kg'a kadar 0.15 mg, >30 kg'dan büyüklerde 0.30 mg uygulanır
 5-10 dk içinde adrenaline yanıt vermezse, ikinci dozun yapılması önerilir
 Buzdolabı kapağında ve ışıkta koruyarak saklanır



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tablo 1. Katılımcıların demografik ve mesleki bilgileri

	n (%)
Cinsiyet	
Erkek	16 (34,8)
Kız	30 (65,2)
Yaş (yıl)	
Ortanca ± SD	35,8 ± 3,44
Mesleki unvan	
Yandal asistanı	43 (93,5)
Yandal uzmanı	3 (6,5)
Mesleki deneyim süresi	
≤10 yıl	30 (65,2)
>10 yıl	16 (34,8)
Çalışılan kurum	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24 (52,2)
Üniversite Hastanesi	22 (47,8)
Bir ayda görülen hışıltılı veya astımlı hasta sayısı	
≤100	19 (41,3)
>100	27 (58,7)

Tablo 2. Ankette yer alan sorular ve doğru/yanlış cevaplanma oranları

Sorular	Doğru cevap veren n (%)	Yanlış cevap veren n (%)	
Aeresol ilaçların akciğerlere ulaşması için ideal partikül boyutu ne olmalıdır?	38 (82,6)	8 (17,4)	
İnhalasyon tedavisi başlanacak 3,5 yaşındaki ek hastalığı olmayan bir çocukta ilk tercih edilecek yöntem hangisi olmalıdır?	31 (67,4)	15 (32,6)	
Küçük bir bebekte en iyi etkinlik için nebulizasyon tedavisi hangi pozisyonda verilmelidir?	41 (89,1)	5 (10,9)	
Nebulizatör ile inhalasyon tedavisi için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz.	16 (34,8)	30 (65,2)	
Jet nebulizatörler için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz.	21 (45,7)	25 (54,3)	
Mesh nebulizatörler için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz	6 (13)	40 (87)	
İnhalasyon cihazlarının temizlik ve dezenfeksiyonu için verilen bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz.	15 (32,6)	31 (67,4)	
Ölçülü doz inhaler (ÖDİ) cihazlar için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz	15 (32,6)	31 (67,4)	
Kuru toz inhaler cihazlar için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz	25 (54,3)	21 (45,7)	
Adrenalin oto enjektör için aşağıdaki bilgileri doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz.	30 (65,2)	16 (34,8)	



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Sonuç: Pediatrik alerji yandal asistanı ve uzmanlarının alerjik hastalıklarda ilaç uygulamaları ile ilgili bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Kurs öncesi katılımcıların bilgi eksikliklerinin olduğu konuların saptanması sonucu o konulara yönelik uygulamalı kursların eğitime katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-037

Atipik Yerleşimli Egzema Kliniği ile Başvuran Prolidaz Eksikliği Olgusu

Fatma Bal Çetinkaya¹, Dilek Kacar¹, Leman Tuba Karakurt¹, Pınar Yağmur Altınkaynak¹, Nurhan Kasap¹, Özlem Cavkaytar¹, Mustafa Arga¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Prolidaz eksikliği, kollajen gibi prolin içeren proteinlerin hidrolizi için gerekli olan, yaygın eksprese edilen bir metalopeptidazı kodlayan PEPD genindeki mutasyonların neden olduğu, otozomal resesif geçişli kalıtsal multisistemik bir hastalıktır. Semptomları çok değişken olup, kronik tekrarlayan enfeksiyonlar, cilt ülserleri, egzematöz lezyonlar, mental retardasyon ve splenomegali görülmektedir.

Amaç: Burada atipik yerleşimli egzema benzeri döküntüler ile başvuran Prolidaz eksikliği tanısı alan olgu sunulmaktadır.

Bulgular: Olgu Sunumu: On beş yaşında erkek hasta, dört yaşındayken ellerde ve kulak arkasında, son bir yıldır genital bölgesinde olan egzematöz lezyonları nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın özgeçmiş sorgulamasında; glokom tanısı, iki kez pnömoni nedeniyle hastanede yatış öyküsü, dört yaşından itibaren aralıklı ortaya çıkan trombositopenisi, mikropenisi ve boy kısalığı olduğu ve nöromotor geriliği nedeniyle özel eğitim aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde anne babası arasında birinci derece kuzen evliliği olduğu, altı aylıkken gastroenterit nedeniyle bir erkek kardeş ölüm öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali ve yaygın cilt kuruluğu, kulak arkasında egzematöz lezyonlar, bilateral skrotal sertlik, ileri derecede ödem ve belirgin duvar kalınlaşması, genital ve inguinal eritemli keskin sınırlı yama tarzı lezyonları mevcuttu. Hastada hipertelorizm, proptozis, basık burun kökü, yukarı eğimli palpebral fissür, üst dudağın ince vermilyonu, prognatizm, düşük ense saç çizgisi, bilaferal fimoz, kısa filtrum, sol elde klinodaktili, ayırık meme başları, bilateral pes planus, sandal gap mevcuttu. İmmünolojik değerlendirmesinde yüksek IgG, ters dönmüş CD4+/CD8+ T hücre oranı ve yüksek efektör hafıza CD4+/CD8+ T hücreleri görüldü. Yapılan klinik ekzom dizileme sonucunda PEPD geninde Val209Glyfs*4 homozigot mutasyon saptandı.

Sonuç: Prolidaz eksikliği bir metabolik hastalık olarak kategorize edilse de, aynı zamanda doğuştan gelen bir bağışıklık hastası olarak da sınıflandırılır. Prolidaz eksikliğinde tekrarlayan deri lezyonları, solunum yolu enfeksiyonları, dismorfizm, mental retardasyon, organomegali, iskelet anomalileri, trombositopeni, hipergammaglobulinemi ve hipokomplementemi gibi farklı bulgular gözlemlenmektedir. Otoimmün durumlar arasında özellikle sistemik lupus eritematozus (SLE) ile birliktelik tanımlanmaktadır. Hastalarda genellikle tekrarlayan kronik enfeksiyonlara bağlı olarak ciddi morbidite ve mortalite gözlenmiştir. Sınırlı immünolojik değerlendirmeler rapor edildiği için standart tedaviler tanımlanamamıştır. Prolidaz eksikliği, geniş bir klinik sunum yelpazesi ve şiddeti olan karmaşık bir hastalıktır. Altta yatan otoinflamatuvar süreçler hedefe yönelik tedavilerin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Atipik yerleşimli tedaviye dirençli tekrarlayan egzematöz lezyonları, dismorfizmi, otoimmün bulguları olan hastalarda ileri genetik analiz düşünülmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-038

Ağır Atopik Dermatit Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Tablo: Sam Sendromu

Razin Amirov¹, Salim Can¹, Melek yorgun altunbaş¹, ezgi yalçın güngören¹, selcen bozkurt¹, necmiye öztürk¹, erhan topal², sevgi bilgiç eltan³, ayşe deniz yücelten², safa barış³, ahmet oğuzhan özen³, elif karakoç aydiner³

¹ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İstanbul

² Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

³ Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pediatrik İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı ve Yüksek Lisans/Doktora Programı

Giriş: Atopik dermatit (AD) çocukluk çağında sıktır. Son yıllarda özellikle orta-ağır AD olgularında monogenik etiyolojiler yeni nesil dizileme teknolojisindeki ilerlemelerle daha fazla tanımlanmaya başlamıştır. Burada ağır AD tanılı hastada desmoglein-1 (DSG1) geninde homozigot mutasyon saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Amaç: ATOPIK DERMATİT

Bulgular: 11 yaş kız hasta, doğumundan itibaren cildinde yaygın kızarıklık, kuruluk, kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Yenidoğan döneminde yaygın büllöz lezyonlarla 10 gün yoğun bakımda takip edildiği, sık dermatoloji başvuruları olduğu, topikal tedavilere kısmi yanıt alındığı öğrenildi. İktiyozis şüphesi ile yapılan deri biyopsisinde, derin dokularda kompakt hiperkeratoz ve fokal keratozla birlikte nonspesifik bulgular saptandığı öğrenildi. Netherton sendromu ön tanısı ile refere edilen hastada büyüme gelişme geriliği (boy -4,23 SDS, VA -3,13 SDS), ekskoryatif cilt lezyonları, eritrodermi, ayak tabanında hiperkeratoz, az ve zayıf saçlar, seboreik dermatit saptandı. SCORAD indeksi 53, HIES skoru 16 olarak hesaplandı. Saç ve kaşların mikroskopik incelemesinde kıl yapısı normaldi. Tam kan sayımında lenfosit, nötrofil ve eozinofil değerleri normal, total IgE: 1976 IU/L, aerolallerjen panelinde yabani ot 14,4 kU/l, ağaç paneli 7,15 kU/l ve besin allerjen spesifik IgE muz 9,44 kU/l, domates 12,1 kU/l, fındık 9,65 kU/l pozitif, protein aşı yanıtları pozitif, IgG değeri 783 mg/dl (842-1943), IgA ve M normal saptandı. Lenfosit alt grup analizi normal olan hastadan monogenik dermatozlar açısından yapılan tüm ekzom dizlemede (WES) DSG1 geninde c.909G>C(p.Trp30cys) homozigot missense mutasyon saptandı. Hastada şiddetli dermatite ek yenidoğan döneminde eritrodermi, plantar hiperkeratoz, IgE yüksekliği, besin ve aerolallerjenlerle çoklu duyarlanma ve metabolik tüketim varlığında SAM sendromu tanısı konuldu. Bu hastalarda tedavide topikal tedavi ile birlikte sistemik biyolojik ajanlar (infliksimab, anti IL17) ve retinoik asit seçenekleri değerlendirilse de tedaviye yanıt değişkendir. Hasta sayısının az olması ve nadir bir hastalık olması sebebiyle tedavi bireysel olarak planlanmalıdır

Sonuç: DSG1 geninde mutasyonların neden olduğu SAM sendromu ağır ve/veya tedavilere dirençli AD'li olguların ayırıcı tanısında iktiyoz sendromları, Hiper IgE sendromları ve Netherton sendromu gibi mutlaka akılda tutulmalıdır



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-039

İmmün yetmezliğin nadir bir sebebi İCF tip 1 sendromu

Musa Şahin¹, Veysi Akbey¹, Melis Aydın Mut¹, Aysu İlhan Yalaki¹, Aylin Kont Özhan¹, Tuğba Arıkoğlu¹, Semanur Kuyucu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji-Alerji bölümü

Giriş: ICF sendromu, sentromerik instabilite, yüz anomalileri ve immün yetmezlik ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. En sık görülen alt tip ICF1' dir. DNA metiltransferaz 3B'yi kodlayan DNMT3B'deki bialelik mutasyonlardan kaynaklanır. ICF1' deki immünolojik anormallik, antikor üretiminin eksikliği ile giden hafıza ve plazma hücrelerinin azlığıdır. Olgunlaşmamış bir fenotip sergileyen B hücrelerinin varlığında hipo veya agamaglobulinemi görülmektedir. Hastalarda tekrarlayan piyojenik enfeksiyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar, gelişim geriliği ve hipertelorizm, düşük kulaklar, epikantal kıvrımlar ve makroglossi gibi yüz anomalileri görülür.

Amaç: .

Fasial dismorfizm



Fasial dismorfizm



Bulgular: 2 yaşında erkek hasta, sık hastalanma öyküsü ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde ilk kez 6 aylık iken üst solunum yolu enfeksiyonları şikayetlerinin başladığı, yılda 6-8 kez bu şikayeti tekrarladığı, bir kez dirençli pamukçuk olduğu, iki



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLOJİ VE
ASTIM DERNEĞİ

kez pnömoni ve üç kez hışıltı nedeniyle hospitalize edildiği, iki kez otit geçirdiği öğrenildi. Soygeçmişinde anne baba birinci derece akraba olup bir kardeşinin üç aylık iken ex olduğu, üç kardeşinin sağlıklı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde boy: 84 cm (10-25 p), ağırlık: 11 kg (10 p), geniş alın, hipertelorizm, mikroftalmi, burun kökü basık, düşük kulak, hafif makroglosi gibi dismorfik yüz görünümü olup nöromotor gelişiminde gerilik mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde IgG, IgA, IgM değerleri, CD 19 ve hafıza B hücre sayısı yaşa göre düşük bulundu (Tablo 1). Toraks CT'de kistik bronşiektazik değişiklikler ve timüs boyutları yaşına göre küçük tespit edildi. Kromozom analizi normal olup direk metafaz bakılarında 1.kromozoma ait uzun kol heterokromatin bölgesinde heterokromatik dekondensasyon gözlenmiştir. Tüm ekzom dizileme sonucu DNMT3B geninde c.1754C>T (p.Ala585Val) homozigot mutasyon saptanan hastaya ICF tip 1 tanısı konulmuş olup düzenli intravenöz immünglobulin ve trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlandı.

Tablo-1

Tablo 1: Laboratuvar bulguları

	Hastanın değerleri	Normal değerler
Mutlak lenfosit sayısı (mm ³)	4600	2700-11900
CD3+ (%)	81	39-73
CD3+CD4+ (%)	53	25-50
CD3+CD8+ (%)	27	11-32
CD19+ (%)	9	17-41
CD3-CD16/56+ (%)	6,6	3-16
IgG (mg/dL)	33	605-1430
IgM (mg/dL)	4,1	30-107
IgA (mg/dL)	6	62-390
IgE (mg/dL)	18	0-100
TREC	55	40-100
Memory B (CD19+CD27+) (%)	7,3	9,5-26,5
Switch memory B (CD19+CD27+IgD-) (%)	0,7	3,9-13,6
Naif B (CD19+CD27-IgD+) (%)	92	68-89
Marjinal zone B (CD19+CD27+IgD+) (%)	5,1	4,1-13,9

Sonuç: ICF sendromu, çoğunlukla DNMT3B'deki homozigot mutasyondan kaynaklanan otozomal resesif bir hastalıktır. Gelişimsel ve nörolojik sorunlar ICF sendromunda bildirilen ana klinik bulgulardandır. Tekrarlayan enfeksiyonlar, esas olarak solunum ve gastrointestinal sistemlerin tutulduğu ICF sendromunun yaygın bir belirtisidir. ICF hastalarındaki enfeksiyonlar hipogamaglobulinemiye veya kombine immün yetmezliğe bağlıdır. Yaşamın ilk yıllarında başlayan tekrarlayan enfeksiyonlar, dismorfik yüz bulguları, nöromotor gelişme geriliği ile birlikte hipogamaglobulinemi, hafıza B hücre azlığı gibi immüno- lojik anormalliklerin varlığında ICF tanısı da akla gelmelidir



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-040

Kutanöz Mastositoz Ayırıcı Tanısında Rasa1 Mutasyonuna Bağlı Kapiller Malformasyon

Hilal Karabağ Çıtlak¹, Fatih Sultan Mehmet Koç¹, Hakan Kot¹, Alper Han Çebi², Kübra Adanur Sağlam², Nalan Yakıcı¹, Fazıl Orhan¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Giriş: Multifokal kapiller malformasyonlar; otozomal dominant geçişli RASA1 mutasyonu olan hastaların önemli bir özelliğidir ve mutasyon taşıyıcıların %90'dan fazlasında görülür. RASA1 mutasyonu taşıyanların yaklaşık %30 kadarında denovo mutasyon saptanmıştır ve yüksek penetransa sahiptirler.

Amaç: Cilt lezyonları ve biyopsi bulgularına dayanılarak mastositoz tanısı konan ve mastositoz olarak izlenen ancak takibinde kapiller malformasyon olabileceği düşünülen ve denovo RASA1 mutasyonu saptanarak tanısı değişen ilginç bir vaka sunuldu.

Bulgular: 4 yaş kız hasta, yüz, gövde ve ekstremitelerinde çok sayıda, düzensiz dağılmış açık kırmızı-turuncu renkte makuler lezyonlar ile başvurdu (Resim 1-2). Öyküsünde lezyonların doğuştan bu yana var olduğu öğrenildi. Aile öyküsü yoktu. Anne baba arasında 1. derece kuzen evliliği vardı. 3 yaşında başvurduğu ilk merkezde ön tanı olarak kutanöz mastositoz düşünülmüş, yapılan punch biyopside de telenjektatik mastositoz ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve hastaya antihistamin tedavisi reçete edilmişti. 1 yıldır kutanöz mastositoz tanısı ile izlenen hastanın; kliniğimize son başvurusunda lezyonları yeniden değerlendirildiğinde, Darier bulgusunun negatif olması, kaşıntı olmaması, tetikleyici tariflememesi, doğumdan bu yana var olan lezyonlarda artış olması, lezyon etrafında soluk halo görünümü olması akla ayırıcı tanıda kapiller malformasyonları getirdi. Tüm ekzom sekanslama (WES) analizi ile hastada kapiller arterio-venöz malformasyon ile ilişkili RASA1 geninde heterozigot, VarSome-ACMG sınıflandırmasına göre klas 2 mutasyon saptandı. Segregasyon analizinde anne, baba ve kardeşte bu varyasyon saptanmadı ve hastada saptanan mutasyon denovo olarak değerlendirildi. Daha büyük damarlarda görülebilecek arteriovenöz malformasyonlar manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ile dışlandı.

Resim 1



Alt ekstremitelerde soluk renkte halo ile çevrili geniş kapiller malformasyon



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Resim 2



Daha küçük boyutlarda multipl lezyonlar

Sonuç: Kutanöz mastositoz gibi görünen ancak klinik belirtileri uyuşmayan hastalarda ayırıcı tanıda kapiller malformasyonlar akla gelmelidir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-041

Tedavi için yurtdışından ülkemize gelen dirençli bir atopik dermatit vakası

Sevgi Dilan Erselcan¹

¹Çorlu Reyap Hastanesi

Giriş: Atopik dermatit çocukluk çağının en sık görülen cilt hastalığıdır. Kesin bir tanı testi olmamakla beraber Hanifin-Rajka kriterleri tanıda yardımcıdır. Hanifin-Rajka kriterleri major ve minör kriterlerden oluşmaktadır. Atopik dermatit tanısı için kaşıntıya ek olarak en az üç major kriter olmalıdır. Başka bir görüşe göre ise üç veya daha fazla sayıda minör kriter varlığı, bir major kriter yerine geçebilmektedir. Bu durumda, beş major kriterden üçüne ek olarak üç minör kriterin olması tanı için yeterli kabul edilmiştir. Tedavinin temelini topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri oluşturmaktadır. Seçilmiş vakalarda sistemik immünomodülatörler kullanılabilirle beraber; uzun süreli sistemik kortikosteroid tedavisi yan etki potansiyelinden dolayı önerilmemektedir. Sistemik kortikosteroid kullanımının şiddetli alevlenmeler ve kaşıntı durumlarıyla sınırlı olması önerilmektedir.

Amaç: Bu olguda standart tedaviler ile iyileşme sağlanmayan dirençli bir atopik dermatit vakasında uygulanabilecek tedavi seçeneklerine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: Bulgaristan'da yaşayan 3 yaşında kız hasta yüzde ve boyunda daha ciddi olmak üzere tüm vücutta uzun zamandır geçmeyen, yaygın, kaşıntılı, enfekte lezyonlar nedeniyle başvurdu. Saçlı deri tutulumu yoktu. Şikayetleri yaklaşık 6 aydır devam eden hastanın bu nedenle çok sayıda dış merkez başvurusu olmuş. Tekrarlayan antibiyotik ve topikal steroid tedavilerine rağmen iyileşme gözlenmemiş, aksine lezyonlarda ilerleme meydana gelmiş. Hasta bize ilk başvurusunda kaşıntıları sebebiyle ciddi uyku bozuklukları ve anksiyete yaşamaktaydı. Lezyonları kanamalı ve kabalaşmış görünümdeydi. Özgeçmişinde yumurta akı ve yumurta sarısı alerjisi öyküsü bulunmaktaydı. Yumurta diyetine devam edildi. Muayenede eritemli zeminde, enfekte, krutlu, kanamalı ileri derecede atopik dermatit ile uyumlu lezyonlar görüldü. Laboratuvar değerlerinde akut faz yüksekliği izlendi. Hasta servise interne edildi. Sistemik ve topikal steroid, sistemik antihistaminik, topikal kalsinörin inhibitörü ve sistemik antibiyotik tedavi başlandı. Takibinde akut faz değerlerinde düşüş ve lezyonlarda gerileme izlendi. Oral antibiyotik, antihistaminik, topikal steroid ve kalsinörin inhibitörü tedavisi ile taburcu edilen hasta 2 hafta sonra kontrole geldiğinde lezyonların tamamen yok olduğu görüldü. Takiplerinde 1 haftada sistemik steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kontrol muayenesinde kesildi. Topikal steroid kesildi. Kalsinörin inhibitörü ve antihistaminik tedavisine devam edildi.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



tedavi öncesi 1



Tedaviye dirençli atopik dermatit ile gelen hasta 1

Tedavi öncesi 2



Tedaviye dirençli atopik dermatit ile gelen hasta 2



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



Tedavi sonrası 1



Tedavi sonrasında lezyonları gerileyen hasta 1

Tedavi sonrası 2



Tedavi sonrasında lezyonları gerileyen hasta 2

Sonuç: Sistemik kortikosteroid kullanımının standart atopik dermatit tedavisinde yeri yoktur. Ancak seçilmiş olgularda kısa süreli sistemik kortikosteroid tedavisinin etkili bir tedavi seçeneği olduğu bilinmektedir. Bu olgu, sistemik kortikosteroid tedavisi gerektiren bir atopik dermatit vakası olarak dikkat çekmektedir.



18. Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Kongresi

25-28 Nisan 2024 / Limak Cyprus Deluxe Otel, K.K.T.C

Temiz Hava, Temiz Çevre

Daha Az Alerji ve Astım



PS-042

İlaç İlişkili Tübülointerstisyel Nefrit ve Stevens-Johnson Sendromu Gelişen Olgu

Burcu Özge Erdoğan¹, Mehmet Özkaya¹, Zehra Bayazıt¹, Emre Özdamar¹, Demet Kartal², Sibel Yel³, Fulya Tahan¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Bilim Dalı

²Erciyes Üniversite Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Stevens-Johnson Sendromu (SJS) sıklıkla ilaçlar veya enfeksiyonların tetiklediği bir tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Tedavide ana prensip sorumlu ilacın kesilmesi ve destek tedavisidir.

Amaç: Bu bildiri de daha önce ilaç ilişkili tübülointerstisyel nefrit (TİN) tanısı alan ve 1 ay sonra SJS gelişen bir olgu sunulmak istenmiştir.

Bulgular: 16 yaş erkek hasta acil servise döküntü şikâyeti ile başvurdu. Hastanın döküntülerinin vücudunun üst kısmında, başvurudan 3 gün önce başladığı, ateşi olmadığı, 1 ay önce çocuk nefroloji servisinde TİN tanısı ile izlendiği, 25 gündür metilprednisolon, amlodipin ve lansoprazol kullandığı, döküntüler çıkmadan önceki 10 gün içinde de birkaç kere parasetamol tablet içtiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde saçlı deride, yüzde, sırtta ve gövde ön yüzünde makülopapüler döküntüleri, oral mukozada aftları ve her iki gözde konjonktiviti mevcuttu. Hastada bu bulgularla SJS düşünüldü ve hastanın kullandığı tüm ilaçlar kesildi. Hastaya oral mukoza, göz ve cilt bakımı ile birlikte siklosporin 5 mg/kg tedavisi başlandı. Ancak bu tedaviyi alırken döküntülerde artmanın devam etmesi üzerine hastaya intravenöz immünglobulin (IVIG) 0,5 gr/kg başlandı. Takibinde baş ağrısı ve nötropeni gelişen hastada bu bulgular siklosporin yan etkisi olarak değerlendirilerek tedavinin 4. gününde siklosporin kesildi. Bunu takiben hastanın baş ağrıları geçti, nötropenisi düzeldi. Toplamda 3 gr/kg IVIG aldıktan sonra hemolitik anemisi gelişen hastada IVIG ilişkili hemolitik anemi olabileceği düşünüldü. Hem döküntülerinin kontrol altına alınamaması hem de hemolitik anemi gelişmesi üzerine hastanın tedavisine 0,7 mg/kg deksametazon eklendi. Deksametazonun ilk dozundan sonra hastanın döküntüleri geriledi. Yedi günlük tedavi sonrası döküntüleri belirgin bir şekilde gerileyen ve deskuame olan, anemisi düzelmeye başlayan, vital bulguları stabil olan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: SJS, çocukluk çağında nadir görülen, ağır ve hayatı tehdit eden alerjik bir reaksiyondur. Tanının erken konulup, tedaviye erken başlanması hayati önem taşımaktadır. Tedavi esnasında da yeni ilaç ilişkili reaksiyonlar gelişebileceği akıld tutulmalı ve mümkün olduğunca az ilaç kullanılmalıdır.



KONGRE SEKRETARYASI

Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Derneği
Şehremini Mah. Millet Cad. No:133/4 - Fatih / İstanbul
Tel: +90 (537) 268 85 48 • +90(212) 534 04 52
E-mail: cocukalerjiastim@gmail.com



ORGANİZASYON SEKRETARYASI

Solo Event
Esentepe Mah. Yazarlar Sok. No:16 Şişli, 34394,
İstanbul / Turkey
Tel: 0212 279 00 20 Faks: 0212 279 00 35
E-Mail: info@soloevent.net