12. ULUSLARARASI KATILIMLI ÇOCUK ALERJİ VE ASTIM KONGRESİ

23-26 Nisan 2017, Pine Bay Otel, Kuşadası

www.caaad.org.tr/kongre2017

GEÇMİŞ ÖĞRETİLERDEN GELECEKTEKİ BAŞARILARA...

ÇOCUK ALERJİ VE ASTIM AKADEMİSİ DERNEĞİ

GENX

Kongre ve Organizasyon

İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul T: +90 216 310 11 00
F: +90 216 310 06 00 info@genx.com.tr / www.genx.com.tr
facebook.com/GENXKONGRE twitter.com/GENX_KONGRE

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu yıl Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği'nin 12. Kongresini 23 - 26 Nisan 2017 tarihlerinde Pine Bay Otel Kuşadası'nda gerçekleştirecek olmanın sevincini yaşıyoruz.

Ege kıyılarının en güzel yerlerinden biri olan Kuşadası'nda yapılacak olan bu kongrede, 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı'nı bu sene de birlikte kutlayacak ve ilkbaharın güzelliğini kalplerimizde hissedecek olmanın heyecanı içindeyiz.

Kongremiz sırasında; gün geçtikçe artan çocukluk çağı alerjik hastalıkları, astımın tanı ve tedavileri başta olmak üzere, çeşitli konularda yerli ve yabancı bilim insanları ile tanışma ve güncel bilgileri öğrenmeyle beraber, interaktif katılım fırsatları bulacağız.

Bu yıl da geçen yıllarda olduğu gibi, bildiri ile katılan genç araştırmacılara gelenekselleşen kongre katılım burslarını vermeye devam edeceğiz.

Zengin, dolu dolu ve doyurucu bir bilimsel program yanında hazırlamakta olduğumuz sosyal program ile çalışma enerjimizi arttırmayı hedefliyoruz. Bu güzel ve görülesi lokasyonda refakatçileri de düşünerek keyifli bir program sunmak için sürpriz planlamalar hazırlıyoruz.

Bu sene de ilkbaharın güzelliklerini Kuşadası'nda paylaşmak üzere, hepinizi kongremizde görmeyi ümit ediyoruz.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Özkan Karaman
Çocuk Alerji ve Astım Akademi Derneği
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Nihat Sapan
Çocuk Alerji ve Astım Akademi
Derneği Başkanı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Özkan Karaman

Kongre Sekreteri

Prof. Dr. Suna Asilsoy

Bilimsel Kurul Başkanı

Prof. Dr. Nevin Uzuner

İletişim Sorumlusu

Prof. Dr. Arzu Babayiğit Hocaoğlu

ÇOCUK ALERJİ VE ASTIM AKADEMİSİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Onursal Başkan

Prof. Dr. Ülker Öneş

Dernek Başkanı

Prof. Dr. Nihat Sapan

Genel Sekreter

Prof. Dr. Nermin Güler

Üyeler

Prof. Dr. Özkan Karaman

Prof. Dr. Haluk Çokuğraş

Prof. Dr. Esen Demir

Prof. Dr. Mehtap Yazıcıoğlu

Prof. Dr. Zeynep Tamay

Prof. Dr. Ahmet Akçay

Doç. Dr. Emin Özkaya

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Gönül Adalioğlu
Prof. Dr. Yildiz Saraçlar
Prof. Dr. Ioana Agache
Prof. Dr. Ayfer Tuncer
Prof. Dr. Necla Akçakaya
Prof. Dr. Nihat Sapan
Prof. Dr. Ahmet Akçay
Prof. Dr. Bülent Enis Şekerel
Prof. Dr. Cezmi Akdiş
Prof. Dr. Fulya Tahan
Prof. Dr. Mübeccel Akdiş
Prof. Dr. Zeynep Tamay
Prof. Dr. Cem Akin
Prof. Dr. Remziye Tanaç
Prof. Dr. Yaşar Anlar
Prof. Dr. İpek Türktaş
Prof. Dr. Derya Altintaş
Prof. Dr. Nevin Uzuner
Prof . Dr. Suna Asilsoy
Prof. Dr. Mehtap Yazicioğlu
Prof. Dr. Arzu Babayiğit Hocaoğlu
Prof. Dr. Ayşe Yenigün
Prof. Dr. Nerin Bahçeciler
Prof. Dr. Mustafa Yilmaz
Prof. Dr. Arzu Bakirtaş
Prof. Dr. Hasan Yüksel
Prof. Dr. Ali Baki
Prof. Dr. Dost Zeyrek
Prof. Dr. Ayşen Bingöl
Doç. Dr. Mustafa Arga
Prof. Dr. Gülbin Bingöl
Doç. Dr. Zafer Arslan
Prof. Dr. İlknur Bostanci
Doç. Dr. Zeynep Ayyildiz
Prof. Dr. Yildiz Camcioğlu
Doç. Dr. Safa Bariş
Prof. Dr. Demet Can
Doç. Dr. Ayşe Betül Büyüktiryaki
Prof. Dr. Reha Cengizlier
Doç. Dr. Yakup Canitez
Prof. Dr. Feyzullah Çetinkaya
Doç. Dr. Ersoy Civelek
Prof. Dr. Haluk Çokuğraş
Doç. Dr. Elif Karakoç Aydiner
Prof. Dr. Esen Demir
Doç. Dr. Mehmet Kiliç
Prof. Dr. Sadik Demirsoy
Doç. Dr. Ercan Küçükosmanoğlu
Prof. Dr. Figen Gülen
Doç. Dr. Emine Dibek Misirlioğlu
Prof. Dr. Nermin Güler
Doç. Dr. Cevdet Özdemir
Prof. Dr. Seval Güneşer
Doç. Dr. Emin Özkaya
Prof. Dr. Koray Harmanci
Doç. Dr. Ahmet Özen
Prof. Dr. Susanne Halken
Doç. Dr. Serap Özmen
Prof. Dr. Ömer Kalayci
Doç. Dr. Cem Hasan Razi
Prof. Dr. Özkan Karaman
Doç. Dr. Ayhan Söğüt
Prof. Dr. Özlem Keskin
Doç. Dr. Ümit Murat Şahiner
Prof. Dr. A. Kadir Koçak
Doç. Dr. Nazan Tomaç
Prof. Dr. Semanur Kuyucu
Doç. Dr. Müge Toyran
Prof. Dr. Maria Antonella Muraro
Doç. Dr. Tuğba Tuncel
Prof. Dr. Fazil Orhan
Doç. Dr. Özge Uysal Soyer
Prof. Dr. Ülker Öneş
Doç. Dr. Tolga Yavuz
Prof. Dr. Özlem Yilmaz Özbek
Doç. Dr. Özge Yilmaz
Prof. Dr. Öner Özdemir
Doç. Dr. Özlem Yilmaz
Prof. Dr. Fadil Öztürk
Doç. Dr. Ümit Ayfer Yükselen
Prof. Dr. Cansin Saçkesen
Doç. Dr. Nilüfer Galip
Prof. Dr. Nuran Salman
Doç. Dr. Mehtap Kiliç
Prof. Dr. Recep Sancak
Doç. Dr. Mahmut Doğru
Prof. Dr. Işik Yalçin

OTURUM BAŞKANI VE KONUŞMACILAR

Dr. Cem Akın
Sn. Durukan Duru
Dr. Haluk Çokuğraş
Dr. Susanne Halken
Dr. Şükrü Çekiç
Dr. Yakup Canıtez
Dr. Yasin Karalı
Dr. Yıldız Saraçlar
Dr. Kerim Güler
Dr. Nermin Güler
Dr. Arzu Babayiğit
Dr. Ayfer Tuncer
Dr. Öner Özdemir
Dr. Ahmet Akçay
Dr. Ahmet Oğuzhan Özen
Dr. Ali Baki
Dr. Arzu Bakırtaş
Dr. Ayper Somer
Dr. Ayşe Yenigün
Dr. Ayşe Betül Büyüktiryaki
Dr. Ayşegül Akan
Dr. Ayşen Bingöl
Dr. Bülent Şekerel
Dr. Can Kocabaş
Dr. Can Ömer Kalaycı
Dr. Cansın Saçkesen
Dr. Celalettin Dost Zeyrek
Dr. Cem Hasan Razi
Dr. Cevdet Özdemir
Dr. Cezmi Akdiş
Dr. Demet Can
Dr. Deniz Özçeker
Dr. Duygu Erge
Dr. Elif Karakoç Aydıner
Dr. Emin Özkaya
Dr. Emine Dibek Mısırlıoğlu
Dr. Ercan Küçükosmanoğlu
Dr. Erdem Topal
Dr. Ersoy Civelek
Dr. Esen Demir
Dr. Ezgi Ulusoy
Dr. Fadıl Öztürk
Dr. Fatih Dilek
Dr. Fazıl Orhan
Dr. Fehim Yaşar Anlar
Dr. Feyzullah Çetinkaya
Dr. Figen Gülen
Dr. Fulya Tahan
Dr. Gizem Atakul
Dr. Gönül Adalıoğlu
Dr. Gülbin Bingol
Dr. Hasan Cem Yüksel
Dr. Hülya Ercan Sarıçoban
Dr. Ioana Agache
Dr. İknur Bostancı
Dr. İpek Türktaş
Dr. İsmail Reisli
Dr. Kadir Koçak
Dr. Koray Harmancı
Dr. Mahmut TRUE
Dr. Mehmet Kılıç
Dr. Mehmet Reha Cengizlier
Dr. Mehmet Sadık Demirsoy
Dr. Mehmet Yavuz Çoşkun
Dr. Mehtap Yazıcıoğlu
Dr. Metin Aydoğan
Dr. Mustafa Arga
Dr. Mustafa Erkoçoğlu
Dr. Mübeccel Akdiş
Dr. Necla Akçakaya
Dr. Nerin Nadir Bahçeciler
Dr. Nevin Uzuner
Dr. Nihat Sapan
Dr. Nilüfer Galip Çelik
Dr. Nuran Salman
Dr. Özden Anal
Dr. Özge Uysal Soyer
Dr. Özkan Karaman
Dr. Özlem Yılmaz
Dr. Özlem Yılmaz Özbek
Dr. Özge Yılmaz
Dr. Pınar Uysal
Dr. Pınar Gökmirza Özdemir
Dr. Remziye Tanaç
Dr. Safa Barış
Dr. Seda Şirin Köse
Dr. Semanur Kuyucu
Dr. Semiha Bahçeciler
Dr. Serap Özmen
Dr. Seval Kendirli
Dr. Sevgi Sipahi
Dr. Somer Öneş
Dr. Suna Asilsoy
Dr. Şule Çağlayan Sözmen
Dr. Tolga Yavuz
Dr. Tuğba Tuncel
Dr. Ülker Öneş
Dr. Ümit Murat Şahiner
Dr. Yıldız Çamcıoğlu
Dr. Yonca Tabak
Dr. Zafer Arslan
Dr. Zeynep Tamay

BİLİMSEL PROGRAM

SALON A

13:30-18:00 **Besin Alerji Kursu**

13:30-15:00 **İnek Sütü Alerjisine Güncel Bilgiler Işığında Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Nihat Sapan, Dr. Özkan Karaman*

13:30-13:45 İnek Sütü Protein Allerjisinde (ISPA) Epidemiyoloji, Prevelans, Semptomlar, Klinik Tipler
Dr.Ahmet Özen

13:45-14:00 İSPA de Tanı, Prognoz ve Tolerans Mekanizmaları
Dr. Mustafa Erkoçoğlu

14:00-14:15 İSPA'da Tedavi Yönetimi
Dr. Mehmet Kılıç

14:15-14:30 İSA Olan Çocuklarda Beslenmenin Düzenlenmesi
Dr. Cansın Saçkesen

14:30-14:45 İnek Sütü Protein Alerjisinde Olgularla Takip
Dr. Metin Aydoğan

14:45-15:00 Tartışma

15:00-15:15 **Kahve Arası**

15:15-16:45 **Alerjik Hastalıkların Ortaya Çıkması Önlenebilir mi? Beslenmenin Rolü Var mı?**
Oturum Başkanları: *Dr. Nermin Güler, Dr. Zeynep Tamay*

15:15-15:35 Gebelikte Beslenme Bebekte Alerji Gelişimini Önler mi?
Dr. Ercan Küçükosmaoğlu

15:35-15:55 Sağlıklı Çocuklarda Besin Alerjisinin Önlenmesinde Beslenmenin Rolü
Dr. Elif Karakoç Aydıner

15:55-16:15 Alerjik Çocuklarda Besin Alerjisinin Önlenmesinde Beslenmenin Rolü
Dr. Koray Harmancı

16:15-16:35 Beslenme Problemi Olan Süt Çocuğuna Yaklaşım; Hangi Hasta Besin Alerjisi Açısından Değerlendirilmeli?
Dr. Hasan Cem Razi

16:35-16:45 Tartışma

16:45-18:00 **Besin Alerjisinin Tedavisine Güncel Bilgiler Işığında Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Esen Demir, Dr. Mehtap Yazıcıoğlu*

16:45-17:10 Bileşene Dayalı Tanı Yöntemlerinin (CRD) Tanı ve Tedaviye Etkisi
Dr. Tuba Tuncel

17:10-17:35 Besin Alerjisinde Tolerans Mekanizmaları ve Doğal Tolerans
Dr. Hülya Ercan Sarıçoban

17:35-18:00 Besin Alerjisinde İmmunoterapi
Dr. Özlem Yılmaz

18:30-19:00 **Açılış Konuşmaları**
Dr. Özkan Karaman, Dr. Nihat Sapan, Dr. Ülker Öneş

19:00 **Sosyal Program:** Söyleşi
Onarıcı Tarım: Sağlıklı Beslenerek Doğamızı Onarmak
Durukan Dudu

SALON A

07:00-08:00 **Gündoğumu Oturumu:** Çocukluk Çağında Bitmeyen Senfoni
Oturum Başkanları: *Dr. Kadir Koçak, Dr. Suna Asilsoy*

07:00-07:30 Çocuklarda Kronik Öksürüğe Rehberler Eşliğinde Yaklaşım
Dr. Suna Asilsoy

07:30-08:00 Olgu Örnekleri ile Kronik Öksürük
Dr. Zeynep Tamay

08:00-08:45 **Remziye Tanaç Paneli**
Oturum Başkanları: *Dr. Necla Akçakaya, Dr. Nermin Güler*

08:00-08:45 Atopik Dermatite Güncel Yaklaşım
Dr. Remziye Tanaç

08:45-09:30 **Konferans**
Oturum Başkanları: *Dr. Özkan Karaman, Dr. Nihat Sapan*

08:45-09:30 Arı Alerjisi
Dr. Cem Akın

09:30-10:00 **Kahve Arası**

10:00-11:00 **UYDU SEMPOZYUMU** ALK
Alerjen İmmunoterapinin Çocukluklarda Solunum Alerjilerinin Seyrini Düzenlemedeki Rolü
Oturum Başkanları: *Dr. Özkan Karaman, Dr. Nermin Güler*
Konuşmacı: *Dr. Susanne Halken*

11:00-12:30 **Çocukluk Çağı Alerjilerinde Güncel Konular**
Oturum Başkanları: *Dr. Ülker Öneş, Dr. Ömer Kalaycı*

11:00-11:30 Precision Medicine in Allergy and Asthma - Opportunities and Pitfalls
Alerji ve astımda kişiye özel tedavi: *Artıları ve eksileri*
Dr. Ioana Agache

11:30-12:00 Allerjenlere İmmun Tolerans da Yeni Gelismeler
Dr. Mübeccel Akdis

12:00-12:30 Astim Endotipleri ve Kisisel Tip
Dr. Cezmi Akdis

12:30-13:30 **Öğle Yemeği**

13:30-14:15 **Ürtikerli ve Anjiyoödemli Çoçuğa Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Yıldız Saraçlar, Dr. Mehtap Yazıcıoğlu*

13:30-13:45 Ürtikerli Çocukta Tanı ve Ayırıcı Tanı
Dr. Haluk Çokuğraş

13:45-14:00 Anjiyoödemli Çocukta Tanı ve Ayırıcı Tanı
Dr. Zeynep Tamay

14:00-14-15 Kronik Ürtiker ve Tedavisi
Dr. Nihat Sapan

24 NİSAN 2017, PAZARTESİ

14:15-15:30	**Alerjik Rinitte Güncelleme** **Oturum Başkanları:** *Dr. Ayfer Tuncer, Dr. Özkan Karaman*
14:15-14:40	Lokal Alerjik Rinit *Dr. Öner Özdemir*
14:40-15:05	Endotipler, Fenotipler *Dr. Kadir Koçak*
15:05-15:30	Tedavi Yaklaşımları *Dr. Özkan Karaman*
15:30-16:00	**Kahve Arası**
16:00-17:00	**Çocukluk Çağı Astım Tedavisine Rehberler Eşliğinde Olgularla Yaklaşım** **Oturum Başkanları:** *Dr. Gönül Adalıoğlu, Dr. Cevdet Özdemir*
16:00-16:30	0-5 Yaş Arası Çocuklarda Tedavi Olgularla *Dr. Bülent Şekerel*
16:30-17:00	Büyük Çocuklarda Tedavi Olgularla *Dr. Feyzullah Çetinkaya*
17:00-18:00	**Konferans** **Oturum Başkanları:** *Dr. Reha Cengizlier, Dr. Zeynep Tamay*
	Türk Çocuklarında Astım Fenotipleri *Dr. Ömer Kalaycı*
21:30	**SOSYAL PROGRAM** **Konferans**
	Bozcaada (Tenedos)
	Dr. Somer Öneş

SALON B

13:30-14:15 **Mikrobiyomun İmmun Sistem ve Alerji Üzerine Etkileri**
Oturum Başkanları: *Dr. Yıldız Camcıoğlu, Dr. Özden Anal*

13:30-13:50 Havayolunda Mikrobiyom
Dr. Yıldız Camcıoğlu

13:50-14:10 Barsak Mikrobiyatası
Dr. İsmail Reisli

14:10-14:15 Tartışma

14:15-15:30 **Hava yolu inflamasyonunda mekanizmalar**
Oturum Başkanları: *Dr. Haluk Çokuğraş, Dr. Fazıl Orhan*

14:15-14:45 Alerjik İnflamasyon ve Klinik Bulguları
Dr. Esen Demir

14:45-15:15 Alerjik Olmayan İnflamasyon ve Klinik Bulguları
Dr. Cansın Saçkesen

15:15-15:30 Tartışma

15:30-16:00 **Kahve Arası**

16:00-17:00 **Panel:** Çocuk Çağı Astımında Güncel Konular
Oturum Başkanları: *Dr. Seval Güneşer Kendirli, Dr.Nerin Bahçeciler*

16:00-16:20 Endotip Biyo-Belirteçlerine Göre Yeni Tedaviler
Dr. Can Kocabaş

16:20-16:40 Tedaviye Uyumsuzluk ile Başa Çıkma Yolları
Dr. Reha Cengizlier

16:40-17:00 Ağır Astım Alevlenmeleri Spesifik Fenotip mi?
Dr. Serap Özmen

17:00-18:00 **Karşıt Görüş:** Egzema Atopik Bir Hastalık mıdır?
Oturum Başkanları: *Dr. İpek Türktaş, Dr. Suna Asilsoy*

17:00-17:30 Evet
Dr. Ali Baki

17:30-18:00 Hayır
Dr. Arzu Bakırtaş

POSTER SALONU

18:00-19:00 **PS 001 - PS 043**
Oturum Başkanları: *Dr. Ahmet Akçay, Dr. Zeynep Tamay, Dr. Figen Gülen, Dr. Feyzullah Çetinkaya*

SALON A

07:00-08:00 **Birlikte Tartışalım:** Olgular
Oturum Başkanları: *Dr. Özkan Karaman, Dr. Esen Demir*

07:00-07:20 Angioödem
Dr. Sevgi Sipahi

07:20-07:40 Ürtiker
Dr. Seda Şirin Köse

07:40-08:00 Hışıltılı Çocuk
Dr. Ezgi Ulusoy

08:00-09:00 **Karşıt Görüş:** Besin Alerjisi Tanı ve Takibinde Dışkıda Kalprotektin Ölçümü Gerekli midir?
Oturum Başkanları: *Dr. Can Naci Kocabaş, Dr. Emine Dibek Mısırlıoğlu*

08:00-08:30 Evet
Dr. Ahmet Akçay

08:30-09:00 Hayır
Dr. Emin Özkaya

09:00-10:00 **Karşı Görüş:** 5 Yaş Altı Çocuklarda Alerjen İmmunoterapisi Etkili mi?
Oturum Başkanı: *Dr. Ülker Öneş, Dr. Ahmet Akçay*

09:00-09:30 Evet
Dr. Ersoy Civelek

09:30-10:00 Hayır
Dr. Demet Can

10:00-10:30 **Kahve Arası**

10:30-11:00 **Konferans**
Oturum Başkanı: *Dr. Özkan Karaman, Dr. Zeynep Tamay*

Çocukluk Çağı Astımında Risk Faktörleri: Kanıtlar Ne Diyor?
Dr. Nermin Güler

11:00-11:30 **Konferans**
Oturum Başkanı: *Dr. Nermin Güler, Dr. Mehtap Yazıcıoğlu*

Primary Prevention of Food Allergy in Children
Çocuklarda Besin Alerjilerinde Primer Korunma
Dr. Susanne Halken

11:30-12:30 **UYDU SEMPOZYUMU** Abbott A Promise for Life
İnek Sütü Alerjisinde Tolerans Gelişimi
Oturum Başkanı: *Dr. Özkan Karaman*

Konuşmacı: *Dr. Cansın Saçkesen*

12:30-13:30 **Öğle Yemeği**

13:30-14:30	**Konferans :** Anafilakside Zor Olan **Oturum Başkaları:** *Dr. Haluk Çokuğraş, Dr. Bülent Şekerel*
	İdiopatik Anaflaksi *Dr. Cem Akın*
14:30-15:30	**Besin Alerjisinde Yenilikler** **Oturum Başkanları:** *Dr. Ali Baki, Dr. Nevin Uzuner*
14:30-14:50	Besinlere Erken Başlamak-Duyarlanma Önlenebilir mi? *Dr. Nermin Güler*
14:50-15:10	Besin Allerjisi Tedavisi-Tolerans Sağlanması Mümkün mü? *Dr. Metin Aydoğan*
15:10-15:30	Tanı ve Tedavide Yeni Biyobelirteçler *Dr. Arzu Babayiğit*
15:30-16:00	**Kahve Arası**
16:00-17:00	**Epitelin Allerjik Hastalıklarda Önemi** **Oturum Başkanları:** *Dr. Ayşe Yenigün, Dr. Arzu Bakırtaş*
16:00-16:20	Atopik Dermatit *Dr. Özge Yılmaz*
16:20-16:40	Hava Yolu İnflamasyonunda *Dr. Hasan Yüksel*
16:40-17:00	Besin Alerjisinde *Dr. Ümit Murat Şahiner*
17:00-18:00	**Karşıt Görüş:** Çocukluk Çağında Venom İmmunoterapisi İçin Ürtiker Bir Endikasyon mudur? **Oturum Başkanları:** *Dr. Fadıl Öztürk, Dr. Figen Gülen*
17:00-17:30	Evet *Dr. Zafer Arslan*
17:30-18:00	Hayır *Dr. İlknur Bostancı*
21:00	**SOSYAL PROGRAM** **Şöyleşi** **Birazda Gülelim: Mizzah ve Tıp** *Dr. Kerim Güler*

SALON B

07:00-08:00 **Birlikte Tartışalım:** Olgular
Oturum Başkanları: *Dr. Nihat Sapan, Dr. Zeynep Tamay*

07:00-07:20 Kontak Dermatit
Dr. Pınar Gökmirza Özdemir

07:20-07:40 Alerjik Rinit
Dr. Semiha Bahçeci

07:40-08:00 İmmünoterapi
Dr. Şükrü Çekiç

08:00-09:00 **Çocuklarda Alerjen İmmunoterapisinin Önemi**
Oturum Başkanları: *Dr. Koray Harmancı, Dr. Özge Yılmaz*

08:00-08:20 Sublingual
Dr. Dost Zeyrek

08:20-08:40 Subkutan
Dr. Ayşen Bingöl

08:40-09:00 Çözülmeyen Problemler
Dr. Nerin Bahçeciler

09:00-10:00 **Solunum Yolu Alerjilerinin Ortaya Çıkmasına Etki Eden Faktörler**
Oturum Başkanları: *Dr. Sadık Demirsoy, Dr. Nermin Güler*

09:00-09:20 Hava Kirliliği
Dr. Özlem Yılmaz Özbek

09:20-09:40 Viral Enfeksiyonlar (Viral Enfeksiyonlar ve Atopi)?
Dr. Betül Büyüktiryaki

09:40-10:00 Bakteriyal Enfeksiyonlar
Dr. Ayper Somer

10:00-10:30 **Kahve Arası**

10:30-11:30 **Atopik Dermatite Güncel Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Semanur Kuyucu, Dr. Fulya Tahan*

10:30-10:50 Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler
Dr. Yavuz Çoşkun

10:50-11:10 Atopik Dermatitte Duyarlanma ve Doğal Gidiş
Dr. Emine D. Mısırlıoğlu

11:10-11:30 Ağır Atopik Dermatitde Güncel Tedavi
Dr. Nevin Uzuner

12:30-13:30 **Öğle Yemeği**

13:30-14:30 **Olgularla Anafilaksiye Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Yaşar Anlar, Dr.Özge Uysal Soyer*

13:30-13:50 Süt Çocuklarında Anaflaksi
Dr. Safa Barış

13:50-14:10 Egzersizle İlişkili Anaflaksi
Dr. Duygu Erge

14:10-14:30 Anaflakside Tedavi
Dr. Yaşar Anlar

14:30-15:30 **Alerjide Tanısal Testlerde Neredeyiz?**
Oturum Başkanları: *Dr. İlknur Bostancı, Dr. Emin Özkaya*

14:30-14:50 İlaç Provokasyon Testleri
Dr. Özge Soyer

14:50-15:10 Besin Provokasyon Testleri
Dr. Mustafa Arga

15:10-15:30 Solunum Fonksiyon Testleri ve Bronş Provokasyon Testleri
Dr. Figen Gülen

15:30-16:00 **Kahve Arası**

16:00-17:00 **Karşıt Görüş:** Probiyotiklerin Alerjik Hastalıkların Tedavisinde Yeri
Oturum Başkanları: *Dr. Özkan Karaman, Dr. Mustafa Arga*

16:00-16:30 Vardır
Dr. İpek Türktaş

16:30-17:00 Yoktur
Dr. Gülbin Karakoç

17:00-18:00 **Çocukluk Çağında İlaç Alerjilerine Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Dost Zeyrek, Dr. Serap Özmen*

17:00-17:30 İlaç Alerjisinde Sınıflandırma
Dr. Mehtap Yazıcıoğlu

17:30-18:00 Sorumlu İlaç Tespitinde İnvitro/İnvivo Testler
Dr. Semanur Kuyucu

POSTER SALONU

18:00-19:00 **PS 044 - PS 085**
Oturum Başkanları: *Dr. Betül Büyüktiryaki, Dr. Demet Can, Dr. Ayşen Bingöl, Dr. Can Kocabaş*

SALON A

07:00-08:30 **Sözlü Bildiriler**
Oturum Başkanları: *Dr. Emin Özkaya, Dr. Safa Barış*

SS-001 Pediatri Hekimlerinin Alerjik Solunum Yolu Hastalıklarında Allerjen Spesifik İmmunoterapi Kullanımı Hakkındaki Bilgileri, Bu Tedaviye Bakış Açıları ve Tutumları
Dr. Sakine Işik

SS-002 Çocukluk Çağı Astım Kontrolünü Belirlemede Objektif Laboratuvar Parametreleri
Dr. Melek Ergin

SS-003 Altı-Yedi Yaş Arası Çocuklarda Astım Gelişimi ile İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi
Dr. Dilek Doğruel

SS-004 Egzersize Bağlı Nefes Darlığı ile Çocuk Allerji Polikliniğine Başvuran Hastaların Durumu
Dr. Hülya Ercan Sarıçoban

SS-005 Astımlı Çocuklarda Akut Faz Reaktanlarının Değerlendirilmesi
Dr. Orhan Coşkun

SS-006 Bir Astım Günü Etkinliğinin Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyine Etkisi Var mı? Dünya Astım Günü'nün Aile Hekimliği Eğitimindeki Yeri Ne Olmalı?
Dr. Ayşegül Ertuğrul

SS-007 Astımlı Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Dr. Eda Ünal

SS-014 Alerjik Rinit Tanılı Hastalarda Alerjen Bloke Edici Mekanik Bariyer Jelin Semptom ve Yaşam Kalitesine olan Etkisi
Dr. Gizem Atakul

08:30-09:30 **Astım İlaçlarının Güvenirliği**
Oturum Başkanları: *Dr. Koray Harmancı, Dr. Metin Aydoğan*

08:30-08:50 Kısa ve Uzun Etkili Bronkodilatatörler
Dr. Erdem Topal

08:50-09:10 LTRA
Dr. Tolga Yavuz

09:10-09:30 Kortikosteroidler
Dr. Yakup Canıtez

09:30-10:30 **Klinik Pratikte Bileşene Dayalı Tanının Önemi**
Oturum Başkanları: *Dr. Ayşen Bingöl, Dr. Cem Razi*

09:30-10:00 Besin Alerjisinde
Dr. Fulya Tahan

10:00-10:30 İmmunoterapi Seçiminde
Dr. Nilufer Galip

10:30-11:00	**Kahve Arası**
11:00-12:00	**Alerjide Vitamin / Minerallerin Rolü** **Oturum Başkanları:** *Dr. Nermin Güler, Dr. Duygu Erge*
11:00-11:20	D Vitamin *Dr. Yonca Tabak*
11:20-11:40	Omega 3 *Dr. Mahmut Doğru*
11:40-12:00	Çinko *Dr. Ayşegül Akan*
12:00-13:00	**Panel** **Oturum Başkanları:** *Dr. Özkan Karaman, Dr. Suna Asilsoy*
	Akılcı İlaç Kullanımı *Dr. Nuran Salman*
13:00	**KAPANIŞ**

SALON B

07:00-08:30 **Sözlü Bildiriler**
Oturum Başkanları: *Dr. Özlem Yılmaz Özbek, Dr. Yakup Canıtez*

SS-008 Kronik Ürtikerli Hastalarda Besin Katkı Maddelerinin Yama Testi ile Sonuçlarının Değerlendirilmesi
Dr. Deniz Özçeker

SS-009 Çocuk Alerji Polikliniğinde Dispne/Göğüs Ağrısı Nedenleri
Dr. Merve Betül Solmaz

SS-010 Çocuklarda Eozinofilik Ösefajit İzlem ve Tedavisi
Dr. Ahmet Kan

SS-011 Ülkemizde Daha Önce Kullanılan Adrenalin Otoenjektörü (Epipen) ile Şu Anda Mevcut Olan Adrenalin Otoenjektörünün (PENEPİN) Pratik Uygulama Becerilerinin Karşılaştırılması
Dr. Erdem Topal

SS-012 Allerjik Yakınmalarla Başvuran Okul Öncesi Çocuklarda Ev Tozu Duyarlılığı
Dr. Melike Kurtuluş Çokboz

SS-013 Besin Alerjisinin Tanı ve Takibinde Semptom Bazlı Skorlamanın Etkinliği
Dr. Seda Şirin Köse

SS-015 Atopik Dermatitli Okul Çocuklarında Nikel Allerjisi
Dr. Ayşegül Ertuğrul

SS-016 Orak Hücreli Anemili Çocuklarda Solunum Yolu ve Allerjik Hastalıklar Sıklığının Belirlenmesi
Dr. Tuğba Arıkoğlu

08:30-09:30 **Atopik Komorbiditeler**
Oturum Başkanları: *Dr. Cevdet Özdemir, Dr. Betül Büyüktiryaki*

08:30-08:50 Atopik Yürüyüş
Dr. Cevdet Özdemir

08:50-09:10 Egzema, Rinit ve Astım: *Atopik Yürüyüş Talihsiz Bir Hikaye mi? Önlenemez mi?*
Dr. Fadıl Öztürk

09:10-09:30 Bebeklikten, Erken Erişkinliğe: *Kohort Çalışmalardan Öğrendiklerimiz*
Dr. Fazıl Orhan

09:30-10:30	**Olgularla Alerjik Hastalıklar** **Oturum Başkanları:** *Dr. Özkan Karaman, Dr. Özlem Yılmaz*
09:30-09:50	Anaflaksi *Dr. Gizem Atakul*
09:50-10:10	Atopik Dermatit *Dr. Yasin Karalı*
10:10-10:30	Astım *Dr. Fatih Dilek*
10:30-11:00	**Kahve Arası**
11:00-12:00	**Yılın Makaleleri** **Oturum Başkanları:** *Dr. Nihat Sapan, Dr. Nevin Uzuner*
11:00-11:20	Ürtiker *Dr. Pınar Uysal*
11:20-11:40	İlaç alerjileri *Dr. Şule Çağlayan Sözmen*
11:40-12:00	İmmunoterapi *Dr. Deniz Özçeker*

KONUŞMA ÖZETLERİ

ALERJİDE VİTAMİN/MİNERALLERİN ROLÜ: D-VİTAMİNİ

Dr. Yonca Tabak

D vitaminin alerjik hastalılar üzerindeki etkisi son yıllarda üzerinde çok durulan bir konudur. Özellikle alerjik hastalıklarda son yıllarda görülen artış ve insanların artık çok daha az güneş ışığına çıkıyor olması gerçeği birleştirildiğinde, güneş ışığı sayesinde vücutta üretilmek zorunda olan D-vitamini eksikliğin alerji gelişimiyle ilgisi olup olmadığı özellikle son yıllarda yapılan çalışmalara konu olmuş durumdadır. Bu yönde daha çok D-vitaminin anti-enflamatuar özellikler üzerinde durulmaktadır.

Alerjik reaksiyon için en tipik kabul edilen ve Ig-E aracılıklı alerjik reaksiyonu yansıtan gıda alerjileri bu konuda en çok çalışılan konulardan birisi olmuştur. Ig-E aracılıklı gıda alerjisi genellikle Th2 aracılıklı IL-4, 5, 9, 13 salgılanması ve alerjen spesifik Ig E antikoru üretilmesi ile karakterize kabul edilir. Erken dönemde gıdalara karşı IgE gelişimi ve duyarlılaşma, oral, bağırsak ve kütanöz yüzeylerden gıda teması sonucu meydana gelir.

D-vitaminin gıda alerjisi gelişimindeki rolü üzerine çelişki mevcuttur. Bir taraftan bazı araştırmalar D-vitamini eksikliğinin IgE aracılıklı gıda alerjisi riskini ve gıda sensitizasyonunu artırdığını söylemekteyken, öte yandan hamilelikte D-vitamini fazlalığının artmış gıda alerjisi riski ile ilişkili olduğuna dair araştırmalar da vardır. Literatürde kordon kanında yüksek D-vitamini ile T regülatuar hücre azlığının immun toleransı düşürdüğüne dair sonuçlar görülmektedir.

Buna rağmen gıda alerjisi gelişiminde düşük D-vitamininin rolü konusunda kanıtlar daha güçlü görülmektedir. Vasalla ve arkadaşlarının bu konuda bir "çoklu etki modeli" önermişlerdir. Bu öneride etkilerden biri, düşük D-vitaminine bağlı bariyer savunma mekanizmalarının bozulması ve gastrointestinal enfeksiyonlara yatkınlık olması gösterilmektedir. Gastrointestinal sistemde mikrobiyal ekoloji değişimi ve immun toleransın azalmasının kişileri gıda alerjisine yatkın hale getiriyor olabileceği ileri sürülmektedir.

Bu görüş yakın zamanda 1.25 OH2 D3'ün 1- mukozal bariyer fonksiyonlarını artırıcı 2- proalerjik immun yanıtı baskılayıcı 3- immun toleransı artırıcı etkilerinin gösterilmesi ile sesteklenmiştir. D-vitamini eksikliği tüm bu fonksiyonlarda azalma yaparak mukozal yüzeylerde alerjik sensitizasyona neden oluyor olabilir görüşü oldukça ilgi görmektedir. D- vitamini mukozal bariyeri güçlendirici etkisi, epitelial tight-junction'lar ve gap-junctionlar ve adherens junctionları kodlayan genlerin ekspresyonunun D-vit ile artması gerçeği üzerinden işlemektedir. İmmun toleransa katkıda bulunan D-vit mekanizması ise, tolerojenik dendritik hücre ve T regulatuar hücreleri artırma ve B hücreler üzerinden Ig E yapımını baskılamayı içermektedir.

Öte yandan bazı epidemiyolojik çalışmalar D-vitamini fazlalığının da gıda alerjisi patogenezine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. 25 OH2 -D3 konsantrasyonları ile alerji gelişimi üzerindeki etkinin lineer değil U şeklinde olduğu iddia edilmektedir. Yani bir diğer deyişle hem çok düşük hem de çok yüksek konsantrasyonlar alerji gelişiminden sorumlu tutulmaktadır.

ANAFİLAKSİ

Dr. Gizem Atakul

Anafilaksi; şiddetli, yaşamı tehdit edebilen sistemik alerjik bir reaksiyon olarak tanımlanır. Tüm sağlık çalışanlarının yönetebilmesi gereken klinik bir acil durumdur. Hızlı başlangıçlı olması, yaşamı tehdit eden havayolu, solunum ve dolaşım problemleri ile karakterizedir. Gerçek anafilaksi mast hücre ve bazofillerden IgE aracılığıyla mediyatörlerin salınması sonucu oluşur. Anafilaktoid veya pseudoalerjik reaksiyonlar anafilaksiye benzeyen fakat IgE aracılığı olmadan bazofil ve mast hücrelerden mediyatör salınmasına neden olan reaksiyonlardır. Gıdalar ve ilaçlar acil servise anafilaksi ile başvuran hastalarda en sık etkenlerdir. Çocuklarda en sık anafilaksi etkeni gıdalardır. Duyarlı olduğu gıdanın çok az miktarda alımı hatta buharının, tozunun inhalasyonu bile kişide anafilaksiye neden olabilmektedir. Anafilakside klinik bulgular etkilenen organ ve sisteme göre değişmektedir. Bulgular genellikle alerjene maruz kaldıktan sonraki iki saat içinde ortaya çıkmaktadır. Bu süre gıda alerjilerinde çoğunlukla 30 dakika iken böcek sokmaları ve parenteral ilaç uygulamalarında anafilaksi bulguları daha kısa sürede gelişmektedir. Anafilakside en sık etkilenen sistem deri (%84) iken sırasıyla kardiyovaskuler (%72) ve solunum sistemi (%68) diğer sık etkilenen sistemlerdir. Reaksiyonların %20'sinde bifazik anafilaksi gelişmektedir.

Çocuklarda Anafilaksi Tanı Kriterleri

Aşağıdaki durumlardan herhangi biri varsa hastada anafilaksi olma olasılığı çok yüksektir

1. Dakikalar veya saatler sonra aniden ortaya çıkan yaygın ürtiker, kaşıntı veya kızarıklık; dudaklarda-dilde-uvulada şişmeye ek olarak aşağıdakilerden en az birinin olması
   a. Solunum sistemi tutulumu(dispne, hışıltı- bronkospazm, stridor,PEF 'te düşme, hipoksemi)
   b. Kan basıncında düşme veya uç organ fonksiyonlarında bozulma belirtileri (şok, senkop veya inkontinans v.b.).
2. Muhtemel bir alerjenle karşılaşmadan sonra aşağıdaki durumlardan en az ikisinin ortaya çıkması
   a. Deri ve/veya mukoza tutulumu(yaygın ürtiker, kaşıntı-kızarıklık, dudaklarda –dilde –uvulada şişme olması
   b. Solunum sistemi tutulumu (dispne, hışıltı-bronkospazm,stridor, PEF 'te düşme, hipoksemi)
   c. Kan basıncında düşme veya ilişkili belirtiler (şok, senkop veya inkontinans v.b.).
   d. Israr eden sindirim sistemi belirtileri(kramp tarzında karın ağrısı, kusma v.b.)
3. Hasta için bilinen bir allerjenle karşılaşmadan sonra ortaya çıkan tek başına kan basıncında düşme
   a. İnfant ve çocuklarda yaşa göre düşük kan basıncı* veya sistolik kan basıncında %30 azalma
   b. Erişkinlerde 90mmhg nın altında olması ya da hastanın bazal değerinde %30 azalma olması

Hastalar havayolu, solunum, dolaşım yönünden resüsitasyonun temel prensipleri ile acil olarak değerlendirilmelidir. İlk basamak tedavi olarak intramuskuler adrenalin diğer tedaviler uygulanmadan önce yapılmalıdır.

Solunum sıkıntısı ile başvuran hastalar en az 6-8 saat, hipotansiyonu olan hastalar ise en az 12-24 saat yakın monitorize izlenmelidir. Taburculuk öncesi hastalara otoenjektör kullanımı eğitimi verilerek, reçete edilmelidir. Venom allerjisi nedeniyle anafilaksi gelişmi hastalarda immunoterapi planlanmalıdır.

SOLUNUM YOLU ALERJİLERİNİN ORTAYA ÇIKMASINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER BAKTERİYEL ENFEKSİYONLARI

Dr. Ayper Somer

Çocukluk çağında solunum yolu alerjilerinin ortaya çıkmasına neden olan fakörler arasında bakteriyel enfeksiyonlar da önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle okul öncesi hışıltılı çocuklarda ve erken çocukluk dönemi astımında sık rastlanan solunum yolu bakteriyel enfeksiyon etkenlerinden *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, ve *Haemophilus influenzae* ile kolonizasyon yüksek oranda bildirilmektedir. Bu etkenler viral enfeksiyonlar ile sinerjistik etki yaparak erken çocukluk döneminde alerjik duyarlılaşmayı sağlama ve/veya akciğer fonksiyonlarını bozma etkileri ile astım gelişim riskini arttırmaktadırlar. Bununla birlikte bazı bakteriyel ajanlarla çevresel temas ise hışıltı hastalıklarından koruyucu etki de göstermektedir.

Yaşamın ilk yılında bakteriyel ajanlarla temas ile daha sonraki dönemlerde karşılaşmanın etkileri aynı değildir. Benzer şekilde bakteriyel etkenler arasında da farklılıklar vardır. Örneğin *Mycoplasma pneumoniae* enfeksiyonları çocuk ve erişkinlerde astım ataklarının gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür.

Son yılların güncel konularından olan mikrobiyota etkisi ise bakteri tür ve çeşitliliğine bağlı olarak astım ataklarından koruyucu olarak bildirilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonların atak gelişimi üzerine olan bir diğer etkisi de mikrobiyotayı bozarak atak gelişimini kolaylaştırıcı etkileridir.

ASTIMDA TEDAVİYE UYUM SORUNLARI VE ÇÖZÜMÜ

Dr. Reha Cengizlier

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi alerjik hastalıklarda ve özellikle de astımda, tedaviye uyum çok önemlidir. Uyumsuzluk nedenleri bulunup ortadan kaldırılırsa, tedavide başarı şansı artmaktadır.

Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri; tanı aşamasında başlar. Burada gerek hasta, gerek hekim, gerekse çevrenin etkisi rol oynamaktadır.

TANI ile ilgili sorunlar;
-Ailenin tanıyı kabul etmemesi;

-Yanlış veya eksik bilgilendirmeler;

-"Overdiagnoz";

-Yanlış testler, yanlış yorumlar;

TEDAVİ ile ilgili sorunlar;
-Zor ve gereksiz uygulamalar

-Alternatif tedavi yöntemleri

-Yan etki korkusu

-Beklentilerin gerçekleşmemesi

ÇÖZÜM;

Çözüm yaklaşımlarında ortak nokta; eğitimdir. Eğitimi yaparken hedef kitleyi belirleyip uygun dille ve yöntemlerle yaklaşmak gerekir. Çocuklarda; ailenin eğitimi, çocuğun da olaya katılımını sağlamak adına oyunlarla anlatmak, göstermek gerekir. Adölesan dönemde arkadaş etkisini göz önüne almak; sosyal medyayı daha etkin kullanmak gerekir. Yaşlılıkta eşlik edecek diğer sağlık sorunlarını da birlikte değerlendirip diğer tedavilerle uyum sağlamak, olabilecek en az ilaca inmek gibi yaklaşımlar tercih edilebilir. Olabilecek en az sayıda ilaçla kontrol sağlamak daha akılcı olacaktır(3).

BARSAK MİKROBİYOTASI

Dr. İsmail Reisli

Mikroorganizmalar, immün sistem tarafından tanınır ve onlara karşı bir immün yanıt verilir. Bu immün yanıt immün toleransdan inflamasyon ve doku hasarına kadar değişiklik gösterir. İmmün yanıtın şekillenmesinde mikroorganizmanın özellikleri ve konağın durumu rol oynar. Sonuçta bir doku hasarı meydana gelirse, doku hasarsız olarak tamir edilebilir veya yeniden şekillenebilir (remodelling).

Bilindiği üzere insanlar, çok sayıda bakteri, mantar, parazit ve virüsle kolonizedir ve bu mikrop toplulukları ile iki taraflı dost bir ilişki devam ettirilir. Mikrobiyota terimi, bizim vücudumuzda yaşayan, aynı kaynakları kullanan, potansiyel olarak patojen olabilecek ekolojik bir topluluğu ifade eder. Günümüzde bu terim yerini mikrobiyom terimine bırakmaktadır ki, mikrobiyom, genel olarak mikrobiyotanın genomunu ifade etmektedir. Bizimle birlikte yaşayan mikrop sayısı, önceleri kendi hücre sayımızın 10 katı gibi tahmin ediliyordu. Son tahminler ise, bire bir gibi oranda olduğu şeklindedir. Ama genel olarak genom sayısı, yani mikrobiyom, konağınkinin 100-200 katı kadardır. Bu mikroplar konağa sadece bir metabolik etki yapmazlar, bunun yanında doku bütünlüğü ve immün yanıtları düzenleyebilirler. Tüm bunlar sağlıklı bir ekosistem (simbiyoz) meydana getirir ve zararlı patojenlerin kolonizasyonunu ve invazyonunu engeller.

Mikrobiyotanın immün sistemin gelişimi ve eğitimi için önemi iyi bilinmektedir. Bununla birlikte hastalıklarla ilişkisi daha az bilinmektedir ve mikrobiyotanın insan sağlığı ve hastalıklar üzerine potansiyel etkisi, son yıllarda ilgimizi çekmeye başlamıştır. Mikrobiyotanın çeşitliliği ve içeriği, yani sağlıklı mikrobiyota profili, dinamiktir ve konağın fiziksel durumu, genotipi ve immün fenotipi yanında diyet, antibiyotik kullanımı ve yaşam biçimi gibi çevresel faktörler ile de yakından ilişkilidir. Bu çevresel faktörler barsak ekosistemini değiştirirler (disbiyoz). Bu ise infeksiyonlara yatkınlık yanında birbiri ile ilişkili olmayan hastalıklar (obesite, diyabet ve kardiyovaküler hastalıklar gibi metabolik sendromlar, allerji ve diğer inlamatuvar hastalıklar) ile de sıklıkla birliktedir. Son yapılan çalışmalarla elde dilen veriler, barsak mikrobiyotası ile beyin (nörolojik hastalıklarla ilişki) yanında konağın algısı, davranışları ve duygusal yanıtı ile de ilişkiler kurulmasını sağlamıştır. Ancak bu ilişkilerin farklı hastalıkların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu henüz kanıtlanmamıştır.

Bu gözlemler barsak mikrobiyotasını değiştirerek hastalıkların tedavisinde yeni stratejiler geliştirilmesi için de imkan oluşturabilir. Bu konudaki yaygın yaklaşım probiyotikleri kullanarak barsak ekosistemini rehabilite etmek şeklindedir. Mikrobiyota temelli tedaviler, klinik çalışma aşamasındadır ve başarılı olduğu bildirilmiştir. Buna örnek olarak tekrarlayıcı antibiyotik dirençli Clostridium difficile enfeksiyonunun tedavisi için fekal transplantasyon verilebilir. Önümüzdeki on yılda, daha heyecan verici yaklaşımlar göreceğimiz muhtemeldir. Örneğin, İleri mikrobiyota mühendisliği teknolojileri ile inflamatuvar hastalıkların ve bazı gastrointestinal kanserlerin tanısı, korunması, öngörülmesi ve tedavisi için "zeki" yada "kurnaz" bakteriler yapmanın mümkün olacağını görebileceğiz.

Sonuç olarak mikrobiyota temelli tedaviler, tedavisi zor bazı hastalıklar için daha etkili ve uygun yaklaşımlar olabilir. Bununla birlikte bu bilgilerin klinikte kullanımından önce pek çok konunun daha aydınlatılması gerekmektedir.

BESİN ALERJİSİNDE TOLERANS MEKANİZMALARI VE DOĞAL TOLERANS

Dr. Hülya Ercan Sarıçoban

Alınan besinlere karşı normal şartlarda immün tolerans gelişir . Bu toleransın oluşumunda T hücre anerjisi, T hücre delesyonu ve regülatuar T hücre indüksiyonunun rol aldığı düşünülmektedir. Bununla birlikte intestinal epitel hücreleri (İEH), dendiritik hücreler gibi antijen sunan hücreler ve regulatuar T hücreler merkezi rol alırlar (1). Antijen sunan hücreler gerekli antijeni T hücrelerine sunarak immün cevap gelişmesine yol açmaktadırlar. İntestinal epitel hücreleri ise profesyonelolmayan antijen sunan hücreler gibi davranır ve ko-stimülatör molekül olmadan T hücrelere antijen sunarlar. Ko-stimülatörlerin yokluğunda ise immün cevap gelişemez ve tolerans oluşur. Ayrıca Peyer plaklarında bulunan dendritik hücrelerde IL-10 ve IL-4 salarak tolerans gelişimine katkıda bulunurlar. Son olarak regülatör T hücrelerin indüksiyonu sonucunda TGFβ, IL4 ve IL10 gibi inhibitör sitokinlerin üretimi artarak besin antijen süpresyonuna katkıda bulunurlar. Adaptif regülatuar T hücreler olan Th3 ve Tr-1 (Treg tip 1) hücreler TGF-β'nın potent kaynaklarıdırlar. Bu hücreler mukozal lenfoid dokuda düşük doz antijen cevabı ile oluşmakta ve çevredeki lenfositlerin aktivasyonunu inhibe ederek tolerans gelişimine katkıda bulunmaktadırlar. Bunlardan Tr-1 hücreler CD4+ CD25+ Fox P3- hücreler olup esas olarak IL-10 salgılarlarken, Th3 hücreler TGF-β salgılayarak periferal toleransı sağlarlar (1,2). Birçok meta-analiz anne sütü alımının oral tolerans gelişimine katkıda bulunarak gıda allerjilerinden koruduğunu bildirmektedir (3). Bunun nedeni; yabancı proteinlere daha az maruziyet, anne sütünde bulunan sekretuar-IgA'nın yabancı protein ve patojenlere karşı pasif koruyuculuğu, bağırsak bariyerinin maturasyonunu hızlandıran bazı faktörler olabilir (1,2,4).

KAYNAKLAR:

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. J Allergy Clin Immunol 2010;125:116-25.
2. Sampson HA, Burks AW. Adverse reactions to food. In: Adkınson NF, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF, Simons FER (eds). Middleton's Allergy Principles & Practice. 7th ed. USA, China: Elsevier, 2009:1139-67.
3. Zeiger RS, Friedman NJ. The relationship of breastfeeding to the development of atopic disorders. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program 2006;57:93-105.
4. Dibek Mısırlıoğlu E, Bostancı I. Besin Allerjisi Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2013;4:206-213

BESLENME PROBLEMİ OLAN SÜT ÇOCUĞUNA YAKLAŞIM: HANGİ HASTA BESİN ALERJİSİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMELİ?

Dr. Cem Hasan Razi

Çocukluk çağında iştahsızlık ve yeme problemleri (kusma, kolik, gıda reddi veya yavaş yeme) nedeniyle doktora başvuran sağlıklı çocukların oranı %25-45 olup, büyüme ve gelişme geriliği olan çocuklarda ise bu oran %33-80 olarak bildirilmektedir.

Beslenme bozukluğu düşündüren belirtiler: Beslenme saatlerinin uzaması, gıda reddi, yemek saatlerinin aşırı stresli ve eziyetli olması, uygun bağımsız beslenmenin olmaması, gece beslenmesi ve uzamış anne sütü veya biberonla beslenme.

Yapılan çalışmalarda süt çocuklarında beslenme problemine yol açan en sık 4 neden:

1- Gıda duyarlılığı ve allerji: İştahsızlık ve beslenme korkusuna yol açmaktadır
2- Sık regurgitasyon ve kusma (GÖR): Çok hızlı ve aşırı beslenme
3- İştahsızlık
4- Gıda reddi: Kolik.

Besin allerjisi: İmmünolojik yollarla oluşan besin aşırı duyarlılığıdır. Çocuklarda %4-8, <1 yaş %10, orta-ağır egzemalı çocuklarda %35 ve astımlı çocuklarda %6 oranında görülmektedir.

Besin allerjileri 3 farklı kategoriye ayrılmaktadır (Tablo 1). IgE aracılı besin allerjileri genellikle ilk 1-2 saat içinde bulgu verirken, hücre aracılı besin allerjileri ilk 24 saatten sonar bulgu vermektedirler.

Tablo 1: Besin allerjileri:

IgE aracılı
• Kutanöz- ürtiker, anjiyoödem, morbiliform döküntüler ve kızarma • Gastrointestinal- oral Allerji sendromu. gastrointestinal anaflaksi • Respiratuar- akut rinokonjunktivit, bronkospazm (hışıltı) • Generalize- anaflaktik şok
Karma (IgE ve Hücre Aracılı)
• Kutanöz- atopik dermatit • Gastrointestinal- Allerjik eozinoflik özofajit ve gastroenterit • Respiratuar- astım
Hücre Aracılı (gıda alerjen spesifk T lenfositlerden salınan sitokinlerin etkisi ile oluşur)
• Kutanöz- temas dermatiti, dermatitis herpetiformis • Gastrointestinal- food protein induced enterokolit, proctokolit ve enteropati sendromu, çöliak hastalığı • Respiratuar- besin tarafından indüklenen pulmoner hemosideroz (Heiner sendromu)

IgE aracılı gıda allerjisi düşündüren akut başlangıçlı semptomlar: Genellikle cilt, solunum sistemi ve GIS de bulgu verir.
1- Hafif-orta semptomlar: cilt, solunum sistemi ve GIS

- Yüzde kızarma-dudak etrafı, göz etrafında kaşıntılı kızarıklık, dilde kaşıntı (vücuda yayılabilir)
- Yüz, dudak ve göz etrafında hafif şişlik
- Burun akıntısı-tıkanıklık, gözlede sulanma, hapşırık
- Bulantı-kusma-kramp-ishal
- Ağız içi ve boğazda kaşıntı ve keçelenme

2- Şiddetli semptomlar

- Hışıltı, solunum zorluğu
- Dil ve boğazda şişme-hırıltılı solunum- sık öksürük veya seste kabalaşma
- Tansiyonda ani düşme-şok
- Baş dönmesi-konfüzyon-bilinç kaybı-koma

IgE aracılı olmayan gıda allerjisi düşündüren bulgular: Daha çok Deri ve GIS'i etkiliyor.

- Atopik egzema (Tedaviye yanıtsız)
- Reflü – ani eforsuz kusma
- Tedaviye yanıtsız Gastroözefageal reflü (Eozinofilik özefajit)
- Büyüme geriliği
- Kabızlık veya ishal
- Mukuslu ve/veya kanlı gaita
- Tedaviye yanıtsız kolik
- Sürekli huzursuzluk ve ağlama atakları
- Malabsorbsiyon-protein kaybettiren enteropati ye bağlı ödem

AĞIR ASTIM ALEVLENMELERİ SPESİFİK BİR FENOTİP Mİ?

Dr. Serap Özmen

ÖZET

Astım solunum yollarının kronik inflamasyonu ile karakterize heterojen bir hastalıktır, hatta bir sendromdur. Astımlı hastalar farklı demografik, klinik ve fonksiyonel özelliklerine göre fenotip olarak isimlendirilen farklı klinik gruplara ayrılırlar.

Çocuklarda halen astım fenotiplerini tanımlamak oldukça karmaşıktır.

Son yılarda erişkin ağır astım olgularında fenotipleri tanımlamaya yönelik istatistiksel yöntemlerle ("cluster analizi" veya "latent sınıf analizi") farklı alt gruplar tanımlanmıştır. Çocuklarda az sayıda yapılan "cluster" çalışmalarıyla inhale ve besin alerjenlerine duyarlanması, kan eozinofil ve bazofil düzeyleri yüksek olan çocukların ağır astım alevlenmeleri olduğu görülmüştür. Bu çocukların yüksek doz inhale kortikosteroid almalarına rağmen, astımlarının kontrol altında olmadığı ve astım alevlenmeleri nedeniyle daha fazla hastaneye yattıkları saptanmıştır.

Çocuklarda astım fenotiplerini tanımlamada, epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilere ek olarak immun fenotipler, genetik ve epigenetik çalışmalar ve metabolomiklerle ilgili çok yeni sonuçlar elde edilmeye devam etmektedir. Böylece ağır astım alevlenmeleri olan hastaların astım fenotipi ve inflamasyonun özellikleri bilinirse en uygun ve hedefe yönelik en etkin tedaviler planlanabilir. Ağır astım alevlenmeleri ile nihayetinde akciğer fonksiyonlarında daha fazla azalmaya engelolunabilir.

5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA ALERJEN İMMUNOTERAPİSİ ETKİLİ Mİ?
HAYIR

Dr. Demet Can

Alerjen spesifik immunoterapi (SIT) IgE aracılıklı alerjik hastalıklarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. Başlıca arı alerjisi ve alerjik rinitte uygulanmakta, kesin bir fikir birliği olmasa da hafif-orta astımlı seçilmiş olgularda da önerilmektedir. Okul öncesi çocuklarda inhalan alerjenler ile SIT arı alerjisi dışında önerilmemektedir. Bu yaş grubunda besin alerjileri ve buna bağlı anafilaksi insidansındaki artış nedeniyle besin alerjenleri ile desensitizasyon ve IT protokolleri uygulanmaya ve sonuçları tartışılmaya başlanmıştır. Terapötik etkisi yanı sıra SIT'in alerjik hastalığın doğal seyrini değiştirdiği ve yeni alerjen duyarlılıklarını engellediği böylece koruyucu olduğu iddia edilmektedir. Ancak koruyucu etkisi kanıtlanmamış, yeni alerjen duyarlılıklarını engelleyemediğini gösteren pek çok çalışma bildirilmiştir (1,2).

Milenyum öncesi yayınlanan SIT Uzlaşı Raporları'nda arı alerjisi dışında 5 yaş altı çocuklar daima relatif kontrendikasyonlar arasında yer almıştır. Bu görüş daha sonraki uzlaşı raporlarında da değişmemiş, nitekim 2010 yılındaki uzlaşı raporunda aynı şekilde sistemik reaksiyon riski ve ağrılı injeksiyonların yapacağı travmaya dikkat çekilmiş ve 5 yaş altında SIT yapılma önerisi kanıt D düzeyinde kalmıştır (4). Son olarak 2015 yılında yayınlanan immunoterapi kontrendikasyonları ile ilgili uzlaşı raporunda 2 yaş altında kesinlikle önerilmemekte, 2-5 yaş arası ise yine relatif kontrendikasyon olarak kalmaktadır (5)

Okul öncesi çocuklarda inhalan alerjenlerle SCIT uygulaması ile ilişkili pek az çalışma vardır. Son yıllarda ağrısız olması nedeniyle bu yaş grubuna SLIT protokolleri uygulanmaya başlamıştır. SLIT ile ilişkili meta-analizler bu uygulamayı etkili ve güvenli bulduğu için okul öncesi çocuklarda da SLIT teorik olarak önerilmektedir. Ancak gerek SCIT gerekse SLIT ile ilgili kontrollü çalışmalar yetersizdir (1, 6).

Literatürdeki tek randomize, plasebo kontrollü çalışma asemptomatik çocuklara koruyucu amaçla yapılmıştır. Bu çalışmada mono/oligo sensitize ancak klinik semptomu olmayan okul öncesi çocuklar 2 yıl süre ile çocuklara konvansiyonel SLIT programı uygulanmıştır. Hasta grubunda sadece 15 asemptomatik çocuk olan bu çalışmada SLIT hem güvenli hem etkili bulunmuştur. Hasta grubunda alerjen spesifik IgG düzeyinde anlamlı değişiklik ve in vitro IL10 a bağlı inhibisyon olduğu bildirilmiştir (1).

Çocuklarda sık görülen besin alerjisinde SIT oral, sublingual ve epikutan olarak uygulanmakta, ancak çoğu hastada tolerans değil sadece desensitizasyon sağlamaktadır. Oral yol SLIT e kıyasla daha etkili ancak daha risklidir. Ancak oral IT'nin eozinofilik özafajite yol açabileceği unutulmamalıdır. Okul öncesi çocuklar, orofaringeal prurutis ve karın ağrısı gibi IT yan etkilerini tanımlayamayacakları için besin alerjisi çalışmalarında genellikle 4 yaşından sonra IT uygulandığı görülmektedir (8).

Sonuç olarak hem inhalan alerjilerde hem besin alerjilerinde hayati tehdit eden durumlar dışında okul öncesi çocuklarda SIT uygulaması bilimsel olarak kanıta dayanmamaktadır.

Kaynaklar

1. Szépfalusi Z, Bannert C, Ronceray L, Mayer E, Hassler M, Wissmann E, Dehlink E, Gruber S, Graf A, Lupinek C, Valenta R, Eiwegger T, Urbanek R. Preventive sublingual immunotherapy in preschool children: first evidence for safety and pro-tolerogenic effects. Pediatr Allergy Immunol. 2014;25:788-95.
2. Anderson GP. Prospects for an asthma vaccine. Respirology 2010;15(6):902-8.
3. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. A WHO position paper. J Allergy Clin Immunol. 1998 Oct;102(4 Pt 1):558-62.
4. Cox L, Nelson H, Lockey R, Calabria C, Chacko T, Finegold I, Nelson M, Weber R, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Khan DA, Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph C, Schuller DE, Spector SL, Tilles S, Wallace D. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. J Allergy Clin Immunol. 2011; 127(1 Suppl):S1-55.
5. Pitsios C, Demoly P, Bilò MB, Gerth van Wijk R, Pfaar O, Sturm GJ, Rodriguez del Rio P, Tsoumani M, Gawlik R, Paraskevopoulos G, Ruëff F, Valovirta E, Papadopoulos NG, Calderón MA. Clinical contraindications to allergen immunotherapy: an EAACI position paper. Allergy 2015;70(8):897-909.
6. Vitaliti G, Pavone P, Guglielmo F, Falsaperla R. Sublingual immunotherapy in preschool children: an update. Expert Rev Clin Immunol. 2013;9:385-90.
7. Gernez Y, Nowak-Węgrzyn A. Immunotherapy for Food Allergy: Are We There Yet? J Allergy Clin Immunol Pract 2017; 5: 250-272.

ASTIM TEDAVİSİ:5-11 YAŞ VE ÜSTÜ

Dr. Feyzullah Çetinkaya

Astım tanısı konulduktan sonra….

Semptomları artıran sebepler saptanmalıdır (ev koşulları, evcil hayvanlar gibi).

Eşlik eden allerjiler ve diğer hastalıklar (GÖ reflü gibi) saptanmalıdır.

Hastalığın şiddeti rehberler ışığında saptanmalıdır.

Hastanın ve ailesinin eğitimi yapılmalıdır.

ETKİLİ BİR ASTIM TEDAVİSİNİN ŞU HEDEFLERE ULAŞMASI BEKLENİR

1-Gece semptomları da dahil olmak üzere semptomların tamamen veya önemli ölçüde azaltılması

2-Atakların en aza indirilmesi ve acil servis başvurularının ortadan kaldırılması

3-Beta-2- agonist ilaç ihtiyacının en aza indirilmesi

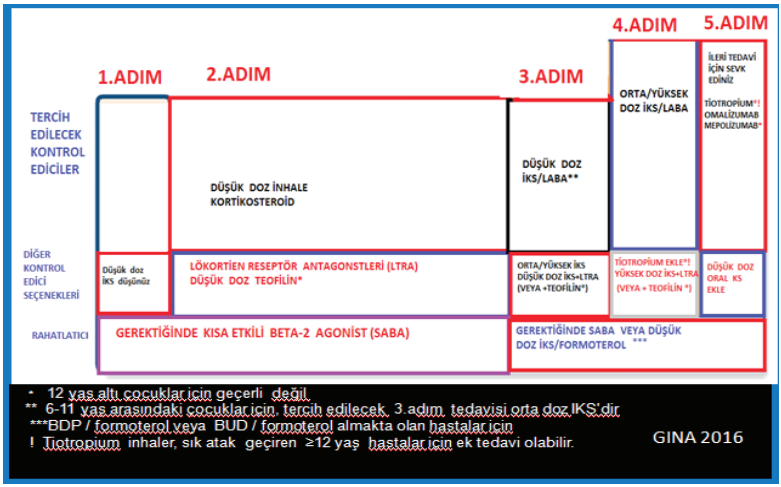
4-Egzersizler için kısıtlama olmaması

5-Solunum testlerinin normale yakın olması

6- İlaç yan etkilerin hiç olmaması veya çok az olması

5-11 Yaş arası çocuklarda önerilen astım tedavisi adımlar halinde Şekil 1 de gösterimiştir.

Şekil 1. GINA rehberine göre 5-11 yaş arası çocuklarda aşamalı astım tedavisi



HEREDİTER ANJİOÖDEM OLGU SUNUMU

Dr. Sevgi Sipahi

Herediter anjioödem (HA); tekrarlayan anjioödem atakları ile seyreden, bir serin proteaz inhibitörü olan C1 inhibitörün (C1İNH) eksikliğine veya fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gelişen ve otozomal dominant kalıtılan nadir bir hastalıktır. Her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülmektedir, ancak C1INH düzeyi normal olan hastaların çoğunun kadın olduğu görülmüştür (1). Hastalık yaklaşık 50.000 bireyden 1 tanesini etkilemektedir (1). C1 esteraz inhibitörünü kodlayan SERPING1 geninde oluşan birçok farklı mutasyonlar hastalığa neden olmaktadır. Semptom başlangıç yaşı 8-12 yaş arasında değişmekte; %75 olguda ilk atak 15 yaş civarında görülmektedir (2).

C1İNH eksikliği ile giden Tip 1 HA olguların %85'ini oluşturur, olguların %15 kadarı ise C1İNH fonksiyonu bozukluğu sonucu oluşan Tip2 HA'dir. HA'in nadir bir tipi ise pozitif aile öyküsü olan ve C1İNH protein düzeyi ve/veya fonksiyonu normal olan gruptur. Bu grupta çoğu hastada neden bilinmezken az sayıda hastada F12 gen mutasyonu ile ilişkisi gösterilmiştir (3).

HA, kaşıntısız ve tekrarlayan subkutanöz ve/veya submukozal anjioödem atakları ile karakterizedir. Vücudun herhangi bir yerinde olabilse de en sık cilt tutulumu görülmekte (%91), onu %73 oranda karın ağrısı atakları ve %48 oranında üst havayolu ödemi izlemektedir (4).

Yüzde anjioödem ve karın ağrısı atakları ile gelen HA Tip 2 tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Altı yaşında erkek hastanın ilk kez 2 ay önce yüzde, özellikle göz ve alın bölgesinde şişlik ve karın ağrısı yakınması olmuş; başvurduğu merkezde prednisolon intramuskuler yapılarak gönderilmiş. Tedaviden fayda görmeyen hastanın şikayetleri üç gün sonra kendiliğinden gerilemiş. Tekrar gözlerinde 3 gün süren şişlik ve karın ağrısı olan ve şikayetleri evde kendiliğinden gerileyen hasta ileri tetkik amacı ile alerji polikliniğimize başvurdu. Aile öyküsünden anne ve anneannesinde de zaman zaman kol ve bacaklarının şiştiği, şişliklerin 2-3 gün içinde kendiliğinden geçtiği ve doktora gitmedikleri öğrenildi. Laboratuvar bulgularında serum C4 =3.0 mg/dl (10-40 mg/dl), serum C1 inhibitör düzeyi =35,2mg/dl (24-40 mg/dl), serum C1esteraz aktivitesi =%31 (%70-130), ikinci kez tekrarlanan serum C1esteraz aktivitesi = %22 saptandı ve hastaya HA Tip 2 tanısı konuldu.

Ürtikerin eşlik etmediği, tekrarlayan anjioödem ve karın ağrısı atakları olan hastalarda HA düşünülmeli, ilk aşamada serum C4 düzeyine bakılmalıdır. C4 düzeyi düşük bulunan hastalarda C1 esteraz düzeyi normal olsa dahi HA Tip 2 olabileceği düşünülerek mutlaka C1 esteraz fonksiyonu da kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Zuraw BL. Clincal practice: hereditary angioedema. N Engl J Med. 2008;359:1027
2. Bork K, Meng G, Staubach P, Hardt J. Hereditary angioedema: new findings concerning symptoms, affected organs, and course. Am J Med. 2006;119:267
3. Farkas H, Martinez-Saguer I, Bork K, Bowen T, Craig T, Frank M et al. International consensus on the diagnosis and management of pediatric patients with hereditary angioedema with C1 inhibitor deficiency. Allergy. 2017 Feb;72(2):300-313.
4. Agostoni A, Cicardi M. Hereditary and acquired C1-inhibitor deficiency: biological and clinical characteristics in 235 patients. Medicine (Baltimore) 1992;71:206–215.

HIŞILTILI ÇOCUK

Dr. Ezgi Ulusaoy

16 yaşında erkek hasta, ilk kez kırk günlükken öksürük şikayetiyle başvurduklarında bronşiolit nedeniyle hospitalize edilmiş. 3 yaşına kadar yılda 3-4 sefer üst solunum yolu enfeksiyonu geçirirken 3 yaşında ateş, öksürük, solunum sıkıntısı nedeniyle başvurdukları merkezde astım olduğu belirtilerek profilaktik inhale steroid tedavisi başlanmış ve hasta takibe alınmış. İzleminde yılda 2-3 sefer hışıltı atakları devam etmiş. 3 kez solunum sıkıntısı nedeniyle hospitalize edilmiş. Yapılan tetkiklerinde küf mantarına alerjisi olduğu belirtilmiş. 14 yaşında iken hasta boyu ve kilosu yaşıtlarından geri olması nedeniyle başka bir merkezde çocuk endokrinoloji bölümüne başvurmuş. Diğer tetkiklerinde belirgin özellik olmayan hastanın kemik gelişiminin yaşıtlarından 1,5 yıl geri olduğu belirtilmiş. Yağlı dışkılama tarif eden hasta çocuk gastroenteroloji ve çocuk solunum bölümlerine yönlendirilmiş fakat aile başvurmamış. 16 yaşına kadar hışıltı atakları nedeniyle belli aralıklarla montelukast ve inhale steroid profilaksisi almaya devam etmiş. Son iki yıldır şikayetleri artan balgamlı öksürüğü sürekli burun akıntısı olan olgu kliniğimize başvurdu.

Olgu 39. gestasyonel haftada C/S ile 4200 gr doğmuştu. 8 ay anne sütü almıştı. Nöromotor gelişimi yaşına uygundu. Anne baba arasında 2. derece kuzen evliliği mevcuttu . 22 yaşında sağlıklı bir kız kardeşi olup, ölen kardeş öyküsü yoktu. Babası alerjik astım nedeniyle immünoterapi almıştı.

Fizik muayenesinde boy ve kilosu 3 persentilin altındaydı. Akciğer oskultasyonunda her iki akciğer bazallerinde raller mevcuttu, el ve ayak parmaklarında çomaklaşma, tırnaklarda siyanoze görünüm mevcuttu.

Yapılan tetkiklerinde hemogram ve biyokimyasında belirgin özellik olmayan hastanın T.IgE düzeyi 269 IU/l, spIgE düzeyi 16 kUA/l, alternaria alternata-spIgE düzeyi 12,9 kUA/l bulundu. Deri prik testin de de alternaria alternata pozitif saptandı. Solunum fonksiyon testinde FVC: %76, FEV1: %81, FEV1/FVC:%105, PEF: %95, MEF25-75:%74 bulundu. Birinci ter testi 123 mmol/lt saptanırken kontrol ter testi de 126 mmol/lt saptandı. Çekilen yüksek rezolusyonlu toraks tomografisinde her iki akciğer üst yarılarında daha yaygın ve şiddetli peribronşial kalınlaşma, silindirik bronşektazi, bronş içinde mukus tıkaçları ve bronşiolektazi ile uyumlu dallanan hiler gölgeler saptandı. Genetik analizinde deltaF508 homozigot mutasyonu saptandı. Ekokardiyografisi normal bulundu. Olguya kistik fibrozis tanısıyla dornaz alfa, salbutamol, multivitamin, pankreatin tedavileri ve kilo alımı için enteral ürün başlandı. Aileye göğüs fizyoterapisi eğitimi verildi.

Alt hava yolu obtruksiyonu bulguları olan hastalar alerjik olsalar bile çomak parmak, büyüme geriliği gibi astımda beklenmeyen bulgular eşlik etmesi durumunda ksitik fibroz gibi diğer hastalıklar açısından mutlaka araştırılmalıdır.

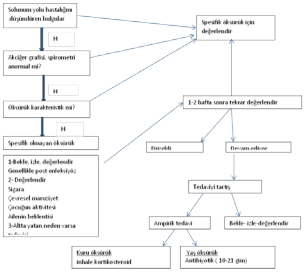
İnek sütü protein alerjisi(İSPA) özellikle çocukluk çağında görülen en sık besin alerjisidir. İSPA gelişiminde immün tolerans ile duyarlanma arasındaki hassas dengenin duyarlanma lehine kayması önemli rol oynamaktadır. Barsakta antijene verilen cevabı etkileyen birçok çevresel ve genetik faktör bulunmaktadır. İntrauterin dönemden itibaren annenin mikrobiyatası, doğum şekli, post-natal beslenme şekli, alerjenin boyutu, yapısı ve miktarı ile immün sistem cevabı bu dengede rol oynayan başlıca faktörlerdir. Tekrarlayan defalar düşük dozda antijen Treg gelişimini uyarırken, yüksek doz antijen alımı T hücrelerde anerji veya klonal delesyona neden olmaktadır. Tolerans gelişiminde özellikle plazmasitoid dendiritik hücreler kritik rol oynamaktadır. Plazmasitoid DH'ler IDO (indolamin 2-3 dioksijenaz) ve özellikle vit-A ile Foxp3^{+} regülatuvar T hücre gelişimini indüklemektedir. Treg'lerden, IL-10 başta olmak üzere salınan anti-inflamatuvar sitokinler duyarlanmayı önlerken, B reg hücreler de ürettikleri antinflamatuar sitokinler ve Treg'leri uyarıcı etkileri ile tolerans gelişimine katkıda bulunurlar. Bunların aksine immün sistemin Th2 yönüne kayması ise duyarlanma ile sonuçlanmaktadır. İSPA sıklığı %2-3 arasında değişmektedir ancak sadece öykü dikkate alındığında bu oran %15-10'ye çıkabilmektedir. Bu nedenle İSPA tanısı uyumlu bir klinik öykü ve laboratuar destek ile konulmalıdır. Öyküde besin miktarı, alınma şekli, alımı ile reaksiyon arasında geçen süre, ortaya çıkan reaksiyon, reaksiyonun şiddeti ve sıklığı dikkate alınmalıdır. Erken tip reaksiyonlarda alerjen spesifik IgE varlığını göstermek amacıyla deri prik testi veya çeşitli yöntemlerle serumda spesifik IgE ölçümü yapılabilir. Uyumlu klinik öykü ile birlikte sIgE saptanması tanı koydurucudur. IgE aracılı olmayan geç tip reaksiyonlarda yama testi uygulanabilir ancak testin duyarlılığı %20 ile %80 arasında değişmektedir. İSPA alerjisi tanısında altın standart besin yükleme testidir. Besin yükleme testleri temel olarak klinik öyküsü olan ancak laboratuar testler negatif olan vakalarda, klinik yakınmaları subjektif olan vakalarda ve tolerans gelişimi değerlendirmek için kullanılmaktadır. Besin yükleme testi vakanın klinik bulguları dikkate alınarak açık, tek kör ve çift kör olarak yapılabilir. İSPA'nin doğal seyrine baktığımızda vakaların yaklaşık %80'ninde 6 yaşta tolerans gelişmektedir. Tolerans gelişimini öngörmede spesifik IgE değeri ve deri testindeki endürasyon çapının anlamlı olduğu görülmektedir. Altı yaşında tolerans gelişen çocukların %88'inde sIgE düzeyi<2kU/L iken, alerjisi devam edenlerin %76'sında tanı anında sIgE düzeyinin 10 kU/L'nin üzerinde olduğu saptanmıştır. Ayrıca orta-ağır şiddetli atopik dermatiti olan olan vakalarda tolerans gelişiminin daha geç gözlendiği saptanmıştır. Non-IgE aracılı İSPA'de ise proktokolit gibi hafif formlarında tolerans gelişimi bir yaş civarında görülürken, ağır formlarda sıklıkla 3-5 yaş arasında düzelme görülmektedir.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ÇOCUK ALERJİ-İMMUNOLOJİ

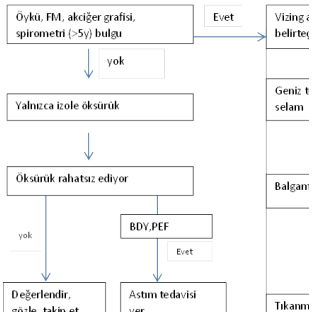
Dr. Suna Asilsoy

Kronik Öksürüğe Rehberler Eşliğinde Yaklaşım

Öksürük çocuklarda sık rastlanan bir yakınmadır. Basit bir üst solunum yolu enfeksiyonundan olduğu gibi daha önemli bir neden de kaynaklanabilir. Kronik öksürüklü çocukların tanı ve tedavisinde farklı klavuzlar kullanılmaktadır. Başlangıçta erişkinlere uygulanan rehberler çocuklara uyarlanmış ancak daha sonra yapılan araştırmalarda çocukların erişkinlerin büyütülmüş hali olmadığı hastalıkların farklı seyrettiği ilaçların kullanım dozlarının etkilerinin ve yan etkilerinin farklı olduğu bu nedenle farklı rehberlere ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Ülkelerin kendi yerel klavuzları olmakla birlikte çoğunlukla çocuklarda ACCP, BTS nin rehberleri ve kendi toplumsal çalışmaları baz alınmıştır.Bu klavuzlarda temel olarak kronik öksürük tanımı ve tedavi sürelerinde farklılıklar bulunmakla birlikte gelen her hastanın ayrıntılı öykü, fizik muayene, akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi ile değerlendirilmesi, bunlara göre spesifik bulguların varlığında nedene yönelik tetkik ve tedavi planlanmalıdır. Spesifik bir neden bulunamadığında ise aile ile bilgi paylaşımında bulunularak öksürüğün yapısına göre tedavi verilmesi önerilmektedir. Bu konuşmada her iki rehber özetlenerek güncel bilgiler sunulacaktır.



Şekil -1 ACCP rehberi özetlenmiştir. (Chang AB, Glomb WB Guidelines for evaluating chronic cough in paediatrics: ACCP Evidence-based clinical practice guideline. Chest. 2006;129 (1); 260-283.)



Şekil-2 BTS rehberi özetlenmiştir. (Shields M D, Bush A, Everard M L, McKenzie S. Recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax. 2008;63 (Suppl III): ii1–iii15.)

BESİN ALERJİSİNDE YENİLİKLER
TANI VE TEDAVİDE YENİ BİYOBELİRTEÇLER

Dr. Arzu Babayiğit

Besin alerjisi, besinlerin neden olduğu ve immun mekanizmalar aracılığıyla gelişen istenmeyen reaksiyonları kapsayan bir terimdir. Besin alerjisi sıklığı tüm dünyada giderek artmakta ve bu tablo önemli bir morbidite hatta anafilaksiye bağlı mortalite nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Besin alerjisi tanısında ilk basamak detaylı öykü ve muayenedir. Besin alerjisi tanısında altın standart test ise çift kör plasebo kontrollü besin yükleme testidir. Tanı için yaygın olarak kullanılan diğer yöntemler deri prik testi ve serum spesifik IgE ölçümüdür. Son yıllarda, daha spesifik ve sensitif olan tanı, reaksiyonun ciddiyeti, tedavi ve immunoterapi etkinliğini öngören in vitro testler konusunda çalışmalar hız kazanmıştır. Bileşene dayalı tanı son yıllarda kullanılmaya başlanan, saflaştırılmış doğal ya da rekombinant alerjenler kullanarak bir hastanın alerjik duyarlanmasını moleküler düzeyde belirlemeyi sağlayan bir tanı yöntemidir. Teknolojideki gelişmeler ile son yıllarda temel besin alerjenlerinin epitopları belirlenmiş ve spesifik IgE'nin besindeki bağlanma bölgesi saptanmıştır. Bu yöntemin en önemli katkılarından biri gerçek duyarlanmayı çapraz reaksiyona bağlı olan duyarlanmadan ayırabilmesidir. Böylece sorumlu alerjeni ve bu alerjene bağlı reaksiyon gelişme olasılığını

belirler. Diğer önemli bir katkısı, şiddetli sistemik ya da hafif lokal reaksiyonları ayırt edebilmesidir. Prognozu ve besine reaksiyon ağırlığını belirlemede önemli kabul edilen bileşenler Tablo'da verilmiştir.

Tablo:

Prognozu ve besine reaksiyon ağırlığını belirlemede önemli kabul edilen bileşenler	
Allerjen	Bileşen
İnek sütü	Kazein (Bos d 8)
Yumurta	Ovomukoid (Gal d 1)
Buğday	Omega 5 gliadin
Soya	Omega 5 gliadin
Yer fıstığı	Ara h1,2,3

Son yollarda, besin alerjisinin tanısı, doğal tolerans gelişiminin öngörülmesi ve tedaviye yanıtın öngörülmesinde Bazofil aktivasyon testinin etkin olabileceğine dair veriler de artmaktadır.

Avrupa Alerji ve ve Klinik İmmünoloji Akademisi, besin alerjisi tanısı konulmasında kullanılabileceği iddia edilen spesifik Ig G4 ölçümlerinin ise tanı için kullanımını kesinlikle önermemektedir.

BESİN ALERJİSİNDE İMMÜNOTERAPİ

Dr. Özlem Yılmaz

Besin alerjisinin tedavisinde güncel yaklaşım alerjenik besinden uzak durmak ve besin alerjenine kazara maruziyet oluştuğunda hastaya semptomlarına uygun acil müdahalede bulunmaktır (1). Son 10 yılda besin alerjisinin aktif tedavisinde oral, sunlingual ve epikutan alerjen immünoterapi ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Bu yöntemler içinde en çok çalışılan oral immünoterapidir. Besin alerjisi immünoterapisinde amaç, spesifik alerjenleri artan dozlarda vererek zaman içinde desensitizasyon ve nihayetinde tolerans gelişmesini sağlamaktır (2). Desensitizasyon ve tolerans kavramları birbirinden ayrıdır. Desensitizasyonunun sürekli olması için maruziyetin devamlılığı gereklidir. Besin alerjenine maruziyet kesildiğinde immün sistemde oluşturulan tepkisizliğin kalıcı olarak sürmesi (tolerans) idealde istenen sonuçtur. Fakat besin alerjisi çalışmalarında oluşturulan tepkisizliğin ne kadar süreyle kalıcı olacağı bilinmemektedir. Bu nedenle "sustained unresponsiveness" (süreğen yanıtsızlık) kavramı oluşturulmuştur. Çalışmalarda özellikle oral immünoterapi ile hastaların büyük çoğunluğunda desensitizasyon sağlanmaktadır. Ne yazık ki bu grubun ancak %10-50'sinde besin alerjenine maruziyet kesildiğinde oluşturulan desesitizasyon devam etmektedir (3). Oral yolla oluşturulan desensitizasyona yanıtsız %10-30 hasta grubu mevcuttur (4). Oral immünoterapi sırasında hastaların büyük çoğunluğunda yan etkiler görülmektedir. Sublingual immünoterapi yan etkiler açısından daha güvenlidir. Fakat besin alerjisinde sublingual immünoterapinin etkinliği oral immünoterapiye göre daha düşüktür. Epikutan immünoterapi diğerlerine göre daha yeni bir tedavi yöntemidir.

Besin alerjisinde immünoterapi, günümüzde araştırma aşamasındadır ve klinik pratikte rutin olarak uygulanmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy 2014;69:1008-25.
2. Wood RA. Food allergen immunotherapy: Current status and prospects for the future. J Allergy Clin Immunol 2016;137:973-82.
3. Kobernick AK, Burks AW. Active treatment for food allergy. Allergol Int 2016;65:388-395.
4. Wood RA. Oral Immunotherapy for Food Allergy. J Investig Allergol Clin Immunol. 2017 Jan 19:0. doi: 10.18176/jiaci.0143 (Basım aşamasında).

OTURUM: ALERJİDE VİTAMİN / MİNERALLERİN ROLÜ
KONU: OMEGA-3

Dr. Mahmut Doğru

OMEGA-3 YAĞ ASİTLERİ

Yağ asitleri karbon (C) sayılarına göre kısa (C2-4), orta (C6-10), uzun (C12-20) ve çok uzun zincirli (C>22) olarak isimlendirilirken, yapılarında çift bağ içermelerine göre; doymuş (satüre- çift bağ içermeyen) ve doymamış (ansatüre-çift bağ içeren) olarak tanımlanır. Doymamış yağ asitleri de çift bağlerının sayısına göre tekli (monoansatüre) ve çoklu doymamış (poliansatüre) yağ asitleri olarak sınıflandırılır. Yağ asidi molekülünün biri metil karbon ve diğeri karboksil içeren iki sonlanma bölgesi bulunur. Metil karbonuna omega "ω" karbonu denir ve ilk çift bağın bulunduğu ω karbonuna göre de doymamış yağ asitleri ω-3, ω-6, ω-7 veya ω-9 gibi isimler alır. İnsan vücudunda sentezlenmeyen, yaşam için mutlaka alınmaları gerektiği için dışardan alınması gereken yağ asitlerine esansiyel yağ asitleri denilmektedir. Esansiyel yağ asitleri linoleik asit (omega-6) ve alfa-linolenik asit (omega-3) olmak üzere 2 çeşittir. alfa-linolenik asit (omega-3), 18 karbonlu olup, 3 çifte bağ içerir; ilk çifte bağı, metil grubuna en yakın 3. karbondadır (bu yüzden omega-3 adı verilir, C18:3:ω-3). Al fa-linolenik asit insan vücudunda bulunan desatüraz ve elongazlar ile eikozapentaneoik asit =EPA (C20:5: ω -3) ve dokozapentaneoik asit=DHEA (C22:6: ω-3) gibi metabolitlere dönüşür. Bu 3 yağ asitleri omega-3 yağ asitleri oarak bilinir. Esansiyel yağ asitleri, organizmada eikozanoid ve ürünlerinin (prostaglandin: PG, tromboksan: TX ve lökotrienler: LT) öncüsüdür. Eikozanoidler sindirim, üreme ve bağısıklık sistemlerinin düzenlenmesinde önemli rol oynarlar. Bu sunumda Alerjik hastalıklarda omega-3 yağ asitlerinin rolü irdelenecektir.

YILIN MAKALELERİ (İMMÜNOTERAPİ)

Dr. Deniz Özçeker

Son bir yılda immünoterapi konusunda saygın dergilerde yayınlanmış çalışmalardan birkaçı hakkında bilgi verilecektir.

Fıstık alerjisi sıkça görülen, hayati tehdit edebilen ve tedavi seçenekleri olmayan bir durumdur. Bu çalışmada epikutanöz fıstık immünoterapisinin güvenliğinin ve etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma çok merkezli, randomize, çift-kör plasebo kontrollü olarak planlanmıştır. Yaşları 4-25 yaş arasında olan 74 fıstık alerjili hastanın 25'ine plasebo, 24'üne Viaskin 100µg ve 25'ine de Viaskin 250 µg 52 hafta süre ile epikutanöz uygulanmıştır. Çalışma sonucunda oral provakasyon testi ile hastalar değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları yüksek uyum, sürdürme oranları ve immün yolaklardaki anlamlı değişikliklerle birleştirildiğinde yeni bir tedavinin daha ileri araştırılmasını desteklemektedir.

Diğer bir çalışmada ev tozu alerjisi olan izole alerjik rinitli hastalara uygulanan adjuvanlı (yardımcı maddeli) ve standart sublingual immunoterapi tedavilerinin 5 yıllık periyot sonunda solunum fonksiyonlarına olan etkisini değerlendirmiştir. Alerjen spesifik immonoterapi rinit ve astım gibi Ig E aracılı solunum yolu alerjilerinde kullanılmaktadır ve semptomlarda belirgin düzelme sağlamaktadır. Bu çalışma açık, randomize olmayan, kontrollü ve prospektif olarak planlanmıştır. Sadece ev tozu alerjisi olan alerjik rinitli hastalara 2008-2009 yılları arasında adjuvanlı sublingual (aSLIT) ve standart sublingual (sSLIT) immonoterapi tedavileri ve kontrol grubu olarak da başka bir gruba sadece medikal tedavi uygulanmıştır. Çalışma sonunda sadece ilaç tedavisi alan hastalara göre aSLIT ve sSLIT tedavilerini alan hastalarda yeni duyarlanma daha az ve pulmoner fonksiyonların daha iyi korunduğu bulunmuştur.

12. ULUSLARARASI KATILIMLI ÇOCUK ALERJİ VE ASTIM KONGRESİ KONUŞMA METNİ

Dr. Özkan Karaman

Alerjik Rinitte Güncelleme – Alerjik Rinit Tedavisi Konuşma Metni

Alerjik rinit, burunda akıntı, tıkanıklık, kaşıntı ve hapşırık gibi semptomlara neden olan inflamatuvar bir hastalıktır. Tüm dünya nüfusunun %20-40'ını etkilemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre erişkinlerde %1 ile 1.6-27.5, çocuklarda %2.9-39.9 oranında görülmektedir. Son 10 yılda prevelansta artış mevcuttur.

Alerjik rinitte semptomlar <4 gün/hafta veya <4 hafta ise intermittan, semptomlar > 4gün/hafta ve >4 hafta ise persistan olarak sınıflandırılmaktadır. Hafif formda uyku, günlük aktivite, iş/okul aktivitesi normal iken orta-ağır formda uyku, günlük aktivite, iş/okul aktivitesi olumsuz etkilenmektedir. Tedavide çevresel ve tetikleyici faktörlerin kontrolü ve fiziksel teknikler, farmakolojik tedavi, alerjen spesifik immünoterapi, konservatif tedavi, yeni aşılama modelleri, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri ve cerrahi tedavi yöntemleri ana başlıklardır.

Çevresel ve tetikleyici faktörlerin kontrolünde ev tozları, mantar ve dış ortam alerjenlerinden korunma yöntemleri önem taşımaktadır. Fiziksel olarak koruyucu tekniklerin içinde nazal filtreler, polen bloke edici krem ve nazal jeller sayılmaktadır.

Farmakolojik tedavide antihistaminikler 60 yıldan uzunca bir süredir kullanılmakta olup yeni kuşak antihistaminikler sedatif etkisi daha az olması nedeniyle günümüzde önerilmektedir. Nazal steroidler tedavide efektif bir yöntem olup üst basamak tedavide lökotrien reseptör antagonistleri kullanılmaktadır.

Serum fizyolojik ile yıkama, ektoin bazlı spreyler gibi konservatif tedavilerin etkinliği çalışmalarla gösterilmiş olsa da ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Alerjen spesifik immünoterapi etkin bir tedavi seçeneği olup Subkutan, sublingual ve oral immünoterapi en sık kullanılan formlarıdır. Alerjik rinitin astıma ilerlemesini önlemektedir.

Konuşmada alerjik rinit tedavisindeki gelişmeler güncellenerek sunulacaktır.

SUBLİNGUAL İMMÜNOTERAPİ

Dr. C. Dost Zeyrek

İmmünoterapi, günümüzde IgE ilişkili allerjik hastalıklarda immüniteyi etkileyen ve etyolojik tedaviyi sağlayan tek yöntemdir (1).

Bin dokuz yüz seksenlerde sublingual imünoterapi (SLIT), daha güvenli olması ve evde hastanın kendisi tarafından uygulanabilmesi nedeniyle subkutan immünoterapiye alternatif olarak önerildi (2).

SLIT'ın immünolojik mekanizmaları esasen subkutan immünoterapi (SCIT)' ninkinden farklı değildir. Fakat SLIT'ta esas rolü ağız içinde bol miktarda bulunan ve spesifik sinyal ve sinyal ağı aracılığı ile etkili bir antijen sunumu gerçekleştiren dendritik hücreler oynar. Dentritik hücrelerin tolerojenik aktivasyonu sonucunda SCIT kadar olmamakla birlikte serum IgG ve IgG4 düzeylerinde artış, allerjen sIgE düzeyinde erken geçici artış, daha sonra mevsimsel artışta körelme ve sublingual FOXP3+ Treg hücrelerindeki lokal artış görülmektedir. Fakat oral kavitede submukozal bölgede daha az mast hücresi ve eozinofil olduğu için daha az yan etki görülmektedir (3).

SLIT endikasyonları SCIT'la benzerdir;

- Optimal farmakoterapi ile hastanın bulgularının kontrol altına alınamaması (Zorunlu ön koşul değil)
- Farmakoterapi ile istenmeyen yan etkilerin ortaya çıkması
- Hastanın enjeksiyonları reddetmesi
- Hastanın uzun süreli farmakoterapi istememesi

Yaş için herhangi bir sınır bildirilmemekle birlikte 3 yaş üstü kabul edilmektedir. 3 yaşındaki çocukları da kapsayan çalışmalarda etkinin daha büyük yaştakilerden farklı olmadığı bildirilmiştir. (4)

SLIT için kontendikasyonlar;

Kesin:

1. Şiddetli immün sistem bozuklukları, şiddetli dolaşım sistemi bozuklukları, malign hastalıklar, kronik inflamasyonlar.
2. Şiddetli astım – Hastanın tedavi altında olmasına rağmen FEV1'in beklenen normal değerin %70'inden az olması
3. β–bloker tedavisi
4. Uyumun iyi olmaması ve şiddetli mental bozukluklar

Rölatif:

1. Gebelik(Önce başlanmışsa devam edilebilir)
2. GIS mukozasını tutan geçici inflamatuar durumlar, akut enfeksiyonlar, diş çekimi veya kaybı, ağızda cerrahi müdahaledir (4).

Klinik etkinliği konusunda son yıllarda çeşitli çalışmalar ve meta-analizler yayınlanmıştır. Durham ve arkadaşları (5) tarafından 23 mevsimsel allerjik rinit ve 11 perennial allerjik riniti çalışmasını içeren meta-analizde SLIT farmakoterapiye gore istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili saptanmıştır. Mevsimsel ve perennial allerjik rinitte etkisi benzer bulunmuştur.

Astım konusunda veri daha az olmakla birlikte yapılan çalışmalarda ve cochrane meta-analizinde etkili olduğu bildirilmiştir (6). İki yöntemi etkinlik açısından karşılaştıran az sayıdaki çalışmalarda SCIT daha üstün görünmekle birlikte bu konuda daha çok çalışmaya gereksinim vardır.(7-10)

SLIT süresi genellikle üç yıl olarak kabul edilmektedir. Scadding ve ark. (11) tarafından yapılan çalışmada 2 yıllık sürenin yetersiz olduğu bildirilmiştir. Fakat 3 yıldan daha uzun sürelerinde ek bir katkı sağlamadığı görülmüştür (12)

SLIT'te istenmeyen reaksiyonlar çoğunlukla lokal olup, olguların %40-75'inde görülmektedir. Bunlar çoğunlukla ağızda ve dudaklarda kaşıntı, şişme, kulakta kaşıntı, bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısıdır. Sistemik reaksiyonlar Sistemik rekasiyonlar olguların %0,38'inde bildirilmiştir. Anafilaksi nadiren bildirilmekle birlikte ölüm bildirilmemiştir. Adrenalin otoenjektör yazılması Avrupada önerilmezken fakat Amerikada önerilmektedir. Lokal reaksiyonlar tedaviye başladıktan kısa süre sonra başlamakta ve 2 hafta içinde düzelmektedir. Hem hastaya hem de aşı extraktına ve programa bağlı olarak reaksiyon riski artabilir (13,14).

Yapılan çalışmalarda SLIT'ın astım ve yeni duyarlanma gelişimini azalttığı gösterilmiştir (4). SLIT'ı bırakma oranı %41 olarak bildirilmiştir. Bu oran yaş küçüldükçe artmakta ve 4 yaşından küçüklerde %100'e ulaşmaktadır. O nedenle 4 yaşından küçüklerde kullanımının çok uygun olmadığı belirtilmektedir (15).

SLIT'ın polisensitize hastalarda monoallerjenlemi poliallerjenlemi yapılacağı konusu da önemli tartışma konularından birisini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla bir fark olmadığı bildirilmiştir (16).

SLIT'ın atopik dermatit ve besin alerjisinde kullanımı ile ilgili olumlu çalışmalar olmakla birlikte bu konuda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu bildirilmektedir (4).

Sonuç olarak SLIT etkin, güvenilir, uygulaması ve saklanması kolay bir tedavi yöntemidir. Ayrıca enjeksiyondan kaçınan hasta ve aileler için iyi bir alternatif yöntem olarak durmaktadır.

Kaynaklar

1. Jutel M, Kosowska A, Smolinska A. Allergen Immunotherapy: Past, Present, and Future. Allergy Asthma Immunol Res. 2016;8(3):191-197.
2. Passalacqua G, Canonica GW. Allergen Immunotherapy: History and Future Developments. Immunol Allergy Clin North Am. 2016 Feb;36(1):1-12.
3. Ozdemir C, Kucuksezer UC, Akdis M, Akdis CA. Mechanisms of Aeroallergen Immunotherapy: Subcutaneous Immunotherapy and Sublingual Immunotherapy. Immunol Allergy Clin N Am 36 (2016) 71–86.
4. Canonica GW, Cox L, Pawankar R, Baena-Cagnani CE, BlaissM, Bonini S, et al. Sublingual immunotherapy: World Allergy Organization position paper 2013 update. World Allergy Organ J 2014;7:6.
5. Durham SR, Creticos PS, Nelson HS, Li Z, Kaur A, Meltzer EO, et al. Treatment effect of sublingual immunotherapy tablets and pharmacotherapies for seasonal and perennial allergic rhinitis: Pooled analyses. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(4):1081-1088.
6. Normansell R, Kew KM, Bridgman AL. Sublingual immunotherapy for asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 28;8:CD011293.
7. Antu´nez C, Mayorga C, Corzo JL, et al. Two year follow-up of immunological response in mite-allergic children treated with sublingual immunotherapy: comparison with subcutaneous administration. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:210–218.
8. Yukselen A, Kendirli SG, Yilmaz M, et al. Effect of one-year subcutaneous and sublingual immunotherapy on clinical and laboratory parameters in children with rhinitis and asthma: a randomized, placebo-controlled, double-blind, double-dummy study. Int Arch Allergy Immunol 2012; 157:288–298.
9. Eifan AO, Akkoc T, Yildiz A, et al. Clinical efficacy and immunologica mechanisms of sublingual and subcutaneous immunotherapy in asthmatic/rhinitis children sensitized to house dust mite: an open randomized controlled trial. Clin Exp Allergy 2010; 40:922–932.
10. Keles S, Karakoc-Aydiner E, Ozen A, et al. A novel approach in allergenspecific immunotherapy: combination of sublingual and subcutaneous routes. J Allergy Clin Immunol 2011; 128:808–815.
11. Scadding GW, Calderon MA, Shamji MH, Eifan AO, Penagos M, Dumitru F, et al. Effect of 2 Years of Treatment With Sublingual Grass Pollen Immunotherapy on Nasal Response to Allergen Challenge at 3 Years Among Patients With Moderate to Severe Seasonal Allergic Rhinitis: The GRASS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(6):615-625.
12. Marogna M, Spadolini I, Massolo A, Canonica GW, Passalacqua G. Long-lasting effects of sublingual immunotherapy according to its duration: a 15-year prospective study. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(5):969-75
13. Passalacqua, G, Nowak-Węgrzyn A, Canonica GW. Local Side Effects of Sublingual and Oral Immunotherapy. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5(1):13-21.
14. Li JT, Bernstein DI, Calderon MA, Casale TB, Cox L, Passalacqua G, et al. Sublingual grass and ragweed immunotherapy: Clinical considerations-a PRACTALL consensus report. J
15. Allergy Clin Immunol 2016;137:369-76.
Pajno GB, Caminiti L, Crisafulli G, Barberi S, Landi M, Aversa T, et al. Adherence to sublingual immunotherapy in preschool Children. Pediatr Allergy Immunol 2012;23:688–689.
16. Tabatabaian F, Casale TB. Selection of patients for sublingual immunotherapy (SLIT) versus subcutaneous immunotherapy (SCIT). Allergy Asthma Proc 2015;36:100-104

BİLEŞENE DAYALI TANI YÖNTEMLERİNİN (CRD) TANI VE TEDAVİYE ETKİSİ

Dr. Tuba Tuncel

Besin allerjisi özellikle çocukluk çağında giderek artmaktadır. Hastalık önemli bir morbidite hatta mortalite nedeni olarak hastalara, ailelerine ve hatta topluma ciddi bir psikososyal ve ekonomik yük getirmektedir. Hastalara doğru tanı konması tedavinin doğru yapılabilmesi açısından önemlidir. Gerçekte besin allerjisi olmayan bir hastaya yanlışlıkla besin allerjisi tanısı konulması durumunda uygulanacak gereksiz diyet tedavisi nütrisyonel, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Bunun tersine, besin alerjisi olan bir hastaya tanı konulamaması durumunda ise hayatı tehdit edebilecek reaksiyonların gelişme olasılığı yüksektir.

IgE aracılıklı besin alerjilerine tanı konma sürecinde, ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene sonrasında spesifk IgE (splgE) varlığını gösteren testler (deri prick test ve/veya splgE ölçümü) ve tüm bunların rehberliğinde yapılacak besin yükleme testleri önerilmektedir. Klasik ve yaygın olarak kullanılan şekliyle splgE'yi tespit etmek amacıyla ekstre temelli testler (deri prick testleri ve splgE düzeyleri) kullanılmaktadır. Allerjen ekstreleri proteinlerin kompleks bir karışımını içermektedir. Ekstreler ile yapılan deri prick testlerinin ucuz olması, sonuçların hızla elde edilmesi en büyük avantajlarıdır. Ekstre temelli splgE testlerinin deri testlerine göre maliyetleri yüksek olmakla birlikte pek çok merkezde yapılabilmesi ve hastanın allerjen ile temas etmemesi gibi avantajları mevcuttur. Bununla birlikte özellikle stabil olmayan veya ekstre içinde çok az miktarda bulunan alerjenlere duyarlılığın bu testlerle tespit edilememesi, bu testlerin allerji ve duyarlanma konusunda ayrım yapamaması ve kliniğin şiddeti veya prognozu açısından yorum yapılmasına olanak sağlamaması en büyük dezavantajlarıdır.

Allergolojideki en büyük ilerlemelerden birisi de moleküler allergoloji alanındaki gelişmelerdir. Bileşene dayalı tanı yönteminde besin maddesinin içermiş olduğu allerjenik yapılar ve bunlara karşı gelişmiş splgE düzeyleri araştırılmaktadır. Bu yöntemle splgE testlerinin sensitivitesi ve seçilen besin için selektivitesi artmaktadır. Bileşene dayalı tanı yöntemiyle birbiriyle çapraz reaksiyon veren allerjenik yapıları içeren besinlere olan duyarlılığın gerçek bir duyarlılık mı yoksa çapraz duyarlılık mı olduğu anlaşılabilmektedir. Aynı zamanda bazı durumlarda prognoz açısından da fikir sağlayabilmektedir. Ancak şu anda sınırlı sayıda allerjenik yapının test edilebiliyor olması, yorumlamalarda karşımıza çıkabilecek güçlükler ve en önemlisi yüksek maliyet nedeniyle kullanımı sınırlıdır. Günümüzde U şeklinde bir yaklaşım ile klasik tanı basamaklarının uygulanması sonrasında tanının şüpheli olduğu, özellikle çok sayıda besin maddesine duyarlılık saptanan ve risk değerlendirmesi gereken hastalarda bileşene dayalı tanı yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Bu yöntemin gelişmesi ve yaygınlaşmasının besin allerjisi tanısı konulmasında ve izlemde kolaylık sağlayacağı düşünülmekle birlikte bu konudaki çalışmalar devam etmektedir.

Kaynaklar

Muraro A, Werfel T, Hoffman-Sommergruber K, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy 2014;69:1008-25

Sampson HA, Aceves S, Bock SA, et al. Food allergy. A practise parameter update-2014. J Allergy Clin Immnunol 2014;134:1016-25 e43

Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS et al. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. Allergy 2014; 69:992-1007

Matricardi PM, Kleine-Tebbe J, Hoffmann HJ et al. Molecular diagnostic in the management of food allergy. EAACI Molecular Allergology User's Guide. Pediatr Allergy Immunol. 2016;27 Suppl 23:1-250.

12. ULUSLARARASI KATILIMLI ÇOCUK ALERJİ VE ASTIM KONGRESİ KONUŞMA METNİ

Dr. Seda Şirin Köse

ÜRTİKER

Ürtiker toplumun %15-25'inde hayatında en az bir defa ortaya çıkan bir hastalık olup akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır. Kronik ürtiker 6 haftadan uzun süre neredeyse her gün ortaya çıkan ürtiker olarak tanımlanır. Kronik ürtikerde (KÜ) plaklar tipik olarak 6-8 saat kalır, 24 saatten önce söner ve herhangi bir kalıcı cilt değişikliği bırakmadan kaybolmaktadır. Kronik ürtiker çocuklarda erişkinlerden daha az sıklıkta görülmekte olup çocuklarda %0,1-3 oranında görülmektedir. Çocuklarda KÜ etyolojisi %21-83 oranında belirlenebilmektedir. Belirlenen etyolojik nedenler arasında kronik enfeksiyonlar, parazitozlar, besin alerjileri, maligniteler ve fiziksel faktörler yer almaktadır. Fiziksel ürtikerler, kronik ürtikerin alt grubu olup, soğuk, basınç, titreşim, güneş ışığı gibi fiziksel uyaranlar ile ortaya çıkmaktadır. Son yayınlarda KÜ tanılı olguların %23-40 kadarında yüksek afiniteli IgE reseptörüne karşı IgG yapısında otoantikorlar saptanmış olup ilave olarak %5-9 kadarında da fonksiyonel anti IgE antikorları saptanmıştır. Bu durum kronik otoimmun ürtiker (KOÜ) olarak ifade edilmektedir. KOÜ tanısında tarama testi olarak otolog serum deri testi (OSDT) kullanılmaktadır. Kronik ürtiker tanısı öykü ve fizik muayene ile konulmaktadır. Altta yatan sistemik hastalık ya da alerjik etyoloji yok ise laboratuvar testleri genellikle normaldir. Yapılan çalışmalarda hastalara atopik hastalık ya da paraziter enfeksiyon açısından eozinofili varlığını saptamak için hemogram bakılması, KÜ'li hastalarda sıklıkla normal olmakla beraber otoimmun, enfeksiyöz, romatolojik yada neoplastik hastalıkları taramak açısından eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C- reaktif protein (CRP) bakılması, otoimmun tiroid hastalıkları açısından tiroid otoantikorları ve TSH düzeyi bakılması önerilmektedir. Ayırıcı tanıda ürtikeryal vaskülit, ürtikeria pigmentoza, papüler ürtiker, Muckle-Wells sendromu yer almaktadır. Tedavide öncelikle tetikleyici faktörlerden (stres, nonsteroid antiinflamtuvar ilaç, fiziksel faktörler vs) kaçınmak gerekmektedir. Son yıllarda kronik ürtiker basamak tedavisinde ikinci ya da üçüncü kuşak nonsedatize antihistaminikler, ileri basamaklarda omalizumab ve siklosporin tedavileri önerilmektedir. Bu sunumumuzda kronik ürtiker nedeni ile izlediğimiz 14 yaş erkek olgu sunulacaktır.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

PEDİATRİ HEKİMLERİNİN ALERJİK SOLUNUM YOLU HASTALIKLARINDA ALLERJEN SPESİFİK İMMUNOTERAPİ KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİLERİ, BU TEDAVİYE BAKIŞ AÇILARI VE TUTUMLARI

Sakine Işık[1], Atika Çağlar[2], Berna Eroğlu Filibeli[2], Şule Çağlayan Sözmen[1], Zeynep Arıkan Ayyıldız[1], Suna Asilsoy[1], Nevin Uzuner[1], Özkan Karaman[1]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Alerji-İmmunoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir*

GİRİŞ: Allerjen spesifik immunoterapi (ASİ) allerjik solunum yolu hastalıklarında hastalığın doğal gidişini değiştirme potansiyeli olan tek etkili tedavi yöntemidir. Bu çalışmada amaç pediatri hekimlerinin allerjik solunum yolu hastalıklarında ASİ kullanımı hakkında bilgisini, ASİ'ye bakış açısını ve bu tedavi hakkındaki tutumlarını araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışma Eylül 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada; İzmirdeki hastanelerde çalışan pediatri hekimlerinin alerjik solunum yolu hastalıklarında ASİ kullanımı hakkındaki bilgilerini, bu tedaviye bakış açılarını ve tutumlarını araştıran ve 25 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Anketi tam olarak tamamlayan 180 pediatri hekimi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan pediatri hekimlerinin ortalama yaşı 37±8.2 olup, 56'sı erkekdi. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (n:146) 5 yıldan az süredir pediatri hekimi olarak çalışmaktaydı. Pediatri hekimlerinin %93.9'u alerjik solunum yolu hastalıklarında ASİ'nin etkili olduğuna inanmaktaydı. Katılımcılar, ASİ'nin amacı, etkileri, kısıtlılıkları ve karakteristik özellikleri hakkında genel olarak yeterli bilgiye sahipti.

SONUÇLAR: Çalışmamızda pediatri hekimlerinin ASİ hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğu ve pediatri hekimleri arasında alerjik solunum yolu hastalıklarında bu tedavinin kabul edilebilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür. Pediatri ve pediatrik alerji hekimleri arasındaki işbirliğinin artması ile çocukluk çağında alerjik solunum yolu hastalıklarında ASI'nin kullanım sıklığının da artacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Alerjen spesifik immunoterapi, Alerjik rinit, Astım, çocukluk çağı, pediatri hekimi

SS-002

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIM KONTROLÜNÜ BELİRLEMEDE OBJEKTİF LABORATUVAR PARAMETRELERİ

Melek Ergin[1], Mustafa Erkoçoğlu[2], Mervan Bekdaş[1], Mustafa Dilek[1], Nimet Kabakuş[1], Şeyda Özsoy Karabörk[3]

[1]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*
[2]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları*
[3]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ABD*

AMAÇ: Astım tedavisinde astım kontrol kararın doğru bir şekilde verilmesi çok önemlidir. Ancak, astım kontrolünü değerlendirmede şu ana kadar objektif bir laboratuar parametresi tanımlanmamış olup GINA ve pediatrik astım kontrol testi gibi çoğunlukla hasta beyanına dayanan yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada AKT, serum periostin, triptaz, idrarda lökotrien E4 ve eksale nitrik oksit düzeylerinin astım kontrolünü değerlendirmedeki rolü araştırılmıştır.

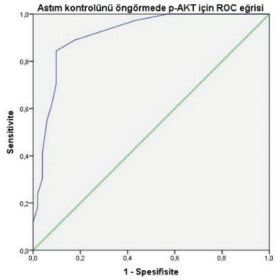
YÖNTEM: Çalışmaya astım tanısı ile izlenmekte olan beş yaş üstü çocuk hastalar dahil edilmiştir. Katılımcıların astım kontrol düzeyi GINA'ya göre tespit edildi. Tüm katılımcıların eksale NO, periostin, triptaz ve idrarda lökotrien E4 düzeyleri ölçüldü. GINA'ya göre kontrollü ve kontrolsüz (kısmı kontrollü+kontrolsüz) hasta grupları bu parametreler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 160 astımlı hasta alındı. Hastaların %52.5'i kız olup katılımcıların yaş ortalaması 10.6±3.7 yıl idi. Katılımcıların %31.9'unun astım kontrol düzeyi GINA'ya göre kontrollü olup ortanca pediatrik AKT skoru 20 idi. GINA'ya göre kontrollü ve kontrolsüz hastalar karşılaştırıldığında, ortanca pediatrik AKT skoru, eksale nitrik oksit düzeyi ve periostin düzeyi anlamlı derece farklı iken ($p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.003$, sırasıyla), bazal triptaz ve idrarda lökotrien E4 düzeyleri açısından fark saptanmadı. ROC analizi sonucunda pediatrik AKT (AUC:0.914, %95GA:0.86-0.97, $p<0.001$), serum periostin (AUC:669, %95GA:0.59-0.75, $p=0.001$) ve eksale NO'nun (AUC:0.755, %95GA:0.67-0.84, $p<0.001$)'nin astım kontrolsüzlüğünü öngörmede tanısal değeri olduğu görülmüştür. En uygun cut-off değer AKT için 21, eksale NO için 17.5 ppm, periostin için ise 75 olarak saptanmıştır. AKT için cut-off değeri 20 alındığında AKT ve GINA arasındaki uyumsuzluk % 28.7 iken; 21 olarak alındığında uyumsuzluk %13.8 saptandı. GINA ve AKT'ye göre kontrollü hastaların %8.7'sinde periostin ve eksale NO düzeyleri yüksek saptanırken, her iki yönteme göre kontrolsüz olan hastaların %25'inde periostin ve eksale NO düzeyleri cut-off değerlerin üzerinde idi.

SONUÇ: Çocukluk çağı astım kontrolünü öngörmede kullanılan GINA ve AKT arasında önemli oranda uyumsuzluk bulunmaktadır. Her iki yönteme göre kontrollü olan hastalarda periostin ve eksale NO gibi iki inflamasyon belirtecinin yüksek olması subklinik inflamasyon varlığından, hastaların semptomlarını yeterli ifade edememesinden veya gizlemesinden kaynaklanıyor olabilir. Bunun aksine kontrolsüz hastaların önemli bir kısmında ise her iki inflamasyon belirtecinin düşük bulunmuştur. GINA temel olarak hasta veya yakınlarının ifade ettiği semptomlara dayalı bir klinik sınıflamadır. Hastalar bazen semptomlarını abartabilmekte bazen ise gizleyebilmektedir. Bu noktada eksale NO ve serum periostin düzeyi gibi objektif laboratuar parametrelerinin kullanılmasının aşırı veya yetersiz tedaviyi önlemeye katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

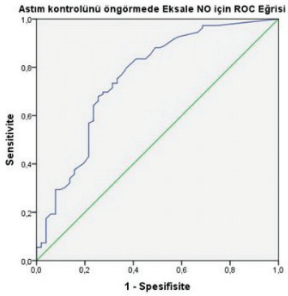
Anahtar Kelimeler: astım kontrolü, eksale nitrik oksit, GINA, pediatrik AKT, periostin, triptaz

Figür 1



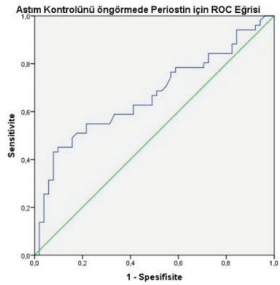
Astım kontrolünü öngörmede pediatrik AKT için ROC eğrisi

Figür 2



Astım kontrolünü öngörmede eksale NO için ROC eğrisi

Figür 3



Astım kontrolünü öngörmede periostin için ROC eğrisi

SS-003

ALTI-YEDİ YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA ASTIM GELİŞİMİ İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilek Doğruel, Ayşe Şenay Şaşihüseyinoğlu, Mahir Serbes, Derya Ufuk Altıntaş, Mustafa Yılmaz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

GİRİŞ: Süt çocuklarında görülen hışıltı ile daha sonra gelişebilecek astım arasındaki ilişkinin immün sistem maturasyonu ve konjenital/ kazanılmış havayolu değişiklikleri, alerjenlere maruziyet, çevresel kirlenme gibi etkenlerin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

AMAÇ: Çalışmamızda 6-7 yaş arasındaki astım tanılı çocuklarda, hastalık oluşumu üzerine etkisi olan faktörlerin araştırılmasını amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji polikliniğinde takip edilen, 6-7 yaş arasında astım tanısı konulan hastalar (astım grubu, n: 61) ile aynı yaş gru¬bunda astım dışı nedenlerle polikliniğe başvuran hastalar (kontrol grubu, n: 365) çalışmaya alındı. Her iki grupta cinsiyet, prenatal/natal özellikler, infant döneminde beslenme özellikleri ve hışıltı varlığı, yaşam koşulları, aile içi sigara kulla¬nımı ve ailede alerjik hastalık varlığı durumları aile görüşmesi yapılarak kaydedildi ve karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların %55,1'i erkek (n: 235), %44,9'u kız (n: 191) idi. Astım grubundaki çocuklarda kreşe gitme, kardeş ve annede astım varlığı, kontrol gru¬bundan fazlaydı ($p<0.005$). Astım grubundaki annelerin gebelikte antibiyotik kullanma oranının, kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<0.005$). Hayatın ilk yılında geçirilen hışıltı ile astım gelişimi arasında istatistiksel ilişki vardı ve hışıltı sayısı arttıkça astım riskinde artış mevcuttu. Annenin gebelikte antibiyotik kullanımı, anne ve kardeşde astım varlığı, atopi astım gelişimi için risk faktörü olarak saptandı.

SONUÇ: Küçük çocuklarda astım gelişimini öngören biyokimyasal veya genetik bir belirleyici yoktur. Hayatın erken döneminde geçirilen hışıltı ataklarının daha sonra gelişebilecek astım açısından ilk bulgu olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, hışıltı, risk faktörleri

SS-004

EGZERSİZE BAĞLI NEFES DARLIĞI İLE ÇOCUK ALLERJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DURUMU

Hülya Ercan Sarıçoban

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji BD

AMAÇ: Astım çocukluk yaş grubunda sık rastlanan kronik bir hastalıktır. Egzersize bağlı astım hayatı kısıtlarken, dikkatli tedavisinin planlanması gerekir. Egzersize bağlı astım düşünülerek Çocuk Allerji polikliniğine yönlendirilen hastaların yaşam şekli ve egzersize bağlı nefes darlığı arasındaki ilişki araştırıldı.

YÖNTEM: Hastalara günlük yaşam şeklini belirlemek üzere Türk çocuklarına validite bir anket uygulandı. Tüm hastalara standart egzersiz testi uygulandı. Test pozitif ve negatif bulunan hastaların özellikleri SPSS programında değerlendirildi.

BULGULAR: ortalama 10.43 yaşında (min:6, max: 16 yaş) 64 hasta çalışmaya alındı. Hastaların K:31 (%48,4), E: 33 (%51,6) idi. %9,4 (n:6) sında egzersiz testi pozitifken, %90,6 (n:58) inin egzersiz testi negatifti. Egzersize bağlı astım saptanan hastaların 1'i (%16,7) si preobez iken gerisinin BMI i normaldi. Egzersiz testi negatif saptanan hastaların 23'ü (%46,9) preobez ve obez idi. Bu gruptaki çocukların %73,7 sinin kahvaltı yapmadığı, %89,5'inin sebze, %63,8 inin meyve yemediği, %46,6'sının günde 4 saatten fazla televizyon izlediği,%87,9 'unu düzenli fizik aktivite yapmadığı saptandı.

SONUÇ: Egzersize bağlı nefes darlığı şikayeti olan çocuklarda astımdan ziyade sedanter yaşam şeklinin rol oynağı bu şekilde hastaneye gelen çocuklara gereksiz astım tedavisi başlanmaması için dikkatli değerlendirilme yapılması gerektiği, hastaların beslenme alışkanlıkları ve yaşam şekillerinin düzenlenerek sorunun giderilebileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Astım, Egzersiz, Hayat şekli

SS-005

ASTIMLI ÇOCUKLARDA AKUT FAZ REAKTANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Orhan Coşkun, Nazlı Ercan, İlknur Bostancı

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Astım çocukluk çağında da görülen hava yollarının kronik inflamasyonudur. Hastalığın takibinde klinik ve fizik muayene bulgularından, solunum fonksiyon testlerinden ve astım kontrol test ve anketlerinden yararlanılmaktadır.

AMAÇ: Çocukluk yaş grubunda; astımın takibinde hastalığın kontrol düzeyini değerlendirmede; objektif bir veri olarak inflamatuar marker olan beyaz küre, platelet, ortalama trombosit hacmi, eozinofil yüzdesinin rolünü araştırmak istedik.

MATERYAL -METHOD: 1 Ocak 1 Eylül 2015 tarihleri arasında 4-18 yaş arası astım tanısı ile takip edilen toplam174 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, beyaz küre sayıları, eozinofili yüzdeleri, platelet sayıları, ortalama trombosit hacimleri, solunum fonksiyon testleri, deri prick test sonuçları ve astım kontrol düzeyleri kaydedildi. Çalışmadan akut, kronik enfeksiyonu olan hastalar çalışmadan çıkartıldı.

Hastaların astım kontrol düzeyleri, atopi durumuna göre labaratuar verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Astım tanısı ile takipli hastalarda; düzenli ilaç kullanan ve kullanmayan gruplar arasında, akut faz reaktanlarından beyaz küre, platelet sayısı ve Mpv açısından fark bulunmadı ($p>0,05$). Eozinofil yüzdesi açısndan anlamlı fark bulundu ($p=0,016$).

Astımlı atopik ve non atopik gruplar arasında, beyaz küre düzeyleri arasında anlamlı fark vardı ($p=0,008$). Platelet sayısı, Mpv, eozinofil yüzdesi açısından fark saptanmadı ($p>0,05$).

Astımı kontrollü ve kontrolsüz gruplar arasında, beyaz küre sayıları ve eozinofil yüzdesi açısından istatistiksel olarak fark saptandı ($p=0,001$) ($p=0,003$). Platelet sayıları ve Mpv düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

TARTIŞMA: Astımlı hastalarda ilaç kullanımına göre gruplamalarda eozinofil yüzdesi açısından fark saptandı. Ancak lojistik regresyon analizi ile bakıldığında değişimin anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür.

Hastaları atopi ve astım düzeyi açısından incelendiğimizde ise çıkan sonuçlardan sadece eozinofil yüzdesinin lojistik regresyon analizine göre farkı tespit edilmiştir. Çalışmamız eozinofil yüzdesinin astımın kontrolünde parametre olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Bakılan beyaz küre sayısı, trombosit sayısı, ortalama trombosit hacminin bazılarında anlamlı sonuçlar çıkmıştır. Ancak yapılan lojistik regresyon analizine göre bu parametrelerin hiçbirinin astımın kontrol düzeyi ve atopi ile ilişkisi açısından anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Astım, Atopi, Beyaz küre, Eozinofil, Mpv, Trombosit

SS-006

BİR ASTIM GÜNÜ ETKİNLİĞİNİN AİLE HEKİMLERİNİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ VAR MI?DÜNYA ASTIM GÜNÜ'NÜN AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDEKİ YERİ NE OLMALI?

Serap Özmen[1], İlknur Bostancı[1], Çiğdem Özdilekcan[2], Ayşegül Ertuğrul[1], Zeynep Şengül Emeksiz[1], Semra Altıyaprak[3], Adem Özkara[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji ve İmmunoloji Ana Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Astım yetişkin ve çocuklarda sık görülen kronik bir solunum yolu hastalığıdır. Astımda uygun inhaler teknikle ilaçların kullanımı gerekir. Hasta ve hekimlerin astım farkındalığının olması için her yıl Dünya Astım Günü etkinlikleri yapılmaktadır.

AMAÇ: Bir Dünya Astım Günü etkinliğinde bir uluslararası astım tedavi rehberi temel alınarak aile hekimlerine yönelik verilen eğitimin, astım tanı ve tedavi bilgi ve becerisi üzerine eğitim sonrası etkisi araştırmak istendi.

MATERYAL/METOD: Cross-sectional ve interventional olan çalışmamız ile 3 Mayıs 2016 Dünya Astım Günü Etkinliği kapsamında aile hekimlerine "Global Initiative for Asthma" (GINA) 2016 astım rehberi esas alınarak pediatrik alerji ve erişkin göğüs hastalıkları uzmanları tarafından eğitim verildi. Yirmi beş soruluk standart anket eğitim öncesi ve 6 ay sonra aynı gruba uygulandı. Eğitimin bilgi düzeyine etkisi ki-kare ve paired test ile araştırıldı. $P>0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmadaki 32 aile hekiminin %62.5'i kadın ve hekimlik süreleri mezuniyet sonrası 9.93±9.57 yıl (aralık: 7 ay – 32 yıl) ve aile hekimliğinde 32.61±26.01 ay (aralık: 1- 84 ay) bulundu. Aile hekimlerin %59.4'ü mezuniyet sonrası astım eğitimi almıştı. Katılımcıların %25'i astım rehberlerini kullanıyordu. Eğitim öncesi ve sonrası teste doğru yanıt verme oranları sırasıyla aile hekimi uzmanlarında %58.4 - %77.6 ve asistanlarda %62.3 - %75.9 idi. Astım tedavisi ve inhaler ilaçların kullanımı sorularına doğru yanıtlarda eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı artış oldu (sırasıyla, %62.5 - %93.8; p= 0.002, %56.2-%90.6; p=0.007).

SONUÇ: Çalışmamız aile hekimlerinin mezuniyet sonrası ve asistanlık eğitiminde astım tanı ve tedavi rehberlerini az kullandıklarını gösterdi. Eğitimle astım tedavisi ve inhaler ilaçların kullanımında bilgi ve tutum değişikliği oldu. Dünya Astım Günü etkinliklerinden biri olan eğitimin, aile hekimliğine de yönelik olması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dünya Astım Günü, ACOS, Astım, Çocuk, Aile Hekimi

SS-007

ASTIMLI ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Eda Ünal[1], Aysel Özdemir[2], Hicran Yıldız[3], Gürkan Kılıç[4]

[1]*Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Hemşire, Bursa*
[2]*U.Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği,Bursa*
[3]*U.Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/İç Hastalıkları Hemşireliği, Bursa*
[4]*Özel Klinik, Bursa*

AMAÇ: Astım, atak ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Astım ataklarının sık olması, bireyin fiziksel kapasitesinin azaltarak günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Bu durum, özellikle astımlı çocuklarının ailelerini astım tedavisi için alternatifler bulmaya zorlamaktadır. Çalışma, astımlı çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı olarak planlanan çalışma, Aralık 2016-Mart 2017 ayları arasında (3 ay) bir kamu hastanesinin allerji hastalıkları servisinde yatan çocukların anneleri arasından, çalışmaya katılmayı kabul eden 339 anne üzerinde yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik özellikler, astım tedavisi ve TAT kullanımına ilişkin bilgileri içeren genel bilgi formu aracılığı ile toplanmıştır. Veriler, SPSS 22.0 programında, yüzdelik dağılımlar ve ortalamalar, Pearson ki-kare testi, Yates ki-kare testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Yaş ortalamaları 6.78±3.37 olan olguların %41'i kızdır. Olguların %68.1'i şehir merkezinde yaşamaktadır ve %41'inin ailesinin aylık geliri 500-1000 TL arasındadır. Olguların %57.2'sinin annesi, %46'sının babası ilköğretim mezunudur. Olguların %80.8'inin annesi ev hanımıdır ve %53.4'ünün babası işçi olarak çalışmaktadır. Olguların ortalama 3.10±2.49 yıldır astım şikayetleri vardır. Olguların %81.4'ü ilaç tedavisi kullanmaktadır ve bunların %31.9'unun annesi çocuklarının kullandığı ilaçtan memnundur. Olguların %49.3'ü tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemi kullanmaktadır. Olguların en fazla kullandıkları TAT bal (%20.4) ile bal ve zencefil (%19.8) karışımıdır. Olguların %55.7'si 6 aydan kısa süredir TAT kullanmaktadır. Olguların %41.32üne komşu/tanıdıklar TAT kullanımı önermiştir. Olguları %68.9'u tedaviye destek olacağına inandığı için TAT kullanımına başlamıştır. Olguların anne-babasının %16.8'i kendi tedavisi için TAT kullanmıştır. Anne-babaların %68.4'ü üst solunum yolu enfeksiyonun tedavi için TAT kullanmıştır. Anne-babaların en fazla kullandıkları TAT, bitki çayı (%29.8) ve baldır (%26.3). Olguların sosyodemografik özelliklerinden anne ve babanın mesleğinin TAT kullanımını etkilediği saptanmıştır ($p>0.05$). Olgularda astım tedavisi ve TAT kullanımı ile ilişkili faktörlerden ilaç kullanma durumu, kullandığı ilaçtan memnun olma durumu ve anne-babanın TAT kullanma durumunun TAT kullanımını etkilediği saptanmıştır ($p>0.05$).

SONUÇ: Olguların neredeyse yarısı TAT kullanmaktadır. Anne ve babanın mesleği, bireyin ilaç kullanma durumu, bireyin kullandığı ilaçtan memnun olunması durumu ve anne-babanın TAT kullanma durumu TAT kullanımını etkilemektedir. TAT kullanımın bireylerin kullandığı ilaçların etkisini, tedavi sürecini etkileyebileceği bilindiğinden, astımlı çocukların anne ve babalarına yönelik bilinçsiz TAT kullanımının sakıncaları konusunda eğitimler verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: astım, çocuk, TAT, kullanım

SS-008

KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARDA BESİN KATKI MADDELERİNİN YAMA TESTİ İLE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz Özçeker[1], Fatih Dilek[2], Emin Özkaya[2], Ömer Uysal[3], Zeynep Tamay[4], Nermin Güler[5]

[1]*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji Ve Alerji*
[2]*Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji Ve Alerji Bilim Dalı*
[3]*Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Biyoistetistik Ana Bilim Dalı*
[4]*İstanbul Üniversitesi, İstanbulTıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji Ve Alerji*
[5]*İstanbul Bilim Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı*

GİRİŞ: Ürtiker her yaşta görülebilen, ani başlangıçlı, deride kaşıntılı kızarıklıklar ve kabartılarla ve/veya anjiyoödem ile seyreden bir hastalıktır.

Çocuklarda ürtiker prevelansı ile ilgili fazla epidemiyolojik çalışma olmamakla birlikte görülme sıklığı %2-6,7 arasında bildirilmiştir.

Lezyonların süresine ve tetikleyicilere göre farklı şekilde sınıflandırılabilir. Altı haftadan uzun süren ürtiker atakları kronik ürtiker olarak kabul edilmekte ve her zaman etiyoloji bulunamamaktadır. Etiyolojide suçlanan nedenlerden biri de besin katkı maddeleridir.

AMAÇ: Kronik idiyopatik spontan ürtiker ile takip edilen çocuklarda besin katkı maddelerinin etiyolojideki rolünü araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerji polikliniğinden takipli olan kronik idiyopatik spontan ürtikerli hastalar çalışmaya dahil edildi.

Kontrol grubu herhangi bir alerjik ya da cilt hastalığı, döküntü yakınması olmayan çocuklardan oluştu.

BULGULAR: Toplam 150 çocuk (Hasta grubu= 120 / Kontrol grubu = 30) dahil edildi.

Hasta grubu (KÜ)

Kız n=52 (%43,3)

Erkek n=68 (%56,7)

Ortalama yaş = 9,14 ± 4,44 (1-17 yaş)

SONUÇ: KSÜ olan hastalarda sağlıklı çocuklara göre besin katkı duyarlılığı daha fazladır.

KU'de besin katkı maddelerine karşı duyarlılık önemli olabilir.

Besin katkı maddeleri ile KU ilişkisini araştırmak için provakasyon testlerinin yapılmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: besin katkı maddesi, ürtiker, yama test

Yama testinde tespit edilen alerjenler

Besin Katkı maddesi	% (n)	Besin Katkı maddesi	% (n)
Azorubine	5,2 (8)	Brilliant black	0 (0)
Cochinelred	5,2 (8)	Erythosin B	0 (0)
Amaranth	2,6(4)	Formic asid	0 (0)
Butyhydroxyanisole	2,0 (3)	Patent blue VF	0 (0)
Sodium diposhate	1,3 (2)	Pectin	0 (0)
Carmine	1,3 (2)	Quinoline yellow	0 (0)
Sodium nitrite	0,7 (1)	Sorbic asid	0 (0)
Butyhydroxytoluene	0,7 (1)	Sodium glutamate	0 (0)
Benzoic asid	0,7 (1)	Saccaharine	0 (0)
Aspartam	0,7 (1)	Sodium disulphite	0 (0)
Sodium alginate	0 (0)	Sodium formiate	0 (0)

SS-009

ÇOCUK ALERJİ POLİKLİNİĞİNDE DİSPNE/GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

Serap Özmen, Merve Betül Solmaz, Nilgün Karslıoğlu, İlknur Bostancı

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji ve İmmunoloji Kliniği

GİRİŞ: Dispne ve/veya göğüs ağrısı çocuklarda sık hastaneye başvuru nedenleridir. Subjektif belirtiler olan dispne ve göğüs ağrısının çocuklarda değerlendirilmesi zor olabilmektedir.

AMAÇ: Dispne/göğüs ağrısı ile Çocuk Alerji Polikliniğine başvuran çocukların değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL/METOD: Son beş yılda dispne/göğüs ağrısı yakınmaları ile Çocuk Alerji Polikliğinde görülen çocuklar elektronik tıp veri tabanından retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 50 çocuk hasta [28'i kız (%56); ortalama yaş 12 yıl; yaş aralığı 3 – 18 yaş]çalışmaya alındı. Dispne ile 23 (%46), göğüs ağrısı ile 7 (%14) ve dispne ve göğüs ağrısı birlikte olan 20 (%40) hasta vardı. Hastaların 28'inde (%56) solunum ve 17'sinde (% 34) kardiyak yakınmalar vardı. Diğer sistemlerle ilgili yakınmalar 21 hastada vardı. Bunlardan en sık görüleni 14 olguda (%66.7) burun yakınmalarıydı. Hastaların %46'sında pasif sigara içiciliği saptandı. 13 hastada yapılan egzersiz provokasyon testi hepsinde negatif ve metakolin provokasyon testi 7 hastanın 1'inde pozitifti. PEf izlemi yapılan 4 hastanın 2'sinde pozitifti. Elektrokardiyogram 4/48 hasta anormaldi. Ekokardiyografi uygulanan 40 hastanın 14'ünde patolojik bulgular saptandı. Kırk üç hastanın 15'inde (%34.9) atopi vardı. Hastaların 18'ine (%36) astım, 11'ine (%22) alerjik rinit, 10'una (%20) kapak hastalıkları veya aritmi gibi kardiyak tanılar, 2'sine pulmoner hipertansiyon tanıları kondu.

SONUÇ: Çocuklarda dispne ve/veya göğüs ağrısının en sık nedeni astım bulundu. Semptomların iyi değerlendirilmesiyle planlanacak tetkiklerle tanıya hızlıca ulaşılabilir.

Anahtar Kelimeler: alerjik rinit, astım, dispne, göğüs ağrısı

SS-010

ÇOCUKLARDA EOZİNOFİLİK ÖSEFAJİT İZLEM VE TEDAVİSİ

Ahmet Kan[1], Neslihan Ekşi Bozbulut[2], Neslihan Gürcan Kaya[2], Ödül Eğritaş Gürkan[2], Sinan Sarı[2], Buket Dalgıç[2], Arzu Bakırtaş[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Çocuk Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı*
[2]*Gazi Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji Anabilim Dalı*

AMAÇ: Çocuk alerji kliniğimizde, çocuk gastroenteroloji bölümü ile beraber izlediğimiz eozinofilik ösefajit tanılı olguların tedavi ve seyirlerinin sunulması amaçlanmıştır

YÖNTEM: Bu gözlemsel çalışmada eozinofilik ösefajit tanısıyla 7 yıllık süreçte izlediğimiz çocuk olguların klinik özellikleri, alerjik değerlendirilmeleri (deri prik test, atopi yama testi, serum eozinofili, total IgE), tedavileri ve seyirleri retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Ortanca yaşları 6.5 yaş (min 1,5- maks 18) olan 18 olgu izlenmiştir (10 erkek, 8 kız).Tanı yaşı ortanca 3 yaş (min 7 ay-maks 16 yaş), izlem süreleri ortanca 19 ay (min 3-maks 84) olarak saptanmıştır. Başvuru esnasındaki en sık şikayetler bulantı-kusma (%72,2), iştahsızlık (%66,7), karın ağrısı (%44,9), ağızda bekletme (%38,9) saptanmıştır. Kanda eozinofil yüzdesi ortanca 5,07 (min 1, maks 16,1), besinlerle deri testlerinde prik testleri hastaların yarısında, atopi yama testleri ise %44,4'de pozitif saptanmıştır. En sık tetikleyici besinler yumurta (%22,2), süt(%11,1), kuruyemiş(%11,1),karabiber (%11,1),buğday (%5,6), baklagiller(%5,6) olarak saptanmıştır. Olgulara en sık eşlik eden komorbid durumlar alerjik hastalıklar (%44,4), büyüme geriliği (%22,2) olduğu görülmüştür. Olgulara başlanan tedaviler budesonid (%61,1), budesonid+diyet(% 11,1), sadece diyet (%33,3) olarak saptanmıştır. Tam remisyon oranı %33,3 (6 hasta) 'tür.

SONUÇ: Eozinofilik ösefajit kronik seyiri, besin alerjisinin etyolojide önemi, sıklıkla başka alerjik hastalıkların eşlik etmesi, remisyon oranının düşük olması nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Ösefajit, allerji, izlem

SS-011

ÜLKEMİZDE DAHA ÖNCE KULLANILAN ADRENALİN OTOENJEKTÖRÜ (EPİPEN) İLE ŞU ANDA MEVCUT OLAN ADRENALİN OTOENJEKTÖRÜNÜN (PENEPİN) PRATİK UYGULAMA BECERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Erdem Topal[1], Hacer İlbilge Ertoy Karagöl[2], Özlem Yılmaz[3], Mustafa Arga[4], Burcu Köksal[5], Özlem Özbek Yılmaz[5], Hülya Anıl[6], Koray Harmancı[6], Şeyhan Kutluğ[7], Fadıl Öztürk[7], Hasan Cem Razi[8], Arzu Bakırtaş[9]

[1]*İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, Malatya*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Kliniği, Mersin*
[4]*Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, İstanbul*
[5]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, Ankara*
[6]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, Eskişehir*
[7]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim Dalı, Samsun*
[8]*Acıbadem Ankara Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Kliniği, Ankara*
[9]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerjisi ve Astım Bilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Anafilaksili hastalara reçete edilen adrenalin otoenjektör kullanımında; eğitimin yanı sıra otoenjektörün, kullanım için basit ve kolay dizayn edilmiş olması gerekir. Şu an ülkemizde "PENEPİN" marka adrenalin otoenjektörü bulunmaktadır. Altı ay öncesine kadar ilaç eczacılar birliği tarafından yurt dışında temin edilen "EPİPEN" marka adrenalin otoenjektörü kulanılmaktaydı. Bu çalışmadaki amacımız; anafilaksi tanılı hastalara reçete edilen bu iki marka adrenalin otoenjektörünün aileler tarafından kullanım becerilerini karşılaştırmaktır.

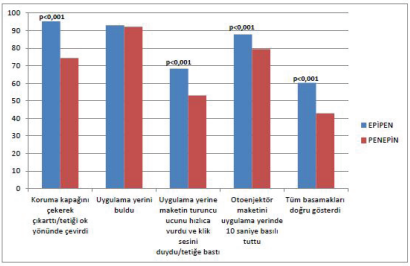
METOD: Çalışmaya 1-18 yaş arası alerji polikliniğine başvuran hastaların ebeveynleri dahil edildi. Ebeveynlere, önce otoenjektörlerin nasıl kullanıldığını gösteren görsel broşürler verildi. Daha sonra içinde ilaç (adrenalin) ve iğne ihtiva etmeyen otoenjektör maketi verilerek, göstermeleri istenildi. Hangi otoenjektörün önce verileceği ramdomize olarak belirlendi.

BULGULAR: Çalışmaya 9 merkezden toplam 630 gönüllü alındı. Gönülülerin 457 (%72,5)'i anne idi ve 235 (%37,3)'i üniversite mezunuydu. Gönüllülerin yaş ortalaması 34,13 ±7,93 yıl idi (tablo 1). Çalışmaya alınan gönüllülerin 379 (%60,2)'u EPİPEN otoenjektör maketinin tüm basamaklarını doğru gösterirken, 270 (%42,9)'i PENEPİN otoenjektör maketinin tüm basamaklarını doğru gösterdi (p<0,001). Gösterim süreleri açısından da karşılaştırıldığında; EPİPEN otoenjektör maketin de 57,2±23,9 saniye, PENEPİN otoenjektör maketinde 89,8±42,4 saniye idi (p<0,001) (tablo 2). Her iki otoenjektör maketinde en sık yaptıkları hata "Uygulama yerine maketin turuncu ucunu hızlıca vurdu ve klik sesini duydu/tetiğe bastı" basamağı idi (şekil 1). Ayrıca PENEPİN otoenjektör maketinde hastaların %10'u iğnenin çıkacağı uç kısmıyla oynadı (tablo 3). Gönüllülerin tercih nedeni sorulduğunda 527 (%83,7)'si EPİPEN'i tercih ettiler ve sebebinide kullanımının daha basit ve kolay olması diye belirttiler.

SONUÇ: Çalışmamız, gönüllülerin büyük çoğunluğunun EPİPEN otoenjektörünü kullanmayı tercih ettiklerini ve bu otoenjektörü daha hızlı kullanıp, daha az hata yaptıklarını göstermiştir. Bu nedenle mevcut PENEPİN otoenjektörün kullanımının daha basit ve çabuk olabilmesi için tasarımında iyileştirmeler yapılması uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, epipen, penepin

Şekil 1



Şekil 1. Epipen ile Penepin adrenalin otoenjektör maketlerinin doğru uygulama basamaklarının karşılaştırılması (mutlak yapılması gereken basamaklar)

Epipen ile Penepin adrenalin otoenjektör maketlerinin doğru uygulama basamaklarının karşılaştırılması (mutlak yapılması gereken basamaklar)

SS-012

ALLERJİK YAKINMALARLA BAŞVURAN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA EV TOZU DUYARLILIĞI

Selçuk Yazıcı, Soner Güneş, Melike Kurtuluş Çokboz, Özlem Kemer, Gülce Baranlı, Sezin Aşık Akman, Demet Can

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Balıkesir

GİRİŞ-AMAÇ: Küresel ısınma ve iklim değişikliklerinin, alerjik hastalıkların prevalansında artışa neden olmasının bir nedeni de aeroalerjen duyarlılığını arttırmasıdır. Zamanının çoğunu evde geçiren okul öncesi yaş grubunda alerjik hastalık sıklığının giderek artmasının nedeni bu yaş grubunda nadir olması beklenen ev tozu (HDM) duyarlılığının artması olabilir. Araştırmamızda alerjik hastalık yakınmaları ile başvuran okul öncesi çocuklarda deri testi (SPT) ile HDM başta olmak üzere alerjen duyarlılıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Prospektif kesitsel çalışmamıza Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında hastanemiz Alerji Polikliniğine başvuran 220 çocuk alınmıştır. SPT de besin (süt, yumurta, balık, buğday, soya, fıstık), HDM, hayvan epiteli, küf mantarı, çim/ağaç/yabani ot poleni, hamamböceği alerjenleri yer almıştır. Veriler yüzde, oran, güven aralığı olarak hesaplanmış olup grupların karşılaştırmasında Ki-Kare ve varyantı Fisher Exact Test ile değerlendirilmiş olup istatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: 0-2 yaş arası 73, 2-4 yaş arası 59, 4-6 yaş arası ise 88 olmak üzere toplam 220 hastanın yaş ortalaması 2,98 (2,75-3,21) yıl ve 131'i (%59,5) erkektir. Yapılan 220 SPT'nin 123'ü (%55,9) pozitif olup, pozitif olanların %16,2' si monosensitize, %73,8'i ise polisensitizedir. Alerjik Rinit ve/veya astım grubunda SPT pozitifliği %76,3 iken inek sütü alerjisinde (İSA) %50,7; ürtiker ve atopik dermatitte ise %45,8 dir. Tüm grupta HDM duyarlılığı %30,4 olup dağılımı İSA'da %4,7; ürtiker ve atopik dermatitte %16,6; alerjik rinit ve/veya astımda %55,2 oranında saptanmıştır. Yaş gruplarına göre HDM duyarlılığı 0-2 yaşta %16, 2-4 yaşta %28, 4-6 yaşta %48' dir ($p<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Solunum yolu alerjileri ile başvuran aynı yaş grubundaki çocuklarda %3,5-8 olarak bildirilen HDM duyarlılığı çalışmamızda çok daha yüksek bulunmuştur. Bu artışın coğrafik özellikler başta olmak üzere nedenlerinin diğer bölgelerimizde ve daha geniş sayıda çalışmalarla araştırılması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Alerji, çocuk, ev tozu duyarlılığı

SS-013

BESİN ALERJİSİNİN TANI VE TAKİBİNDE SEMPTOM BAZLI SKORLAMANIN ETKİNLİĞİ

Seda Şirin Köse, Gizem Atakul, Suna Asilsoy, Dilek Tezcan, Özkan Karaman, Nevin Uzuner, Özden Anal

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Semptom bazlı skor (SBS), inek sütü alerjisini birinci basamak sağlık hizmetlerinde ön görmek ve inek sütü alerjisi tanısı almış süt çocuklarında tedaviye yanıtı değerlendirmek için hastaların semptom ve bulgularına dayanarak geliştirilmiş bir puanlama sistemidir. Literatürde inek sütü alerjisi olan hastalarda uygulamaları görülmekle birlikte bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada, besin alerjisi olan olgularda SBS'nin tanı koyma ve tedaviye yanıtı belirlemedeki etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Temmuz 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı'nda besin alerjisi tanısı alan 93 olgu ileriye dönük olarak öykü, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve diğer tanı bulguları ile değerlendirildi. Semptom bazlı skorlama formunda yer alan ağlama, regürjitasyon, Bristol gaita skorlaması, cilt semptomları (atopik dermatit ve ürtiker skorlaması) ve solunum yolu semptomları puanlandı. Eliminasyon diyetinden 8 hafta sonra semptom bazlı skorlama tekrar uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 93 hastanın 46'sı (%49.5) kız 47'si (%50.5) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 5.6 ± 0.2 aydı. Hastaların aile öyküsü sorgulandığında olguların %72'sinde ailede atopi öyküsü mevcuttu. Hastaların spesifik IgE, deri prik testi ve yama testi ile 17'sine (%18.3) süt alerjisi, 23'üne (%24.7) yumurta alerjisi, 14'üne (%15.1) süt ve yumurta alerjisi tanısı konuldu. Otuz dokuz hastada (%41.9) mevcut testler ile şüpheli besin belirlenemedi. Hastaların geliş bulgularına göre 26'sı (%28) IgE tipi, 23'ü (%24.7) non-IgE, 44'ü (%47.3) miks tip reaksiyon olarak değerlendirildi. Hastalarda diyet öncesi bakılan SBS 12.9 ± 4.7 olarak belirlenirken 8 hafta sonra eliminasyon diyeti ile skor 3.7 ± 2.7 olarak saptandı. Üç grup kendi içinde değerlendirildiğinde, IgE tipi reaksiyon olanlarda diyet öncesi ürtiker skoru ve geliş SBS'si diğer tiplere göre daha yüksek saptandı ($p<0.0001$; $p=0.01$). Non-IgE tipte Bristol gaita skorlaması diğer gruplara göre yüksek saptanırken ($p=0.007$), IgE ve eozinofil yüzdesi diğer gruplardan daha düşük saptandı ($p<0.0001$; $p=0.01$). Diyet öncesi atopik dermatit skorlaması miks tipte diğer gruplara göre daha yüksek saptandı ($p<0.0001$). Diyet sonrası her 3 grupta SBS puanlaması açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda, klinisyen ve ailenin subjektif değerlendirmesini içeren semptom bazlı skorun besin alerjilerinin tanısında ve tedavisinin takibinde kullanılabileceği belirlenmiştir. Literatürde sadece inek sütü alerjisi tespit edilen vakalarda kullanılmakla birlikte çalışmamızda diğer besin alerjilerinin tanı ve takibinde de etkinliği olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, infant, semptom bazlı skorlama.

SS-014

ALERJİK RİNİT TANILI HASTALARDA ALERJEN BLOKE EDİCİ MEKANİK BARİYER JELİN SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİ

Seda Şirin Köse, Gizem Atakul, Suna Asilsoy, Dilek Tezcan, Özkan Karaman, Nevin Uzuner, Özden Anal

Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Alerjik rinit tedavisinde çevresel ve tetikleyici faktörlerin kontrolü son derece önemlidir. Alerjen etken ile mukozanın temasını önleme amacıyla fiziksel bariyer yöntemleri kullanılmaktadır. Literatürde nazal filtreler, maskeler ve kuru toz bariyer yöntemleri ilgili çalışmalar mevcut iken bariyer jel ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda alerjik rinit tanılı olup alerjen bloke edici mekanik jel kullanan hastalarımızın nazal semptom skoru, vizüel analog skoru ve yaşam kalitesi anketi ile tedaviye yanıtları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı'nda alerjik rinit tanısı olan 45 olgu geriye dönük olarak öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirildi. Hastalar şikayet ve bulgularına göre bariyer jel tedavisi (Alerji STOP mekanik bariyer jel) kullanmadan önce, kullandıktan bir hafta ve bir ay sonra nazal semptom skoru, oküler semptom skoru, total semptom skoru, vizüel analog skalası ve yaşam kalitesi anketi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 45 hastanın 19'u kız (% 42,2) 26'sı (% 57,8) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 10,5 ± 3,5 yıldı. Hastaların öykü, fizik muayene, spesifik IgE, deri prik testi ile 22'sine (% 48,9) polen alerjisi, 20'sine (% 44,4) ev tozu akarı, 3 olguya (% 6,7) da kedi alerjisi tanısı konuldu. Hastaların 30'u (% 66,7) antihistaminik, nazal steroid ve montelukast sodyum tedavilerinden en az birini kullanıyordu. Alerjen bloke edici mekanik jel kullanma sonrasında polen ve ev tozu alerjisi grubunda nazal, oküler ve toplam semptom skorlarının tedavinin birinci haftası ve birinci ayında anlamlı olarak gerilediği görüldü ($p<0,0001$). Vizüel analog skalası puanı polen ve ev tozu alerjisi hastalarında anlamlı olarak gerilediği görüldü ($p<0,0001$). Yaşam kalitesi ölçeğinde hastaların tedavi sonrası değerlerinin, tedavi öncesi değerlerine göre her iki grupta anlamlı olarak iyileştiği saptanmıştır ($p<0,0001$).

SONUÇ: Alerjen bloke edici mekanik jel tedavisi polen ve ev tozu akarı alerjisi olan olgularda semptom skorları ve yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiğinde etkili bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Bu bulguların desteklenmesi açısından uzun dönem ve daha geniş hasta gruplarını içeren çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, tedavi, yaşam kalitesi

SS-015

ATOPİK DERMATİTLİ OKUL ÇOCUKLARINDA NİKEL ALLERJİSİ

Ayşegül Ertuğrul, Nazlı Ercan, Serap Özmen, İlknur Bostancı

SBU, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Nikel allerjisi çocuklarda yama testlerinde en sık tespit edilen allerjenlerden biridir. Çocuklarda kontakt duyarlanma erken çocukluk yaşlarında olabilmektedir. Burada atopik dermatiti ve nikel allerjisi olan 4 çocuk hasta sunulacaktır.

OLGU: 6-10 yaşlarında bebeklikten beri atopik dermatit tanısı ile izlemde olan dört hastadan ikisine ellerde olan dermatiti, birine kulak memesinde olan dermatiti, diğerine ise tedaviye dirençli ağır atopik dermatiti olması nedeniyle " Thin –layer rapid-use epicutaneous" (T.R.U.E) test ile deri yama testi uygulandı. Nikel allerjeni ile pozitiflik saptandı. Koruyucu önlemlerle hastaların lezyonlarında azalma tespit edildi.

TARTIŞMA: Atopik dermatiti olan çocuklarda beraberinde olabilecek allerjik kontakt dermatitin tespiti tedavinin başarısını arttırır. Atopik dermatiti olan hastalarda sıklığı giderek artan nikel allerjisi ile kontakt duyarlanma hikayede sorgulanmalı ve tanı yama testi ile doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, nikel, allerjik kontakt dermatit, çocuk

SS-016

ORAK HÜCRELİ ANEMİLİ ÇOCUKLARDA SOLUNUM YOLU VE ALLERJİK HASTALIKLAR SIKLIĞININ BELİRLENMESİ

Tuğba Arıkoğlu[1], Melih Er[2], Selma Unal[3], Funda Çıtak[4], Didem Derici Yıldırım[5], Semanur Kuyucu[1]

[1]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Mersin*
[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin*
[3]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Mersin*
[4]*Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, Mersin*
[5]*Mersin Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Mersin*

AMAÇ: Orak hücre hastalığı (OHH), hayatı tehdit edebilen akut komplikasyonlar ve çeşitli organlarda kronik hasarlar ile sonuçlanabilen bir kan hastalığıdır. Orak hücre akciğer hastalığı, OHH'nın kronik pulmoner bir komplikasyonudur. Bu çalışmanın amacı, orak hücre anemili çocuklarda astım ve allerjik hastalıkların sıklığının belirlenmesi ve solunum sistemi problemleri ile OHH'a ait klinik ve laboratuvar parametreleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Hematoloji bölümünde OHH tanısı ile izlenen 67 hasta ve OHH'ı olmayan kontrol grubu 49 kişi olmak üzere toplam 116 çocuk çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunda ayrıntılı anket, solunum fonksiyon testleri (spirometri, impulse osilometri, pletismografi) ve ekshalasyon havasında nitrik oksit (FENO) testi uygulandı. Ayrıca, OHH grubuna bronş provokasyon testi, serum atopi belirteçleri (total IgE, eozinofil, besin ve inhalan sp Ige) ve deri prik testi uygulandı.

BULGULAR: OHH grubunun yaş ortalaması 14,6±3,9 ve kontrol grubunun 12,5±4,2 olup yaş açısından anlamlı fark saptandı (p=0.008). Hastaların 36'sında (%53.7) bugüne kadar akut göğüs sendromu (AGS) geçirme öyküsü olup, son 1 yılda AGS öyküsü olan 17 (%25.4) kişi vardı. Obstruktif akciğer semptomları ve alerjik hastalık sıklığının belirlenebilmesi için anket soruları kombinasyonu oluşturularak hastalar değerlendirildi. Anket sonuçlarına göre, OHH grubunun %43.3'ünde (29/67) atopik hastalık fenotipi olup, kontrol grubunun %34.8'inde (16/49) mevcuttu (p=0.364). Deri testi veya sp IgE ile değerlendirildiğinde OHH grubunda %8.9 (6/67) atopi saptandı. OHH grubunun %47.8'inde (32/67) güncel obstruktif hastalık fenotipi olup, kontrol grubunun %8.2'sinde (4/49) mevcuttu (p<0.001). OHH grubunun FeNO ortancası 12.0 (min-max; 10.0-17.0) ve kontrol grubunun 11.0 (min-max; 8-16.2) olup anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.301). Güncel obstrüktif hastalık fenotipine sahip olan ve olmayan grup arasında serum total Ige, eozinofil sayısı ve FeNO açısından anlamlı bir fark bulunmadı. OHH grubunun FEV1chg%pred (p=0.031), ITGV%pre (p=0.004),TLC%pre (p=0.002), IC%pre (p=0.037) değerleri kontrol grubuna göre düşük saptandı. OHH grubunun R5Hz%preM (p<0.001) değeri ve R5-R20% (p=0.002) farkı kontrol gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Güncel obstrüktif hastalık fenotipine sahip olan oraklarda R5-R20% farkı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0.005). OHH grubunda bronş aşırı cevaplılığı olan 7 kişi (%12.7) tespit edildi. Bu zamana kadar AGS geçirenlerde (PC20 metakolin: 1 mg/ml), geçirmeyenlere (PC20 metakolin: 14 mg/ml) göre anlamlı düzeyde artmış metakolin duyarlılığı saptandı (p=0,008).

SONUÇ: Orak hücre anemili çocuklarda, obstruktif hastalık semptomları, hava yolu direnç artışı ve bronş aşırı cevaplılığı ve restriktif akciğer hastalığı bulguları anlamlı olarak yüksek saptandı. Bu hastaların düzenli olarak bu bulgular ve belirtiler açısından takip edilmesi, hastaların erken tanınması ve uygun vakalarda tedavi başlanması uzun dönemde morbidite ve mortaliteyi azaltıcı bir girişim olacaktır.

Anahtar Kelimeler: atopi, bronş aşırı cevaplılığı, FeNO, orak hücreli anemi, restriktif akciğer hastalığı, solunum fonksiyon testi

POSTER BİLDİRİLER

PS-001

ASTIM ATAĞI SIRASINDA SUBKUTAN AMFİZEM VE PNÖMOMEDİASTİNUM GELİŞEN BİR OLGU

Sevgi Bilgiç Eltan, Özlem Keskin, Ercan Küçükosmanoğlu

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji İmmünoloji Bilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ: Subkutan amfizem, pnömomediastinum ve pnömoperikardium pediatrik popülasyonda nadir görülen klinik tablolardır.Bu sunuda nadir görülmesi nedeniyle akut astım atağı sırasında subkutan amfizem ve pnömomediastinum tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 11 yaşında erkek hasta nefes darlığı,öksürük yakınmasıyla acil servise başvurdu.Öyküsünde 15 gün önce ateş sonrası öksürük ataklarının başladığı,10 gün önce boyun, yüz ve üst gövdede şişlik başladığı öğrenildi.Özgeçmişinde nefes darlığı atakları ile acil servis başvuruları olduğu öğrenilen hastanın bu nedenle 3 kez hastaneye yatışının olduğu, ailenin astım nedeni ile düzenli tedavi kullanmadığı öğrenildi.Fizik muayenesinde genel durumu orta, nabız:90/dk solunum sayısı:24/dk,kan basıncı:95/75 mm/hg ölçüldü.Hastanın yüz,boyun ve klavikula çevresinde ödem, cilt altında krepitasyonlar, dinlemekle sol akciğerde daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde yaygın ronküs ve ekspiryum uzunluğu saptandı.Laboratuar tetkiklerinde Hb:16,9 gr/dl,WBC:23000 mm3, trombosit:395000 mm3, sedimantasyon:2 mm/h,c-reaktif protein:0,4 mg/l,kan gazında ph:7.42 PaCO2:38,2 PaO2:49,oksijen saturasyonu:%95-96.Akciğer grafisinde pnömomediastinum,cilt altı amfizem,bilateral peribronşiyal kalınlaşma saptandı.Astım,subkutan amfizem,pnömomediastinum tanılarıyla yatan hastaya nebülize salbutamol, sistemik steroid ve antibiotik tedavisi başlandı.Solunum sıkıntısı ve yetmezliği nedeni ile takibe alındı.Yatışının 5. gününde cilt altı amfizemi azaldı, 10. gününde klinik bulguları tamamen düzelen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Pnömomediastinum,subkutan amfizem ve astımın birlikteliği nadir görülmektedir.Tanı klinik bulgularla birlikte radyolojik incelemelerle konulur.Astımlı çocuklarda bu tür komplikasyonların görülmesinin astımın erken tanı ve tedavisinin düzenlenmesiyle önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: astım, çocuk, pnömomediastinum, subkutan amfizem

PS-002

ALLERJİK BRONKOPULMONER ASPERGİLLOZİSLİ HASTA VE TEDAVİDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Öner Özdemir[1], Nihat Atahan Kanbur[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmünoloji BD, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD, Sakarya*

GİRİŞ: Allerjik bronkopulmoner aspergilloz (ABPA) persistan astımlı olgularda daha sık rastlanan ve duyarlı kişilerde Aspergillus sporlarının yerleşmesi sonrası oluşan bir hipersensitivite reaksiyonudur. Astım bulguları, radyolojik santral bronşiektezi veya geçici opasiteler ve serolojide Aspergillus fumigatus'a karşı cilt testi veya spesifik IgE, eozinofili, artmış IgE (>1.000 IU/ml) gibi kriterlerle klinikte tanı konur.

AMAÇ: Amacımız klinikte nadir olarak karşılaştığımız ve astım zemininde gelişen APBA'lı bir olguyu ve tedavideki sorunları tartışmaktır.

OLGU: 12 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır geçmeyen öksürük üzerine çekilen P-A akciğer grafisinde saptanan opasiteleri ve hiler lenfadenopatisi nedeniyle tekrarlayan bronkopnomoni düşünülmüş ve uzun süre antibiyoterapi görmüştü. Şikâyetlerinde azalma görülmemesi üzerine astım ön tanısıyla inhale kortikosteroid tedavisi görmüş. Üç ay sonra yapılan bilgisayarlı tomografide santral bronşiektazi ve kalınlaşmalar nedeniyle mantar ya da tbc düşünülüp tedavisi için tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın tam kan sayımında eozinofili (%20) saptanması, total IgE (1.290 IU/mL) olması, santral bronşektazi ve PPD'de negatif sonuç vermesi üzerine ABPA düşünülerek skin prick testi yapıldı. Aspergillus fumigatus'a karşı pozitif yanıt veren hastanın herhangi başka bir allerjene karşı duyarlılık saptanmadı. Hastanın ter testi sonucu (35.1 mmol/L) negatif geldi. SFT de rezerzibilite testi pozitif sonuçlandı ve astım zemininde gelişen ABPA tanısı konuldu. Oral prednisone (0.5mg/kg/gün) ve itrakonazol tedavisi başlananan hastanın semptomları gerilemeye başladı.

SONUÇ: ABPA genellikle bronşial astım zemininde gelişen bir küf mantarı olan Aspergillus hipersensitivitesine bağlı hastalıktır. ABPA'nın tedavisinde uzun süren steroid tedavisine sekonder tip 2 diabet mellitus, hipertansiyon ve anti-fungal tedaviye bağlı karaciğer toksisitesinin görülebileceği akılda tutulmalı ve hasta dikkatlice takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ABPA, aspergillus, diabet, bronşektazi

PS-003

VAN İLİ'NDE ASTIM VE/VEYA ALLERJİK RİNİTLİ ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI

Sakine Işik[1], İhsan Gül[2], Mecnun Çetin[2]

[1]*Van İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Alerji-İmmunoloji, Van*
[2]*Van İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Van*

AMAÇ: Bu çalışmada amaç Van ilinde astım ve/veya allerjik rinit tanıları ile takip edilen çocuk hastalarda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerinin kullanım sıklığını, kullanılan yöntemleri ve kullanıma etki eden faktörleri araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız Haziran 2015- Ocak 2015 tarihleri arasında yapıldı. On beş sorudan oluşan olgu rapor formları hazırlandı. Bu formdaki sorular astım ve/veya allerjik rinit tanıları ile çocuk alerji ve immunoloji polikliniğinde izlenen çocukların ebeveynlerine yöneltildi. Veriler SPSS for Windows v.16 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois) programına kaydedildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U, Fisher's exact testleri kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 2-17 yaş arası toplam 127 çocuk hastanın ailesi dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 7.9±3.6 yıl olarak bulundu. Çalışmaya alınan hastaların 79'u (%62.2) erkek, 48'i (%37.8) kız idi. Hastaların %85.8'nde (n:109) sadece astım %14.1'inde (n:18) ise astım ve alerjik rinit tanısı birlikte mevcuttu. 127 aileden 62 (%48.8)'si çocuklarına hayatının herhangi bir döneminde TAT uygulamaları kullandığını belirtti. TAT kullananların 9 (%14.5)'u fayda gördüğünü düşünmekteydi. En sık başvurulan uygulama 45 (% 72.5) hastada kullanılan pekmez idi. 44 (%70) hastada bitkiler ve baharatlar (ıhlamur-kuşburnu-kekik-ot karışımları, karabiber, tarçın vs), 23 (%37) hastada bal, 13 (%20) hastada bıldırcın yumurtası, 10 (%16.1) hastada zeytin yağı, 6 (%9.6) hastada süt, 1 (%1.6) hastada tere yağı, 1 (%1.6) hastada arı sütü, 1 (%1.6) hastada arı poleni, 1 hastada göğüs bölgesine viks sürme işlemi kullanılmıştı. 127 aile TAT uygulamaları hakkında bilgiye sırasıyla 42 (%67.7) hastada akrabalar ve aktarlar, 12 (%19.3) hasta medya (T.v, internet) ve 8 (%12.9) hasta sağlık çalışanları (Doktor, Eczacı vs) aracılığı ile ulaştığını belirtti.

SONUÇLAR: Van ili'nde astım ve /veya allerjik rinitli çocuklarda TAT uygulamaları ülkemizin diğer bölgelerindeki ile benzer sıklıkta ve yüksek olup, pekmez içirmek en sık kullanılan yöntemdir. Aileler TAT uygulamaları hakkındaki bilgilere daha çok aktarlar ve medya aracılığı ile ulaşmaktadır. Çocuk hastalarla ilgilenen alerji hekimlerinin uygulanan TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması önem arzetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile, Alternatif tıp, Alerjik rinit, Astım, Çocuk, Tamamlayıcı tıp

PS-004

MALATYA İLİNDEKİ 13-14 YAŞ GRUBUNDAKİ İLKÖĞRETİM ÇOCUKLARINDA SOLUNUM YOLU ALERJİK HASTALIKLARIN SIKLIĞI

Mehmet Yavuz Özbey, Erdem Topal

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Çocuklarda solunum yolu alerjik hastalıkların görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Bu çalışmada, 2016 yılında Malatya il merkezinde 13-14 yaş grubu çocuklarında solunum yolu alerjik hastalıkların sıklığını belirlemek amaçlanmıştır.

METOD: Bu çalışma, 2016 yılında Malatya ilinde yapıldı. Malatya ilinde 13-14 yaş grubunda toplam 25. 000 çocuk nüfusu mevcuttu. Çocuklardaki astım sıklığının 13-14 yaş için dünyada yaklaşık % 13,4 olduğu, alerjik rinit sıklığının ise yaklaşık % 20 olduğu rapor edilmiştir (ISAAC çalışması sonucu). Malatya ilinde de solunum yolu alerjik hastalıkların sıklığı tahmini % 15 olabileceği düşünüldü. Bu veriler ışığında yapılan örneklem analizinde, % 3'lük sapma payı ve % 95 güven düzeyinde kestirmek için gerekli minimum örneklem genişliği 532 kişi olarak belirlendi. Çalışma için İnönü Üniversitesi yerel etik kurulundan onay alındı. Çalışmada, solunum yolu alerjik hastalıklarını belirlemeye yönelik ISAAC anket formu kullanıldı.

BULGULAR: 650 öğrenciye dağıtılan ve aileleri tarafından anket formu doldurulan 568 (% 87,3) öğrenci çalışmaya dahil edildi. Öğrencilerin 304 (%53,5)'i kız idi. Yaş ortalaması 13,08±0,27 idi. Çocukların %11,4'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde "hışıltı" tanımladı. Son 12 ayda "hışıltı" veya atak geçirme oranı % 6,3 olarak bulundu. Doktor tarafından astım tanısı konulma oranı % 6,5 idi. Son 12 ayda hastaların % 6,2'sinde şikayet nedeniyle gece uyuyamama, % 4,9 unda egzersize bağlı hışıltı şikayeti olmuştu (Tablo 1). Rinit şikayeti açısından değerlendirildiğinde; çocukların % 36,4'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde rinit şikayeti tanımladı. Son 12 ayda rinokonjunktivit şikayeti %13,9 olarak bulundu. Doktor tarafından alerjik rinit tanısı konulma oranı % 3,9 idi (Tablo 1).

SONUÇ: Malatya ilindeki 13-14 yaş grubundaki ilköğretim çocuklarında solunum yolu alerjik hastalıklarının sık olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: alerjik rinokonjunktivit, astım, çocuk, solunum yolu alerjileri

PS-005

OBEZ ASTIMLI ÇOCUK OLGULARDA HAVAYOLU VE SİSTEMİK İNFLAMASYONUNU GÖSTERMEDE BİYOBELİRTEÇLERİN YERİ?

Hikmet Tekin Nacaroğlu[1], Özlem Bostan Gayret[2], Meltem Erol[2], Övgü Büke[2], Oğuzhan Zengi[3], Mehmet Taşdemir[2]

[1]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve İmmünolojisi, İstanbul*
[2]*Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul*
[3]*Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Obez-astım fenotipinin daha zor kontrollü olması ve glukokortikoid tedavisine iyi yanıt vermemesi nedeni ile obez-astımda hava yolu enflamasyonunun daha fazla olduğu düşünülmüştür. Fakat OPN ve NGAL'in obez-astımlı çocuk olgularda rolü ile ilgili henüz bir çalışma yoktur. Bu çalışmada, astımlı çocuklarda obezitenin havayolu ve sistemik enflamasyon üzerine etkisinin araştırılması ve obez astım olgularında hava yolu ve sistemik enflamasyonda rol oynayan biyobelirteçlerin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya, çocuk allerji polkliniğinde obez-astım tanısı ile izlenen 6-16 yaş aralığındaki hastalar alındı. Obez sağlıklı kontrol ve non-obez sağlıklı çocukların tam kan sayımı paremetreleri ile obez astım olguların değerleri karşılaştırıldı. Ayrıca havayolu ve sistemik inflamasyon üzerinde etkili olabilecek hsCRP, NGAL, ostepontin, MMP-9 ve 25(OH)-vitamin D düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Obez-astım, obez sağlıklı kontrol ve non-obez sağlıklı kontrol gruplarının yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). Grupların 25(OH)-vitamin D, NGAL, Osteopontin, hsCRP ve MMP-9 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). FEV1/FVC değerleri ile NGAL ve MMP-9 değerleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir (p=0,019, p=0,003).

SONUÇ: Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma obez astımlı çocuklarda hsCRP, NGAL, osteopontin, MMP-9 ve 25(OH)-vitamin D seviyelerini birlikte araştıran ilk çalışmadır. NGAL ve MMP-9'un potensiyel bir marker olabileceğini ama konu ile ilgili daha geniş serili ve ağır astımlı olgularının dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür. Obezite ve astım ilişkisinin birden çok parametreden etkilenen karmaşık bir etkileşim olması nedeniyle, biyobelirtiçlerin obez astımlı çocuklardaki rolünün tanımlanması ve bir marker olarak kullanılabilirliğin belirlenmesi için geniş gruplarda, klinik belirtilerin ve daha çok parametrenin değerlendirildiği, tercihen balgam ve/veya BAL incelemelerinin de yapıldığı, daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Obezite, astım, osteopontin, NGAL, MMP-9, HsCRP

Tablo 1

	Obez kontrol n=45	Obez astım n=43	Non-obez kontrol n=30	p
Osteopontin (ng/mL)	46,19±20,26	52,81±26,9	62,13±38,51	0,24
NGAL (ng/mL)	473,01±443,89	601,62±576,67	537,54±587,23	0,446
MMP-9 (ng/L)	1335±1403	1767±2147	2255±2333	0,056
25(OH)-vitamin D (ng/mL	19,49±9,18	19,4±12,19	17,47±7,82	0,651

Tablo 1. Grupların demografik ve laboratuar paremetrelerin karşılaştırılması

PS-006

ALLERJİK RİNİT VE BRONŞİAL ASTIMLI ÇOCUK OLGULARDA ALLERJEN SPESİFİK İMMUNOTERAPİ TEDAVİSİ

Abdurrahman Erdem Başaran[1], Latife Öz[2], Ayşen Bingöl[3]

[1]*Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya*
[2]*Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya*
[3]*Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Allerji İmmunoloji Bilim Dalı, Antalya*

GİRİŞ: Allerjen spesifik immunoterapi (SİT) alerjik solunum yolu hastalıkları ve venom alerjisi tedavisine özgün terapötik bir uygulamadır. Allerjen SİT alerjik hastalıklarda yüz yıla yakın süredir kullanılmaktadır. Alerjik hastalık tedavileri arasında altta yatan immünolojik mekanizmayı etkileyerek alerjik hastalıkların doğal gidişatını etkileyebilen tek yöntemdir. Ayrıca allerjik rinitli hastalarda astım gelişimini önlediğine ve monosensitize bireylerde yeni duyarlanmaları önlediğine dair çok sayıda çalışma mevcuttur.

AMAÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Çocuk Alerji İmmunoloji polikliniğinde 2010-2017 yılları arasında subkutan allerjen spesifik immunoterapi yapılan allerjik rinit ve astım tanılarıyla izlenen 137 olgunun klinik ve laboratuar özelliklerini geriye dönük inceledik.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların 68'i erkek, 69'u kızdı. Olguların immünoterapi başlama yaşlarının ortalaması 10.8 + 3.7 yıl olarak belirlendi. Olguların 62'si astım, 35 'i allerjik rinit ve 40'ı allerjik rinit+astım tanısına sahipti. Hastaların immunoterapi sürelerinin ortalaması 3.31 + 1.54 yıldı (1-5 yıl). Hastaların 66 tanesinin duyarlı olduğu alerjen sayısı 1 iken 71 tanesinin 2 olarak belirlendi. İmmunoterapi yapılan allerjenler akarlar, ot-tahıl polenleri, alternaria ve zeytin poleniydi. Hastalardan sadece bir tanesinin birinci yılda yanıtsız olduğu görüldü. Olguların başlangıç IgE düzeyi ortancası 281 IU/L (10.5 - 1807 IU/L) idi. Başlangıç periferik kandaki eozinofil sayısı ortancası 350/µL (10 - 1890/µL) olarak belirlendi. Hastalardan sadece bir tanesinde anaflaksi; 3 tanesinde ise minör yan etkiler görüldü. Hastaların kullandığı antiallerjik medikal tedavilerde birinci yıl sonunda bile belirgin azalma olduğu ve semptomların gerilediği saptandı.

SONUÇ: Allerjen spesifik immünoterapi astım ve allerjik rinit tedavisinde medikal tedaviye alternatif olarak düşünülebilecek uzman kişiler ve merkezlerce yapıldığında etkinliği yüksek, yan etkisi kontrol edilebilir düzeylerde olan bir tedavi şeklidir.

Anahtar Kelimeler: Allerjen spesifik immunoterapi, Astım, Allerjik rinit

PS-007

ALERJİK HASTALIKLARDA A VİTAMİNİ VE D VİTAMİNİ DÜZEYLERİ

Ezgi Ulusoy Severcan[1], Gökçen Kartal Öztürk[2], Aykut Eşki[2], Sanem Eren Akarcan[1], Figen Gülen[1], Esen Demir[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çocuk Alerji ve İmmünoloji Blim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çocuk Göğüs Hastalıkları Blim Dalı, İzmir*

Vitamin düzeylerindeki değişikliklerin alerjik hastalık gelişimine etki edebileceği belirtilmektedir. Özellikle D vitamini eksikliğinin astım ataklarını, vitamin A eksikliğinin de astım gelişimini etkileyebileceği öne sürülmektedir. Calışmamızda alerjik hastalıklarda A ve D vitamin düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kliniğimizde astım(n:118), alerjik rinit(n:77), atopik dermatit(n: 12), kronik ürtiker(n:14) ve besin alerjisi(n:14) nedeniyle izlenen 235 hasta ve 15 kontrol A ve D vitamin düzeyleri açısından değerlendirildiler.

Doksan yedisi kız, 138'i erkek 235 hastanın semptom başlangıç yaşları 41.8±35 ay, başvuru yaşları 78±53 aydı(%39'u 0-1yaş). Akrabalık %12,7, prematürite oranı %5.7 idi. Ailede atopi %51.9 mevcuttu. Pasif sigara maruziyeti %23,5 idi. Aile geliri %50 düşüktü. Hastaların %41'inde eozinofili, %54.4 'ünde aeroalerjen-spIgE pozitifliği vardı. Ortalama aeroalerjen-spIgE:13±10 kuA/l, T.IgE:344±132 IU/l bulunurken deri prik testlerinde %43,4 (% 61,7'sinde çoklu alerjen) aeroalerjen duyarlılığı saptandı. En sık duyarlılık ot-polen(%53) ve dermatofagoid(%45,2) ile gözlendi.

Hastaların A vitamin düzeyi:469,8±108 µg/l(257-832), D vitamini düzeyi 54,8±21,3(13-187) mmol/l bulunurken, D vitamin düzeyi hastaların %30,8'inde hafif düşük, %8.6'sında düşük olarak saptandı. Kontrol grubunda %20 oranında hafif düşüktü. A vitamini düzeyi %6,7 hastada düşüktü. Kontrol grubunda A vitamini düzeyinde düşüklük saptanmazken hastalık grupları ve kontrol grubu arasında her iki vitamin açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. A vitamin düşüklüğü en fazla astımlı hastalarda gözlenirken, D vitamin düşüklüğü en fazla alerjik rinit ve astımda gözlendi. D vitamini düzeyi ile pasif sigara içiciliği arasında anlamlı ilişki bulundu (p:0.09). Astım hastalarında atak gelişimi ve vitamin düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç olarak A ve D vitamini düzeyleri ile alerjik hastalıklar arasında belirgin ilişki bulunmamakta ve bu vitaminlerin düzeyleri yıllık astım atak sayılarını etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: A vitamini, Alerjik rinit, Astım, D vitamini,

PS-008

ASTIMLI ÇOCUKTA EGZERSİZ

Hatice Güllüelli[1], Hüseyin Üstün[1], Rabia Gönül Sezer[1], Mahmut Doğru[2]

[1]*İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*
[2]*İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Bölümü*

GİRİŞ-AMAÇ: Astım, değişik uyaranlara karşı havayolu duyarlılığında artış ve geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonu ile karakterize çocukluk çağının en sık görülen kronik inflamatuvar hastalıklarından biridir. Astımlı hastalar için çevresel uyaranlardan uzak durması önerilirken düzenli fiziksel aktivite önerilerinde de bulunulmalıdır. Egzersiz, bir yandan havayolu direncini arttırarak bronkospazma neden olabilse de, düzenli yapılan fiziksel aktivite, solunum kapasitesi arttırır, kas ve iskelet sistemine esneklik sağlar ve bunun yanında psikolojik durumu içeren genel sağlık durumu üzerine olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Biz de kliniğimize başvuran astımlı olgularda düzenli egzersiz yapma alışkanlıkları ve egzersiz yapma alışkanlığının atak sıklığı, atak şiddeti, hastaneye yatış oranı üzerine etkilerini sunmayı hedefledik.

YÖNTEM: İstanbul Zeynep Kamil Hastanesi Çocuk Allerji Polikliniği'ne 1 – 28 Şubat 2017 tarihleri arasında başvuran, tanısı Çocuk Allerji Uzmanı tarafından konmuş astım tanılı 50 pediyatrik hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve hastanın 1. derece yakını olan refakatçilerine anket uygulanmış; egzersiz alışkanlıkları sorgulanmıştır.

BULGULAR: Çalışma kapsamındaki 50 olgunun 18'i (%36) kadındı. Olguların yaş ortalaması 7 ± 3,3 olup, şikayetlerinin başlama yaşı 2 ± 2'ydi. Ev ortamında birlikte yaşayan olgu dahil ortalama birey sayısı 4,5 ± 1,4'tü. Olguların %46'sının okulda beden eğitimi dersine haftalık ortalama 1,9 ± 0,6 saat katıldığı saptandı. Beden eğitimi dersine katılan olguların %26'sının hayatında en az bir kere öksürük, nefes darlığı gibi bir solunum bulgusu yaşadığı ve %17'sinde hayatında en az bir kere astım atak tetiklendiği bulundu. Olguların %16'sının beden eğitimi dersi dışında ortalama 2,4 ± 1,4 saat düzenli spor aktivitesinde bulunduğu saptandı. Düzenli spor aktivitesinde bulunan olguların hiçbirinin spor sonrasında öksürük, nefes darlığı gibi solunum bulgusu yaşamadığı saptandı.

SONUÇ: Astımı kontrol altında olan birçok olgu astım belirtileri göstermeden normal günlük faaliyetlerini sürdürebilmektedir. Sonuç olarak astımlı olgular, hastalık kontrol altında olduğu sürece diğer sağlıklı yaşıtları gibi hareketli bir yaşam sürdürebilir. Bize düşen görev ise bu hasta grubunun aktif bir yaşam sürdürebilmesi için bilinçlendirmek ve teşvik etmektir.

Anahtar Kelimeler: astım, çocuk, egzersiz

PS-009

ASTIMLI ÇOCUKLARDA EV ORTAMINDA PASİF SİGARA MARUZİYETİ

Alper Aykanat[1], Alev Elçi Karaduman[1], Mahmut Doğru[2], Rabia Gönül Sezer[1]

[1]İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

[2]İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Bölümü

GİRİŞ-AMAÇ: Aktif sigara tüketimi ve pasif sigara maruziyeti; astım gelişme riskini, astım ataklarının sıklığını ve ağırlığını artırmaktadır. Ailelere yeterli düzeyde açıklandığı halde, aile bireylerinin astım tanılı çocuklarının yanlarında kapalı veya açık ortamlarda sigara tüketimine devam ettiği sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu çalışmada astım tanılı çocukları olan ailelerde ev ortamında sigara tüketimi ve bunun çocuklar üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: İstanbul Zeynep Kamil Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniği'ne 1 – 28 Şubat 2017 tarihleri arasında başvuran, tanısı Çocuk Alerji Uzmanı tarafından konmuş astım tanılı 50 pediyatrik hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve hastanın 1. derece yakını olan refakatçilerine anket uygulanmış; ev ortamındaki aktif sigara içimi ve pasif sigara maruziyeti sorgulanmıştır.

BULGULAR: Çalışma kapsamındaki 50 olgunun 18'i (%36) kadındı. Olguların yaş ortalaması 7 ± 3,3 olup, şikayetlerinin başlama yaşı 2 ± 2'ydi. Ev ortamında birlikte yaşayan olgu dahil ortalama birey sayısı 4,5 ± 1,4'tü. Olguların %56'sının yaşadığı ev ortamında anne veya baba kaynaklı olarak pasif sigara tüketimine maruz kaldığı saptandı. Aktif sigara tüketimi süresinde olgularda gelişen pasif sigara maruziyeti ortalama 0,75 ± 0,67 saat ve sigara tüketiminin en sık olduğu yer balkon (%75) olarak bulundu. Evde sigara tüketilen olguların %57'sinin hayatında en az bir kere öksürük, nefes darlığı gibi bir solunum bulgusu yaşadığı ve %32'sinde hayatında en az bir kere astım atak tetiklendiği bulundu. Farkındalığı saptamak için, balkonda sigara tüketiminin ev ortamında pasif sigara maruziyeti oluşturup oluşturmayacağı aile bireylerine soruldu. Hasta kontrollerinde yeterli düzeyde açıklanmış olmasına rağmen, tüm aile bireyleri konuyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade ettiler.

SONUÇ: Astım tanılı çocuklarda ev ortamında pasif sigara tüketimi halen daha ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Hasta kontrollerinde yapılan tüm uyarılara ve astım tanılı çocuklarda oluşan olumsuz solunum bulgularına rağmen kimi aile bireylerinin sigarayla ilgili tutumları değişmemektedir. Balkon ve cam gibi açık ortam gibi görülen yerlerde dahi sigara içiminin ev ortamında pasif sigara tüketimine neden olacağı ailelere ısrarla anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: astım, çocuk, ev, sigara

PS-010

ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA İNTELÖKİN-33 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Nur Hepokur[1], Mebrure Yazıcı[2], Zeynep Meriç[3], Fatih Dilek[2], Emin Özkaya[2]

[1]Çankırı Devlet Hastanesi, Çankırı

[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı; İstanbul

[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı; İstanbul

GİRİŞ: İnterlökin 33 (IL-33), IL-1 sitokin ailesi grubundandır ve fibroblastlar, epitel ve endotel hücreleri gibi yapısal hücreler tarafından eksprese edilir (1). Nekroz ya da doku hasarı, bakteriyel, viral, fungal enfeksiyonlar ve alerjenler gibi tetikleyicilerle salınımı uyarılır. Diğer IL-1 ailesi üyelerinin aksine hem sistemik hem lokal T helper 2 (Th2) hücrelerinin tanıtım ve amplifikasyonu ile ilişkili bulunmuştur (2,3). Aynı zamanda IL-33'ün mast hücre aracılığıyla Th17 hücre aracılı solunum yolu enflamasyonunu hızlandırdığı düşünülmektedir (4). Yüksek IL-33 düzeylerine anaflaksi, astım ve alerjik rinitli hastalarda rastlanmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, IL-33 ve reseptörü ST2L genleri, astım ve alerjik rinite genetik yatkınlık için belirlenen genler arasındadır(5) Bahrami ve ark astımlı hastalarda kontrol grubuna göre IL-33 düzeyinin belirgin arttığını ve bu artışın astımın şiddetiyle korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir. (6)

AMAÇ: Bu çalışmada Th2 aracılıklı enflamasyonda rol alan IL-33'ün çocuklarda astım şiddeti ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

METHOD: 20 Mayıs 2014-20 Mayıs 2015 tarihleri arasında Bezmialem Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Polikliniği'ne başvuran 6-12 yaş arasında 60 astımlı hasta, kontrol grubu olarak Çocuk Polikliniğine başvuran ve atopik hastalığı olmayan benzer yaş grubundan 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Obezler ve astım dışında hastalığı bulunanlar ise çalışmaya dahil edilmedi. Astım tanısı ve şiddeti Global Initiative for Asthma (GINA) 2014 kriterlerine göre tanımlandı. Astımlı hastaların 31'i hafif persistan, 29'u orta persistan olarak sınıflandırıldı. IL-33 venöz kanda ELISA yöntemiyle değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen vakaların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir..

Ortalama IL-33 değeri hafif persistan astım grubunda 19,8±15,3 pg/ml, orta persistan grupta 16,02±10,5 pg/ml ve kontrol grubunda 41,01±19,7 pg/ml saptandı. Astımlı hastalarda kontrol grubuna göre IL-33 düzeyleri anlamlı olarak düşüktü ($p<0,001$). Hafif persistan astım tanısı olanlar ile orta persistan astımlılarda IL-33 düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,217$)

SONUÇ: Çalışmamızda literatürden farklı olarak IL-33 düzeyleri astımlı hastalarda kontrol grubuna göre düşük bulunmuş ve IL-33'ün astım şiddeti ile ilişkisi gösterilememiştir. Bu durum hastaların aldıkları tedaviyle hastalıklarının kontrol altında olmasına ya da alevlenme döneminde olmamasına bağlı olabilir

Anahtar Kelimeler: astım, çocuk, interlökin düzeyleri

Hastaların genel özellikleri

	Hafif persistan	Orta persistan	Kontrol	p	p*
Yaş	8,09±1,9	9,07±1,8	9,03±1,79	0,074	
Cinsiyet (K/E)	15/16	15/14	14/16		
Boy	127,9±11,5	132,5±12,1	131,6±11,05	0,261	
Kilo	28,2±7,6	33,1±12,1	28,9±8,2	0,107	
FEV1	86,8±14,1	88,4±14,4			0,693
Total Ig E	389,1-538,3	514,1-638,3			0,495
Takip süresi (ay)	22,3±17,5	31,07±25,06			0,124
Astım Kontrol Testi (ACT)	21,1±3,3	18,8±3,3			0,011

**p<0.05, p değeri her üç grup arasında istatistiksel anlamlılık değerini gösterirken p* değeri hafif ve orta persistan astımlılar arasındaki istatistiksel anlamlılık değerini göstermektedir.*

PS-011

KRONİK ÖSKÜRÜĞÜN EŞLİK ETTİĞİ İKİ FARKLI PATOLOJİ: OLGU SUNUMU

Maleyka Karimova, Zarife Mammadova

Azerbaycan Tıp Universitesi, 2.Çocuk Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bakü

GİRİŞ: Astım ve yabancı cisim aspirasyonu, kronik öksürüğün eşlik ettiği iki farklı patoloji olsa da, ayırıcı tanı gerektirir.

OLGU: 6 Yaşındaki erkek, ateş, öksürük, nefes darlığı, genel zayıflık, hâlsizlik, iştahsızlık, şikâyetleri ile ünitemize baş vurdu. Hastanın hikâyesinden anlaşılmaktadır ki, son 1 ayda devam eden ateş olmuş ve yukarıda listelenen şikâyetleri oluşmuştur. Nesilde astım ve alerjik rinit'e yatkınlık var. Objektif muayenelerin sonuçları: Hastanın genel durumu ağır değerlendirilmiştir. Solunum sayısı 44/dk idi. Akciğer üzerinde krepitan ral mevcut. Kalp hızı 110 atım/dk idi. Laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri sonuçları: Akciğer grafisinde sol akciğerin alt lobunun latero- ve posterio- bazal kesimlerinde -S9-S10 orta yoğun intensivlikli infiltrasyon kayd edildi. Akciğer şekli kökün yan alanlarında, sağ akciğerin aşağı lobunda güçlenmiş ve akciğer kökleri genişlemiştir. Sol kökte kireçleşmiş lenf düğümü kaydedildi. Total İgE-915.3 U/ ml. Besin alerji profilinde kakao, muz, pirinç, fasulye, susam, fındık, ayçiçeği, kabak çekirdeği, portakal, elma, dut, incir, domates, havuç, kiraz, yeşil fasulye, buğday unu, yerfıstığı, patates gibi besinlere karşı duyarlılık bulunmuştur. Muayenelerin sonuçlarına göre tedavi şeması düzenlenmiş, klinik olarak bir az iyileşme olsa da, auskultativ bilgilerin gerekli derecede geri sorulmamasını dikkate alarak, kompüter (bilgisayar) tomografisi atanmıştır. Yapılan kompüter (bilgisayar) tomografisinin raporuna göre, sol ana bronşun orta alanında 11x9 mm boyutunda hiperdens yabancı cisim saptandı. Muayenenin sonucuna göre çocuğa, bronkoskopi yapılmış ve yabancı cisim çıkarılmıştır. Çıkarılan yabancı cisim büyük molarlardan biri idi. Ameliyattan sonar kısa sure içinde çocuğun durumunda olumlu gelişmeler kayd edildi ve klinik protokollere uygun yapılan tedaviye, kısa sürede yeterli yanıt alınmıştır.

SONUÇ: Kronik öksürüğü olan çocukta, astım ile başka patolojik olması da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Astım, yabancı cisim, kronik öskürük

PS-012

AKUT ASTIM ATAĞI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN ASTIMLI ÇOCUK HASTALARDA KURTARICI İNHALER TEDAVİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşegül Aslançınar[1], Pınar Altınkaynak[1], Vafa Guliyeva[1], Esen Besli[1], Mehmet Özdemir[2], Mustafa Arga[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Bilim Dalı

[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Ünitesi

AMAÇ: Astım klinik kontrolün sağlanmasında tedavi uyumu ve doğru ilaç kullanımı en önemli faktörlerdir. Çalışmamızın amacı akut atak ile acil servise başvuran astım tanılı çocuk hastalarda kurtarıcı inhaler ilaç kullanım tekniğini değerlendirmek ve bununla ilişkili faktörleri belirlemektir.

METOD: Çalışmaya öncesinde astım tanısı almış ve çocuk acil servisine akut atak ile başvuran astımlı çocuklar dahil edilmiştir. Hasta ve/veya ebeveynleri yüz yüze görüşülüp 22 sorudan oluşan anket formu doldurulmuş ve sonrasında kurtarıcı inhaler ilaç kullanım tekniği pratik uygulama ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 303 astımlı çocuktan 258'i (%85.1) kurtarıcı inhaler tedaviye sahipti. Bunların %30'nun acil servise başvuru öncesinde akut atak tedavi planına göre kurtarıcı inhaler ilaçlarını kullandıkları ve sadece %23.7'sinin prospektüs bilgisindeki doz sayısına göre ilacın ne zaman biteceğini bildiği saptanmıştır. Hastaların 193'ü (%74.8) kurtarıcı inhaler ilaç kullanım tekniğini pratik uygulamada doğru olarak göstermiştir. Kurtarıcı inhaler tedavinin doğru teknik ile uygulanmasında, hastanın düzenli aralıklarla klinik takibinin yapılması [OR:0.354 (%95CI: 0.158-0.791)], çocuk allerji veya göğüs hastalıkları uzmanı tarafından takip edilmesi [OR:2.351 (%95CI: 1.069-5.704)] ve inhaler tedavinin ebeveyn tarafından uygulanmasının [OR:3,407 (%95CI: 1.573-7,367)] etkili faktörler olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.011, p<0.001 ve p<0.001).

SONUÇ: Astımlı çocukların akut atak hareket planına uyumu, kurtarıcı ilacı doğru kullanma tekniği ve ilacın nasıl bittiği konusundaki bilgi düzeyleri yeterli değildir. Hastanın çocuk allerji/göğüs hastalıkları uzmanı tarafından takip edilmesi, düzenli aralıklarla takibinin yapılması ve inhaler tedavinin sorumlu ebeveynler tarafından uygulanması kurtarıcı inhaler tedavinin doğru kullanılmasında etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut astım atak, astımlı çocuk, inhaler tedavi kullanım tekniği, kurtarıcı ilaç

PS-013

YUMURTA BEYAZI'NIN TOPİKAL UYGULANMASI SONRASINDA GELİŞEN ANAFİLAKSİ: VAKA TAKDİMİ

Nujin Uluğ[1], Gökçe Genç[1], Öner Özdemir[2], Bahri Elmas[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Sakarya*

GİRİŞ: Besin allerjileri, immünglobulin E (Ig E) ve Ig E aracılı olmayan ya da ikisinin birlikte rol aldığı mekanizmalarla besinlere karşı gelişen immünolojik yanıt sonucu oluşur. En sık süt, yumurta ve yer fıstığı bilinen allerjen besinlerdendir. Reaksiyonlar genellikle oral alım sonrasında gelişmekle birlikte herhangi bir yolla besine maruz kalınması duyarlı kişilerde allerjik reaksiyona yol açabilir. Burada, yanık nedeniyle ciltte oluşan bül üzerine topikal yumurta beyazı uygulanması sonrasında anafilaksi gelişen olgumuzu nadir bir vaka olmasının yanı sıra oral alım dışında oluşan besin allerjilerine bağlı gelişen anafilaksiyi vurgulamak amacıyla sunduk.

Vaka takdimi: 4 aylık erkek hasta, kaynar suya bağlı ikinci derece yanık nedeni ile bacağında oluşan iki adet bül (1x1cm,2x3cm) üzerine çiğ yumurta beyazı uygulanmasından yaklaşık 1-2 dakika sonra nefes almada zorluk ve dudaklarda şişlik oluşması nedeni ile yaklaşık 25. dakikada Acil Servisimize getirildi. Hastanın daha önceden herhangi bir besin allerjisi hikayesi bulunmadığı, annesinde aspirin ve penisilin allerjisi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı: 6400gr(25p), boy: 63cm(25-50p), vücut ısısı: 36.7°C, nabız: 125/dakika, tansiyon arteriyel: 78/55mmHg(50p), solunum sayısı: 54/dakika, oksijen satürasyonu:%91saptandı. Ek olarak; huzursuzluk, dudak ve dilde belirgin ödem (Resim-1), vizing, sağ bacak ön yüzünde 1x1 cm^2 ve 3x3 cm^2 ebatlarında patlamış yanık bülleri mevcut idi. Hastanın akciğer sesleri doğal ve peroral ve periferik siyanozu yoktu. Lökosit sayısı: 15.300/mm3, hemoglobin: 11.7g/dl, trombosit: 638.000/mm3, eozinofil sayısı: 223/mm3, kan gazında pH: 7.27, pCO2: 42.1mmHg, pO2: 38.1mmHg, HCO3: 18.1mmol/L olarak bulundu. Tokluk kan şekeri, kan elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal bulundu. Yumurta beyazına maruziyet sonrasında anafilaksi düşünülen hastaya intramusküler 0.01mg/kg adrenalin ardından damar yolu açılarak 1mg/kg prednizolon ve 1mg/kg feniramin maleat intravenöz olarak uygulandı. Altı saatlik takip sırasında klinik bulguları düzelen hastaya (Resim-2), ayaktan çocuk allerji polikliniği takibi önerildi. Çocuk allerji polikliniğinde yapılan deri prik testinde tam yumurtaya negatif kontrole göre 5mm üstünde pozitiflik saptandı. Spesifik immünglobulin E testlerinde yumurta beyazı: 8.2 RU/ml (3.60-17.99: class 3: orta düzey allerji), yumurta sarısı: 0.79 RU/ml (0.72-3.56: class 2: düşük allerji), tam yumurta: 2.6 RU/ml (0.72-3.56: class 2: düşük allerji) bulundu. Total IgE: 23.5 IU/ml, C4: 0.19g/L, C1 esteraz inhibitörü (protein): 0.4g/L, Triptaz >47µg/L (Normal değeri: ≤11,4 µg/L) bulundu. Anneye emzirdiğinden dolayı diyetinden yumurtanın çıkarılması önerildi.

SONUÇ: Besinlere bağlı alerjik reaksiyonların çoğunlukla allerjen besinin oral yolla alımı sonrasında gelişmesi beklenirken duyarlı kişilerde özellikle topikal maruziyet sonrasında da gelişebileceği ve süt çocuklarında cilt geçirgenliğinin yüksek olması nedeni ile tablonun daha şiddetli olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Besin Allerjisi, Yumurta Beyazı Allerjisi

Resim-1

Hastanın ilk başvuru anındaki anjioödem bulgusu

Resim-2

Hastanın acil müdahaleden 6 saat sonrası; taburculuk öncesi

PS-014

DÖRT YAŞINDAKİ BİR ÇOCUKTA NADİR BİR ANAFİLAKSİ NEDENİ: MUZ İLE ORAL PROVOKASYON TESTİ

Mehmet Semih Demirtaş, Erdem Topal

İnönü Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Besin alerjisi çocuklarda anafilaksinin en sık nedenidir ve çalışmalar son yıllarda besin alerjisinin sıklığının arttığını göstermektedir. Besinler arasında, meyveler nadiren anafilaksi nedeni olarak yer almaktadır. Muz alerjisi erişkinler içinde anaflaksi nedenleri içinde saptanmış olmasına rağmen, çocuklarda bildirilen muz anaflaksisi olguları oldukça azdır. Bu olgu sunumunda muz alımı sonrasında gelişen bir anaflaksi olgusu tartışıldı.

OLGU: Dört yaşındaki erkek hasta, muz alımı sonrası vücudunda yaygın kaşıntı, ürtikeryal döküntü ve göz kapaklarında şişlik ile başvurdu. Tanının kesinleştirilmesi amacıyla yapılan muz ile oral provokasyon testinde ürtikeryal papül saptandı. Muz verildikten 10 dakika sonra gövdesinde ürtiker, göz kapaklarında şişlik ve hırıltı şikayeti gelişti, dinlemekle bilateral ronküs mevcuttu ve hastanın ölçülen tansiyonu normaldi. Hastaya anafilaksi tanısı konuldu ve 0.01 mg/kg dan IM adrenalin, nebulizatör ile kısa etklili beta 2 agonist ve anti histaminik tedavisi verildi. İzlemde bulguları düzelen hasta antihistaminik ve 3 günlük oral metilprednizolon tedavisiyle taburcu edildi. Hastaya önerilerde bulunuldu ve adrenalin otoenjektör reçete edilip kullanımı gösterildi.

SONUÇ: Nadir de olsa çocuklarda muz ile anafilaksi gelişebilmektedir. Bu nedenle tanı amaçlı yapılacak oral provokasyonlar deneyimli merkezlerce yapılmalı ve gelişebilecek reaksiyonlara karşı gerekli önlemler alınmalıdır

Anahtar Kelimeler: Bronşiyal provakasyon testleri, muz, reseptörler, lökotrien

PS-015

BESİN İLİŞKİLİ ENTEROKOLİT: OLGU SUNUMU

Nesli Ağralı[1], Betül Öksel[1], Ali Öksel[1], Seda Şirin Köse[2], Gizem Atakul[2], Suna Asilsoy[2], Nevin Uzuner[2], Özkan Karaman[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji - Solunum Bilim Dalı, İzmir*

GİRİŞ: Besin allerjisi reaksiyonları, besin alımı sonrası immünolojik mekanizmalar aracılığı ile gelişir.Bu mekanizmalar; immünoglobulin e aracılı, hücresel aracılı(non-immunglobulin e) veya immünglobulin e ve hücresel aracılı (miks) olarak gruplara ayrılır. Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu immunglobulin e aracılı olmadan gelişir. Semptomlar, genellikle ek gıdaların diyete girmesi ile görülmeye başlar. Klinik bulgular lokalize ürtikerden hayatı tehdit edebilen anafilaksiye kadar değişik spektrumda olabilir.Oral provokasyon testleri ile tanı kesinleşir. Tedavisi eliminasyon diyetidir.Erken süt çocukluğu döneminde ortaya çıkan bulgular genellikle 3-4 yaşından sonra kendiliğinden geriler.

OLGU: 2.5 yaşında kız olgu ceviz yeme sonrası kusma yakınması ile tarafımıza başvurdu.Sonraki ceviz alımlarında şiddetli kusma atakları devam eden hastanın eşlik eden döküntü, kaşıntı,ishal,kanlı dışkılama şikayeti yoktu.Kışın sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan hastanın, soygeçmişinde erkek kardeşinde allerjik rinit ve atopik dermatit, babasında egzema, annesinde nezle öyküsü mevcuttu.Gelişinde fizik muayenesi olağan, vitaller stabil,boy-kilo persantilleri normaldi. Ön tanı olarak besin alerjisi düşünüldü.Hastadan gönderilen hemogram,immunglobulin a, total immunglobulin e normaldi. Spesifik immunglobulin e (fındık) <0.10, spesifik immunglobulin e (gıda karışımı) <0.10 olarak geldi. Hastaya deri prick testi planlandı. Prick testi yapılana kadar ceviz yememesi önerilen hastanın izleminde kusması olmadı. Prick testi 2 milimetre olarak ölçüldü.Test sırasında hastanın kusmaları tekrarladı.Test anlamlı kabul edildi. Besinden uzak durması önerilerek 1 yıl sonra provakasyon testi planlandı.

SONUÇ: Besin protein ilişkili enterokolit sendromunun tanısı; öykü, klinik bulgular ve besin provokasyonu ile konulur.En yaygın tetikleyici gıdalar inek sütü ve soya proteini iken bazı katı gıdalar da besin proteini ilişkili enterokolit sendromuna neden olmaktadır.Tipik kutanöz ve solunumsal allerjik bulguların ve hastalığı tanımlayıcı tanısal testlerin olmaması tanıda gecikmelere yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi,kusma,besin protein ilişkili enterokolit

PS-016

KARABUĞDAY ALERJİSİ

Selçuk Yazıcı[1], Sait Karaman[2], Melike Çokboz[1], Özlem Kemer[1], Gülce Baranlı[1], Sezin Aşık Akman[1], Demet Can[1]

[1]*Balıkesir üniversitesi tıp fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları A.B.D, Balıkesir*
[2]*Dr. Behçet uz çocuk hastalıkları ve cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi, çocuk immünoloji ve alerji bilim dalı, İzmir*

Karabuğday alerjisi, tüketiminin fazla olduğu Kore, Japonya gibi Asya ülkelerinde görülmektedir. Türkiye'den daha önce hiç bildirilmemiştir. Aşağıda karabuğday ekmeği yedikten sonra birinde anaflaksi ve diğerinde ürtiker gelişen 2 olgu bildirilmiştir.

OLGU 1: 7 aylık kız hasta. İnek sütü alerjisi nedeniyle alerji testi yapılması için başvurdu. Doğumdan itibaren perianal dermatit, mukuslu gaita ve egzema nedeniyle inek sütü alerjisi düşünülerek inek sütü eliminasyonu yapılmış, semptomlar gerilemeyince sevk edilmişti. Özgeçmişinde 6,5 aylıkken bir parça karabuğday içeren ekmek yedikten 10 dakika sonra dudak çevresinde kızarıklık, göz altlarında morluk, nefes darlığı geliştiği ve antihistaminik tedavisi sonrası düzelme olduğu öğrenildi. Aile o günden sonra bir daha karabuğday ekmeği vermemiş ama 6 aylıktan itibaren yediği beyaz ekmeği yedirmeye devam etmişti. Hastaya besin SPT yapıldı, duyarlılık saptanmadı. Karabuğday ile PTP yapıldı ancak duyarlılık saptanmadı. Besin provokasyon testi anafilaksi olduğu ve günlük diyetinde yer almayan bir besin olduğu için yapılmadı.

OLGU 2: 33 aylık erkek hasta. 1 yaşından beri tekrarlayan hışıltı ve egzema yakınması var. Özgeçmişinde 20 aylıkken yarım dilim karabuğday içeren ekmeği yedikten 7-8 saat sonra ürtiker geliştiği öğrenildi. Aile o günden sonra bir daha karabuğday ekmeği vermemiş ama önceden yediği ve sorun yaşamadığı beyaz ekmeği yedirmeye devam etmişti. Hastaya besin SPT yapıldı, duyarlılık saptanmadı. Karabuğday ile PTP testi yapıldı ancak duyarlılık saptanmadı. Atopik dermatit tedavisi sonrası besin provokasyon testi yapılması planlandı.

Besin alerjilerindeki tsunami ve infant anafilaksilerinin artması her gün yeni tetikleyicileri karşımıza çıkartmaktadır. Organik besinlere talebin artması ile karabuğday tüketiminin artacağı düşünülürse bilhassa nedeni bilinmeyen alerjik durumlarda bu alerjen dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: karabuğday, alerji, çocuk

PS-017

KABAK, KARPUZ, KAVUN ÇEKİRDEĞİ ALERJİSİ OLAN BİR OLGU

Esen Demir[1], Ezgi Ulusoy[1], Gökçen Kartal Öztürk[2], Sanem Eren Akarcan[1], Aykut Eşki[2], Figen Gülen[1]

[1]*Ege Üniversitesi, Çocuk Alerji-İmmunoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir*

2 yaşında kız hasta, üç aylıktan itibaren tekrarlayan kaşıntılı döküntüleri olan olgunun atopik dermatit olduğu söylenmiş, herhangi bir tedavi kullanmamış. Fındık, ceviz ve tahin ile döküntüleri oluyormuş.

Bir buçuk yaşında kabak çekirdeği yeme sonrasında vücudunda kızarıklık, solunum sıkıntısı, dilde şişme ve kusma olması nedeniyle acil servise başvurmuş. Anafilaksi düşünülerek adrenalin, antihistaminik ve kortikosteroid uygulanarak 24 saat izlem sonrasında taburcu edilerek kliniğimize yönlendirilmiş. Başvuru fizik muayenesi olağan olan olgunun yapılan tetkiklerinde total IgE 664 IU/l, aeroallergen-spesifik IgE negatif, susam-spesifik IgE: 0,8 KUA/l, fındık spesifik IgE: 0,15 KUA/l, yerfıstığı spesifik IgE: 0,06 KUA/l bulundu. Deri prik testinde balkabağı, yer fıstığı, antep fıstığı, fındık, kestane negatif saptanırken, kabak çekirdeği endurasyon çapı 15 mm, tahin 5 mm, susam 6 mm, badem 5 mm, ceviz 4 mm saptandı. Ayçiçeği çekirdeği yediğinde herhangi bir reaksiyonu olmuyordu. Kabak çekirdeğine dokunduğunda ellerinde kızarıklık oluyordu. Badem ve ceviz provokasyon testi yapıldı negatif bulundu. Fındık provokasyonu pozitif saptandı. Kabak çekirdeği yiyen biri tarafından öpüldükten sonra anafilaksi geçirmesi nedeniyle kabak çekirdeği provokasyonu yapılmadı. Kabak çekirdeği, susam, fındık eliminasyonu önerildi. Adrenalin otoenjektör verildi.

İki yaşında karpuz yediği zaman herhangi bir reaksiyonu olmayan olgu karpuz çekirdeği ile anafilaksi sonrasında başvurdu. Deri prik testinde karpuz ve kavun negatif bulunurken, karpuz çekirdeği 17 mm, kavun çekirdeği 20 mm saptandı. Eliminasyon önerildi.

Balkabağı, kavun, karpuz meyveleri ile alerjisi olmayan, çekirdekleriyle anafilaksi geliştirmesiyle nadir dikkat çekici bir olgu olarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: kavun, karpuz çekirdeği alerjisi, anafilaksi

PS-018

ÇOKLU GIDA ALLERJİSİNE BAĞLI TEKRARLAYAN ANAFİLAKSİ ÖYKÜSÜ OLAN BİR ADOLESANDA OMALİZUMABIN ETKİNLİĞİ

Pınar Uysal, Nazmiye Özdemir, Ali Ersun Kaya, Duygu Erge

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve Klinik İmmunoloji Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Bir monoklonal IgE antikoru olan omalizumab etkisini serbest IgE'ye bağlanarak, IgE reseptör ekspresyonunu ve mast hücre ve bazofillerden mediatör salınımını azaltarak göstermektedir. Ağır allerjik astımda ve antihistaminiklere yanıtsız kronik kullanılan ürtikerde omalizumabın bazı anafilaksi formlarında da kullanılabileceğine ilişkin az sayıda bildiriler mevcuttur. Gıda allerjisinde hızlı oral immunoterapi ile birlikte kullanılan omalizumabın tedavi başarısını arttırdığına dair veriler olmakla birlikte çocukluk çağında çoklu gıda allerjisine bağlı gelişen anafilakside tek başına kullanımına ait literatür bilgisine rastlanmamıştır.

OLGU: 15 yaşında kız hastanın ek gıdalara başladığı 6. aydan itibaren mercimek çorbası ile dudağında şişme başladığı, zamanla başka gıdalarla da vücutta şişlik ve kızarıklık gibi cilt reaksiyonlarının olduğu öğrenildi. Hastanın sekiz yıl önce sırasıyla mercimek, nohut, kuru fasülye, bezelye, bamya, soya, yerfıstığı yedikten 5-10 dakika sonra nefeste daralma, yüzde, boyunda ve kollarda kaşıntılı kızarıklık, yutkunmada zorluk, gözlerde kaşıntı ve kızarıklık başladığı belirtildi. En çok reaksiyonu soya ve mercimekle yaşadığı öğrenildi. Gıdalar ile yapılan deri testinde mercimek, bezelye, nohut ile anlamlı duyarlılık saptandı. Hastanın diyetinden şüpheli gıdaların çıkarılmasına rağmen özellikle dışarıda yenilen gıdalar ile anafilaksi bulguları devam etti. Yurt dışında bakılan ISAC testinde soya ve yerfıstığı pozitif saptandı. Serum triptaz düzeyi normal bulundu. Besin provokasyon testi anafilaksi öyküsü olması nedeni ile yapılmadı. Başlangıçta hastanın semptomları besinleri yemekle olurken, son beş yıl içinde inhalasyon yolu ile de gelişmeye başladı. Hastanın çoklu besinler için eliminasyon diyeti almasına rağmen inhalasyon yolu ile besinlere maruz kaldığında anafilaksi semptomları devam etmekte idi. Son bir yıldır ilkbahar aylarında allerjik rinit ve astım semptomları da tariflemeye başladı. Hastanın ayrıca kavun, kivi, muz yediğinde ağız içinde kaşıntı hissi (oral allerji sendromu) de ortaya çıktı. Hastanın çoklu eliminasyon diyeti almasına rağmen anafilaksi epizodlarının sık ve ağır olması (yılda 20 kez), hastanın ve ailesinin yaşam kalitesi ve psikososyal durumlarının bozulması nedeni ile hastaya subkutan omalizumab tedavisi 300mg/gün ayda bir kez olacak şekilde başlandı. Hastanın ilk doz omalizumab tedavisinden sonra besinlere karşı tüm semptomları kayboldu. Omalizumabın sekizinci dozu uygulanan hasta şu an bezelye hariç sorunsuz tüketebilmektedir.

SONUÇ: Literatürde omalizumabın çoklu gıda allerjisine bağlı anafilakside kullanımına henüz bir bilgi olmamasına rağmen, hastamızda omalizumab oldukça etkili bulunmuştur. Omalizumabın ağır gıda allerjisi ve anafilaksi durumlarında kullanım süresi ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: adolesan, anaflaksi, gıda allerjisi, omalizumab, tedavi

PS-019

IGM YÜKSEKLİĞİNİN EŞLİK ETTİĞİ PRİMER İMMÜN YETMEZLİK OLGULARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Esra Hazar Sayar[1], Hasan Kapaklı[1], Sevgi Keleş[1], Şükrü Nail Güner[1], Mehmet Ali Karaselek[1], Afig Berdeli[2], Mirjam Van Der Burg[3], Bodo Grimbacher[4], İsmail Reisli[1]

[1]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji BD, Konya*
[2]*Ege üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Moleküler Tıp Laboratuvarı, İzmir*
[3]*Erasmus Medical Center, Department of Immunology, Rotterdam, Holland*
[4]*Center for Chronic Immunodeficiency, University Medical Center Freiburg, Germany.*

GİRİŞ: Hiperimmunglobulim M sendromları, bozulmuş sınıf dönüşümü ile karakterize, normal veya artmış IgM, düşük IgG ve IgA düzeylerine yetersiz özgül antikor yanıtlarının eşlik ettiği heterojen bir hastalık grubudur.

AMAÇ: İmmün yetmezlik kliniği ile birlikte IgM yüksekliği, IgG ve/veya düşüklüğü ile gelen olgularda immunglobulin sınıf dönüşüm defektleri dışında farklı hastalıkların da tanımlanabileceğinin hatırlatılması amaçlandı.

YÖNTEM: On yıllık bir dönemde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalında değerlendirilen ve başvuru sırasında IgG ve/veya IgA düzeyleri düşük olup, IgM düzeyi normal ya da yüksek saptanan vakalar ve aldıkları tanılar retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Primer immün yetmezlik ön tanısı ile tetkik edilen ve serum IgM yüksekliğine IgG ve/veya IgA düşüklüğü eşlik eden 10 olgu değerlendirildi. Bir hasta CD40L eksikliği, iki hasta hipomorfik Artemis mutasyonu ve 7 hasta Ataksi Telenjiektazi (AT) tanısı almıştı. Hipomorfik Artemis mutasyonlu hastalarımızın %14'ü ve AT'lı hastalarımızın ise %20'si Hiper IgM Sendromu şeklinde baş vurmuştu. CD40L eksikliği olan olgunun tanı yaşı 6 ay, Artemis mutasyonlu olguların tanı yaşları sırayla 8 ay ve 44 ay, AT olgularının ortalama tanı yaşı 30 ay olarak saptandı.

SONUÇ: Primer immün yetmezlik ön tanısıyla değerlendirilen ve tetkiklerinde IgM yüksekliğine IgG ve/veya IgA düşüklüğü saptanan olguların ayırıcı tanısında, Hiper IgM Sendromu yanında, kombine ve sendromik immün yetmezliklerin de unutulmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hiper IgM, primer immün yetmezlik, ataksi

PS-020

TROMBOSİTOPENİ VE İNTRAKRANİYAL KANAMAYLA SEYREDEN OTOİMMÜN LENFOPROLİFERATİF SENDROMLU BİR OLGU

Öner Özdemir[1], Nihat Atahan Kanbur[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları BD, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya*

GİRİŞ: Otoimmün Lenfoproliferatif Sendromu (ALPS), lenfositlerin hücre yüzeyindeki ölüm reseptörü Fas (CD95) ve ligandı olan FasL üzerindeki lenfosit apoptozisini etkileyen mutasyonlar sonucu dolaşımdaki otoreaktif hücreler ve lenfoid kitlede artışla kendini gösteren bir hastalıktır. Benign lenfadenopati ve hepatosplenomegalinin yanı sıra direk coombs pozitifliği, otoimmün hemolitik anemi, idiyopatik immün trombositopeni gibi otoimmün bulgular da gözlemlenir. Hipergamaglobulinemi, periferik kanda CD4-/CD8- (double negatif) T hücrelerinde artma, lenf bezi veya dalakta bu hücrelerin gösterilmesi ile tanı konulur. Burada trombositopeniye bağlı intrakraniyal kanama sonucu vefat eden bir ALPS hastası sunulacaktır.

VAKA: ALPS tanılı 14 yaşında kız hasta genel durumda bozulma, ellerde ve ayaklarda kasılma, gözlerini bir yere sabit olarak dikme şikâyetiyle getirildi. Öyküsünde 38. gebelik haftasında 2.500 gram olarak normal spontan vajinal yolla doğduğu ve kırk gün boyunca küvözde kaldığı öğrenildi. Anne ve baba 1. derece akraba olup ebeveynlerin ve diğer 2 kardeşin sağlıklı olduğu tespit edildi. Ailede allerji öyküsü yoktu. Altı aylıkken ağız içerisinde düzelmeyen pamukçuklarla (moniliyazis) beraber tartı alımında azalmanın ortaya çıktığı, tekrarlayan dermatofit enfeksiyonları geçirdiği, her ay en az 1 kez akut bronşit atağı geçirdiği, 5 yaşında burun ve idrardan kan gelmesi üzerine yoğun bakıma yatırılarak eritrosit ve trombosit süspansiyonu ile transfüze edildiği, aynı yıl içerisinde 1 kez de pnömoni nedeniyle yoğun bakımda yattığı ve 8 yaşında da intrakraniyal kanama nedeniyle 10 gün yoğun bakımda yattığı öğrenildi. Sekiz yaşında sık enfeksiyon geçirmesi, mediastinal ve aksiller lenfadenopati (LAP), splenomegali, trombositopeni ve yaygın peteşiyel döküntülerİ olması sebebiyle lenfoma ve immün yetmezlik ön tanıları düşünülerek ileri tetkikler yapılmış. Çekilen Batın BT'de paraaortik 10 cm boyutunda konglemere LAP; toraks BT'de bronşiektazi tespit edilmiş. Tespit edilen paraaortik LAP' dan biyopsi yapılmış ve reaktif lenf nodu olarak rapor edilerek aynı zamanda kemik iliği aspirasyonu da yapılan hastanın kemik iliği normal olarak tespit edilmiştir. O dönemde yapılan laboratuvar incelemesinde RBC: 4 x 106/mm3, Hgb: 8.79 g/dl, MCV: 65 fl, Beyaz küre: 5.010 /mm3, Nötrofil sayısı2000 /mm3, trombosit sayısı: 33.100 /mm3, IgA:39 mg/dl, IgG:3259 mg/dl, IgM:73 mg/dl, direkt coombs pozitif olarak rapor edilmişti. Aşı öncesinde pnömokok antikorları Ig G:510 mU/mL, sonrasında ise Ig G:1713 mU/mL rapor edilmiş olup zayıf bir artış gerçekleşmişti. Flow sitometri testinde; CD 19: %0,92, CD4:%21, CD8:%59, CD4:637 /mm3, CD8:1955 /mm3, CD4/CD8:0,33, CD3:%84 ve CD20:%1.40 rapor edilmişti. Hastada lenfadenopati, splenomegali, trombositopeni, hipergamaglobulinemi, direkt coombs pozitifliği, periferik kanda CD4-CD8- (double negatif) T hücrelerinde artış olması üzerine ALPS' den şüphelenilmiş ve yapılan flow sitometride double negatif T hücresi: >%7.86 olarak rapor edilmesi üzerine tanı kesinleştirilmiştir. Hasta tanı konulduğundan beri intravenöz immünglobülin (IVIG) tedavisi almaktaymış. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı (29 kg) ve boyun (148 cm) 3 persentilin altında olduğu gözlendi. Ateş 37,1 oC, Kalp tepe atımı: 126 /dk, Saturasyon: %85-95, Solunum sayısı: 40 /dk, TA: 100/60 mm/Hg idi. Genel durumu kötü, bilinç kapalı ve pupiller fiks dilate olup ağrılı uyarana motor cevap mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemesinde RBC: 5,4 x 106/mm3, Hgb: 12,4 g/dl, MCV: 74 fl, MCH: 23 pg, RDW: %21, Beyaz küre: 24800 /mm3, Nötrofil sayısı: 21.400 /mm3, trombosit sayısı: 23.600 /mm3, protrombin zamanı: 12,5 sn, aktive parsiyel protrombin zamanı: 30,7 sn ve INR: 1,21 rapor edildi. Çekilen PA-AC grafisi normal olarak değerlendirildi. Hasta 1 saat içerisinde 2 kez tonik klonik nöbet geçirdi. İntravenöz 6 mg midazolam tedavisi ile nöbetleri durdurularak 600 mg fenitoin 20 dakikada infüzyon yüklenmeye başlandı. Hastanın Beyin BT' si planlandı. Fakat ağızdan ve burundan aktif kanama olması üzerine genel durum düzelene kadar ertelendi. Bu sırada yapılan göz dibi muayenesinde intrakraniyal kanama bulguları tespit edildi. Hastanın aktif kanaması devam etmiş olup tüm destek tedavileri yapılıp trombosit süspansiyonu, eritrosit süspansiyonu ve IVIG verilmesine rağmen vefat etmiştir.

SONUÇ: ALPS vakalarında ölüm nedenleri arasında sayılan trombositopeniye bağlı intrakraniyal kanamalara rastlanılmaktadır, fakat trombosit sayısı: 23.600/mm3 olmasına rağmen ölümcül kanamanın görülebilmesi dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: ALPS, trombositopeni, intrakraniyal kanama

PS-021

KLİNİĞİMİZ YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK HASTALARININ KLİNİK VE LABORATUVAR BULGULARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Öner Özdemir[1], Nihat Atahan Kanbur[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmünoloji BD, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD, Sakarya*

GİRİŞ: Yaygın değişken immünyetersizlik (YDİY); bozulmuş B hücre diferansiyasyonu sebebiyle immunoglobulinlerin sentezinde yetersizlik ile karakterize primer immün yetersizlik durumudur. YDİY tanısı; serum IgG konsantrasyonunda belirgin düşüklük, IgA ve/veya IgM konsantrasyonunda düşüklük, aşılara zayıf yanıt veya yanıtsızlık, tanımlanmış başka bir immünyetersizlik durumu olmaması bulguları ile konulur. Burada farklı klinik bulgularla seyreden YDİY vakalarımızın klinik ve laboratuar bulgularını değerlendireceğiz.

HASTALAR VE YÖNTEMLER: 10 adet YDİY tanılı vakalarımızın kliniğinin yanında immünoglobülin değerleri, IgG alt grupları, flow sitometrisi, aşı (pnömokok, hepatit B) sonrası spesifik antikor yanıtı ve Anti-A, Anti-B, Anti-D titrajı (isohemagglütinin) değerleri göz önünde bulunduruldu.

BULGULAR: Hastalar 6 erkek ve 4 kızdan oluşurken yaş ortalaması yaklaşık olarak 13 yıl idi. Vakalar ele alındığında birinde Alport Sendromu, 1 olguda tekrarlayan meningoensefalit, birinde bronşiektazi ve atopik dermatit, 3 olguda astım, 1 olguda tekrarlayan pnömoni, 1 olguda bronşiektazi, 1 olguda astım ve bronşiektazi, 1 olguda tekrarlayan sinüzit ve nefrolitiyazis gibi değişik klinik çeşitlilik göze çarpmaktaydı. Vakaların klinik olarak %40'ı astım, %30'u bronşiektazi,%10'u tekrarlayan meningoensefalit,%10' u atopik dermatit, %10' u Alport sendromu, %10' unda tekrarlayan sinüzit mevcuttu.

SONUÇ: YDİY hastalığının klinik görünümünün çeşitlilik göstermesi ve hastaların farklı uzmanlık alanları tarafından değerlendirilmeleri sebebi ile tanı genel olarak geç konulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaygın değişken immün yetmezlik, bronşektazi, astım.

PS-022

LÖKOSİT ADEZYON DEFEKTİ TİP 1 TANILI HASTADA YARA BAKIMI VE TEDAVİSİNE GÜNCEL YAKLAŞIM; BİR OLGU SUNUMU

Esra Özek Yücel

SB Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji, İstanbul

Lökosit Adezyon Defekti Tip 1(LAD 1) beta2 integrin ailesinden CD18 molekülünün eksikliğine bağlı olarak gelişen CD18, CD11a,CD11b ve CD11c moleküllerinin lökosit yüzeyinde ekspresyonunda azalma ile sonuçlanan otozomal çekinik geçişli bir fagosit fonksiyon bozukluğudur. Klinik bulguları omfalit, göbeğin geç düşmesi, belirgin lökositoz ve nötrofili, destrüktif periodontit, tekrarlayan enfeksiyonlar ve yara iyileşiminde gecikmedir. Bu hastalarda cilt enfeksiyonları başta perianal bölgede olmak üzere her yerde görülebilmektedir, çoğunlukla ülsere ve nekrotik görünümdedir ve lezyon etrafında küçük bir enflamasyon alanı mevcuttur. LAD1 hastalarındaki cilt enfeksiyonları ve yara bakımı ile ilgili kısıtlı literatür bilgisi mevcuttur. Burada perianal bölgede cilt enfeksiyonu olan LAD1 tanılı bir olgu sunulmuştur.

4 yaşında tekrarlayan pnömoni ve perianal abse nedeniyle primer immün yetmezlik açısından araştırılan hastanın tetkiklerinde lökositoz, nötrofili mevcuttu. Öyküsünde akraba evliliği olan hastanın bakılan serum immünglobulin düzeyleri ve lenfosit alt grup analizinde özellik yoktu. Akım sitometri ile bakılan lökosit yüzey belirteçleri (CD18, Cd11a,CD11b, CD11c) saptanmayan hastada LAD1 tanısı düşünüldü. ITGB2 geninde C809 C>T homozigot mutasyonu saptananarak LAD1 tanısı kesinleştirildi. Daha önce de perianal enfeksiyon tedavisi geniş spektrumlu antibiyotik ile beraber granülosit süspansiyonu ve cilt grefti ile başarılı olan hasta ateş ve perianal lezyon nedeniyle yatırıldı. Hastaya tedavi olarak CD18 ekspresyonunu arttırdığı bildirilen Gentamisin, hyaluronik asit içeren yara bantları, gün aşırı filgrastim uygulandı. Dört hafta sonunda yarada dramatik iyileşme sağlandı.

LAD1 hastaları ağır cilt enfeksiyonu ve kötü yara iyileşmesi nedeniyle ciddi cilt defektleri ile karşımıza gelebilirler. LAD1 hastalarındaki cilt enfeksiyonları ve yara bakımı ile ilgili literatür bilgisi kısıtlıdır. Bu olguların tedavisinde sistemik steroid, immünglobulin replasmanı ve filgrastim (GCSF) kullanımı bildirilmiştir. Greft işlemi de yara iyileşiminin kötü olması nedeniyle riskli olabilmektedir. Gelecekte LAD1'de yara tedavisinde anti IL23/ IL17 monoklonal antikor kullanımı gündeme gelebilir. Bu tür hastaların yara bakımı ve tedavisi ile ilgili ortak bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lökosit adezyon defekti, integrin, yara iyileşmesi

Olgunun cilt enfeksiyonu

PS-023

İHMAL EDİLEN PRİMER İMMÜN YETMEZLİK: SELEKTİF IGM EKSİKLİĞİ OLGULARININ SUNUMU

Azize Pınar Metbulut, Nerin Bahçeciler

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Alleri ve İmmunoloji Bilim Dalı

Selektif IgM eksikliği ilk kez 45 yıl önce tanımlanmış olmasına rağmen, ihmal edilmiş bir primer immun yetmezlik hastalığıdır. Selektif IgM eksikliğinin prevalansı bilinenden daha yüksek olabilir. Toplum taramasında çocukluk dönemindeki prevalansı %0.03 ile %1.68 arasında iken, primer immun yetmezlik tanılı çocuk ve erişkinlerde ise prevalansı sırasıyla %0.07 ve %6 olarak bilinmektedir. Erişkin ve çocukta, her iki cinste de görülebilmektedir. Klinik prezentasyonu tekrarlayan hışıltı, sinüzit, pnömoni, alerjik manifestasyonlar, sellülit, rekürren impetigo, ağır varisella enfeksiyonu ve menenjit –sepsis gibi geniş bir yelpazeye yayılırken, etkenlerin sıklıkla hücre içi ve hücre dışı bakteriler, virüsler ve mantarların olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda ailevi olgularda kromozom 22q11.2 delesyonu ile ilişkisini gösteren yayınlar mevcuttur. Kromozom 1 ve 18 anomalileri de bildirilmiştir.

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı'nda izlenmekte olan 98 primer immun yetmezlikli hastanın dört tanesi selektif IgM eksikliği tanısı almıştır (sıklık 0.04). Bu dört olgunun iki tanesi 1°derece eş akrabalığı olan iki kardeştir. Kardeş olgularımızın bir tanesi (erkek) 8 aylıkken başlayan gluteal bölgede inatçı ve rekürren impetigo,dissemine su çiçeği enfeksiyonu, vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilen püstüler cilt lezyonları, tekrarlayan hışıltı ve pnömoni ile başvurdu. Diğer kız kardeş ise tekrarlayan pnömoni ve hışıltı nedeni ile 7 yıl sonra başvurarak aynı tanıyı almıştır. Diğer olgumuz 2.5 yaşında erkek hasta olup son bir yılda ayda 1 kez tekrarlayan tonsillit ve hışıltı/öksürük atakları ile başvurdu. Dört yıllık izlemde şikayetlerine tekrarlayan sinüs enfeksiyonları eklendi. Son olgumuz ise 2 yaşından itibaren tekrarlayan hışıltı ve pnömoni şikayetleri ile başvuran bir erkek çocuktu. Olgularımızın şikayetleri sulfometoksazol+trimetoprim profilaksisi ile kısmen kontrol altına alınmıştır. Dissemine varisella ve cilt problemleri olan olgumuzda ise profilaksi ile yeterince kontrol altına alınamaması nedeniyle IVIG (500mg/kg/gün) tedavisi başlanmış ve tedaviye iyi yanıt alınmıştır.

Serum IgM düzeyi -2SD altında, genellikle <20mg/dl saptanır. Bazı olgularda IgG subtip eksikliği görülür. Normal IgG düzeyine rağmen, polisakkarit antijenlere, sıklıkla da pnömokok antijenlere karşı spesifik antikor yanıtı bozulmuştur. Dört olgumuzda da IgM düzeyleri <-2SD saptandı. Üç olguda IgG3 subtip eksikliği, bir olguda da lenfopeni ve izohemaglutinin düşüklüğü eşlik etmektedir. Dört olgumuzda kromozom anomaliler, özellikle de kardeş olgularda 22q11.2 delesyonu araştırılacaktır.

Selektif IgM eksikliği, primer immun yetmezlik sınıflandırmalarında yer almayan; ancak bilindiğinden sık görülen ihmal edilmiş bir hastalıktır. Tekrarlayan tedaviye dirençli infeksiyon veya hışıltısı olan çocuk hastalarda ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Selektif IgM eksikliği, çocuk, immun yetmezlik

Selekti IgM eksikliği olan olguların klinik ve immunolojik özellikleri

Yaş-cinsiyet	Klinik	IgM	IgG	IgA	IgE	Diğer
6 yaş-erkek	Tekrarlayan Tonsillit Oral aft Otit Pnömoni	<-2SD	N	N	N	IgG3 <-2SD
5 yaş 8 ay-erkek	Tekrarlayan Tonsillit Hışıltı-öksürük atakları	<-2SD	N	N	N	IgG3 <-2SD
2 yaş 3 ay-kız	Tekrarlayan Pnömoni Hışıltı atakları	<-2SD	N	N	N	-
9 yaş 3 ay-erkek	Tekrarlayan Hışıltı atakları Öksürük İnatçı impetigo Dissemine su çiçeği Püstüler cilt lezyonları	<-2SD	N	N	N	Lenfopeni IgG3 <-2SD Anti-A, Anti-B <1/10

PS-024

REKÜRRENT HERPES ENFEKSİYONLU HASTA

Öner Özdemir

Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmnünoloji Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Tekrarlayan Herpes enfeksiyonu nadiren hastalarda görülmekte olup, TLR-3 ekspresyon eksikliği, NK hücre yetmezlikleri, DOCK8 eksikliği gibi bazı immünyetmezliklerde görülmektedir. Amacımız çok nadir görülmese de, altta yatan immünyetmezliği bulmada zorlandığımız bu hastanın ilgili immünoloji uzmanlarıyla tartışılmasını sağlamaktır.

HASTA VE METOTLAR: 2 yaş 11 aylıkken aniden sağ göz kapağında ve kaş etrafında veziküller çıkan hasta dış merkezde önerilen teramycin pomad kullanmış. 4 gün sonra sağ göz kapağında şişlik ve gözde sulanma-akıntı şikayetleri başlamış (resim). Acil servise başvuran hastanın fizik muayenesinde nabız: 97/dk, solunum sayısı: 28/dk, vücut ısısı: 36.6 °C, sağ göz kapağında ve periorbital ödem ve veziküler-kurutlu lezyonlar saptanmış. Diğer sistem bulguları doğal olarak değerlendirilmiş. Işık refleksi +/+, indirekt ışık refleksi +/+, bilateral görme ve göz hareketleri doğal olarak değerlendirilmiş. Çocuk enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastaya herpes enfeksiyonu tanısı ile asiklovir krem tedavisi uygulanmış. Yüzde tekrarlayan vezikülleri nedeni ile 4 ay sonra çocuk enfeksiyon polikliniğine başvuran hastanın; sağ yanağında bir adet vezikül saptanmış. Periferik yaymasında: atipik ve malign hücre saptanmamış. 14/12/2015 Laboratuvar tahlillerinde: hb: 11.4 g/dl, htc: % 35.4, wbc:9750 uL, pnl:%56.7, lenfosit:%29.6, plt:306000, mcv:78.8, sedimentasyon: 14 mm/sa, ferritin: 21.67ng/ml, 25-Hidroksi vitamin D: 21.8 ng/ml, IgG: 646 mg/dl(N), IgA: 47 mg/dl (N), IgM: 66 mg/dl (N), Anti HIV: negatif, anti-EBV VCA IgM: 3(negatif), anti-EBV VCA IgG: 7(negatif), anti-EBV EBNA IgM: 0.214(negatif), anti-EBV EBNA IgG: 0.163(negatif), anti-HSV-1 IgM: 0.4 IU/L (negatif), anti-HSV-1 IgG: 0.5 IU/L (negatif), anti-HSV-2 IgM: 0.2 IU/L (negatif), anti-HSV-2 IgM: 0.3 IU/L (negatif), anti-Parvovirus B-19 IgM: 0.234 (negatif), anti-Parvovirus B-19 IgG: 0.168 (negatif), anti-toxoplasma IgG: 0.3(negatif), anti- toxoplasma IgM: 0.1(negatif), anti-Rubella IgM: 0.51 (negatif), anti-Rubella IgG: 11.1 (pozitif), anti-CMV IgM: 0.26 (negatif), anti-CMV IgG: 99 (pozitif). Boyun Ultrasonografisinde sol servikalde en büyüğü transvers çapı: 8mm, sağda en büyüğü transvers çapı: 6mm birkaç adet reaktif lenf nodu saptanmış. Rekürren herpes enfeksiyonu tanısı ile Asiklovir şurup tedavisi başlanmış. Bu 2 ay içerisinde bir defa hem sol yanağında hem de sağ gözünün altında veziküller çıkmış. 2 aylık takibinde düzenli aklovir 2x1 ölçek şurup kullanan hasta; servikal LAP bulgusunun gerilememesi üzerine çocuk hematoloji polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenesinde: sol arka servikalde 1x1cmlik, sağ arka servikalde ortada 2x2 cm, altta 1x1 cm olan düzgün sınırlı ve hareketli LAP, sağ supraklavikular 0,5x0,5cm LAP, sağ inguinal 0,5x0,5 cm LAP saptanmış. Hepatosplenomegali ve aksiller LAP yok. Kontrol ultrasonografisinde sol intraparotid ve bilateral submandibular alanlarda en büyüğü solda transvers çapı: 26mm dar çapı: 11 mm ölçülen korteksleri kalınlaşmış, bazılarının hilusları kaybolmuş oval şekilli multiple LAP (Kronik lenfadenit?) bildirilmiş. Periferik yaymasında: atipik hücre saptanmamış. Akciğer grafisi doğal. 21/03/2016 Laboratuvar tahlillerinde: Hb: 12.7 g/dl, htc: % 38.8, wbc:15200 uL, nötrofil:4280 (%28.1), lenfosit:%62.4, plt:280000, mcv:82.9, sedimentasyon: 24 mm/sa, crp: 19.8 mg/L, glukoz: 90 mg/dl, kreatinin: 0.47 mg/dl, AST/ALT: 38/23, LDH:326 U/L, HbA1C: %5.6, anti-HAV IgM: 0.18(negatif), anti-HAV IgG: 5.38 (pozitif), anti-CMV IgM: 2,9 (pozitif), anti-CMV IgG: 117 (pozitif), anti-CMV IgG avidite: 0.92, anti-toxoplasma IgG: 0.2(negatif), anti-toxoplasma IgM: 0.28 (negatif), anti-Rubella IgM: 0.45 (negatif), anti-Rubella IgG: 12.6 (pozitif), Anti -HBS: 1.22 (negatif), HbsAg:0.19(negatif), anti-HCV: 0.14 (negatif), anti-HIV: 0.24 (negatif), anti-HSV-1 IgM: 1.6 IU/L (pozitif), anti-HSV-1 IgG: 1.7 IU/L (pozitif), anti-HSV-2 IgM: 0.8 IU/L (negatif), anti-HSV-2 IgM: 0.3 IU/L (negatif), IgG: 824 mg/dl(N), IgA: 153 mg/dl (N), IgM: 113 mg/dl (N) saptanan hastada reaktif lenfadenit ve rekürren herpes enfeksiyonu düşünüldü. Çocuk immunolojisinde yapılan laboratuvar tahlillerinde: 08/04/2016 (3 yaş 6ay): hb: 10.2 g/dl, wbc:10100uL, nötrofil: 2780 (%27,5), plt:307000, sedimentasyon: 32 mm/sa, Total IgE: 12.8 kU/l, PHADIATOP (inhalasyon tarama testi): 0 (negatif), FX5 (F1,F2,F13,F14): <0,10 (negatif), C3: 149.1 mg/dl, C4: 28.9 mg/dl, IgA: 102 mg/dl, IgG: 900 mg/dl, IgM:64 mg/dl, IgG1: 758 mg/dl, IgG2: 33 mg/dl, IgG3: 104 mg/dl, IgG4: 5 mg/dl. (tablo). Periferik kan flow sitometrisinde: lenfosit populasyonunda: B hücre sayısı kısmen düşük saptanmasına rağmen T ve NK hücre oranları normaldi. Son olarak, NK hücre sitotoksite ve DOCK8 ekspresyon değerlendirmeleri normal bulundu.

SONUÇ: Herpes enfeksiyonu tekrarlamasa belki sık çok sık görülen enfeksiyon türlerinden biri olup, tekrarladığında altta yatan immünyetmezliği saptamak ülkemiz şartlarında kolay olmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: herpes, immünyetmezlik, TLR-3, DOCK8

Hastanın göz kapağındaki lezyon görülmektedir.

PS-025

ÇOCUKLARDA NADİR GÖRÜLEN BİR AĞIR KOMBİNE İMMUN YETMEZLİK OLGUSU

Zeynep Hazıroğlu Ökmen, Nur Şeyma Zengin, Osman Demir, Caner Doğan, Mehmet Halil Çeliksoy, Seda Geylani Güleç

GOP Taksim EAH,Pediatri kliniği, İstanbul

AMAÇ: Ağır kombine immun yetmezlik, T ve B lenfosit fonksiyonlarında bozuklukla karakterize bir primer immün yetmezlik hastalığıdır. X'e bağlı ya da OR olabilir, 1/50.000-1/100.000 arasında sıklıkta görülür. Oral moniliazis, dirençli ishal, iyileşmeyen akciğer enfeksiyonları, gelişme geriliği, malnütrisyon ve canlı aşılar sonrası kardeş ölüm öyküsü olan hastamızda Ağır Kombine İmmun Yetmezlik tanısı konması nedeniyle bu olguyu sunduk.

OLGU: 1 haftadır öksürük ve beslenememe şikayeti olan 6 aylık hastanın, 20 günlükken egzamatöz lezyonu oldugu ve 1 aylıkken otit nedenıyle hastanede yattığı, çok kez üsye, oral moniliazis, ishal ve dermatit geçirdiği öğrenildi. 20 yasındaki annenin yasayan 2. cocugu, 2 kardesı 5 aylıkken enfeksıyon nedenıyle ex olmuş. Anne baba arasında akrabalık mevcut. FM: genel durumu kötü, tartı:5450gr(<3p), boy:66cm(50p), ateş: 37.3, KTA:160/dk, DSS:40, ağız içi ve dil üzeri aftöz lezyonlar, moniliazıs, sol kulak memesinde egzamatoz lezyonlar mevcut. Dinlemekle bilateral ral ve ronküs mevcut. S1+s2+ 1/6 sistolik üfürüm duyuldu. Batın rahat, KC 2cm, dalak np. PA AC: bılateral yaygın infiltrasyon vardı, timus görülemedi. Lökosit: 1300/mm3 lenfosit:%13(170/m3) nötrofil:%72(940/mm3) Crp:17. Hasta izole edildi, bronkopnomonı tanısıyla antıbıyoterapi ve destek tedavi başlandı. Kontrol PA ACde ınfiltrasyon devam etmekte, timus gölgesi görülemedi. CMV PCR: negatif. Dırekt coombs: negatıf. Perıferık yayma: genel lökopeni (sayısı yaklasık 1000); %65 nötrofil, %20 lenfosit, atipi yok. IGA:0.23, IGG: 1.29, IGM:0.57, IGE:18.5; hepsi düşük. Hastaya IVIG tedavisi üç haftada bir uygulandı. Trimetoprim-Sülfametaksazol, Flukanazol, Asiklovir profilaktık tedavısı baslandı. 5li lenfosıt alt grupları; CD3: %3.2 (düşük), CD4: %0.3 (düşük), CD8: %1.78 (düşük), CD4/CD8: 0.16 (düşük), Total CD3:24/mm3 (düşük), Total CD4:2.2/mm3 (düşük), Total CD8:13/mm3 (düşük), CD19+CD56:%67 (düşük). Hastaya ağır kombine immun yetmezlik, T-B+NK+SCID tanısı kondu. Kemik iliği transplatasyonu yapılan bir merkeze sevki gerçekleştirildi.

SONUÇ: İmmun yetmezlik nadir görülen bir hastalık olsa da gelişme geriliği, atipik enfeksiyon, tekrarlayan ve inatçı moniliazis nedenıyle cok kez hastane basvurusu olan hastalarda mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: immun yetmezlik, oral moniliazis, dirençli enfeksiyon

oral moniliazis

PS-026

KİSTİK FİBROSİSLİ ÇOCUKLARDA TİROİD FONKSİYON TESTLERİ: TİROİD DİSFONKSİYONU BU HASTALARDA TAHMİN EDİLENDEN DAHA MI FAZLA?

Sakine Işik[1], Hale Tuhan[2], Şule Çağlayan Sözmen[1], Seda Köse[1], Ceyda Aydoğan[3], Suna Asilsoy[1], Nevin Uzuner[1], Özden Anal[1], Ece Böber[2], Özkan Karaman[1]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Alerji-İmmunoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir*
[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir*

GİRİŞ: Kistik fibrosis progresif akciğer hasarı, kronik solunum yolu enfeksiyonları, büyüme geriliği ve erken ölüme neden olan sindirim ve solunum disfonksiyonu ile karakterize multistemik, hayatı kısıtlayan, otozomal resesif genetik bir hastalıktır. Kistik fibrosis ekzokrin panreatik yetmezlik, büyüme geriliği, kemik hastalıkları, hipogonodism ve tiroid hastalıklarını kapsayan bazı önemli endokrin anormalliklere neden olabilmektedir. Bu çalışmada amaç, kistik fibrosisli çocuklarda tiroid disfonksiyonu prevelansını araştırmak ve bu hastaların genel karakteristiklerini belirlemektir.

MATERYAL –METOD: Çalışma, Ocak 2015- Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Toplam 45 kistik fibrosisli hasta (23 erkek, 22 kız) çalışmaya alınmıştır. Demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular, ilaç kullanımı, genetik analizler dosya kayıtlarından elde edilmiştir. Serum fT4, fT3 ve TSH düzeyleri kemilüminesans immunoassay yöntemiyle Dxl800 autoanalyzer (Beckman Coulter Inc, CA, USA) kullanılarak ölçülmüştür.

BULGULAR: Çalışma populasyonunda ortalama yaş 2.9 ± 10.3 (yıl) idi. TSH, fT4 ve fT3 değerleri ölçülen 45 hastanın 8 tanesi (%17.7) anormal TSH ve Ft4 düzeyine (2 aşikar hipotroidi, 6 subklinik hipotoridi) sahipti. Tiroid disfonksiyonu olan hastaların 5 tanesi (%62.5) tiroid hormon replasman tedavisi almaktaydı.

SONUÇ: Çalışmamızda ilk defa Türkiye'de kistik fibrosisli hastalar tiroid disfonksiyonu açısından değerlendirilmiştir. Çalışma populasyonumuzda tiroid disfonksiyonu olan 8 (%17.7) hasta saptadık ve bunların 5 tanesi (% 62.5) L-tiroksin tedavisi almaktaydı. Kistik fibrosisli hastalarda tiroid disfonksiyonu prevelansı genel populasyondan yüksek saptandı. Kistik fibrosisli hastalarda hipotiroidi ile ilişkili problemleri önlemek amacıyla düzenli tiroid fonksiyon testleri değerlendirmesinin bu hastalarda gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Kistik fibrosis, L-tiroksin, Troid disfonksiyonu

PS-027

REKÜRREN KRUP VE ATOPİ BİRLİKTELİĞİ

Ömer Akçal[1], Semiha Bahçeci Erdem[4], Sait Karaman[1], Hikmet Tekin Nacaroğlu[3], Canan Şule Karkıner[1], Esra Toprak Kanık[1], Demet Can[2]

[1]*İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastlakları ve Cerrahisi EAH, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, İzmir*
[2]*Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Balıkesir*
[3]*Medipol Üniversitesi,Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği,İstanbul*
[4]*Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, İzmir*

AMAÇ: Krup; ses kısıklığı, inspiratuar stridor ve havlar tarzda öksürükle karakterize bir sendromdur. Krup atakları hava yolu anomalileri, gastroözofagial reflü, atopik yapı gibi pek çok sebeble tekrarlamakta ve rekürren krup adını almaktadır. Rekürren krup etyolojisinde atopi suçlansa da sınırlı sayıda çalışmaya dayanmakta ve sıklığı yaklaşık %17 civarında bildirilmektedir. Bu çalışmada rekürren krup ile başvuran çocuklarda atopi birlikteliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Kesitsel, retrospektif bu çalışmada Ocak 2014 - Aralık 2016 arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk Allerji Kliniği'mizde takip ettiğimiz toplam 49 rekürren krup hastasının tümü çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik bilgileri, semptomların dağılımı, deri prick test sonuçları, önerilen tedavi/profilaksi gibi tıbbi bilgileri dosya kayıtlarından elde edilmiştir.

BULGULAR: Toplam 49 rekürren krup olgusunun %76,6'sı (n=36) erkek, %23,4'ü (n=11) kızdır. Hastaların ortalama yaşı 6,6±2,9; semptom yaşı 2,9±1,6 yıldır. Olguların %48,9'unun (n=23) ailesinde atopik hastalık vardır. Eşlik eden atopik hastalık olarak %6,4'ünde (n=3) atopik dermatit saptanmıştır. Olguların %10,6'sı (n=5) adenoid hipertrofisi nedeni ile opere edilmiştir. Olguların %25,5'inde (n=12) atopi saptanmıştır. Tedavi olarak %40,4'üne (n=19) inhale steroid ve %17'sine (n=8) antireflü tedavi önerilmiştir. Atopi tespit edilen olguların uygun tedavi ile atak sıklığında belirgin azalma olduğu gözlenmiştir.

SONUÇ: Rekürren krup, okul öncesi çocuklarda sık karşılaştığımız ancak tedavi ve profilaksi konusunda zorluk çektiğimiz klinik bir tablodur. Önceki çalışmalara göre rekürren krup ile atopi birlikteliğini daha sık (%25,5) bulmamıza rağmen toplumda deri prick test pozitifliğinin %20 civarında olduğu düşünülürse rekürren krup ile atopi birlikteliğinin beklendiği kadar sık olmadığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: atopi, rekkürren krup, çocuk

PS-028

REKÜRREN WHEEZİNGLİ İNFANTLARDA POZİTİF ASTIM PREDİKTİF İNDEXİNİN KLAMİDYA PNÖMONİ VE MİKOPLAZMA PNÖMONİ İLE İLİŞKİSİ

Gülçin Bozan, Hülya Anıl, Koray Harmancı, Abdülkadir Koçak

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji, Eskişehir

AMAÇ: Klamidya pnömoni ve mycoplasma pnömoni solunum sistemi enfeksiyonlarında sık ve önemli etkenler olmasına rağmen, infantil asthma ataklarındaki rolleri bilinmemektedir. Bu çalışmada klamidya pnömoni ve mikoplazma pnömoni saptanan rekürren wheezingli infantlarda astım prediktif indexi değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Yaşları 1 ve 24 ay arasında olan rekürren wheezingi olan ve en az 3 atak geçiren 90 çocuk çalışmaya alınmıştır. Prematürite, konjenital kalp hastalığı, metabolik hastalık, konjenital hava yolu anormallikleri olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Klamidya pnömoni ve Mikoplazma pnömoni antijenlerine enzyme lınked immünosorbent assay kit ile bakılmıştır.

BULGULAR: 90 hastanın 58 tanesi erkek, 32 tanesi kız idi. Klamidya ve/veya mikoplazma pnömoniyle enfekte olan çocukların 1-2 yaş arasında daha fazla olduğu görüldü (13-24 ay).Pozitif astma prediktif indexi olan hastalarda serum klamidya pnömoni IgM ve mikoplazma pnömoni IgM arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmadı.

SONUÇ: Klamidya pnömoni ve mikoplazma pnömoni erken çocukluk dönemindeki rekürren wheezingin önemli etkenleri olmalarına rağmen, bu enfeksiyonlarla astım ilişkisinin geniş çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: wheezing, astım prediktif index, klamidya pnömoni, mikoplazma pnömoni

PS-029

TEKRARLAYAN HIŞILTISI OLAN İNFANTLARDA SİGARA DUMANI MARUZİYETİNİN İNCELENMESİ

Günce Başarır[1], Rabia Gönül Sezer[1], Mahmut Doğru[2], Abdulkadir Bozaykut[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunolojisi, İstanbul*

AMAÇ: Bronşiyolit, çoğunlukla 2 yaş altında görülen, akciğerlerde küçük hava yollarında daralma ile seyreden çocukluk çağının en sık görülen alt solunum yolları hastalığıdır. Akut bronşiyolit sonrası sigara maruziyeti tekrarlayan hışıltı için risk oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'de tütün mamulü kullanım oranı yüzde 24'dür.

Bu çalışmada bronşiyolit nedeniyle hastaneye başvuran çocuklarda hastalığın seyri ile ailenin sigara ile ilgili davranışının değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmada bronşiyolit nedeniyle acil servise başvuran ağır bronşiyolitli çocukların ailelerine anket formları uygulandı. Anket formunda ilk bronşiyolit atağının zamanı, hastanede yatış öyküsü, kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanım öyküsü, aile bireylerinde astım öyküsü, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan bireylerin sigara içme durumu, annenin gebelik ve emzirme döneminde sigara içme durumu ve bronşiyolit tanısı aldıktan sonra aile bireylerinin çevresel faktörleri azaltmak için herhangi bir önlem alıp almadığı sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 47 olgunun 28'i erkek (%59,6), 19'u kızdı (%40,4). Yaşları 2 ile 36 ay arasında değişmekte ve ortalama yaş 11±9 ay idi. İlk atak geçirme yaşı 1 ile 10 ay arasında ve ortalama başlangıç yaşı 2,4±2,1 ay idi. Olguların 21'inin (%44,7) bronşiyolit nedeniyle hastanede yatış öyküsü vardı, 10 olguda (%21,3) eşlik eden kronik hastalık mevcuttu. Çalışmaya katılan çocukların %17'si (n=8) profilaktik ilaç kullanıyordu ve 13 olguda (%27,7) ailede astım öyküsü olan birey mevcuttu.

Olguların 34'ünde (%72,3) aynı evde yaşayan bireylerden en az biri sigara içmekteyken, hastaların maruz kaldığı sigara adet/gün median değeri 17,5 (2-70) idi. 6 olguda (%12,8) annenin gebelikte sigara içmeye devam ettiği,bu sayının emzirme döneminde artarak 10 olgu (%21,3) olduğu saptandı. Emzirme döneminde günde içilen sigara sayısı median değeri 5 (1-25) idi ve bu annelerin %83,3'ünün gebelikte de sigara içtiği görüldü. Olguların 7'sinde (%14,9) ailelerin ilk atak sonrasında koruyucu önlem aldığı, devamlı profilaktik ilaç kullanan olguların %75'inin evde sigaraya maruz kaldığı saptandı.

Gebelikte içilen sigara sayısı ve evde maruz kalınan sigara sayısı ile ilk atak yaşı ve hastaneye yatış sayısı arasında korelasyon saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Çocuklarda sigara maruziyeti alt solunum yolu enfeksiyon riskini ve geçirilen akut bronşiyolit atağının ciddiyetini arttırmaktadır. Bizim çalışmamızda hastaların %72,3'ü evde sigara dumanına maruz kalmaktaydı. Ailelerde çocuklarının hastalığı ile ilgili davranış değişikliği %14,9 gibi düşük oranlarda izlenmiştir. Tekrarlayan hışıltı risk faktörlerini azaltmak için ailelerin sigara konusunda eğitimlerinin ve toplumsal bilinçlendirme kampanyaların arttırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: bronşiyolit,hışıltı,sigara

PS-030

İKİ OLGU İLE İNSİDENTAL OLARAK TANI ALAN ASEMPTOMATİK AKCİĞER PARAZİTOZU

Yurda Simsek[1], Özge Yılmaz[1], Neslihan Ekimci[2], Esra Toprak Kanık[1], Hasan Yüksel[1]

[1]*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji BD ve Solunum Birimi, Manisa*
[2]*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Manisa*

GİRİŞ: Akciğerlerde çok sayıda parazitle enfestasyon gelişebilir. En sık kist hidatik enfestasyonu olmakla birlikte helmintler (nematodes, trematodes, cestodes), protozoonlar (amibiyazis, toxoplasma, pneumocystis) hatta artropodlar akciğer parazitozundan sorumlu olabilir. Bu parazitler hayat siklusunu tamamlama sırasında akciğere uğramış olabilir ya da embolizasyon ve direkt invazyonla akciğerde bulunabilir. Akciğerdeki etkilenme hipersensivite pnömonisi ya da direk invazyona bağlı oluşan hasarla ilişkilidir. Bununla birlikte asemptomatik klinikle seyreden durumlarda da akciğer parazitozu mümkün olup insidental olarak tanı alan bir akciğer parazitoz olgusu sunulmuştur.

OLGU 1: Altı yaşında erkek hasta, sert şeker yeme sırasında başlayan ve yaklaşık 1 haftadır devam eden öksürük yakınması nedeniyle çocuk cerrahi bölümünce değerlendirilerek rijit bronkoskobi yapılmış. Ancak yabancı cisim saptanmayan hasta öksürük yakınmasının devam etmesi nedeniyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik olmayan hastanın fizik muayenede solunum sesleri bilateral normal, diğer sistem bakıları olağandı. Hastaya öncelikli olarak yabancı cisim aspirasyonu düşünülerek fleksibl bronkoskobi planlandı. Bronşlarda yabancı cisim gözlenmedi ancak bronş mukus tabakası altında; milimetrik boyutta, hareketli, 3-4 adet paraziter larva benzeri yapı gözlendi. Paraziter akciğer hastalığı ön tanısı ile planlanan tekkiklerinde:Gaitada parazit: saptanmadı, Toxocara, Ekinokok ve Toxoplazma seroloji: (-) BAL örneklerinde: parazit gözlenmedi, patoloji normal.Provake balgam örneklerinde parazit saptanmadı.IgE: 210 mg/dl, eozinofil: %4. Bronkoskopi görüntüleri ile trematod yapısında olduğu gözlenen parazit için hastaya praziquental tedavisi başlandı.10 gün sonra kontrol bronkoskopi yapıldı, daha önce görülen paraziter yapılar gözlenmedi. BAL örneği alındı ve parazit saptanmadı.

OLGU 2: Beş yaşında kız hasta, iki gün önce çekirdek yeme sonrasında morarma,öksürük ve kusma şikayeti olan hasta öksürüğünün devam etmesi üzerine acil polikliniğimize başvurmuş. Hastanın başvuru sırasında fizik muayenede SS: 30/dk takipne retraksiyon solunum sıkıntısı yoktu, bilateral solunum seslerinde kabalaşma dışında özellik saptanmadı. Hastaya yabancı cisim aspirasyonu ön tanısıyla fleksibl bronkoskobi yapıldı. Bronkoskobide mukus tabakası altında; milimetrik boyutta, hareketli, 7-8 adet paraziter larva benzeri yapı gözlendi. Parazitoloji bölümüne danışılan hastanın alınan BAL örneklerinde üreme saptanmadı. Bronkoskopi görüntülerinde trematod larvası olduğu düşünülen olguya albendazol tedavisi 2 hafta süre ile başlandı. Tedavi bitiminde yapılan kontrol bronkoskopide parazit görüntüsüne rastlanmadı ve alınan BAL örneğimde de parazit saptanmadı.

TARTIŞMA: Paraziter hastalıklar özellikle gelişmemiş ülkelerde temiz su kaynaklarının olmaması, kötü beslenme alışkanlıkları ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin az olması nedeniyle sıklıkla görülür. Oldukça yoğun klinik bulgularla birlikte bazen asemptomatik de seyredebilir. Bizim olgumuzda asemptomatik dönemde bir akciğer parazitoz hastalığı insidental olarak saptanıp tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: akciğer parazitozu,bronkoskobi, trematod,

PS-031

AKCİĞER BULGULARI İLE TANI ALAN VASKÜLER FİSTÜL OLGUSU

Hasan Yüksel[1], Neslihan Ekimci[2], Buse Soysal[2], Yurda Şimşek[1], Özge Yılmaz[1]

[1]*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji BD ve Solunum Birimi, Manisa*
[2]*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıları ABD, Manisa*

3 aylık erkek hasta öksürük ve hırıltılı solunum şikayeti ile başvurdu.

35 haftalık NSVY ile doğan hastanın doğumdan hemen sonra solunum sıkıntısı olmasıı nedeniyle 14 gün yatışı mevcut. Sonrasında 2 haftalık iyilik hali olan hastanın 1 aylıkken pnömoni nedeniyle tekrar yatışı yapılmış. Tekrarlayan akciğer bulguları nedeniyle değerlendirilen hastanın doğumundan beri özellikle beslenirken ve yatarken olan şikayetlerinin artması nedeniyle töf? gör? tanıları ile sinefloroskobi, özafagografi yapılarak normal saptanmış. Ter testi normal sınırlarda bulunmuş. Thorax Ct de sağ akciğerde mozaik patern ve hava hapsi saptanmış. Batın usg'sinde "Karaciğer sol lob 2. ve sağ lob 5. segmentler arasında hepatik ven dalı ile devamlılığı görülen 12x6x5 mm boyutunda fuziform oluşum saptandı. Doppler USG de anevrizmatik değişiklik lehine yorumlanabilecek hepatik ven karakterinde akım saptandı.

Vasküler patoloji açısından yeniden değerlendirilen Toraks CT'de " Kalbin sol artriumunda ılımlı genişleme nedeni ile sol ana bronş ve vasküler yapılar superiora doğru yer değiştirdiği ve karinal açının genişlediği görüldü.

Çocuk kardiyolojisine danışılan hastaya EKO (ekokardiyografi) yapıldı. Sol ventrikül ve sol atriyum büyük, sol ana bronşa bası bulguları, hepatik vena genileme izlendi. Anjiografi yapılan hastada Hepatoright atrial fistül-portohepatik fistül saptandı. Hepatoright atrial fistüle amplatzaer vasküler plug yerleştirildi. Hasta takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: kongenital anomali, tekrarlayan akciğer bulgusu, vasküler fistül

PS-032

RESPİRATUAR SİNSİTYAL VİRÜSE BAĞLI ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU NEDENİYLE HASTANEDE YATMIŞ ÇOCUKLARIN UZUN DÖNEM PROGNOZUNUN BELİRLENMESİ

Mustafa Çolak[1], Kadriye Cansu Şahin[1], Nevin Uzuner[2], Suna Asilsoy[2], Seda Şirin Köse[2], Gizem Atakul[2], Özkan Karaman[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji Bilim Dalı, İzmir*

AMAÇ: Akut bronşiolit, alt solunum yollarını etkileyen ve özellikle iki yaş altı çocuklarda görülen bir hastalıktır. Süt çocukluğu döneminde hastaneye yatış sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Hastaların %50 - 90'ında etken respiratuar sinsityal virüstür. Yapılan çalışmalarda respiratuar sinsityal virüs (RSV) enfeksiyonu geçiren hastalarda tekrarlayan hışıltı ve astım gelişimi açısından risk artışı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren ve hastanede yatmış olan çocukların taburculuk sonrası izleminde inhale tedavi ihtiyaçlarının, tekrarlayan hışıltı ve astım gelişimi açısından risklerinin belirlenmesidir. Ayrıca bu hastalarda atopi, sigara maruziyeti ve cinsiyetin inhale tedavi ihtiyacı ile ilişkisi incelenmiştir.

YÖNTEM: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi elektronik Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden Çocuk Hastalıkları Servisine ait kayıtlar incelendi. Ocak 2007 - Aralık 2014 tarihleri arasında RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren, enfeksiyon geçirdiği sırada 0 - 7 yaş arası olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Prematüre doğum öyküsü veya kronik hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma grubuna alınan 151 hastanın ebeveynlerine anket çalışması uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 151 olgunun 84'ü (%55,6) erkek, 67'si (%44,4) kızdı. Olguların 61'inin (%40,4) ailesinde atopi öyküsü mevcut iken 90'ında (%59,6) atopi öyküsü alınmadı. 41 çocuğun ailesi evde sigara içildiğini beyan ederken 110 çocuğun ailesi evde sigara içilmediğini belirtti. Çalışmaya dahil edilen olguların 44'ünde (%29,1) en az bir kez alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış öyküsü mevcuttu. Olguların 27'sinin (%18) hali hazırda inhale tedavi almaya devam ettiği saptandı. Taburculuk sonrası en az bir kez solunum sıkıntısı nedeniyle acili servise başvuran olgu sayısı 72 olarak bulundu. Ailede atopi öyküsü ve çocuğun sigara maruziyeti ile acil servis başvurusu, hastaneye yatış, inhale tedavi alma arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren hastaların yaklaşık yarısında takip eden yılda inhale tedavi alma ihtiyacı olduğu belirlendi. Yine olguların yarıya yakınında taburculuk sonrası en az bir kez solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuru öyküsü alındı. Uzun dönem izlemde hastaların topluma oranla inhale tedavi ihtiyacının arttığı belirlendi. İnhale tedavi alma süresi ile sigara maruziyeti ve ailede atopi öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: RSV, bronşiolit, atopi, sigara maruziyeti

PS-033

KOMPLİKASYON SONRASI GELİŞEN BÜLLÖZ AKCİĞER

Özlem Özpenpe

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastenesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının destrüksiyonu, dilatasyonu ve bir araya gelmesi ile oluşan ve hava içeren akciğer yapılarına bül denir. Büller; amfizem, sarkoidoz, tüberküloz, komplike pnömoni sonrası gelişen multple kistlerin parankim yerini alması ile de gelişebilmektedir.

İleri yaş ve gestasyonel diyabetes mellitus (GDM)'lu anne bebeği olarak 34 haftasında c/s ile 2970 gram olarak doğan olgunun 1. ve 5. Dakika APGAR skorları sırasıyla 3 v 4 saptandı. Ameliyathanede entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatışı yapılan yenidoğanın akciğer grafisi ağır Respiratuar Distress Sendromu (RDS) ile uyumluydu. Dört kez endotrakeal surfaktan tedavisi alan bebeğin 2 aylık yoğun bakım ünitesinde yatış süresinde 40 günü entübe ve nazal CPAP modunda ventilatör desteğinde geçti. RDS dışında ventilatör ilişkili pnömoni, sepsis, 3 kez tekrarlayan pnömotoraks geçmişi olan bebek HOOD ile oksijen desteği ile izleme geçildikten sonra sevk edildi. Sevk edildiği merkezde yapılan tetkiklerinde akciğer bilgisayarlı tomografisinde bülloz akciğer ile uyumlu olduğu saptanan hasta 20 günlük ileri tetkik ve tedavi sonrası oksijen konsantratörü ile taburcu edildi. Uzun süreli takibi yapılan ve şu an 4 yaşında olan hasta; montelukast, fludrokortizon inhaler destek tedavileri alıyor. Nöromotor gelişim defekti yok ve kraniyal görüntülemeleri normal.

Terminal bronşiollerin distalindeki hava boşluklarının destrüksiyonu, dilatasyonu ve bir araya gelmesi ile oluşan, hava içeren akciğerin yapılarına bül denir. Bül terimi 1 cm'den büyük yapılar için kullanılır. Sıkışmış ve incelmiş akciğer parankimi ve bazen plevra, duvarlarını oluşturur. Büller bir çok şekilde ortaya çıkabilir: Distal asinüslerin amfizemi, skar dokusu içinde kalan normal akciğer parankiminde veya skar dokusu dışında normal alveollerin traksiyonu sonucu genişlemesi, ilk sıra resipiratuvar ve terminal bronşiollerdeki kronik inflamasyon ve destrüktif değişiklikleri hava boşluklarının boşalmasında gecikmeye yolaçarak aşırı havalanmaları sonucu gibi... Asemptomatik hastalarda büller rutin akciğer grafisinde görülebilir. Bununla beraber bazı hastalarda büller progresif dispneye neden olabilir. Bazen spontan pnömotoraksa bağlı olarak hastanın kliniği aniden bozulabilir. Bazen de infeksiyon bulguları ile saptanabilir. Bülleri göstermede en pratik tanı yöntemi akciğer grafisidir. BT'de sıvı bül içindeyse bül boşluğunda akciğerin kalan kısımlarında septumlardan oluşan kalıntılar görülebilir. Akciğerlerin büllöz hastalıklarının en büyük komplikasyonları bülün enfekte olması, kanama, spontan pnömotorakstır.

Asemptomatik olabilir; semptomatik olan subgrupta cerrahi girişim için kesin endikasyonlar vardır: Spontan pnömotoraks veya massif kanama gibi akut komplikasyonlar ve kistler küçük olsa bile acil cerrahi müdahaleyi gerektirir.

Olguda RDS, sürfaktan kullanımı ve uzun süreli mekanik ventilasyon desteği alma öyküsü olan ve ventilatör ilişkili pnömoni, sepsis, 3 kez tekrarlayan pnömotoraks geçmişi olan bebekte büllöz akciğer saptanmış olup uygun tedaviler ile düzelme sağlanmıştır.

Sonuç olarak; iyi bir yönetimle uygulanmış uygun tedavi protokolü ve kronik akciğer hastalığı takibi ile hayat standartları yüksek bir yaşam sağlama şansı herkes için vardır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan Akciğer Hastalığı, Yenidoğan Büllöz Akciğer Hastalığı, RDS

PS-034

KİSTİK FİBROZİSLİ BİR ALERJİK BRONKOPULMONER ASPERGİLLOZ OLGUSU

Duygu Uzun[1], Nusret Ören[1], Seda Şirin Köse[2], Gizem Atakul[2], Suna Asilsoy[2], Nevin Uzuner[2], Nilgün Sevinç[1], Özkan Karaman[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir*

GİRİŞ: Alerjik Bronkopulmoner Aspergilloz (ABPA) akciğerin genellikle aspergillus fumigatus ile kolonize olması ile gelişen bir alerjik reaksiyondur. ABPA astımlı ve kistik fibrozisli hastalarda daha sık olarak görülmektedir. Aspergillus sporları doğada çürümüş organik materyallerde ve otlarda, kapalı ortamlarda ise nemli duvarlar ve tavanlarda bulunmaktadır. Bulaşması için sporların inhale edilmesi ve alveollere ulaşması gerekmektedir. Hastalığın ortaya çıkması için sporların inhale edilmesi yeterli değildir, konakçının bağışıklık sistemi ve predispozan faktörler önemlidir. Genetik çalışmalar sonucunda HLA-DR2, HLA-DR5 genotiplerinin ABPA gelişiminde önemli rol oynadığı görülmüştür. HLA-DQ2 pozitifliği ise ABPA gelişimine direnç sağlayan gen olarak rol oynamaktadır. CFTR (Kistik fibrozis transmembran regulator) gen mutasyonu olan kistik fibrozisli hastalarda ABPA'nın daha sık olduğu bulunmuştur. Burada daha önceden kistik fibrozis nedeniyle takip edilen ve izlemde ABPA gelişen bir olgu incelenecektir.

OLGU: 11 yaşında erkek hasta geceleri artan öksürük şikayeti nedeniyle başvurdu. Hasta 4 aylıkken tekrarlayan pnömoniler nedeniyle tetkik edildi ve ter testi: 133- 106 mmol/L saptanması üzerine yapılan genetik testlerde DF508 ve N1303K heterozigot mutasyonu saptanan hastaya kistik fibrozis tanısı koyuldu. Hasta düzenli olarak dornaz alfa nebul tedavilerini aldı ve son 6 aylık balgam kültürlerinde pseudomonas aeruginosa üremesi olmadı. Alınan son balgam kültüründe MRSA (Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus) kolonize olarak saptandı. Hastanın laboratuar tetkikleri; eozinofil sayısı 900/mm3, total IgE: >2000 IU/ml idi. Aspergillus deri prick testi pozitif olarak saptandı. Radyolojik olarak bilateral akciğerlerde tomurcuklanan ağaç manzarası ve kronik bronşektazik değişiklikler görüldü. Tedavi öncesi yapılan solunum fonksiyon testinde PEF ve MEF25-75 düşük bulundu. Hasta klinik ve laboratuar sonuçları doğrultusunda Kistik Fibrozis ve ABPA olarak değerlendirildi. Buna yönelik olarak dornaz alfa ve flutikazon propiyonat nebul tedavilerine devam edildi. 5 mg/kg/gün itrakonazol tek doz ve 0.75 mg/kg/gün prednizolon tedavileri verildi. İzleminde hastanın gece öksürüklerinde azalma saptandı. Aylık izlemine devam edilen hastanın PEF ve MEF25-75 değerlerinde iyileşme olduğu görüldü.

SONUÇ: Kistik fibrozisli hastalarda gelişen öksürük ve nefes darlığı şikayetinde ABPA akılda bulundurulmalıdır. Kronik hastalarda tekrarlayan bronş obstrüksiyonu, bronş inflamasyonu ve mukus tıkaçları bronşektazi, fibrozis ve solunum yetmezliğine ilerleyebilmektedir. Erken tanı ve tedavinin bronşektazinin ilerlemesini azaltmakta olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, alerjik bronkopulmoner aspergilloz, itrakonazol

PS-035

AKUT İSHALLİ ÇOCUKLARDA İSHAL ETKENLERİ, İSHAL ŞİDDETİ İLE GÜNLÜK DOĞAL PROBİYOTİK TÜKETİMİNİN İLİŞKİSİ

Bahri Elmas[1], Öner Özdemir[2], Şeyda Tok[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları BD, Sakarya*

GİRİŞ-AMAÇ: Çalışmamızda çocuk acil servisine akut ishal nedeniyle başvuran hastaların ishal etkenlerinin ve şiddetinin belirlenmesi ve bu parametrelerin doğal probiyotik tüketimiyle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmamız Aralık 2015-Haziran 2016 arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Birimine akut ishal şikayetiyle başvuran 6ay -72 ay arasındaki çocuklarla gerçekleştirildi. Vakalarda ishal etkenleri, Ruuska-Vesikari klinik skorlaması ile ishalin şiddeti ve günlük doğal probiyotik (yoğurt/ayran, zeytin, turşu, sirke, kefir) tüketme durumları araştırıldı.

ÇALIŞMA BULGULARI: Toplam 568 vakanın 457'sinin (%81) gaita incelemesinde etken saptanamazken, 98'inde (%17) rotavirüs, 10'unda (%2) entemeoba histolitika, 2'sinde (%0,4) adenovirüs, 1'inde (%0,2) hem rotavirüs hem adenovirüs birlikte görüldü. Hastaların Ruuska-Vesikari ishal şiddeti değerlendirmesinde aldığı minimum puan 1, maksimum puan16 idi, ortanca değeri 9,0, çeyrekler arası dağılım 6,0-11,0 idi. Hastaların 534'ü (%94,1) market yoğurtu yerken, 416'sı evde yapılmış yoğurt tüketmekteydi. 269' u (%47,4) her gün bir kâse yoğurt/ayran tüketmekteyken, 306'sı (%53,9) ara sıra/her gün salamura zeytin yemekte, 205' i (%36,1) ara sıra turşu yemekteydi. 68'i daha önce sirke, 17'si şalgam suyu, 17'si kefir tüketmişti. Vakaların 309'u (% 54,4) erkekti, 504'ü (%88,7) miyadında, 318'i (% 55,9) sezaryen ile doğmuştu. Normal spontan vajinal yolla doğanlarla sezaryen ile doğanlar (p:0,237), anne sütü alanlarla hiç almayanlar (p:0,117), rota virüs aşısı yaptıranlarla yaptırmayanlar (p:0,835) arasında skor puanları açısından anlamlı fark yoktu. Farklı su tüketen gruplar arasında ölçek puan ortalaması açısından fark anlamlıdır; şehir şebeke suyu tüketenlerin puan ortalaması, kuyu/çeşme suyu ve damacana suyu tüketenlerden anlamlı olarak düşüktü ($p<0.01$). Evde yapılmış yoğurt tüketenlerle hazır yoğurt tüketenlerin skor puanları açısından anlamlı fark vardı, evde üretilen yoğurt tüketenlerin puanları daha düşüktü (p: 0,056). Gaita incelemesi sonucunda etken saptanamayanlarla rota (+) saptananlar arasında skor puanları açısından anlamlı fark vardı, rota (+) olanların puanları daha yüksekti ($p<0.01$).

SONUÇ: Akut ishal şikâyeti ile gelen çocuklarda şebeke suyu içen ve evde yapılmış yoğurt tüketen vakalarımızın ishal şiddetini değerlendiren skor puanları daha düşük ve hastalıkları daha hafifti.

Anahtar Kelimeler: ishal, probiyotik, Ruuska-Vesikari, rotavirüs, adenovirüs

PS-036

TEDAVİYE DİRENÇLİ ÖKSÜRÜK, HIRILTILI BİR OLGU: YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

Ahmet Kan[1], Sadiye Sırmacı[2], Arzu Bakırtaş[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Çocuk Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı*
[2]*Gazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

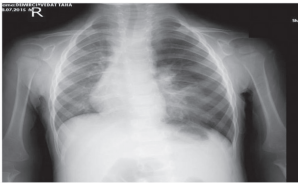
GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu çocukluk yaş grubunun önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Bir çok nedenle üç yaş altındaki çocuklar yabancı cisim açısından risklidir, çevrelerindeki objeleri tanıma dürtüleri, molar dişlerin henüz olmamsı nedeniyle güçlü çiğneyememeleri ve besinleri ağızlarında uzun süre bekletmeleri, ağlama ve gülme sırasında zorlu inspiryum yapmaları aspirasyon sıklığını artıran faktörlerdir. Çocuklarda aspire edlien maddeler fındık, çekirdek, fıstık, ceviz, elma, havuç, üzüm gibi yiyeceklerdir. Cismin küçük, kaygan olması aspirasyon riskini artırır. Yabancı cisimler solunum sisteminde burundan akciğer parenkimine kadar her yere yerleşebilir. Bununla birlikte çoğu cisim larenks, trakea, sağ ve sol ana bronş gibi proksimal hava yollarında bulunur. Bu olguda klinik tedaviye cevap vermeyen öksürük ve tekrarlayan hışıltılı çocuklarda yabancı cisim aspirasyonunun akla gelmesi gerektiğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU: 1 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 1,5 aydır düzelmeyen özellikle geceleri artan hırıltı ve öksürük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya dış merkezde birçok kez acilde salbutamol nebül verilmiş ama öksürük ve hırıltısında tamamen düzelme olmamış. Son 1 haftadır öksürük ve hırıltısında artış olmuş. Yapılan fizik muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryante, takipneik ve dinlemekle bilateral wheezing duyuldu. SaO2: %90 Çekilmiş akciğer filmi yoktu. Çekilen iki yönlü akciğer filmi sol akciğerde havalanma fazlalığı ve kalpte sağa doğru yer değiştirme olarak değerlendirildi(Resim-1). Anamnezi ayrıntılı sorgulandığında yaklaşık 1 ay önce fıstık yerken 15-20 dakika süren tıkanma-nefes darlığı öyküsü mevcuttu. Hastaya yabancı cisim aspirasyonu şüphesiyle acil rijid bonkoskopi yapıldı ve sol üst ana bronşta bulunan fıstık parçaları grasper yardımıyla tek tek çıkarıldı (Resim-2). Yabancı cisim çıkarılmasını takiben şikayetlerinde belirgin azalma olan ve akciğer grafisi normale dönen hasta 24 saat sonra hastaneden taburcu edildi(Resim-3).

TARTIŞMA: Yabancı cisim aspirasyonları özellikle çocuklarda solunum yollarının erişkinlere göre daha dar olması nedeniyle ölümcül komplikasyonlara neden olabilen ciddi bir sorundur. Tekrarlayan ve tıbbi tedaviye yanıt vermeyen hışıltılı çocuklarda yabancı cisim aspirasyonunun akla gelmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Yabancı Cisim Aspirasyonu, Ayırıcı Tanı, Tekrarlayan Hışıltı

Resim-1

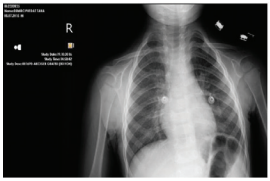


Başvuru esnasındaki akciğer filmi

Resim-2

Yabancı cismin görüntüsü

Resim-3



Kontrol Akciğer Filmi

PS-037

RED EAR SENDROMU; İKİ OLGU SUNUMU

Yakup Canıtez[1], Şükrü Çekiç[1], Hakan Küçüker[2], Yasin Karalı[1], Nihat Sapan[1]

[1]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Bursa*
[2]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ: Red ear sendromu (RES) nadir görülen bir hastalıktır. Dış kulakta ağrı ve kızarıklığın eşlik ettiği aralıklı ataklar en önemli karakteristik özelliğidir. Çoğunlukla izole görülmekle birlikte (primer RES) nadiren servikal vertebra patolojileri, nörolojik hastalıklar ve herpes enfeksiyonları gibi çeşitli hastalıklara bağlı olarak da (sekonder RES) oluşabilmektedir.

OLGU: Olgu 1, bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 11 yaşındaki erkek hasta, bebekliğinden itibaren aralıklarla görülen, genellikle akşam saatlerinde olan, bazen tek bazen de her iki tarafta oluşan kulak kaşıntısı ve yanma yakınmaları ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesi her iki kulak kepçesinde hiperemi ve ödem dışında normaldi. Laboratuvar parametreleri hipogamaglobulinemi *IgG: 679 mg/dl (842-1943)* ve ANA pozitifliği (1/100 dilüsyon) dışında normaldi. Alerjenlerle deri prik testi negatif saptandı.

Olgu 2, on bir yaşında erkek hasta, son 3 aydır görülen, hemen hemen her akşam olan, kaşıntının eşlik etmediği kulak kızarıklığı yakınması ile başvurdu. Fiziksek temas, ev tozu maruziyeti ve eforun bu atakları tetiklediği öğrenildi. Fizik muayenesinde dermografizm dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Alerjenlerle deri prik testinde ev tozu akarı duyarlılığı saptandı. Total IgE: 567 kU/L (0-87) ve akar karışımı spesifik IgE: 22.7 kUA/L (Class 4) dışında laboratuvar bulguları normaldi. ANA negatif olarak sonuçlandı.

Öykü ve klinik bulgularından yola çıkılarak her iki hastaya RES tanısı konuldu. Yakınmaların olduğu dönemde lokal soğuk uygulama ve ibuprofen kullanımı önerildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: RES çoğunlukla primer olarak görülmektedir. Atakların çoğu spontan gelişmekle birlikte fiziksel temas, egzersiz ve alerjen maruziyeti atak oluşumunu tetikleyebilmektedir. Gerek patofizyolojik özellikler gerek tedavi yaklaşımındaki farklılıklar nedeni ile alerjik hastalıklardan ayırımı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Red ear sendromu, alerji, çocuk

PS-038

ADÖLESANDA YUMURTA TÜKETİMİ SONUCU GELİŞEN ANAFİLAKSİ; GEÇ BAŞLANGIÇLI BESİN ALLERJİSİ OLGUSU

Hikmet Tekin Nacaroğlu[1], Övgü Büke[2], Özlem Bostan Gayret[2], Meltem Erol[2], Özgül Yiğit[2]

[1]*Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji, İstanbul*
[2]*Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Yumurta alerjisi sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülmekle birlikte nadiren erişkin yaşta da başlayabilmektedir. Bu olgu sunumunda çocukluk çağında gıda alerjisi tariflemeyen, inhalen alerjen duyarlılığı ve astım+ a.rinit tanıları ile izlenen bir olguda adölesan dönemde başlayan yumurta alerjisi sunuldu.

OLGU: 16 yaşında kız olgu daha öncesinde yumurta tüketimi ile ilgili semptomları olmamasına rağmen son iki aydır 2 defa yumurta yedikten hemen sonra hapşırma, burun akıntısı, burun kaşıntısı, boğazda tıkanıklık hissi, dilde ve göz kapaklarında şişlik ve nefes darlığı şeklinde yakınmalar geliştiği ve bu şikayetlerle acil servise başvurduğu ve kendisine müdahale edildiğini belirtmekteydi. Öncesinde herhangi bir besin alerjisi olmadığını, rahatlıkla yumurta yiyebildiğini ifade etmekteydi. Hastamıza yapılan deri prick testinde histamin 5x5 mm, yumurta sarısı negatif, yumurta beyazı 7x9 mm, DP 7x7 mm, DF 4x4 mm endurasyon saptandı. Prick to Prick testinde yumurta sarısı 11x1 mm ve yumurta beyazı 11x13 mm olarak saptandı. Hastaya yapılan yumurta akı spesifik IgE: 15,9 ku/l olarak saptandı. Hastamızda 2 defa anaflaksi öyküsü olması nedeni ile oral provokasyon testi yapılmadı. Hastaya yumurta alerjisi konusunda bilgi verildi ve eliminasyon diyeti başlanıldı.

SONUÇ: Adölesan yaş grubunda da nadiren de olsa, geç başlangıçlı besin allerjisi görülebileceği ve öyküde buna yönelik yakınmaları olan hastaların önemsenmesi ve doğrulanması gerektiğini vurgulamak için olgumuz sunulmaya değer görüldü.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Anaflaksi, Yumurta allerjisi

PS-039

AKUT ÜRTİKERİN NADİR BİR NEDENİ: RÜPTÜRE KİST HİDATİK

Velat Çelik, Pınar Gökmirza Özdemir, Burçin Beken, Mehtap Yazıcıoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerjisi ve İmmünolojisi Bilim Dalı, Edirne

OLGU: 11 yaşında kız hasta döküntü ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde 4 gün önce öksürük şikayetinin başladığı, başvurduğu dış merkezde üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile amoksisilin/klavunat, ibuprofen, parasetamol tedavisi başlandığı öğrenildi. Hastada tedavinin ilk dozundan 30 dakika sonra döküntü ve kaşıntı başlamış. Başvurdukları dış merkezde ilaç alerjisi düşünülüp aldığı tedaviler kesilerek klaritromisin ve sefuroksim aksetil reçete edilmiş. Ancak bu ilaçları kullanırken de döküntüsü olması üzerine acil çocuk polikliniğimize sevk edilmiş. Fizik muayenesinde yaygın ürtikeryal lezyonları ve sağ akciğer bazalinde solunum sesleri azaldığı ve krepitan ralleri olduğu saptandı. Diğer sistem muayeneleri ve rutin laboratuvar tetkikleri normal idi. Çekilen PA akciğer grafisinde sağda diafragmada düzleşme ve sağ bazalde düzgün sınırlı radyolüsen alan izlendi. Kist hidatikten şüphelenilen hastaya akciğer tomografisi çekildi. Tomografisinde akciğerde rüptüre kist hidatik ve karaciğerde kist hidatik saptandı. Hastamızı geriye dönük tekrar sorguladığımızda ilk döküntüler başlamadan önce ağzından su geldiğini ifade etti. Hasta takip ve tedavi için çocuk cerrahisi kliniğine devredildi.

TARTIŞMA: Akut ürtiker, çocukluk çağında acil başvuruya yol açan en sık cilt rahatsızlığıdır. Bu vakaların çoğunda herhangi bir neden bulunamaz. Akut ürtikerin tespit edilen en sık sebepleri enfeksiyonlar, ilaçlar ve besinlerdir. Hastamızda mevcut hikaye ve bulgular ile rüptüre kist hidatiğe bağlı akut ürtiker düşünüldü. Kist hidatik rüptüre olduktan sonra ürtiker ve anafilaksiye sebep olabilir.

SONUÇ: Ürtiker ile başvuran hastada tanıda ilk adım ayrıntılı hikaye ve iyi bir sistemik muayenedir. Akut ürtiker etyolojisinde infeksiyöz nedenlerden viral enfeksiyonlar en sık sebep olmakla birlikte, bakteriyel enfeksiyonlar, parazit infeksiyonlarının da göz önünde bulundurulması gerekir. Bu olguyu akut ürtiker ile başvuran hastada sistemik muayenenin önemini vurgulamak için sunduk.

Anahtar Kelimeler: alerji, çocuk, ürtiker, kist hidatik,

PS-040

KİST HİDATİK PONKSİYONU ESNASINDA GELİŞEN ANAFİLAKTİK ŞOK

Ahmet Osman Kılıç[1], Orhan Çoşkun[1], Şerife Ebru Özüdoğru[1], Selman Kesici[1], Pınar Şimşek Onat[1], Emel Akın Aykan[1], Zeynep Başçı[1], Medine Özge Özer[1], Büşra Öztürk[1], Beytullah Yağız[2]

[1]*Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bölümü*
[2]*Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Bölümü*

Kist hidatik ameliyatı esnasında gerçekleşen anafilaktik şok

GİRİŞ: Anafilaksi gelişmiş ülkelerde yaşam boyu %0,05 ila %2 sıklığında görülen, hayatı tehdit eden jeneralize vasıfta bir alerjik reaksiyondur. Kist hidatik hastalığı ülkemizde yüz binde 0,87 ila 6,6 sıklığında görülen bir zoonozdur. Ülkemizde yaygın bir halk sağlığı sorunu olan kist hidatik hastalığının komplikasyonlarından biri de anafilaktik şok gelişimidir.

HASTA: Z.G 9 yaşında kız hasta, kist hidatik nedeniyle genel anestezi altında laparoskopik kistotomi ameliyatı yapılırken, kist içine hipertonik salin solüsyonu verilmesinden beş dakika sonra, hastada şiddetli bronkospazm, hipotansiyon (60/25 mm Hg) bulguları görüldü. Hastada kist rüptürüne bağlı anafilaktik reaksiyon düşünülerek intravenöz adrenalin puşe tedavisi uygulandı. Bulguları gerilemeyen, hipotansiyonu derinleşen hastaya uygun dozda kristaloid sıvı yüklemesi yapıldı. Hipotansiyonu devam eden, bronkospazmı gerilemeyen oksijen satürasyonları %2 lere kadar düşen hastaya adrenalin infüzyon tedavisi ve dopamin infüzyon tedavisi başlandı. İnfüzyon tedavileri sonrası bronkospazmı gerileyen, hipotansiyonu ortadan kalkan hastanın infüzyonlar başlamadan önce bakılan kan gazında pH:6,7 hco3: 7 laktat: 89 geldi. Operasyonu sonlandırılan hasta çocuk yoğun bakım ünitesinde tarafımızca takip edildi. Adrenalin infüzyonu altında bulguları gerileyen hasta ekstübe edildi. Hasta 48 saat sonra kist hidatik tedavisinin devamı için cerrahi bölümüne devredildi.

TARTIŞMA: Kist hidatik ülkemizde sık görülen bir zoonozdur. Kist hidatik hastalığının cerrahi tedavisi sırasında, travma sebebiyle ya da spontan olarak rüptürü, kist sıvısının dışarı çıkmasına ve alerjik reaksiyonun tetiklenmesine neden olmaktadır. Uygunsuz tedavi anafilaktik şok gelişimine ve ölüme neden olabilmektedir. Operasyon esnasında hastada anafilaksi bulgularını ayırt etmek daha güçtür. Entübe şekilde genel anestezi altında kas paralizisi olan hastada tipik anafilaksi bulgularını görmek zordur. Operasyon sırasında kist içine hipertonik sıvı verilmesini takiben gelişen hipotansiyon, şiddetli bronkospazm ve solunum güçlüğü, ventilatör basınçlarında değişiklik gereksinimi, oksijen satürasyonu düşüklüğü hastamızda anafilaksi düşündürdü. Sıvı tedavisine cevapsızlık durumu da anafilaktik şok tablosunu akla getirdi. Adrenalin infüzyonu tedavisinin ardından hastanın bulguları tedricen düzeldi. 6 saatlik adrenalin infüzyonu tedavisinin akabinde hastanın bulguları tamamen ortadan kalktı. Takibi sırasında ekstübe edilen vital bulguları stabil olan hasta tedavisinin devamı için cerrahi bölümüne devredildi. Hastada anafilaksi reaksiyonunun bu denli şiddetli olması ve geç düzelmesi adrenalin tedavisinin gecikmesine bağlandı.

SONUÇ: Kist hidatik tedavisi komplikasyonlarından biri olan anafilatik şok operasyon öncesinde ve sonrasında ani hipotansiyon, solunum güçlüğü bulguları görüldüğünde akla gelmeli ve adrenalin tedavisi geciktirilmeden intramüsküler olarak yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Popovic-Dragonjic L, Jovanovic M, Vrbic M, Kostic V, Miladinovic-Tasic N, Kocic B, Rankovic A, Dragonjic I. Anaphylactic shock due to unruptured hepatic hydatid cyst complicated by multiple intrahospital infections Turkiye Parazitol Derg. 2014 Dec;38(4):261-3. doi: 10.5152/tpd.2014.2728.
2. Richter J, Profis E, Holtfreter MC, Orhun A, Müller-Stöver I, Dedelen H, Kubitz R. Anaphylactic shock ensuing therapeutic puncture of an echinococcal cyst. Parasitol Res. 2015 Feb;114(2):763-6. doi: 10.1007/s00436-014-4275-0. Epub 2014 Dec 31
3. Ye J, Zhang Q, Xuan Y, Chen S, Ma L, Zhang Y, Zheng H. Factors Associated with Echinococcosis-Induced Perioperative Anaphylactic Shock. Korean J Parasitol. 2016 Dec;54(6):769-775. doi: 10.3347/kjp.2016.54.6.769. Epub 2016 Dec 31.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, anafilaktik şok, bronkospazm, hipotansiyon

PS-041

KARIN AĞRISI ATAKLARI OLAN OLGUDA HEREDİTER ANJİYOÖDEM VE AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ BİRLİKTELİĞİ

Semiha Bahçeci, Ferah Genel, Gülce Baranlı, Nesrin Gülez

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği -İzmir

GİRİŞ: Herediter Anjiyoödem (HAE) deri ve mukozalarda tekrarlayan anjioödem, karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal ve larinks ödemi ile karakterize; olguların %75'inde otozomal dominant, %25 olguda ise C1 inhibitör genindeki spontan mutasyonlarla meydana gelen bir hastalıktır. Hastaların hemen hemen tamamında tekrarlayan karın ağrıları vardır. Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) ise %90 oranında tekrarlayan karın ağrısı atakları, %75 oranında eklem bulguları görülebilen otozomal resesif geçişli, otoinflamatuar bir hastalıktır. HAE ülkemiz gibi FMF'in sık görüldüğü ülkelerde özellikle tedaviye kısmi yanıt alınan olgularda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

OLGU: 15 yaşında kız olgu karın ağrısı atakları ve ellerde şişlik yakınması ile başvurdu. Bazen ateşin de eşlik ettiği 9-10 yıldır devam eden karın ağrısı ataklarının ayda ortalama 3 kez olduğu ve 2-3 günde düzeldiği ifade edildi. Öyküsünden yaklaşık 3 yıl önce ayaklarda şişlik yakınmasının da ortaya çıktığı, 2-3 gün kadar sürüp geçtiği öğrenildi. MEFV geninde R202Q Homozigot mutasyon saptanması nedeni ile kolşisin tedavisi başlanmış olan olgunun yakınmalarının azalmakla birlikte devam etmesi, ellerde tekrarlayan şişliklerin gözlenmesi, anne ve teyzelerin HAE tanısı ile izleniyor olması nedeni ile olgu HAE yönünden değerlendirildi. C4: 6 mg/dl (referans değeri: 10-40 mg/dl) ve C1 inhibitör düzeyi: 0,05 g/L (referans değeri: 0.15-0.35 g/L) olarak düşük saptandı. Olguya HAE tip 1 tanısı konularak profilaktik tedavi başlandı. Hastanın atakları belirgin şekilde azaldı.

SONUÇ: Olgumuzda Ailevi Akdeniz Ateşi ve HAE tip 1 birlikteliğinin tespiti ve her iki hastalığa yönelik tedavi ile klinik bulgularda düzelme gözlenmiştir. Olgumuz tedaviye kısmi yanıt alınan olgularda tedavi değişikliğinden önce eşlik edebilecek ek hastalıklar açısından hastaların dikkatle değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Çocuk, Herediter Anjiyoödem

PS-042

ÇOCUKLARDA LATEKS ALLERJİSİ

Tuba Tuncel[1], Handan Duman Şenol[3], Hasan Hüseyin Yılmaz[2], Ece Özdoğru[3]

[1]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çocuk Allerji-İmmunoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir*
[3]*SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Klinikleri, İzmir*

Lateks allerjisi, sağlık çalışanlarında bir meslek hastalığı olarak karşımıza çıkmakta, çocuklarda da genellikle nöral tüp defekti nedeniyle çok sayıda operasyon geçiren olgularda görülmektedir.Burada hastanemizde 2015-2016 yıllarında lateks allerjisi tanısı alan dört çocuk olgu incelenmiştir.

OLGU 1: 11 yaşında erkek olgu. 8 yaşından itibaren dış merkezde astım tanısı ile izleniyor. Yakın zamanda balon şişirdiğinde gözlerinde şişme ve nefes darlığında artma yakınması olduğu farkedilmiş. Konjenital bilateral alt ekstremite anomalileri nedeniyle ilk olarak 4 aylık iken olmak üzere 10 kez ameliyat olmuş. Ayrıca tonsillektomi ve inguinal herni operasyon öyküsü mevcut. Deri testinde inhalan allerjen duyarlılığı negatif, lateks 10x10 mm saptandı. Eldiven giyme testi pozitif bulundu. Çapraz reaksiyon veren gıdalar ile reaksiyon öyküsü olmayan olgunun bu besinler ile deri testleri de negatif idi.

OLGU 2: 3 yaşında erkek olgu. Özefagus atrezisi ve trakeoözefagial fistül nedeniyle yenidoğan döneminde opere edilmiş. 1 kez anti reflü, 1 kez de sünnet nedeniyle operasyon öyküsü olan hastaya 4 kez üst gastrointestinal endoskopisi yapılmış. Tekrarlayan hışıltı nedeniyle takip edilmekte. Yumurta yeme sonrası yüzde kızarıklık ve kusma öyküsü belirtilmekte. Başka gıda ile reaksiyon tarif edilmedi. Balon ile oynama sonrasında yüzde kızarıklık ve göz kapaklarında şişlik gelişmesi üzerine başvurdu. Yapılan deri testinde yumurta akı, sarısı ve lateks ile 5x5 mm endurasyon gelişimi gözlendi. Eldiven giyme testinde tüm kolda ürtiker görüldü. İnhalan allerjen duyarlılığı saptanmadı.

OLGU 3: 10 yaşında erkek olgu. 1 yıl önce başlayan astım ve alerjik rinit semptomları nedeniyle başvurusunda değerlendirildi. Gastrointestinal anomali nedeniyle yenidoğan döneminde 3 kez operasyon öyküsü mevcut. Bakla ve kestane yeme sonrası anafilaksi ve balon şişirme sonrasında nefes darlığında artma tarifleniyor. Hastanın yapılan deri testinde ev tozu akarı, kedi ve latekse pozitiflik (7x7mm) saptandı. Bakla ve kestane ile test yapılması planlandı.

OLGU 4: 18 aylık erkek olgu balon ile oynarken gelişen kızarıklık ve nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Meningomyelosel nedeniyle toplam 2 kez operasyon geçirdiği ve sürekli TAK yapıldığı öğrenildi. Yapılan deri testinde lateks ile 10x10mm endurasyon saptandı.

Lateks allerjisi çocukluk çağında nadirdir. Tüm olgularda dikkati çeken yenidoğan veya erken süt çocukluğu döneminde operasyon geçirmiş olmalarıdır. Ancak hastalarımızın üçü klasik olarak bilinen nöral tüp defekti dışında diğer konjenital anomaliler nedeniyle operasyon geçirmişlerdi ve sadece bir hasta lateks ile düzenli temas etmekte idi. Erken yaşta operasyon geçirme, operasyon nedeni ne olursa olsun riski arttırıyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, lateks allerjisi, ürtiker

PS-043

SARCOPTES SCABİEİ (UYUZ HASTALIĞI)

Doğa Lüleyap, Meral Yılmaz, Gizem Atakul, Seda Köse, Suna Asılsoy, Nevin Uzuner, Özkan Karaman

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Skabiyes; kaşıntılı döküntülerle seyreden, insandan insana bulaşan, toplu yaşam alanlarında daha yaygın görülen parazitik bir hastalıktır.Etken Sarcoptes scabiei var hominis isimli insana zorunlu bir ektoparazittir. Ayırıcı tanı geniştir ve uyuz egzama, tinea, atopik dermatit, Langerhans hücre histiyositozu, sistemik lupus, büllöz pemfigoid, papüler ürtiker, seboreik dermatit ve bebeklik döneminde akropustuloz ile karışabilir.Bu çalışmanın amacı kaşıntılı döküntülerle gelen hastalarda uyuz hastalığının da ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğidir.

BULGULAR: Üç aylık erkek hasta; iki aydır devam eden döküntü, kaşıntı ve huzursuzluk nedeni ile başvurdu. Dış merkezde bir ay içerisinde çoklu kez sistemik deksametazon ve topikal antibiotik ve steroid tedavisi almış olduğu ve fayda görmediği öğrenildi. Aile öyküsü derinleştirildiğinde anne baba ve kardeşlerde de benzer yakınmaların olduğu öğrenildi. Hastanın klinik ve laboratuar sonuçlarında enfeksiyon saptanmadı

LABORATUAR SONUÇLARI: eozinofil sayısı:1700 /mm3(%16,3) total IgE:257 IU/MI, spesifik IgE (Gıda Karışımı- FX5) <0,1 kU/L, spesifik IgE (yumurta akı) <0,1 kU/L, spesifik IgE (Süt) <0,1 kU/L olarak görüldü.

Bu klinik ve labaratuar sonuçları ile hasta scabies ve mastositoz ön planda düşünüldü cilt biyopsisi yapıldı. Biyopside skabiyes ve mastositoz düşünülmemesine rağmen klinik ve aile öyküsü olarak scabiyes düşünüldü tedavi düzenlendi ve tedaviye yanıt alındı.

SONUÇ: Alerji polikliniğine kızarıklık, kaşıntı, döküntü şikayetleri ile gelen hastalarda aile öyküsü derinleştirilmeli ve ayırıcı tanıda skabiyes de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Uyuz Hastalığı,Sarcoptes scabiei var,kaşıntı

PS-044

NAR İLE ANAFİLAKSİ GELİŞEN BİR ÇOCUK OLGU

Emine Vezir[1], Serdar Kara[2], Bülent Alioğlu[2]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Ankara*
[2] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, Ankara*

GİRİŞ: "Lythraceae" ailesine ait olan ve Akdeniz bölgesinde yaygın olarak yetiştirilen nar, Punica granatum'un meyvesidir ve IgE aracılı alerjik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Burada nar alımına bağlı anafilaksi gelişen bir çocuk olgu sunulmuştur.

OLGU: On beş yaşında erkek hastanın aniden gelişen vücutta kaşıntı, dudaklarında şişlik ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurduğu öğrenildi. Anafilaksi olarak değerlendirilen hastaya intramuskuler adrenalin, antihistaminik ve prednol tedavileri uygulandığı öğrenildi. Yaklaşık 12 saat acilde gözlem sonrası çocuk alerji kliniğimize başvurdu. Öyküden hastanın şikayetlerinin nar yedikten yarım saat sonra başladığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımında eozinofilisi yoktu. Serum total IgE düzeyi 61 IU/mL idi. Deri prik testinde yabani ot, hamam böceği, çimen polen karışımı ve hububat poleni atopisi saptandı. Nar ile prik to prik yapıldı 10x6 saptandı. Histamin yanıtı 9x9 idi. Hastaya nar ile anafilaksi tanısı konarak adrenalin otoenjektörü reçete edildi. Otoenjektör kullanımı hakkında ve nar yememesi konusunda bilgilendirildi.

SONUÇ: Nar ile anafilaksi oldukça nadir görülen bir durumdur. Anafilaksi ile gelen olgularda öykü alındıktan sonra etyolojiye yönelik testler yapılarak anafilaksi etkeni tespit edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, Çocuk, Nar, Polen

PS-045

ATOPİK DERMATİT VE BESİN ALLERJİSİ ÖN TANISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA DERİ PRİK TESTİ VE BESİN YÜKLEME TESTİ SONUÇLARIMIZ

Burçin Beken, Velat Çelik, Pınar Gökmirza Özdemir, Saliha Kuşlar, Mehtap Yazıcıoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Çalışmamızda besin alerjisi ve atopik dermatit ön tanıları ile başvuran hastalarda besin deri prik testlerinin tanısal değerini ve klinik semptomlar ile ilişkisini araştırmayı planladık.

MATERYAL-METOD: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji Bilim dalı Polikliniğine son 1 yılda başvuran hasta dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 147 olgunun 63'ü kız (%42.9) 84'ü erkek (%57.1), yaş ortalaması 18.13 ± 29.05 ay idi. Başvuru anındaki başlıca şikayetler ekzema (%53.1), ekzema ve kanlı-müküslü dışkılama %16.3, kanlı-müküslü dışkılama %7.5, ürtiker %5.4 olarak belirlendi. Şüpheli besinler inek sütü (%57.4), süt ve yumurta (%13.2), yumurta %11.6 olarak ifade edildi. 110 hastaya besinlerle deri testi uygulandı. 36 hastada (%32.7) pozitiflik saptandı (yumurta akı %22.9, inek sütü %11.9, yumurta sarısı %16.5, yer fıstığı %2.8). Şüpheli besinle yükleme testi 92 olguya yapıldı, 28 olguda (%30.4) pozitif saptandı (inek sütü %25.6, yumurta %14.2).

SONUÇ: Çalışmamızda besin alerjisi ve atopik dermatit ön tanılarıyla başvuran olguların %19.05 inde besin alerjisi besin yükleme testi ile doğrulandı. Besin alerjisi şüphesi olan hastalarda ayrıntılı değerlendirme yapılmadan gereksiz besin eliminasyon diyeti yapılmamasına özellikle dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, besin allerjisi, besin yükleme testi

PS-046

İKİ OLGU NEDENİYLE ÇİĞ PATATES ALLERJİSİ

Tuba Tuncel[1], Ece Özdoğru[2], Gizem Güngör Takeş[2], Handan Duman Şenol[2]

[1]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji İmmunoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Klinikleri*

Çocukluk çağında besin alerjisinin en sık nedeni süt ve yumurta olmakla birlikte farklı pek çok besin ile reaksiyonlar gözlenmekte ancak bazı besinlere allerji nadiren karşımıza çıkmaktadır. Burada nadir rastlanan bir besin allerjisi nedeni olan çiğ patates allerjili iki olgu sunulmuştur.

OLGU 1: 4 yaşında kız olgu, ilk olarak 6 ay önce annesinin yemek yapmak için patetesi soyduğu sırada patates kabuğuna temas etmesi ile kabuğun değdiği yerlerde kabarıklıklar gelişmiş. Başka bir günde yine patates soyma sırasında çiğ patatesi ağzına götürmesi ile dudaklarda şişlik ve tüm vücutta ürtiker gelişmiş. Sivrisinek sokması sonrasında abartılı cilt reaksiyonu dışında ek şikayeti olmayan olgunun başvurusunda fizik muayenesi ve rutin laboratuvar tetkikleri ılımlı IgE yüksekliği dışında normal bulundu. Hastaya patates ile prick to prick test yapıldı, patates içinden yapıldığında 10x10mm, kabuk kısmından yapıldığında 20x10 mm endurasyon gelişti. Haşlanmış patates ile reaksiyon gözlenmedi.

OLGU 2: 17 aylık erkek olgu, 1 aylıktan itibaren atopik dermatit tanısıyla çocuk hekimleri tarafından izlenmiş ancak her hangi bir tetkik yapılmamış. 3 aylıktan sonra tekrarlayan hışıltı yakınması başlamış. 1 yaşında bir kez ürtikeri olmuş kendiliğinden gerilemiş. Daha sonra annesinin patates soyduğu sırada patatesi ağzına soktuğunda yüzde daha belirgin olan ürtiker gelişmiş. Bir kez az kızartılmış patates yediğinde de yüzde daha belirgin ürtiker gelişmiş. İyi pişmiş patatesi yediğinde bir sorunu olmamış. Hastanın başvurusunda fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normal saptandı. Deri testinde az pişmiş ve pişmiş patates ve diğer sık rastlanan allerjenler ile deri testi negatif iken çiğ patates ile 15x10mm endurasyon saptandı.

Ürtiker ile gelen bir hastada besin allerjisi öyküsü alınırken nadir rastlanan besin allerjenleri de göz önüne alınmalıdır. Özellikle çiğ tüketilmeyen besinler ile olan alerjik reaksiyonlarda bu besinlerin pişmiş formlarıyla reaksiyon oluşmayacağı ancak çok az pişmiş formları ile reaksiyon gelişebileceği dikkate alınmalıdır ve besinlerin pişirme süreleri de dikkatle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: besin allerjisi, çocuk, patates

PS-047

KLİNİĞİMİZ BESİN ALLERJİK OLAN HASTALARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Öner Özdemir[1], Bahri Elmas[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmnünoloji Bilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sakarya*

GİRİŞ: Besin allerjileri Ig-E aracılı, non-IgE aracılı ya da ikisinin birlikte rol aldığı mekanizmalarla oluşan, besinlere karşı istenmeyen immün yanıttır. Semptomlar, genellikle ilk 2 yaş içinde ek gıdaların diyete girmesi ile görülmeye başlar. Sıklığı süt çocuklarında %2-8 arasında değişmektedir. En sık süt, yumurta ve yer fıstığı bilinen allerjen besinlerdir. Klinik bulgular lokalize ürtikerden hayatı tehdit edebilen anafilaksiye kadar değişik spektrumda olabilir. En fazla etkilenen; cilt, gastrointestinal ve solunum sistemidir. Tanıda dikkatli öykü ve klinik bulgular esastır. Tanı cilt testleri ve spesifik IgE bakılarak konur. Tedavide besini elimine etmek esastır.

AMAÇ: Besin alerjisi tanısı ile izlenen hastalarımızdaki klinik ve laboratuvar özellikler kadar, neden olan besinlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk alerji polikliniğinde Haziran 2013- Şubat 2017 tarihleri arasında besin alerjisi tanısı ile izlenen hastaların klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 47 hastanın 25(%53)'i kız ve ortanca yaşları 5(1-48) ay idi. Başvuru şikayetleri ek gıda alımı ile ciltte eritem 31(%66), gaitada kan 13(%27.7) ve gaitada mukus 3(%6.4) idi. Hastalardan 12(%25.5)'sinde atopik dermatit, 1(%2.1)'inde anjioödem, 6(%12.8)'sında reaktif hava yolu hastalığı, 1(%2.1)'inde eozinofili eşlik etmekte idi. 27(%57.4) hastada eşlik eden bir hastalık izlenmedi. 17 (%36.2) hastada alerjik proktokolit tespit edildi. Proktokolitli 17 hastadan 6(%35.2)'sında atopik dermatit eşlik etmekte idi. Spesifik Ig E çalışılan hastalardan 12/37(%32.4)'sinde tam yumurta, 14/40(%35)'ında yumurta beyazı, 17/41(%41.5)'inde yumurta sarısı, 19/40(%47.5)'ında kazein, 18/41(%43)'inde alfa laktalbümin, 20/37(%54.1)'sinde beta laktoglobulin pozitifliği saptandı. Prik testi uygulanan hastalardan 8/26(%30.8)'inde inek sütü, 5/25(%20)'inde tam yumurta pozitifliği bulundu. Proktokolitli hastalarda en sık süt proteinleri ve yumurta alerjisine rastlandı. Tüm hastalara eliminasyon uygulanmış ve semptomlarda düzelme izlenmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda en sık başvuru nedeni ciltte eritem olarak bulunduğundan, cilt döküntüsü ile başvuran hastaların besin allerjisi açısından değerlendirilmesi önemlidir. En fazla süt ve yumurta proteinleri alerjisi saptanmış olup eliminasyon tedavide önemlidir.

Anahtar Kelimeler: besin, allerj, çocuk

PS-048

NAR VE KURUYEMİŞ İLE ANAFİLAKSİSİ OLAN ADÖLESAN OLGU

Hakan Güvenir[1], Sevim Gonca Kocagözoğlu[1], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Betül Büyüktiryaki[1], Can Naci Kocabaş[2]

[1] *Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[2] *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla*

GİRİŞ: Nar akdeniz bölgesinde sık tüketilen ve nadiren anafilaksi nedeni olan bir besindir. Nar ile kuruyemiş ve/veya polenler arasında çapraz reaksiyon görülebilmektedir. Burada nar, ceviz ve fındık ile anafilaksi gelişen ve polen duyarlılığı olan alerjik rinitli olgu sunulmuştur.

OLGU: 16 yaşındaki kız hasta kliniğimize nar yedikten 45 dakika sonra vücudunda yaygın döküntü, anjiyoödem ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Anafilaksi olarak değerlendirilen hastaya intramusküler adrenalin yapılarak, acil serviste izlendi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde daha önce nar yedikten sonra ağız çevresinde kızarıklık ve dilde kaşıntı olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın 9 yaşında fındık ve 15 yaşında ceviz ile anafilaksi geliştiği ve acil serviste izlendiği öğrenildi. Ayrıca son 2-3 yıldan beri ilkbahar aylarında burun akıntısı, burunda tıkanıklık ve gözlerde kızarıklık şikâyeti vardı. Öksürük ve nefes darlığı olmamıştı.Yapılan tetkiklerinde eozinofil sayısı: 300/mm^3, total IgE:195 IU/ml idi. Deri prik testinde; Artemisia vulgaris: 5x5 mm, fındık: 6x6 mm, fıstık: 4x5 mm, ceviz: 7x7 mm, narın kendisi: 15x7 mm idi. Hasta nar ve kuruyemiş tüketmeme konusunda bilgilendirildi, adrenalin otoenjektör yazıldı ve alerjik rinit tedavisi planlandı.

SONUÇ: Nadir görülmesine karşın nar ile anafilaksi görülebilmektedir. Bu hastalarda kuruyemiş ve polen duyarlılığı açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, kuruyemiş, nar

PS-049

İNEK SÜTÜ ALERJİSİ İLE İZLENEN HASTALARDA PROGNOZ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sevgi Sipahi[1], Deniz Özçeker[2], Serra Bülbül Acar[3], Nermin Güler[4], Zeynep Tamay[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, İstanbul*
[2]*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Kliniği, İstanbul*
[3]*İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*
[4]*İstanbul Bilim Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

İnek sütü alerjisi (İSA) en sık görülen besin alerjisidir. Prevelansı %2 ile %3 arasında değişmektedir. İSA tanısı klinik hikaye, besin deri testi pozitifliği ve/veya yüksek spesifik IgE düzeyi ve oral provakasyon testi ile konulmaktadır, oral provakasyon testi tanı için altın standart testtir. İSA klinik seyri değişkendir, çoğunlukla yaşamın ilk 3 yılında oral tolerans gelişebilse de daha geç yaşlara kadar devamlılık gösterebilir.

Çalışmaya Aralık 2008-Aralık 2016 döneminde inek sütü alerjisi ön tanısı ile Çocuk Alerji Polikliniği'ne yönlendirilen hastalardan en az 6 aydır şikayeti olan, başvuru yaşı ≥12 ay olan, en az 3 ay tarafımızca izlenen 62 hasta [20K(%32,3),42E(%67,7)] alındı. Hastaların bulguları poliklinik dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenerek değerlendirildi. Hastaların özellikleri bulgular kısmında ele alınmıştır.

Bu çalışmada inek sütü alerjisi tanılı hastaların yarıya yakınında hem erken hem geç tipinin üç yaş sonrasında devam ettiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: inek sütü alerjisi, tolerans, risk faktörü, provakasyon testi

PS-050

İNEK SÜTÜ İLE DERİ TEMASI SONRASI ANAFİLAKSİ VAKASI

Sevgi Sipahi[1], Deniz Özçeker[2], Deniz Özbay[3], Nermin Güler[4], Zeynep Tamay[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı,İstanbul*
[2]*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Kliniği, İstanbul*
[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, ÇocukSağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,İstanbul*
[4]*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, ÇocukSağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,İstanbul*

İnek sütü alerjisi (İSA) erken çocukluk çağında en sık görülen besin alerjisidir. Prevelansı süt çocukluğu döneminde %2-3 oranındadır. İSA'de ciddi klinik tablolardan biri erken tip (IgE tipi) ani reaksiyonlardır ve anafilaksi ile seyredebilir. Bu reaksiyonların ortaya çıkışı alerjenin oral alımı ile olabileceği gibi inhalasyonu ve hatta deriye teması ile de gelişebilmektedir. Burada inek sütü ile deri teması sonrası anafilaksi gelişen bir hasta sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: inek sütü alerjisi, anafilaksi, temas

PS-051

SEFPROZİL KULLANIMINA BAĞLI DRESS SENDROMU

Gözde Kurşun Ağlamış[1], Ahmet Kan[2], Arzu Bakırtaş[2]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji Ve Astım Bilim Dalı, Ankara*

DRESS sendromu (Drug Rush with Eosinophlia and Systemic Symptoms) sendromu akut başlangıçlı, ateş, cilt döküntüsü ve iç organ tutulumu ile karakterize yaşamı tehdit edebilen ilaca bağlı gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonudur. DRESS sendromunda tipik olarak klinik bulgular sorumlu ilacın alınmasından genellikle 1-7 hafta sonra gelişmektedir. Klinik özelliklerinin geniş bir yelpazede olması ve latent periyodunun uzun olması nedeniyle DRESS sendromu tanısında zorluklar ve gecikmeler olabilmektedir. RegiSCAR grubunun belirlediği tanı kriterleri 1-Ateş 2- Lenfadenopati 3-İlaç alımından sonra gelişen tipik deri döküntüsü 4-İç organ tutulumu 5-Kan bulguları(Atipik lenfositler, eozinofili veya lökopeni).

Sistemik steroid tedavisine çok iyi yanıt veren DRESS Sendromlu bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: DRESS,hipersensitivite,kortikosteroid,Sefprozil,

Hastanın başvuru anındaki cilt döküntüleri

Hastanın tedavi sonrası görüntüsü

PS-052

İLAÇ ALLERJİSİ İLE KARIŞAN AKUT ÜRTİKER-ANJİOÖDEMLİ ADÖLESANDA ETKEN: HUMAN METAPNEUMOVİRUS

Zeynep Şengül Emeksiz, İlknur Bostancı

Dr Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Kliniği, Ankara

13 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği için ile metamizol sodyum içeren tablet kullanımından yaklaşık iki saat sonra başlayan tüm vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Hasta ilaç allerjisi ön tanısı ile kliniğimize konsülte edildi. Öyküsünde hafif öksürük, halsizlik ve ateş dışında şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde tüm vücudunda yaygın ürtikeryal plaklar ve alt dudağında lokalize anjioödem saptandı.

Hasta ilaç allerjisi ve viral erüpsiyon ön tanısı ile takibe alındı. Viral serolojileri negatif olarak saptanan hastanın solunum PCR taramasında human-metapnömovirus pozitif olarak değerlendirildi. Hastaya antihistaminik tedavisi ile birlikte viral enfeksiyona yönelik destek tedavisi uygulandı. Takiplerinde metamizol sodyum ile yapılan çift kör provakasyon testi ile ilaç allerjisi dışlandı.

Viral enfeksiyonların seyrinde görülen ürtiker-anjioödem kliniği eş zamanlı kullanılan ilaçlar nedeni ile ilaç allerjisi olarak değerlendirilebilir. Dikkatli bir öykü ve fizik muayene bulguları ile birlikte laboratuvar tetkikleri ayırıcı tanıya yardımcı olur. Akut ürtiker ve anjioödem kliniği ile başvuran çocuk hasta grubunda viral enfeksiyonlar mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ilaç allerjisi, çocuk, viral enfeksiyon

PS-054

YENİDOĞANDA KOLİK AĞRI GİDERİCİ ŞURUP İLE TETİKLENEN CİDDİ ALLERJİK REAKSİYON

Azize Pınar Metbulut, Arzu Babayiğit, Nerin Bahçeciler

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Alleri ve İmmunoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Emziren annelerin tükettiği besinlerin anne sütü aracılığıyla bebeklerde besin alerjenlerine duyarlanmayı tetikleyebileceği iyi bilinmektedir. Duyarlanmanın ardından, anne sütü aracılığıyla veya bebeğin oral alımıyla gerçekleşen tekrarlayan maruziyetler, Tip 1 hipersensitivite reaksiyonuna yol açabilmektedir.

İnfantil kolik sıklıkla bebeğin sağlığı ve gelişimi üzerine zararlı etkisi olmayan bir durumdur. Diğer yandan bebeğin ağlama nöbetleri ebeveynlerin özellikle de annelerin yaşam kalitesini bozmaktadır ve annelerin bebeklerinin sağlığı hakkında ciddi endişe duymalarına neden olmaktadır. Doktorlar çoğunlukla genel önerilerde bulunmaktadırlar. Bebeklerin kolik epizotlarını azaltmak amacıyla, aynın zamanda ebeveynleri de tatmin etmek amacıyla zararsız ilaçları reçete etmektedirler. Ek olarak rezene ve kimyon gibi bitkisel ürünler, emziren anneler tarafından tüketilmektedir veya bebeklere oral olarak kolik ağrıyı azaltmak amacıyla verilmektedir.

Bu olgu sunumunda, etken maddesi kimyon olan kolik ağrı iyileştirici şurup verildikten 15 dakika sonra ürtikeryal döküntü ve ciddi anjioödem tablosu ile başvuran hasta anlatılmıştır. Kimyonun birçok bitkisel ilaçta bulunması ve anneler tarafından infantil kolik ağrısını azaltak amacıyla sıkça kullanılıyor olması nedeniyle bu nadir vaka sunumu önemlidir.

OLGU: 25 günlük, sadece anne sütü ile beslenen erkek hasta, ellerde ve baş bölgesinde anjioödem ve ürtikeryal döküntü ile reaksiyon başladıktan 24 saat sonra hastanemize başvurdu. Başvurudaki fizik muayenede birçok sayıda birbiriyle birleşen ortası soluk veya ekimotik olan ürtikeryal döküntü saptanmıştı (Resim 1a). Ek olarak elleri ve baş bölgesi hafif ödemli saptanmıştı. Anneden alınan öyküde, semptomların kolik ağrı giderici şuruptan 5ml aldıktan 15 dakika sonra başladığı öğrenildi. Annenin diyeti ayrıntılı olarak sorgulandığı zaman, annenin aralıklı olarak 1 yemek kaşığı kimyonu bebeğin kolik ağrılarını azaltmak amacıyla aldığı ve susam, un ve fındık içeren bol miktarda helvayı da anne sütünü artırmak amacıyla tükettiği öğrenildi. Kolik ağrı giderici şuruptan 15 dakika sonra reaksiyonun gerçekleşmesi nedeniyle ilacın içeriği incelendi. İlacın 1 ölçeğinde 6mg kimyon, 6mg dereotu yağı, 300mg sodyum bikarbonat olduğu saptandı. Laboratuvar incelemelerinde C3 ve C4 normal aralıkta saptandı. Anneden alınan öykü ve bebeğin kullandığı ilaca dayanarak, süt, susam, kimyon, yumurta, balık, buğday ve fındıkla cilt testi yapıldı. Süt ve kimyon allerjenleri ile 3x3mm endurasyon oluştuğu saptandı. Ardından 1mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi verildi ve annenin diyetinden kimyon elimine edilidi. Daha sonra ürtiker yeniden gözlenmedi. Tedavi sonrasındaki fizik muayenesi normaldi (Resim 1b).

SONUÇ: Bu olgu sunumu kolik ağrı giderici şurup ile tetiklenen alerjik reaksiyona dikkat çekmektedir. Bitkisel ilaçların genellikle zararsız olduğuna inanılmaktadır ve sıklıkla kolik ağrı giderici olarak kullanılmaktadır. Allerjik reaksiyona yol açan ajanın saptanabilmesi için annenin ve bebeğin diyet öyküsü yanı sıra bitkisel olarak kullandığı ilaçlar da sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolik ağrı, kimyon, yenidoğan

Figür 1a

Birçok sayıda birbiriyle birleşen ortası soluk veya ekimotik olan ürtikeryal döküntü

Figür 1b

3.doz metilprednizolon tedavisi sonrası normal fizik muayene bulgusu

PS-055

AMOKSİSİLİN KLAVULONİK ASİT KULLANIMINI SONRASI SERUM HASTALIĞI BENZERİ REAKSİYON GELİŞEN İKİ ÇOCUK HASTA

İlknur Külhaş Çelik[1], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Selen Hürmüzlü[2], Can Naci Kocabaş[3]

[1] *Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği, Ankara*
[2] *Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıları, Ankara*
[3] *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Muğla*

Serum hastalığı benzeri reaksiyon (SHBR) genellikle ilaç alımından 1-3.hafta sonra ortaya çıkan ateş, kaşıntı, ürtiker ve artralji ile karakterize nadir görülen immünolojk bir durumdur. SHBR çoğunlukla sefaklor kullanımı sonrasında oluşsa da birçok antibiyotik ve ilaç bu duruma sebep olabilmektedir. Amoksisilin klavulonik asit (AKA) tüm dünyada çok yaygın kullanılmaktayken, AKA kullanımı sonrası gelişen SHBR çok nadirdir. Burada AKA kullanımı sonrası SHBR gelişen iki çocuk olgu sunulmuştur.

İlk olgumuz kız olup 7 yaşında, ikinci olgumuz erkek olup 4 yaşındaydı. İki hastamızda da daha önce AKA kullanımı sonrası SHBR gelişimi öyküsü olmasına rağmen, tekrar AKA verilmiş ve SHBR semptomları tekrar oluşmuştur. İlk hastamızın laboratuar testleri normal olup, ikinci hastamızda C-reaktif protein (CRP) yüksekliği mevcuttu. İlk hastamızın iki reaksiyonunda da şikayetleri antihistaminik ve non steroidal antiinflamatuar tedavi ile geriledi. Ancak ikinci hastamızın ilk reaksiyonunda antihistaminik ve antiinflamatuar tedaviye ek olarak kısa süreli kortikosteroid tedavisi eklemek gerekti.

Her iki hastamızın öyküsünde de AKA kullanımı sonrası SHBR gelişmesi olmasına rağmen iki hastaya da AKA verilmiş ve SHBR tekrar gelişmiştir. Bu sebeple hastalara tedavi planı yapılırken geçmiş ilaç kullanımı sorgulanmalı ve ilaçlar ona göre reçete edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: amoksisilin klavulonik asit, çocuklarda, serum hastalığı benzeri reaksiyon

PS-056

TOPİKAL NETİLMİSİN ALERJİSİ; BİR OLGU SUNUMU

Şükrü Çekiç[1], Yakup Canıtez[1], Yasin Karalı[1], Kübra Köroğlu[2], Nihat Sapan[1]

[1] *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Bursa*
[2] *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ: Topikal göz damlalarına bağlı çeşitli reaksiyonlar gelişebilmektedir. Alerjik reaksiyonlar bunlar içinde en belirgin reaksiyonlar olmakla birlikte kronik kullanıma bağlı oluşan oküler yüzey değişikliklerinden daha nadir görülmektedir.

OLGU: Altı yaşında erkek hasta tarafımıza sağ gözde kızarıklık, kaşıntı, şişme, yüz, boyun ve ekstremitelerde kaşıntılı cilt lezyonları yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde; 2 hafta önce başlayan sağ gözde kızarıklık, kaşıntı ve sulanma yakınmalarından dolayı bakteriyel konjonktivit tanısı aldığı, tedavi için verilen topikal netilmisin kullanımı sonrası yakınmalarının şiddetlendiği ve göz yakınmalarına ek olarak cilt yakınmalarının geliştiği öğrenildi. Özgeçmişinde süt, yumurta akı ve balık alerjisi olduğu öğrenildi. Fizik muayenede; sağ gözde hiperemi, göz kapağında ödem ve karında ürtikeryal lezyon saptandı. Laboratuvar verileri; eozinofili (%6,7), total IgE yüksekliği (175 kU/L) ve istavrit spesifik IgE yüksekliği (1,47 kUA/L) dışında normaldi. Alerjenlerle deri prik testinde süt, yumurta akı ve balığa karşı duyarlılığı olduğu saptandı. Netilmisin ile yapılan prik testi normal iken intradermal testte 1/10 dilüsyonda hiperemi ve 3 mm çapında ödem saptandı. Netilmisin tedavisi kesildi ve sistemik antihistaminik tedavisi (setrizin 5 mg/gün) başlandı. Tedavi sonrası yakınmaları kayboldu.

TARTIŞMA SONUÇ: Topikal göz damlalarına karşı alerjik reaksiyonlar nadir olarak bildirilmektedir. Literatürde topikal netilmisine karşı alerjik reaksiyonla ilgili veri bulunmamaktadır. Topikal başlanan antibiyotiklere karşı alerjik reaksiyon gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Netilmisin, göz damlası, kontakt alerji

PS-057

ELOSÜLFAZ ALFA DESENSİTİZASYONU YAPILAN İKİ OLGU SUNUMU

Fulya Bektaş Kut[1], Songül Gökay[2], Fatih Kardaş[2], Mustafa Kendirci[2], Fulya Tahan[1]

[1]*Erciyes Üniversitesi, Çocuk Allerji ve Astım Ünitesi, Kayseri*
[2]*Erciyes Üniversitesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı, Kayseri*

Elosülfaz alfa, mukopolisakkaridoz tip 4A (MPS tip 4A) tedavisinde kullanılan bir enzimdir. Elosülfaz alfa ile yapılan faz 3 çalışmalarda ve literatürde nadir olarak allerjik reaksiyonlar bildirilmiştir. Olgularımız MPS tip 4A tanısı ile elosülfaz alfa enzim tedavilerini almakta iken anafilaksi geçiren ve elosülfaz alfa desensitizasyonu yapılan 18 ve 12 yaşlarında iki kardeştir. Elosülfaz alfa tedavisi hastalığın ilerlemesini durdurduğu ve hastalığın alternatif bir tedavisi olmadığı için desensitizasyon yapılması bu hastalarda en uygun seçenektir. Hastalarımız literatürdeki elosülfaz alfa desensitizasyonu yapılan nadir olgulardan olması nedeni ile burada sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Desensitizasyon, anafilaksi, elosülfaz alfa

PS-058

NADİR RASTLANAN BİR İLAÇ YAN ETKİ OLGU SUNUMU

Mahmut Doğru, Mehmet Ubeyde Erkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: İlaçlar aktif maddelerinin yanısıra yardımcı katkı maddelerini de belirli oranlarda içermektedirler. Genel olarak yardımcı maddeler, etkin madde dışında hasta tarafından alınan veya hastaya uygulanan farmasötik formun bileşenleri olarak tanımlanır. İlaçlardaki yardımcı maddelere örnek olarak renklendiriciler, koruyucu maddeler, adjuvanlar, stabilizörler, kıvam arttırıcılar, emülsifiye ediciler, tatlandırıcılar ve aromatik maddeler vs verilebilir. Yardımcı maddeler genel olarak 'inert'olarak düşünülür. Yardımcı maddelerin kendi başlarına çok az bir farmakolojik etkiye sahip olması, ya da hiç olmaması istenmekle birlikte bazılarının belirli durumlarda bilinen bir etkiye sahip olabilirler. Burada antihistaminik kullanımı sonrası aşırı hareketlilik, huzursuzluk, iç daralması, uykunun bölünmesi gibi semptomlar ortaya çıkan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: Beş yaşındaki erkek hasta, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, kaşıntı, hapşırık yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Küçüklükten beri şikayetlerinin mevcut olduğu ifade edilen hastanın bebeklik döneminde bir kez inhaler bronkodilatör tedavi alma öyküsü mevcuttu. Şikayetlerinde mevsimsel farklılık yoktu. Ateş, halsizlik eşlik etmiyordu. Spesifik besin veya ilaç alerjisi öyküsü yoktu. Soy geçmişinde annede alerjik rinit öyküsü dışında kesin tanısı konulmuş bir hastalık öyküsü yok. Fizik muayenesi doğal olarak değerlendirildi. Yapılan tetkiklerinde tam kan sayımında eozinofil %4 diğer parametleri normal sınırlarda idi. İmmunglobulin E:48 U/l olarak saptandı. Deri prick testlerinde duyarlılık saptanmadı. Hastaya oral antihistaminik ve nasal steroid tedavileri başlandı. Hastanın takiplerinde antihistaminik (desloratadin) kullanımı sonrası aynı gün içerisinde huzursuzluk, iç daralması, uykuda bölünme şikayetleri gelişti. Desloratadin kesildi. Şikayetleri geriledi. Aynı ilacı tekrar kullandığında şikayetleri tekrarladı. Desloratadin etken maddesini içeren başka bir firmanın antihistaminiği kullanıldığında hastada herhangi bir yan etki görülmedi. Reaksiyona neden olan ilaç tekrar verildiğinde aynı şikayetleri tekrarladı. İki ilaç prospektüsleri karşılaştırıldığında yardımcı maddeler açısından sodyum edetat ve sodyum hidroksit dışında farklılık saptanmadı. Takiplerinde 3 yıllık aradan sonra hafif obstruktif bulguları olan hastaya sodyum edetat ve sodyum hidroksit yardımcı maddelerini içeren oral bronkodilatatör verildi. Hastada daha önceki reaksiyonlarına benzer şikayetlerinin tekrarladığı gözlendi. Oral bronkodilatatör ilacı kesilen ve takibinde sodyum edetat ve sodyum hidroksit içeren bir ilaç kullanılmayan hastanın 3 aylık izleminde benzer şikayetlere rastlanmadı.

SONUÇ: İlaçlara bağlı yan etkilerde etken maddeler dışında yardımcı maddelerin de reaksiyonlara neden olabileceği akılda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ilaç, yan etki, nadir

PS-059

İLAÇ ALERJİSİ ŞÜPHESİ OLAN ÇOCUKLARIN 10 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Emel Aykan, Serap Özmen, Cemile Karadeniz, Ayşegül Ertuğrul, İlknur Bostancı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sami Ulus kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

AMAÇ: Çocuklarda enfeksiyon hastalıklar sıktır ve sonrası gelişen ürtikeryel döküntü aile ve hekimi zorlayan bir durumdur. İlaç alerjisi şüphesi ile başvuran çocukların özelliklerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: 2005-2015 tarihleri arasında ICD-10 tanı kriterlerinde ürtiker, anafilaksi ve/veya ilaç kodları olan hastalar retrospektif dosya bilgileri incelendi. Tanımlayıcı istatistik yapıldı

BULGULAR: 0-18 yaş arası 552 çocuk hasta %56'sı erkek, en sık başvuru tanısı ürtiker/anjioödem % 53,9 idi. En sık etken %59 betalaktam antibiyotik grubu idi. %12,7 hastada anafilaksi gelişmiş idi. %30 çoklu ilaç kullanımı saptandı.

SONUÇ: İlaç alerjisi hekimi malpraktis açısından aileyi de korkutan ve anksiyete yaratan bir durumdur. Çocuklarda çoklu ilaç kullanımından kaçınılmasını ve öyküden ilaç alerjisi olası düşünülen olguların çocuk alerjisi bölümünde incelenmesi uygundur.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, çocuk, ilaç alerjisi, ürtiker, betalaktam antibiyotik

PS-060

BİR DRESS SENDROMU- OLGU SUNUMU

Emine Olcay Yasa, Mustafa Arga, Samet Paksoy, Seyhan Birinci

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Dress sendromu(Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) ateş, cilt döküntüsü, organ tutulumları ile kendini gösteren yaşamı tehdit edebilen ilaç hipersensitivite sendromu olarak da bilinen bir reaksiyondur. Genel olarak antikonvulzanlara ve sulfonamid grubu ilaçlara karşı gelişen bu reaksiyon yüksek mortalite oranına sahiptir.

AMAÇ: Akut hepatit ön tanısı ile reanimasyonda yatmakta olan ve sonrasında çocuk intaniye servisine devredilen hastanın döküntülerinin olması, anti psikotik ve anti konvulzan ilaç kullanması nedeniyle şüphelenilen ve DRESS sendromu tanısı konulan hastamızı sunmaktır..

KLİNİK: Bipolar bozukluk nedeniyle bir yıldır tedavi görmekte olan 16 yaşındaki erkek hasta 5 gün önce bulantı, kusma,39 derece ateş nedeniyle gittiği dış merkezde ÜSYE tanısı konularak oral sefiksim tedavisi başlanmış. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine dış merkezde yapılan tetkiklerde AST ALT yüksekliği, INR uzaması saptanan hasta akut hepatit ön tanısıyla hastanemiz reanimasyon kliniğine sevk edilmiş. Spontan oda havasında soluyan hastanın Hb:12,6 WBC:5400 PLT: 84600/mm3 AST:734 ALT:1097 T.bil:1,3 aPTT:47,1 PT:16,9 INR:1,38 CRP: 3,9 mg/dL bulunmuş. Diğer biyokimyasal parametrelerinde ve geniş viral taramalarında patolojik özellik bulunmayan hastanın tüm vücutta basmakla solan makülopapüler döküntüleri mevcut idi. Hasta çocuk alerji birimi ile birlikte değerlendirildi, anti histaminik tedavi başlandı ve K-vit replasmanı yapıldı. Yapılan batın USG'de hepatomegalisi saptanan hastanın periferik yaymasında %60 olmak üzere lenfosit hakimiyeti mevcut idi, eozinofil görülmedi. Hasta olası DRESS sendromu olarak değerlendirildi. IVIG 0,4 mg/kg/g 5 gün, prednol 1 mg/kg/gün başlandı. Hastanın tedavisinin 7. Gününde döküntüleri tamamen geriledi, akut faz yanıtı negatifleşti, AST ALT değerleri geriledi. Steroit tedavisi azaltarak kesilen hasta HSS/DRESS skorlamasından 4 puan alarak olası DRESS sendromu tanısı ile takibe alındı.

SONUÇ: İlk klinik bulgularında akut fulminan hepatitten şüphelenilen ve reanimasyona sevk edilen hastada öykünün derinleştirilmesiyle kullandığı ilaçların sorgulanması ve ayrıntılı fizik muayene ile biyokimyasal tetkiklerin değerlendirilmesiyle DRESS sendromu tanısı konulmuştur. Bu vaka ile anamnezin ve hastayı bütüncül değerlendirmenin önemi bir kere daha vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: DRESS Sendromu, İlaç Alerjisi, Döküntü

PS-061

PARASETAMOL VE MELOKSİKAMLA REAKSİYON GELİŞEN NONSTEROİD ANTİİNFLAMATUAR İLAÇ İLE ALEVLENEN SOLUNUM YOLU HASTALIĞI OLAN ADÖLESAN OLGU

Hakan Güvenir[1], Kadriye Gülkokan[1], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Tayfur Giniş[1], Can Naci Kocabaş[2]

[1]*Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla*

GİRİŞ: Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar (NSAİİ) ile alevlenen solunum yolu hastalığı astımlı hastalarda NSAİİ alımı sonrası dispne, hışıltı, FEV1'de düşme bulguları ile görülmektedir. Bu reaksiyon siklooksijenaz 1 (COX-1) inhibisyonu ile ortaya çıkan çapraz bir reaksiyondur. Burada NSAİİ ile alevlenen solunum yolu hastalığı olan ve alternatif güvenli ilaçlarla da provokasyon testi pozitif olan adölesan olgu sunulmuştur.

OLGU: Ağır persistan astım tanısıyla izlenen, 17 yaşındaki kız hastada farklı zamanlarda kullandığı ibuprofen, metamizol ve aspirin alımı sonrası (60 dk içinde) dudak ve göz kapaklarında şişme ve nefes darlığı şikâyeti vardı. Hastanın nazal polipi yoktu. Hastaya ibuprofen ile oral provokasyon testi (OPT) yapıldığında dudak ve göz kapaklarında anjiyoödem, dispne, FEV1'de %30 düşme gözlendi. Metamizol ile deri testi negatif olan olgunun, metamizol ile OPT sırasında dudakta anjiyoödem, dispne ve FEV1'de %30 düşme gözlendi. Hastaya alternatif ilaç olarak parasetamol ile OPT yapıldığında 2. dozdan sonra dispne, vizing ve FEV1'de %50 düşme oldu. Yine alternatif NSAİİ olarak meloksikam ile OPT yapıldığında 3. dozdan sonra dispne, vizing ve FEV1'de %40 düşme oldu. Hastaya aspirin ile desensitizasyon yapılması planlandı ancak onam alınamadığı için yapılamadı.

SONUÇ: Astımlı hastalarda NSAİİ alımı sonrası solunum bulgularında alevlenme görülebilmektedir. Bazı hastalarda zayıf COX-1 inhibisyonu yapan parasetamol ve parsiyel COX-2 selektiflerle reaksiyon olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: alerji, astım, nonsteroid antiinflamatuar ilaç

PS-062

ACİL SERVİSTE RANİTİDİN ENJEKSİYONU SONRASI ANAFİLAKSİ GELİŞEN OLGU

Hakan Güvenir[1], Aliye Gülbahçe[1], Funda Kurt[2], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Can Naci Kocabaş[3]

[1]*Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[2]*Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil, Ankara*
[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla*

GİRİŞ: Ranitidin; peptik ülser, gastroözefageal reflü hastalığı, kronik ürtiker ve hatta anafilaksi tedavisinde kullanılan reversible H2 reseptör antagonistidir. Hafif gastrointestinal yan etkilere neden olabilmekle birlikte genellikle iyi tolere edilmektedir. Ancak nadiren anafilaksi gibi ağır hipersensitivite reaksiyonlarına da neden olabilmektedir. Burada acil serviste intramusküler ranitidin uygulanması sonrası anafilaksi gelişen bir adölesan olgu sunulmaktadır.

OLGU: 16 yaşında, erkek hasta iki gündür devam eden mide ağrısı yakınması ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastaya ranitidin hidroklorür (Ranitab®) intramusküler uygulandıktan 5 dakika sonra dudaklarda anjiyoödem, boyunda ve gövde ön yüzde ürtiker gelişti. Bu nedenle hastaya sistemik steroid (Prednol) ve H1 antihistaminik (Feniramin) uygulandı. Ancak takibinde kusma, tekrarlayan hapşırma ve nefes darlığı da gelişen hastada hipotansiyon ve oksijen satürasyonunda düşme olması üzerine, anafilaksi olarak değerlendirilerek intramusküler adrenalin uygulandı. Takibinde hastanın klinik bulguları hızla düzeldi. Yaklaşık 12 saat gözlendikten sonra taburcu edildi.

Hastanın bilinen bir hastalığının ve düzenli kullandığı bir ilacın olmadığı, daha önce ranitidin içeren ilaç veya başka bir ilaca karşı alerji öyküsünün olmadığı öğrenildi. Ayrıca ailesinde de ilaç alerjisi öyküsü yoktu. Ranitidin ile deri testi yapılması planlandı ancak onam alınamadığı için yapılamadı.

SONUÇ: Ranitidin nadiren anafilaksi nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil servislerde parenteral ilaç uygulanan sonrası hastaların aşırı duyarlılık reaksiyonları açısından takip edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, antihistaminik, ranitidin

PS-063

ÇOCUK OLGUDA ELOSÜLFAZ ALFA DESENSİTİZASYONU

Hakan Güvenir[1], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Murat Çapanoğlu[1], Betül Büyüktiryaki[1], Özlem Ünal[2], Müge Toyran[1], Can Naci Kocabaş[3]

[1]*Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[2]*Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Muğla*
[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla*

GİRİŞ: Elosülfaz alfa, rekombinant DNA teknolojisi kullanılarak üretilen saflaştırılmış bir insan enzimi olup, Morquio A Sendromu (Mukopolisakkaridoz tip IVA) tedavisinde kullanılmaktadır. Burada Elosülfaz alfa infüzyonu sırasında anafilaksi gelişen ve desensitizasyonu başarılı olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Hastanemizin Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği' nde Morquio sendromu tanısı ile izlenen 8,5 yaşındaki kız hastaya, son 1 yıldır haftalık olarak 2 mg/kg/doz Elosülfaz alfa ile enzim replasman tedavisi yapılmaktaydı. Tedavinin 28-31. haftalarında infüzyon sırasında ürtiker gelişen hastaya antihistaminik ve sistemik steroid uygulanarak tedaviyi alması sağlandı. Ancak tedavinin 32. haftasında, infüzyon başlangıcından 30 dk sonra göz kapaklarında ve dudaklarda anjiyoödem, gövdede ve ekstremitelerde ürtiker, nefes darlığı, oksijen satürasyonunda düşme, hipotansiyon ve karın ağrısı gelişmesi üzerine hasta anafilaksi olarak değerlendirildi. İnfüzyon kesilerek, intramusküler adrenalin ile birlikte antihistaminik ve sistemik steroid uygulandı. Hastadaki Tip 1 hipersensitiviteyi doğrulamak için Elosülfaz alfa' nın ticari preparatı (Vimizim® 5mg/5ml) ile deri testi yapıldı. Sulandırılmadan yapılan deri prick testinin negatif olması üzerine, 1/1000 dilüsyonla intradermal test uygulandı. Sonuç negatif olunca, 1/100 dilüsyonla test tekrarlandığında 11x12 mm boyutunda endurasyon ve etrafında eritem oluştu ve test pozitif olarak değerlendirildi. Ayrıca yalancı pozitifliği ekarte etmek için, 10 sağlıklı kişiye 1/100 dilüsyonla intradermal test uygulandı ve sonuç negatif olarak bulundu. Böylece Elosülfaz alfa'ya karşı hipersensitivite doğrulanmış oldu. Hastanın tedavisine devam edilmesi gerektiği ve alternatif ilaç olmadığı için desensitizasyon uygulanmasına karar verildi. Literatür taraması yapıldığında Elosülfaz alfa ile desensitizasyon protokolü olmadığı görüldü. Bu nedenle yeni bir protokol tasarlandı.

DESENSİTİZASYON PROTOKOLÜ: 1/1000, 1/100, 1/10 ve 1/1 konsantrasyonda enzim içeren 4 farklı solüsyon hazırlandı. Hastaya premedikasyon olarak 1mg/kg metil prednizolon, antihistaminik ve antipiretik uygulandıktan 1 saat sonra infüzyon başlatıldı. Her bir solüsyondan 4 olmak üzere toplam 16 basamaklı desensitizasyon protokolü 5 saatte reaksiyon gelişmeden tamamlandı. Daha sonra bu protokol ile haftalık olarak enzim replasman tedavisine devam edildi. Hastanın halen desensitize durumu devam etmektedir.

SONUÇ: İlaç alerjilerinde alternatif ilaç seçeneğinin bulunmadığı durumlarda desensitizasyon ile ilacın alınması sağlanabilmektedir. Hastamızda 16 basamaklı desensitizasyon protokolü ile tedavinin devamlılığı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, desensitizasyon, elosülfaz

PS-064

BAKLAGİL ALERJİSİ OLAN ÇOCUK OLGU

Büşra Topuz Türkcan[1], Alp Kazancıoğlu[1], Ahmet Kan[2]

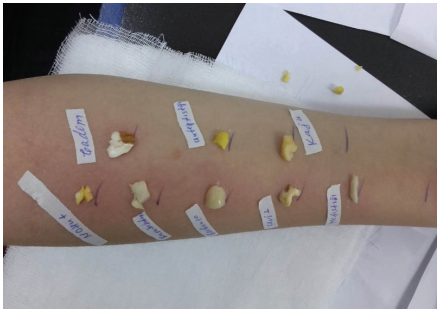
[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ,Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji ve Astım Bilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Baklagiller, tüm dünyada yaygın olarak tüketilen önemli protein kaynaklarındandır. Baklagiller içinde mercimek, nohut, fasulye, bakla, barbunya gibi gıdalar yanında fıstık ve soya da bulunmaktadır. Kuruyemiş (çerez) allerjileri de ilk alımda bile ciddi reaksiyonlara neden olabildiği için gıda allerjilerinin önemli bir grubunu oluşturur ve sıklığı gittikçe artmaktadır. Ülkemizde, Akdeniz bölgesi ülkelerinde, Hindistan ve Pakistan'da fıstık ve soya dışındaki baklagiller temel besin kaynağı olarak erken yaşlarda diyete girmekte ve allerjileriyle daha sık karşılaşılmaktadır. Besin proteinlerine karşı spesifik IgE antikorları aracılığı ile ortaya çıkan Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonu besin alerjileri içinde en sık karşılaşılandır. Alerjiye neden olan besinler yaş ve diyetle ilişkilidir. Türkiye dünyada en çok baklagil üreten üçüncü ülkedir ve kişi başı yıllık baklagil tüketimi 6kg olup gelişmiş ülkelerdeki 2 kg'ın üzerindedir. Semptomlar çoğunlukla alımdan hemen sonar ortaya çıkar ama dirak temasa veya baklagil dumanı inhalasyonu ile de vakalar bildirilmiştir. Fındık ve baklagil tüketimi sonrası anafilaksi bulguları gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: On üç yaşında erkek hasta polikliniğimize ek besinleri tüketmeye başladıktan itibaren bezelye, nohut, barbunya ve mercimek tüketince 10-15 dakika sonra tüm vücudunda döküntü, nefes alamama ve bulantı-kusma şikayeti ile başvurdu. Bir yaşındayken fındık yedikten sonra aynı şikayetleri olmuş. Hastanın fizik muayenesi normaldi. Yapılan prik testinde nohut (7x8 mm), sarı mercimek (6x6 mm), barbunya (7x8 mm), fındık (5x6 mm), bezelye (5x5) antijenlerine yanıtları pozitif bulundu (Resim 1 ve 2). Diyetten sorunlu besinlerin eliminasyonu önerildi ve hastaya adrenalin otoenjektör temin edildi. Hastanın eşlik eden komorbid durumları olan astım ve mevsimsel persitan allerjik rinitine yönelik tedavileri de başlandı. SONUÇ: Çocukluk çağında en sık alerjiye neden olan besinler inek sütü, yumurta, fındık, fıstık, ceviz fakat ülkemizde baklagillerin sık tüketilmesi nedeniyle özellikle mercimek olmak üzere baklagiller de besin allerjisine sık olan nedenlerden biridir. Besin allerjisi öyküsü olanlarda reaksiyon tariflenen besinler dışında çapraz reaksiyona neden olan besinlerle de öykünün allerjik reaksiyon varlığı açısından değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Bu olgu ülkemizde baklagiller ile besin alerjilerine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Besin,Allerji,Baklagil

Resim-1



Hastanın besinlerle yapılan prik testi

Resim-2

: Hastanın besinlerle yapılan prik testlerinin yorumlanması

PS-065

SPORCU ADÖLESANDA ALLERJİK KONTAKT DERMATİT: MERCAPTOBENZOTHİAZOLE VE MERCAPTO MİX

Zeynep Şengül Emeksiz[1], İlknur Bostancı[1], Kadir Öztürk[2], Semra Altıyaprak[3]

[1]*SBU, Dr Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Kliniği, Ankara*
[2]*SBU, Dr Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji, Ankara*
[3]*SBU, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara*

13 yaşında erkek hasta iki aydır olan her iki el ayasında ve ayaklarında kaşıntılı lezyonlar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden iki aydır yoğun spor yaptığı, futbol oynarken kaleci eldiveni giydiği ve yüzme sırasında kauçuk terlik kullandığı öğrenildi.

Hastada primer olarak kontakt dermatit düşünüldü. Ayırıcı tanıya yönelik Avrupa standart seri ile yama testi yapıldı. Mercaptobenzothiazole ve mercapto mix pozitif olarak değerlendirildi.

Allerjik kontakt dermatit daha önce karşılaşılan ve duyarlanma gelişen maddeler ile tekrar karşılaşılması sonrasında ortaya çıkan gecikmiş tip (Tip 4) hipersensitivite reaksiyonudur. Akut dönemde eritem, ödem, vezikül ve bül, kronik dönemde ise likenifikasyon, deride kaşınlaşma ve fissürleşme görülür. Erişkinlerde en çok mesleksel maruziyete bağlı gelişse de çocuklarda hobiler, oyuncaklar, spor malzemeleri de bu klinikle ilişkili olabilir. Kesin tanı koymak ve allerjeni tespit etmek için altın standart yama testidir.

Bu olgu aracılığıyla çocuklarda alerjik kontakt dermatit tanısında spor aktiviteleri, oyuncaklar ve hobilerin olası allerjen teması açısından iyi sorgulanması gerektiği ve yama testinin tanıdaki önemi vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Allerjik kontakt dermatit, çocuk, yama testi

resim 1

resim 2

PS-066

ATOPİK DERMATİTLİ HASTALARIMIZIN DERİ PRİK VE SPESİFİK IGE TEST SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Öner Özdemir[1], Nujin Uluğ[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmünoloji BD, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD, Sakarya*

GİRİŞ: Atopik dermatit herediter bir cilt hastalığı olup, genellilkle gıda allerjenleriyle olmakla beraber hastalığın alevlenmesinde inhalan alerjenlerin rolü de vardır. Bu allerjilerin tanı sürecinde en sık faydalanılan testler deri prick testi (DPT) ve spesifik immunoglobulin (spIgE) lerdir. Aynı zamanda allerjik hastalıklarda en önemli immunglobulin olarak total IgE referans alınmaktadır. Atopik dermatitli hastalarda en sık karşılaşılan allerjenler gıda allerjenleri olarak bildirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda atopik dermatit tanılı hastaların total IgE, spIgE ve DPT sonuçları incelenerek karşılaştırılması ve allerjenlerin sıklığını tespit etmek amaçlandı. Aynı zamanda elde edilen veriler ile en sık tespit edilen allerjenlerin araştırılmasına öncelik verilerek maliyet ve zaman tasarrufu açısından bizleri yönlendirebileceğini düşündük.

MATERYAL-METOD: Sakarya Üniversitesi Hastanesi Çocuk Allerji polikliniğine başvuran ve atopik dermatit tanısı konularak takip altına alınan 103 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Hastaların Total IgE, Spesifik IgE (spIgE) ve DPT sonuçları incelenerek karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların poliklinik başvurularında alınan Total IgE verileri 67,6% oranında referans değerine göre yüksek olarak bulundu. Total IgE değerinin referans değere oranı en az 100 kat fazla artmış hastaların Spesifik IgE ve DPT değerlerinde korele yüksek sonuçlar ile cilt bulgularının diğer hastalara oranla daha dirençli ve daha fazla tekrarladığı saptandı. Atopik dermatitli hastalarda en sık saptanan poliklinik başvuru şikâyetleri sırasıyla; ciltte kaşıntı ve döküntü, kızarıklık, kabuklanma olarak değerlendirildi.

SPESİFİK IGE TARAMALARINDA SIRASIYLA EN SIK SAPTANAN POZİTİFLİKLER: yumurta beyazı, Ev tozu akarları, Yumurta sarısı, Betalactoglobulin, Kazein olarak tespit edildi. DPT yapılan hastalarda en sık saptanan sonuçlar sırasıyla Tam yumurta, Akar, İnek sütü ve Fıstık olarak saptandı. Atopik dermatitli hastalarda en sık saptanan poliklinik başvuru şikayetleri hastalığın tanımı ve literatür sonuçları ile uyumlu bulundu. Spesifik IgE sonuçlarında en yüksek oranda saptanan Yumurta Beyazı spIgE değerinin yüksekliği DPT yumurta beyazı ile korelasyon göstermedi. Bunun yanında Yumurta Beyazı sIgE değerinin yüksek olduğu hastalarda DPT tam yumurta pozitifliği DPT yumurta beyazı pozitifliğine oranla daha yüksek saptandı. Ev tozu akarları spIgE değerleri yüksek olan hastalarda DPT akar pozitifliği korele olarak yüksekti.

SONUÇ: Atopik dermatitli hastalarda en sık karşılaşılan gıda allerjenlerini tespit etmek diyetteki eliminasyonlarını yapmada ve hastalığın alevlenmesini önlemede faydalı olur. En sık saptanan yumurta ve akar allerjilerinin taranmasına öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, aeroallerjen, IgE

PS-067

İNFLUENZA VİRÜSÜ İLİŞKİLİ AKUT İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM VAKASI

Ahmet Kan[1], Eylül Bakır Çakır[2], Arzu Bakırtaş[1], Mehmet Sadık Demirsoy[1], İpek Türktaş[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

GİRİŞ: Akut infantil hemorajik ödem özellikle 2 yaş altı çocuklarda görülen, ateş, ödem ayrıca yüz, ekstremite ve kulaklarda anuler tarzda purpurik döküntülerle seyreden, 1-3 hafta içinde gerileyen, selim seyirli küçük damar vaskülitidir. Burada influenza A virüsü ile olası ilişkilendirilen 20 aylık bir akut infantil hemorajik ödem vakası sunulacaktır.OLGU: 20 aylık erkek hasta ateşli enfeksiyon sonrası gelişen kaşıntısız karekterde döküntü ve avuçta ve el sırtında gelişen şişlik şikayetiyle pediatri polikliniğimize başvurdu (Resim 1 ve 2). Hastaya 1 gün önce başlanan antihistaminik tedavisinden fayda görmemişti. Hasta ürtikeryal vaskülit?, ürtiker? ön tanılarıyla allerji bölümümüze konsülte edildi. Hastanın fizik incelemesinde yaygın basmakla solmayan, eritemli, maküler ortası yer yer hiperpigmente-ekimotik görünümlü cilt lezyonları mevcuttu ayrıca her iki el sırtında şişlik-ödem mevcuttu. Beyaz küre 10.011, platelet:323,000, CRP:60,8, sedim:33. Serum kompleman düzeyleri, tam idrar tetkiki, biyokimyasal parametreleri normaldi. Üst solunum yolu panelinde influenza A pozitifti. Hastanemizde solunum yolu paneli tiplendirmesi yapılalaktadır. Hastanın ödem ve mevcut döküntüsü ayrıca sistemik ve iç organ tutulumunun olmaması nedeniyle infantil hemorajik ödem olarak değerlendirildi. Hasta rutin oral hidroksizin, oral prednizolon tedavileriyle ayaktan takip edildi. İzlemin 3. günü itibariyle ödem ve deri lezyonlarının gerilemeye başladığı gözlendi. Prenizolon tedavisi 6 güne tamamlanıp kesildi. Hastalığı benign seyri, hızlı düzelmesi, dramatik steroid yanıtı ve tekrarlamaması nedeniyle invaziv olacağı düşünüldüğü için cilt biyopsisine gerek duyulmadı. SONUÇ: İnfantil akut hemorajik ödem, nadir görülen küçük damarları tutan immün kompleks aracılı bir lökositoklastik vaskülittir. 3-75 ay arasında görülebilmektedir. Hastalık tablosu 24-48 saat içinde hızlıca gelişir. Hastalığın triadı ateş, ödem, kulak ve ekstremitelerde anuler veya hedef tarzı purpuralardır.Sistemik tutulum sık görülmez ancak eklem ağrısı, gastrointestinal kanama, diare hipertansiyon hematüri, proteinüri görülebilmektedir. Ortalama 1-3 hafta içinde kendiliğinden gerilemektedir. Bu yaş grubunda ürtiker ile ayırıcı tanıda düşünülmesi gereklidir. Etyolojide viral ve bakteryel enfeksiyonlar, ilaçlar ya da aşılama olduğu bilinmektedir. Bizim olgumuzu ilginç kılan hastamızda influenza A virusunun olası ilişkisidir ve literatürde influenza A ile ilişkisini gösteren nadir olgu raporları mevcuttur. Bu olgu ayrıca özellikle ürtiker benzeri döküntü gelişen infantlarda ayırıcı tanıda akut hemorajik ödemin de akla gelmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut İnfantil Hemorajik Ödem, Ürtiker,Ayırıcı Tanı

Resim 1: Hastanın Başvuru Esnasındaki Döküntüleri

Hastanın Başvuru Esnasındaki Döküntüleri

Resim-2

Hastanın Başvuruda El sırtındaki Şişlik

PS-068

MALATYA İLİNDEKİ 13-14 YAŞ GRUBUNDAKİ İLKÖĞRETİM ÇOCUKLARINDA EGZAMA SIKLIĞI

Mehmet Yavuz Özbey, Cem Alataş, Erdem Topal

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Çocuklarda atopik egzama görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Bu çalışmada, 2016 yılında Malatya il merkezinde 13-14 yaş grubu çocuklarında atopik egzama sıklığını belirlemek amaçlanmıştır.

METOD: Bu çalışma, 2016 yılında Malatya ilinde yapıldı. Malatya ilinde 13-14 yaş grubunda toplam 25.000 çocuk nüfusu mevcuttu. Çocuklardaki son 1 yıldaki atopik egzama sıklığının dünyada yaklaşık %7 olduğu (ISAAC çalışması sonucu) ve Malatya da tahmini % 7 olabileceği düşünülerek örneklem analizi yapıldı. Çalışmaya % 2,5'luk sapma payı ile % 95 güven düzeyinde kestirmek için gerekli minimum örneklem genişliği 394 kişi olarak belirlendi. Çalışmada, çocuklarda hekim tanılı atopik egzama varlığı ve son bir yıl içinde atopik egzama şikayetlerinin olup olmadığını belirlemeye yönelik soruların sorulduğu ISAAC anket formu kullanıldı. Çalışma için İnönü Üniversitesi yerel etik kurulundan onay alındı.

BULGULAR: 650 öğrenciye dağıtılan ve aileleri tarafından anket formu doldurulan 568 (% 87,3) öğrenci çalışmaya dahil edildi. Öğrencilerin 304 (%53,5)'i kız idi. Yaş ortalaması 13,08±0,27 idi. Çocukların % 4,9'u yaşamlarının herhangi bir döneminde egzama şikayeti tanımladı. Son 12 ayda egzama şikayeti % 3,9 olarak bulundu. Yaşamları boyunca doktor tarafından atopik egzama tanısı konulma oranı % 5,1 idi (Tablo 1).

SONUÇ: Malatya ilindeki 13-14 yaş grubundaki ilköğretim okulu çocuklarında son 12 aydaki egzama şikayetlerinin sıklığı % 3,9 olarak belirlendi.

Anahtar Kelimeler: atopik, çocuk, egzama

PS-069

ANTİTÜBERKÜLOZ TEDAVİYE BAĞLI AKUT JENERALİZE EKZANTEMATÖZ PÜSTÜLOZİS-OLGU SUNUMU

Zeynep Meriç[1], Fatih Dilek[2], Erkan Çakır[3], Emin Özkaya[2]

[1]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul*
[2]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Allerji Bilim Dalı, İstanbul*
[3]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul*

Akut jeneralize ekzantematöz püstülozis (AJEP), klinik olarak ani başlayan, ateş ve yaygın püstüler döküntü ile seyreden nadir bir dermatozdur. Görülme sıklığı yılda 1-5:1.000.000'dur. Vakaların %90'ında ilaç kullanım öyküsü mevcut olmakla birlikte etiyolojide nadiren viral ve bakteriyel infeksiyonlar da suçlanmaktadır. Klinik olarak eritemli zemin üzerinde, nonfoliküler, çok sayıda steril püstüllerle karakterizedir. Olgumuzda anti tüberküloz tedaviye bağlı bir ilaç reaksiyonu anlatılmıştır.

15 yaşında erkek hasta, kronik öksürük nedeniyle başvurusunda akciğer tüberkülozu tanısıyla 4'lü anti tüberküloz tedavisi başlandıktan 1 ay sonra ateş ve kusma şikayetiyle başvurdu. Hastanın yaygın eritemli püstüler lezyonları ve lenfadenomegalisi mevcuttu. Laboratuar bulgularında nötrofilik lökositozu ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik saptandı. Hastaya, klinik bulguları ve doğrulama kriterlerine göre AJEP tanısı konuldu. İlaçları kesilip lokal ve sistemik kortikosteroid tedavisi verildikten sonra hastanın lezyonları geriledi.

Nadir görülen bu döküntülerin özgül bir tedavisi yoktur ve tedavi genellikle semptomatiktir. Hastaların çoğunda altta yatan nedenin ortadan kaldırılmasıyla ile birlikte düzelme gözlenir. Genellikle sistemik antihistaminikler, topikal nemlendiriciler ve kortikosteroidli losyonlar ile hastalarda iyileşme sağlanır. Bu olguda, antitüberküloz tedavi altında iken gelişen püstüler döküntülerin etiyolojisinde AJEP tanısının düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: ekzantematöz, jeneralize, püstüloz, tüberküloz

Resim 1

Tüm vücutta, eritemli zeminde, çok sayıda foliküler olmayan püstüller

Resim 2

Tüm vücutta, eritemli zeminde foliküler olmayan püstüller ve deskuamasyon

Resim 3

Lezyonların iyileşme evresinde görülen deskuamasyon

PS-070

ÇOCUKLUK ÇAĞI KRONİK SPONTAN ÜRTİKERİNDE SİSTEMİK İNFLAMASYONUN YERİ

Ali Ersun Kaya, Pınar Uysal, Nazmiye Özdemir, Duygu Erge

Adnan Menderes Üniversitesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Aydın

AMAÇ: Kronik spontan ürtiker (KSU) birçok karmaşık immunolojik mekanizmanın rol oynadığı kronik bir deri hastalığıdır. Son yıllarda, KSU patogenezinde bazofil ve mast hücrelerinin yanı sıra trombositler ve diğer sistemik inflamasyon faktörlerinin rol oynadığı gösterilmektedir. Bu çalışmada, trombosit sayısı, fonksiyonu ve sistemik enflamatuar belirteçlerinin KSU ile ilişkisine bakılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya 2015-2016 yılları arasında polikliniğimizde takip edilen 120 KSU olan çocuk ile 60 sağlıklı çocuk dahil edildi. Araştırmaya katılanlarda trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi (MPV) ve sistemik inflamatuar belirteçlerden nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ile trombosit/lenfosit oranının (TLO) KSU ile ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

BULGULAR: KSU grubu ve sağlıklı kontroller arasında yaş ve cinsiyet açısından fark saptanmadı ($p>0.05$). KSU grubunda trombosit sayısı sağlıklı kontrollere göre düşük ($p=0.15$) iken MPV düzeyi yüksek ($p=0.006$) bulundu. KSU grubunda kan nötrofil sayısı ve NLO sağlıklı kontrol grubuna göre yüksekti (sırasıyla, $p=0.043$, $p=0.04$). Her iki grup arasında kan eozinofil ve bazofil sayıları ile TLO açısından fark saptanmadı (sırasıyla, $p=0.110$, $p=0.092$, $p=0.787$). KSU grubunda nötrofil ve trombosit arasında korrelasyon bulunmaz iken ($p=0.100$) NLO ile TLO arasında pozitif yönde korrelasyon saptandı ($r=0.673$, $p<0.001$).

SONUÇ: Sistemik inflamasyon KSU hastalığının gelişimde rol oynamaktadır. NLO ve MPV düzeyleri KSU olan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulundu. Her iki belirteç de KSU olan çocuklarda sistemik inflamatuar bir belirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik,Lenfosit,Nötrofil,Trombosit,Ürtiker

PS-071

AMOKSİSİLİN/KLAVUNAT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AKUT GENERALİZE EKZANTEMATÖZ PÜSTÜLOZİS OLGUSU

Hikmet Tekin Nacaroğlu[1], Sultan Bent[2], Yasemin Ceylan[2], Özlem Bostan Gayret[2], Meltem Erol[2], Özgül Yiğit[2]

[1]*Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji, İstanbul*
[2]*Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Akut generalize ekzantematöz püstülozis (AGEP), sistemik ateşle birlikte eritemli ve ödemli zemin üzerinde çok sayıda püstüler lezyonlarla seyreden nadir görülen kutanöz reaksiyondur. Bu yazımızda çocukluk çağında sıklıkla kullanılan amoksisilin-klavulanat kullanımına bağlı olarak gelişen, tipik klinik bulgular ile prezente olan AGEP olgusu sunulmuştur.

OLGU: Yedi yaşında erkek hasta acil servisimize ateşle beraber gövde ve genital bölgede başlayan döküntü şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde iki gün önce öksürük ve burun akıntısı şikayeti ile sağlık kurulusuna başvurduğu ve akut üst solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile amoksisilin-klavunat tedavisi başlanıldığı öğrenildi. Antibiyotik tedavisinin ikinci gününde ateşle beraber gövde ve ekstremitelerde özellikle genital bölgesinde yoğunlaşmış eritemli zemin üzerinde çok sayıda püstüler lezyonlar gözlendi. EuroSCAR çalışma grubunun AGEP doğrulama skoruna göre klinik olarak 9 puan alarak AGEP ile uyumlu değerlendirilen olgunun amoksisilin-klavulanat tedavisi kesildi. Antihistaminik ve topikal nemlendirici tedavisi başlandı. Sonraki 3 gün içerisinde döküntüleri gerileyen olgununun 1 hafta içinde lezyonların deskuamasyonla tamamen gerilediği gözlendi.

SONUÇ: EuroSCAR çalışma grubunun skorlama sistemine göre klinik olarak AGEP tanısı konan, etken olduğu düşünülen amoksisilin-klavulanat tedavisinin kesilmesiyle semptomları gerileyen AGEP olgusu sunulmuştur. Nadir olduğunu bildiğimiz bu reaksiyonların çocukluk çağında sık kullandığımız ilaçlara bağlı ortaya çıkması nedeniyle çocukluk döneminde görülen döküntülerin etyolojisinde enfeksiyonlar kadar ilaç reaksiyonlarının da düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir

Anahtar Kelimeler: Amoksisilin-klavunat, AGEP, İlaç hipersensivitesi

PS-072

DERİ ALERJİLERİNDE YAMA TESTİ (TRUE TEST) YAPILAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gökçen Kartal Öztürk[1], Ezgi Ulusoy Severcan[2], Aykut Eşki[1], Figen Gülen[2], Esen Demir[2]

[1]*Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı*
[2]*Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı*

Yama testi alerjik kontakt dermatit tanısında kullanılan temel testtir. Öykü ve fizik muayene ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlı sonuçlar vermektedir. Dermatitlerin ayırıcı tanısında kullanılabilmektedir.

EÜTF Çocuk Alerji polikliniğine kaşıntı, döküntü, ödem gibi şikayetler ile başvuran ve true test yapılmış 56 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların %48.2'si kız, % 51.8'i erkekti. Döküntü ve kaşıntı % 62'sinde, ödem ve kaşıntı % 5.4'ünde, döküntü, kaşıntı ve ödem %3.6'sında, sadece kaşıntı %25'inde mevcuttu. Ortalama yaş 126.8±55.5 ay, semptomların başladığı yaş 97.2±58.6 ay iken semptom süresi 29.4±34.6 aydı. Atopi ve ek hastalıklar %34'ünde mevcuttu. Hastaların % 22.4'ünde yakınmalarının sentetik kıyafetler, katkılı gıdalar ve alerjenler ile arttığı öğrenildi. Eozinofili % 25.5'sinde, spesifik-IgE pozitifliği %39.6'sında mevcuttu. Aeroalerjen deri testinde % 59.1'inde en sık polen ve ev tozlarına olmak üzere aero-alerjenlere karşı duyarlılık bulunurken gıda deri testi yapılan 9 hastada duyarlılık saptanmadı. Hastaların %37'sinde true test pozitifken, % 28.5'inde çoklu kimyasal ile duyarlılık saptandı. True testte en sık fragrance mix %9.5, nickel sulphate %5.7, formaldehyde %5.7, cobalt chloride %5.7, wool alcohols % 3.8 duyarlılığı mevcuttu. Kaşıntı ile başvuranların %35.7'sinde, döküntü ve kaşıntı olanların %40'ında true test pozitifti. Kontakt dermatit ön tanısı olanların %72.2'sinde, atopik dermatit olanların %50'sinde, dermatit olanların %22.2'sinde, kronik ürtiker olanların %10'unda true test pozitifliği mevcut olup istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.01$). Ailede atopi olanların %26.6'sında, olmayanların % 40.5'inde true test pozitifti. Atopik yapısı olan hastaların %25.5'inde, olmayanların % 46.4'ünde true test pozitif bulunurken istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.01$).

Çalışmamızda true testte en sık duyarlılık saptanan fragrance mix, nickel sulphate, formaldehyde, cobalt chloride ve wool alcohol birçok üründe bulunabilmektedir. Kronik cilt bulgularıyla başvuran, gıda ve aeroallerjen duyarlılığı saptanmayan hastalarda günlük olarak sık kullandığımız birçok ürünün bu yakınmalara neden olabileceği akılda tutulmalı ve tanıya yönelik true test yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: alerji, yama test

PS-073

ATOPİK DERMATİTLİ ÇOCUKLARDA SERUM D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahmut Doğru, Alev Elçi Karaduman

Sağlık Bilimleri Üniversites,i Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Atopik dermatit derinin tekrarlayıcı, kronik inflamatuar hastalığıdır. D vitamini kas iskelet sistemi dışında deri üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Çalışmamızda AD tanısı ile takip edilen hastalardaki vitamin d düzeyi ve bunun AD parametreleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmunolojisi ve Allerji polikliniğinde AD tanısı ile takip edilen 69 çocuk alındı. Kontrol grubu olarak aynı dönemde herhangi bir allerjik hastalığı olmayan 70 çocuk alındı. Deri prick testi, eozinofil yüzdesi, immunoglobulin (Ig) E ve serum 25 OH kolekalsiferol (25 OH D3) düzeyleri ölçüldü. Atopik dermatit şiddeti Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 40 (%58)'si erkek olup, ortalama yaşları 5.6 ± 2.7 yıl, kontrol grubunun 35 (%50)'u erkek olup, ortalama yaşları 5.4 ± 2.3 yıl idi ($p>0.05$). Hasta grubunun ortalama 25 OH D3 düzeyi 19.86 ±6.7 ng/mL (6.8-40), kontrol grubunun 24.07±9.08 ng/mL (6-59) idi. İki grup arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.002$). Hasta grubunun 37 (%53.6)'sında 25 OH D3 eksikliği, 26 (%37.7)'sinde yetersizlik, 6 (%8.7) 25 OH D3 normalken, kontrol grubunda 22 (%31.4)'sında 25 OH D3 eksikliği, 41 (%58.6)'sında yetersizlik, 7 (%10)'unda 25 OH D3 normal olarak saptandı. Hasta ve kontrol grubunun 25 OH D3 düzeylerinin açısından anlamlı farklılık saptandı ($p=0,027$). Hafif, orta ve ağır şiddette AD liler arasında hastalık süresi, eozinofil sayısı, duyarlılık varlığı, ev tozu akarları, hayvan epitellerine, A. Alternata, hamam-böceğine ve polenlere duyarlılık açısından fark saptanmazken, ortalama 25 OH D3 ve serum IgE düzeyi istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Atopik dermatit şiddeti ile D vitamini düzeyi arasında negatif bir korelasyon (r: -0.400; p:0.001), Ig E ile pozitif bir korelasyon (r:0.322; p:0.008) saptandı.

SONUÇ: Atopik dermatitli çocuklarda ortalama D vitamini düzeyleri sağlıklı kontrollerden düşüktür. Atopik dermatit şiddeti ile D vitamini düzeyleri arasında negatif bir ilişki vardır.

Anahtar Kelimeler: Atopik dermatit, D vitamini, çocuk

PS-074

YÜKSEK MOLEKÜL AĞIRLIKLI HEPARİNİN İNDÜKLEDİĞİ NON-NEKROTİK DERİ LEZYONU: BİR OLGU SUNUMU

Yakup Canıtez[1], Yasin Karalı[2], Şükrü Çekiç[2], Taner Özgür[3], N. Ülkü Şahin[1], Gülcan Yavuz[4], Tanju B. Özkan[3], Nihat Sapan[1]

[1]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Bursa*
[2]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa*
[3]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı, Bursa*
[4]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ: Heparine bağlı deri lezyonlarının nedenleri ve sıklığı hakkında çok az şey bilinmekle birlikte giderek artan şekilde olgular bildirilmektedir.

OLGU: Akut hepatit, akut böbrek yetmezliği ve ensefalopati tanılarıyla yoğun bakımda takip edilen 17 aylık kız hasta yatışının 34. gününde gelişen deri döküntüleri nedeniyle tarafımıza konsülte edildi. Otuz gündür vankomisin, 14 gündür de oral kaptopril tedavisi alıyordu. Devamlı hemodiyaliz yapılmakta idi. Aralıklı olarak da taze donmuş plazma desteğinde bulunuluyordu. Fizik muayenede yüz, gövde ve ekstremitelerde eritematöz zeminde bazı alanlarda purpurik makülopapüler erüpsiyon vardı. Laboratuvar bulguları; Eozinofil: %11 (eozinofil sayısı 1330), PLT:108000 K/µL, Kreatin:1,4 mg/dL, AST:45 IU/L ALT:40 IU/L, Total Bilirubin:12,6 mg/dL, Direkt Bilirubin:9,6 mg/dL, PT:14 sn, aPTT:120 sn, INR:1,2, ECP:27,2 ng /ml (13,3) dışında normaldi. Derinin histopatolojik incelemesi; ekskorye subakut-kronik spongiotik dermatit ile uyumluydu. Mevcut bulgularla hastaya heparinin tetiklediği ilaç reaksiyonu tanısı konuldu. Hemodiyaliz solüsyonlarından heparin çıkarıldı. Feniramin maleat, metilprednizolon 1 mg/kg/gün ve cilt nemledirici tedaviler başlandı. Heparin kesildikten 1 ay sonra deri lezyonları tamamen kayboldu.

TARTIŞMA: Heparine bağlı deri lezyonları; gecikmiş tip (IV) aşırı duyarlılık yanıtları, immün aracılı trombositopeni, tip I alerjik reaksiyonlar, cilt nekrozu ve püstülozis şeklinde görülebilmektedir. Bu lezyonlar, heparinin tetiklediği trombositopeni gibi hayatı tehdit eden reaksiyonların öncülü olabilmektedir. Bu nedenle heparin kullanılan hastalarda gelişen deri lezyonlarının erken tanınması ve tedavisi hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Heparin, Dermatit

PS-075

İDİYOPATİK HİSTAMİNERJİK EDİNSEL ANJİYOÖDEM: OLGU SUNUNU

Burçin Beken, Pınar Gökmirza Özdemir, Velat Çelik, Mehtap Yazıcıoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Anjiyoödem; cilt ve mukozanın derin tabakalarında yer alan kapiller damarlardan plazma sızıntısı sonucu oluşan, lokal, non-inflamatuar, kendini sınırlayan ödem olarak tanımlanmaktadır.

OLGU: Bilinen bir hastalığı olmayan 10 yaşında erkek hasta, son üç ay içerisinde beş kez, İlaç kullanımı ya da besin ile ilişkisiz, beraberinde ürtikerin eşlik etmediği, anjiyoödem atağı (göz kapakları, yüz, dudaklar ve genital bölgede) olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Öyküden; lezyonların kaşıntısız olduğu, heyecan ve stres ile tetiklendiği ve şişliklerin antihistaminik tedavi ile 2-3 günde düzeldiği öğrenildi. Nefes darlığı, hipotansiyon, kusma gibi bulguların eşlik etmediği anjiyoödem ataklarında, şişlikler başlamadan önce hafif bir karıncalanma hissinin olduğu ve bu dönemde antihistaminlk alırsa şişmeyi önlediği öğrenildi. Ailede benzer şikayeti olan kimse bulunmamaktaydı. Fizik muayenesi normal olan hastanın hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyonları, immunglobulinleri normaldi, hepatit markerları ve antitiroid otoantikorlar negatif, ANA ++ (ince granüler patern) saptandı. Herediter anjiyoödem açısından yapılan tetkiklerinde; C4: 0.13 g/L (0.1-0.4), C1 esteraz inhibitörü:0.17g/L (0.21-0.39), C1 esteraz inhibitör aktivitesi:%71.5 (%70-130) saptandı. Kontrolde bakılan c1 esteraz inhibitör düzeyi:23.5 mg/dl (18-32) bulundu. Hastada klinik bulgular ve laboratuar sonuçları birlikte değerlendirildiğinde idiyopatik histaminerjik edinsel anjiyoödem tanısı konularak antihistaminik tedavi başlanarak takibe alındı.

TARTIŞMA: İzole anjiyödem herediter ve kazanılmış olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Herediter nedenler; herediter C1 inhibitör eksikliği, faktör-XII mutasyonu ve nedeni bilinmeyen herediter anjiyoödem olup edinsel nedenler; idiyopatik-histaminerjik, idiyopatik non-histaminerjik, edinsel C1 inhibitör eksikliği ve ACE inhibitörü ilişkili anjiyoödem şeklinde sınıflandırılmaktadır. Herediter anjiyoödemde rol alan temel mediyatör bradikinindir. Bununla birlikte tüm ürtikerli anjiyoödemlerden ve ürtikersiz aniyoödemlerin de çoğundan histamin sorumludur. Ürtikerin eşlik etmediği anjiyoödemde rol oynayan mediyatörün belirlenmesi tedavi planı oluşturmada oldukça önemlidir. Şikayetler, klinik bulguları ve antihistaminik tedaviye yanıt bu hastaların yönetiminde göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anjiyoödem, edinsel, histamin

PS-076

KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARDA GIDA KATKI MADDELERİNE DUYARLILIĞIN ARAŞTIRILMASI

Ezgi Ulusoy Severcan[1], Gökçen Kartal Öztürk[2], Aykut Eşki[2], Sanem Eren Akarcan[1], Figen Gülen[1], Esen Demir[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir*

Kronik ürtikerli hastalarda atak tetikleyicisi olarak gıda katkı maddeleri de suçlanmaktadır. Bu çalışmada kronik ürtikerli hastalarda katkı maddesi duyarlılığının araştırılması amaçlanmıştır.

Kronik ürtiker etiyolojisine yönelik neden saptanamayan 24 hasta katkı maddesi olarak kullanılan guar gum (cyamopsis tetragonolobus), carob (ceratonia siliqua), gum arabic (acacia spp), tragacant (astragalus spp) spesifik IgE düzeyleri ile değerlendirildi.

12 kız, 12 erkek, 24 hastanın ortalama semptom başlangıç ve başvuru yaşları sırasıyla 89±53 ve 121±52 aydı. Ortalama semptom süreleri 28,7±18 aydı. Onüç hastanın semptomları perenial iken 11 hastanın sık aralarla (4,5±3,8 atak/yıl) yinelemekteydi. Sadece bir hastada mevsimsel özellik tanımlanmıştır. Ailede atopi oranı %21,7 olup ot polen ve mite duyarlılığı da olan dört hastada ayrıca alerjik rinit, 2 hastada astım eşlik etmekteydi. Hastaların %50'sinde aeroalerjen-spesifik IgE pozitifliği, %27,3'ünde eozinofili vardı. Ortalama aeroalerjen-spesifik IgE düzeyi 0,58±0,5 kUA/l, total IgE: 477±243 IU/l idi. Klasik tedavilere ek olarak iki hastaya izlemde omalizumab başlandı.

Hastaların 7'si(%29.1) paketli gıdalarla yakınmaların arttığını belirtmekteydi. Hastaların bir tanesinde(%4.2) çoklu gıda katkı maddeleri [guar gum-splgE: 6,5 kUA/l carob-splgE:6,2 kUA/l, gum arabic-splgE:5,5 kUA/l, tragacant-spesifiklgE:31,7 kUA/l] ile duyarlılık saptanırken bir hastada tragacant ile hafif (tragacant-splgE:0,39 kUA/l) duyarlılık saptandı. Çoklu duyarlılığı olan hastanın özellikle ev yapımı kakaolu kek ile şikayeti olmazken çikolata (guar gum ve gum arabic içeren) ve cips(tragacant) ile reaksiyonlarında artış vardı. Diğer hastalarda herhangi bir pozitiflik saptanmadı.

Sonuç olarak gıda katkı maddeleri kronik ürtikerde semptomlarda artışa neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: carob, gıda katkı maddesi, guar gum, gum arabic, tragacant, ürtiker

PS-077

AKUT ÜRTİKERİN NADİR GÖRÜLEN BİR TİPİ: ÜRTİKERYA MULTİFORME

Sevim Örüm, Pınar Gökmirza Özdemir, Burçin Beken, Velat Çelik, Mehtap Yazıcıoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Ürtikerya multiforme, daha çok küçük çocuklarda görülen bir ürtiker alt tipidir. Enfeksiyöz etkenlerle ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte etyolojisi net anlaşılamamıştır. Antihistaminiklere iyi yanıt veren ve sıklıkla kendi kendini sınırlayan, derinin aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bu olguda antihistaminik tedavisine rağmen döküntüleri artış gösteren hasta sunulmuştur.

OLGU: 5 yaş 4 aylık erkek olgu, akut bronşiolit tanısıyla başvurudan 20 gün önce dış merkezde 3. kuşak sefalosporin (sefpodoksim) tedavisi almış, 10 günlük tedavinin tamamlanmasının ardından kulak ağrısı başlaması üzerine otit tanısıyla aynı antibiyotik tedavisi önerilmiş. Tedavinin 5. günündeyken kremalı ve çilekli pasta yeme öyküsü sonrası tüm vücutta ürtikeryal tarzda döküntüleri olması üzerine hastaya dış merkezde prednizolon, feniramin uygulanmış. Hasta döküntülerinde artış olması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Özgeçmişinde 2,5 yaşında ceviz yeme sonrası ürtiker gelişmesi dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde gövdede, üst ve alt ekstremitelerde basmakla solan, halkasal tarzda, ortası soluk, kaşıntılı hedef lezyonları mevcuttu. Anjioödem yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hasta Çocuk Allerji Servisi'ne yatırıldı. Akut faz reaktanları alındı, sedimentasyon ve CRP'si negatifti, %77 polimorfonükleer hücre hakimiyetinde olan hafif lökositozu (16 000) mevcuttu. Boğaz kültürü alındı. Metilprednizolon 2 mg/kg/gün, hidroksizin 4 mg/kg/gün başlandı. Viral serolojisi gönderildi. Cilt biyopsisi yapıldı. Antichlamidya IgA +, IgG +++, IgM negatif saptandı. CMV IgM düşük pozitifti. Parvovirüs ve mikoplazma antikorları negatif saptandı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Cilt biyopsi sonucu ürtikerya multiforme ile uyumlu sonuçlandı.

SONUÇ: Ürtikerya multiforme çocukluk çağında eritema multiforme ile karışabilmesi açısından önemli, akılda tutulması gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut ürtiker, eritema multiforme, ürtikerya multiforme

PS-078

ÜRTİKERYA MULTİFORME İLE BAŞVURAN 5 OLGUNUN SUNUMU

İlknur Külhaş Çelik[1], Betül Büyüktiryaki[1], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Müge Toyran[1], Ersoy Civelek[1], Tayfur Giniş[1], Can Naci Kocabaş[2]

[1] *Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemaoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği*
[2] *Muğla Sıtkı Koçman Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı*

Ürtikerya multiforme (ÜM) süt çocuklarını ve küçük çocukları etkileyen bir hastalıktır. Klinik tablosunda; akut başlayan, basmakla solan, anüler, polisiklik, koyu renkli veya ekimotik merkezleri olan eritematöz plaklar (hedef benzeri lezyonlar) görülebilir. ÜM benigndir ve kendini sınırlar.

Haziran 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 5 ÜM olgusu sunulmuştur. Hastalarımızın yaşları 1.7 ile 5.3 yıl (ortanca yaş:1.83 yıl) arasında değişmekte olup, 4'ü erkek biri kızdı. Hastalarımızın hepsinde üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları, 2'sinde amoksisilin klavulonat kullanma öyküsü vardı. Bir hastamız 3 ay arayla 2 kez ÜM kliniği ile tarafımıza başvurmuştu ve ilk başvurusunda eşlik eden gastroenterit bulguları ve ikinci başvurusunda üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları vardı. Hastalarımızın hepsinin tedavisinde antihistaminik kullanılmış olup, 2 hastada sistemik steroid de kullanılmıştı. Hastalarımızın hiçbirinin semptomları bir haftadan uzun sürmemişti.

Akut ürtikerin morfolojik bir alt tipi olan ÜM'nin öncelikle eritema multiforme, serum-hastalığı-benzeri reaksiyonlar ve ürtikeryal vaskülit ile ayırıcı tanısının yapılması uygun ve doğru tedavi açısından önem taşımaktadır

Anahtar Kelimeler: çocuk, ürtiker, ürtikerya multiforme,

PS-079

TİKSOKORTOL VE PARTHENOLİD DUYARLILIĞI OLAN ATOPİK DERMATİT OLGUSU

Nazlı Ercan[1], Ayşegül Ertuğrul[1], Ebru Cihan[2]

[1]*SBU, Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı,Ankara*
[2]*SBU, Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Ankara*

GİRİŞ: Allerjik kontakt dermatit, kutanöz T lenfositlerin aktivasyonuna bağlı gelişen geç tipte aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Allerjik kontakt dermatit çocukluk çağı atopik dermatitlerinin %20'si kadarında görülebilir ve çoğunlukla tanınamamaktadır.

OLGU: 2 yaş 9 aylık erkek hasta ceviz, fındık, fıstık, badem yedikten sonra gözlerde kızarıklık, vücutta yaygın kaşıntı ve son 3-4 aydır ağız çevresinde olan kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Bebeklik döneminde eklem bölgelerinde kızarıklık ve kuruluk olduğu, atopik dermatit tanısı aldığı, bir dönem nemlendirici ve çeşitli topikal tedaviler kullandığı öğrenildi. İzlemde birinci derecede akrabalarında allerjik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde ciltte yaygın kuruluk ve ağız çevresinde pullanma, milimetrik papuller ve egzamatize alanlar olduğu görüldü. Hastanın yapılan deri testinde sırasıyla ceviz, fındık, domates; 5x5mm, 13x9mm, 5x4mm endurasyon ve hipereminin eşlik ettiği pozitiflik saptandı. Diğer besin allerjenleri ile yapılan deri prik testleri negatifti. Besin eliminasyonu ve cilt bakım önerileri verilen hastanın kontrolde nemlendirici kullandığı alanlarda kızarıklık ve kaşıntı artışı olduğu öğrenildi. Hastaya "Thin-layer Rapid-Use Epicutaneous" (T.R.U.E.) test ve kullandığı nemlendirici ile yama testi yapıldı. Tiksokortol pivalat, parthenolid ve kullandığı nemlendirici ile 2+pozitif reaksiyon saptandı. Hastanın kullandığı nemlendiricisi değiştirildi. Cilt bulgularında gerileme saptandı.

SONUÇ: Atopik dermatiti olan hastalarda eşlik edebilecek allerjik kontakt dermatit tanısının tespiti çok daha etkin bir tedaviye imkan verecektir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, allerjik kontakt dermatit, yama testi

PS-080

KRONİK ÜRTİKER'Lİ OMALİZUMAB KULLANILAN VAKA

Öner Özdemir[1], Nihat Atahan Kanbur[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji-İmmnünoloji Bilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sakarya*

GİRİŞ: Ürtiker eritemli-ödemli papüller, anjiyoödem veya her ikisinin gelişmesiyle karakterize bir deri hastalığıdır. Ürtiker plakları vücudun herhangi bir yerinde gelişebilirler. İnsanların %15-25 'ni hayatlarının herhangi bir döneminde etkiler. Altı haftadan kısa sürüyorsa akut, uzun sürüyorsa kronik ürtiker denir. Vakaların üçte ikisinden fazlası akuttur. Kronik ürtiker göreceli olarak sık görülen bir hastalıktır ve prevalansı %0,5-1 civarındadır. Burada kronik ürtikerli omalizumab kullanılan bir vakada deneyimimiz paylaşılmaktadır.

OLGU SUNUMU: On beş yaşında kız hasta; yüz, gövde ve ekstremitelerinde kaşıntılı, deriden kabarık, 3 yıldır ayda 4-5 kere tekrar eden lezyonlar gelişmesi şikayetiyle getirildi. Aynı zamanda yüzünde ve ellerinde şişlikler de oluyormuş. Lezyonlar en erken 2-3 günde bir, en geç 20 günde bir oluşuyormuş. Değişik antihistaminikler (1. ve 2. kuşak), montelukast ve kortikosteroidlere belli bir derece yanıt vermesine rağmen tam düzelmiyor ve yine de tekrar ediyormuş. Gribal enfeksiyon geçirdiği zamanlarda ve bazı ilaç kullanımlarından (Majezik 500 mg tb ve Benexol B12 tb) sonra lezyonlarında artış oluyormuş. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı (45 kg) ve boyunun (155 cm) 10 persentil olduğu gözlendi. Ateş 37 oC, Kalp tepe atımı: 110/dk, Solunum sayısı: 25/dk idi. Gövde ve ekstremitelerinde papüller, ürtikeryal lezyonlar olup diğer sistem muayeneleri normaldi. Yapılan laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı normal, periferik kan yaymasında eozinofili yoktu. Dışkıda parazit, amip, giardia ve H. Pylori direk antijenleri negatifti, idrar incelemesi, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, kan lipid düzeyleri, tiroid fonksiyon testleri, tiroid otoantikorları, serum elektrolitleri, kan şekeri düzeyi normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, C3, C4, ANA, RF, kantitatif immünoglobülin düzeyleri normal, IgE 79.6 IU/ml (normal) idi. Deri prik testi değerlendirmesinde pozitif kontrol 5*5, negatif kontrol 3*3, akar, cladosporium, köpek, İngiliz çimeni, cereal mix, akkazayağı ve çam dahil 3*3 olup, sadece servi 0*0 idi. Hafif dermografizm bulguları gösteriyordu. Gıda, polen ve ev tozu akarlarına yönelik bakılan Spesifik IgE değerleri normaldi. Hastanın yapılan ürtiker aktivite skorlaması (UAS7) antihistaminik kullanımı altında bile 14, kullanmadan önce ise haftasına göre 21-28 arasında idi. Bunun üzerine hastaya aylık olarak 6 ay boyunca 300 mg omalizumab subkutan olarak verilmesi planlandı. İlk yapılan omalizumaba bağlı hemen 15 dakika içinde gelişen baş dönmesi dışında oluşabilecek diğer yan etkiler görülmedi ve şikayetleri tekrar etmedi.

SONUÇ: Hastamız kronik ürtikerli hastalarda, birçok ilaçla başarısızlığa rağmen omalizumabın yararlı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: omalizumab, ürtiker, anjioödem

PS-081

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR BİR DÖKÜNTÜ NEDENİ

Ayşegül Ertuğrul, Zeynep Şengül Emeksiz, Serap Özmen

SBU, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Rekürren toksin aracılı perineal eritem stafilokok ve streptekokların ürettiği toksinlere bağlı gelişen bir süperantijen hastalığıdır. Burada, 12 yaşında perineal eritem ve soyulması olan bir kız hasta sunulacaktır.

OLGU: 12 yaşında kız hasta ellerde ve bacaklarda kızarıklık şikayeti ile hastaneye başvurdu. 2 gün önce faringotonsillit tanısı ile amoksisilin-klavulonat, parasetamol, desloratadin ve flurbiprofen oral sprey tedavisi kullanmakta idi. İlk fizik muayenesinde kırmızı çilek dili, orofarenkste hiperemi, ellerde, kolların distalinde ve bacaklarda dizlerde daha yoğun olmak üzere basmakla solan birleşme eğiliminde makulopapuler döküntü saptandı. Hastanın izleminde 24 saat içinde perine, inguinal ve pubik bölgede ve gluteal bölge medialinde simetrik keskin kenarlı eritem ve deskuamasyon görüldü. Sefotaksim tedavisi başlanan hastanın tedavisinin ikinci gününde lezyonlarında belirgin gerileme saptandı.

TARTIŞMA: Çocuklarda günlük pratikte enfeksiyonlar ya da ilaç hipersensitivitesine bağlı döküntülerle sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ayırıcı tanıda bakteriyel toksinlerle ortaya çıkan rekürren toksin aracılı perineal eritem akılda tutulmalı ve uygun antibiyotik ile tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rekürren toksin aracılı perineal eritem, çocuk, deskuamasyon

PS-082

SİSTEMİK NİKEL ALLERJİLİ ADÖLESAN OLGU

Ayşegül Ertuğrul, İlknur Bostancı

SBU, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji, Ankara

GİRİŞ: Nikel allerjisi olan hastalarda diyet ile nikel alımının sistemik semptomlara yol açabileceği öne sürülmüştür. Nikel duyarlanması olan hastalarda sistemik olarak nikel alınması ile kontakt dermatitte alevlenme dışında, kronik kaşıntı, makulopapuler döküntü, vaskülit benzeri lezyonlar, kronik ürtiker, baboon sendromu literatürde gösterilmiş klinik varyantlardır. Burada sistemik nikel allerjisi olan bir adölesan hasta sunulacaktır.

OLGU: 16 yaşında kız hasta kliniğimize 8 aydır aralıklarla devam eden kaşıntı ve kabarıklıklar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde, makrolid grubu ilaçlarla provokasyon testi ile doğrulanmış ilaç allerjisi mevcuttu. Fizik muayenesi sırasında inspeksiyonda sutyenini iç çamaşırının üstüne takdığı, bu şekilde giyinmezse kaşıntı ve kızarıklık şikayeti olduğu öğrenildi. Hastanın gövdesinde nadir papuler ürtiker plakları saptandı. Hastaya aeroallerjenlerle yapılan deri prik testinde duyarlanma saptanmadı." Thin –layer rapid-use epicutaneous" (T.R.U.E) test ile yama testi uygulandı. Nikel allerjeni ile pozitiflik saptandı. Koruyucu önlemler ve düşük nikel içerikli diyet ile hastanın şikayetlerinde düzelme tespit edildi.

TARTIŞMA: Kronik non- IgE aracılı dermatitlerde ve nadir bir klinik varyant olarak kronik ürtikerde nikel duyarlanması ve diyetteki nikel içeriği semptomların tetikleyicisi olabilir.

Anahtar Kelimeler: nikel allerjisi, kronik ürtiker, kontakt dermatit

PS-083

LATEKS ALERJİSİ GELİŞEN NÖROJENİK MESANELİ ÇOCUK OLGU

Hakan Güvenir[1], Necati Emrecan Türk[1], Umut Selda Bayrakçı[2], Emine Dibek Mısırlıoğlu[1], Can Naci Kocabaş[3]

[1]*Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[2]*Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, Ankara*
[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Muğla*

GİRİŞ: Lateks, "Hevea brasiliensis" ağacından elde edilen eldiven; prezervatif, balon ve kateter gibi malzemelerin üretimi için kullanılan bir maddedir. Lateks alerjisi, ürtiker, anjiyoödem, öksürük, anafilaksi gibi çeşitli klinik semptomlarla kendini gösteren, doğal kauçuk lateks antijenine karşı gelişen IgE aracılı hipersensitivite reaksiyonudur. Genetik yatkınlık ve lateks antijenine yüksek maruziyet lateks alerjisi gelişimi için risk oluşturmaktadır. Burada lateks alerjisi gelişen, nörojenik mesaneli çocuk olgu sunulmaktadır.

OLGU: Opere meningomyelosel+Hidrosefali+Nörojenik mesane tanıları ile takipli olan 2,5 yaşındaki erkek hasta vücutta tekrarlayan kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden; bilinen bir alerjik hastalığı olmadığı, düzenli intraüretral kateterizayon uygulandığı, balon teması sonrası vücudunda ürtiker ve kaşıntı geliştiği, naylon poşet teması sonrası ise göz kapaklarında anjiyoödem olduğu öğrenildi. Hastada lateks alerjisi olabileceği düşünüldü. Hastanın laboratuar tetkikleri: Eozinofil sayısı: 200/mm^3, Total IgE: 61 kU/mL, Lateks spesifik IgE: 11,3 kU/L, Deri prik testinde lateks: 5x5 mm idi. Hastaya lateks alerjisi tanısı kondu. Lateks içermeyen intraüretral kateter kullanması, lateks içeren balon, naylon poşet gibi eşyalardan uzak durması önerildi. Acil durumlarda kullanılmak üzere adrenalin otoenjektör reçete edildi.

SONUÇ: Nörojenik mesaneli hastalar düzenli intraüretral kateterizasyon işlemi nedeniyle latekse çok sık maruz kalmakta ve bu durum lateks alerjisi riskini arttırmaktadır. Bu yüzden lateks alerjisi, nörojenik mesaneli hastalar için önemli bir problemdir. Bu hastaların lateks alerjisi açısından değerlendirilmesi ve alerji gelişen hastalarda lateks maruziyetinin sonlandırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: allerji, lateks, nörojenik mesane

PS-084

ATOPİK DERMATİT İLE İZLENEN HASTALARDA PROGNOZ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sevgi Sipahi[1], Deniz Özçeker[2], Fulya Özdemircioğlu[3], Nermin Güler[4], Zeynep Tamay[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, İstanbul*
[2]*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Kliniği, İstanbu*
[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*
[4]*İstanbul Bilim Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Atopik dermatit (AD) kronik, kaşıntılı, alevlenme ve düzelmeler ile seyreden inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Deri bariyer bozukluğu ile birlikte T hücre disfonksiyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Çoğu çocukta yaşla birlikte hastalık düzelse de bazı çocuklarda semptomlar erişkin çağda da devam etmektedir. Bu çalışmada çocuklarda AD'in doğal seyri ve etkileyen risk faktörlerini değerlendirmek amaçlandı. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı polikliniğinde Ocak 2010 ve Aralık 2016 tarihleri arasında AD tanısı ile izlenen çocuklardan en az 6 aydır şikayeti olan, başvuru yaşı ≥12 ay olan, en az 3 ay tarafımızca izlenen 74 çocuk [27K(%36,5),47E (%63,5)] çalışmaya alındı. Hastaların bulguları poliklinik dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenerek değerlendirildi. Hastalar klinik bulgularına göre remisyon, intermittan ve persistan olarak üç grupta sınıflandırıldı. Bu çalışmada AD'in persistan seyiri açısından ailede atopi öyküsü olması risk faktörü olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, persistan seyir, prognoz, risk faktörü

PS-085

ÜRTİKERYA MULTİFORME; İKİ OLGU SUNUMU

Şükrü Çekiç[1], Yakup Canıtez[1], Yasin Karalı[1], Hasan Türkmen[2], Nihat Sapan[1]

[1]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Bursa*
[2]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ: Ürtikerya multiforme; ilk kez 2007 yılında tanımlanan akut ürtikerin nispeten nadir görülen morfolojik alt tipidir. Etiyolojide en çok viral enfeksiyonlar ve ilaç kullanımı (sıklıkla antibiyotik) sorumlu tutulmaktadır.

OLGU 1: Beş yaşında kız hasta tarafımıza 1 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında sefuroksim kullanılması sonrası başlayan döküntü yakınması ile başvurdu. Bu döküntülerin 24 saatten uzun sürdüğü, kaşıntının eşlik ettiği ve beraberinde yüzde şişme olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın, kaşıntılı, basmakla solan, deriden kabarık, halka şeklinde döküntüler mevcuttu. Laboratuvar bulguları normaldi. Hastaya klinik bulgularından yola çıkılarak ürtikerya multiforme ön tanısı konuldu. Setirizin ve metilprednizolon (1 mg/kg/gün) başlanması sonrası döküntülerinde gerileme izlendi.

OLGU 2: İki yaşında erkek hasta. Ellerde şişlik ve tüm vücutta döküntü yakınmaları ile tarafımıza başvurdu. Yakınmalarının 10 gün önce solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile seftriakson ve oral amoksisilin-klavulonik asit tedavileri başlandıktan 10 gün sonra oluştuğu, döküntülere kaşıntının ve yüzde şişmenin eşlik ettiği öğrenildi. Fizik muayenede tüm vücutta halka şeklinde, ortaları soluk yada ekimotik, birleşmeye meyilli, basmakla solan döküntüler ve her iki el sırtında ödem vardı. Hastaya mevcut bulgularla ürtikerya multiforme tanısı konuldu. Feniramin maleat ve metil prednizolon (1 mg/kg/gün) tedavileri başlandı. Tedavi sonrası lezyonlarda gerileme görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ürtikerya multiforme, basmakla solmayan, dairesel ve polisiklik eritematöz lezyonlar ile karakterize ürtikerin nadir görülen bir formudur. Eritema multiforme ve serum hastalığı benzeri bağlı cilt lezyonları gibi daha ciddi tablolardan ayrımı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ürtikerya multiforme, eritema multiforme, ürtiker

YAZAR DİZİNİ

A

Ağralı, Nesli PS-015
Akçal, Ömer PS-027
Akın Aykan, Emel PS-040
Akman, Sezin Aşık PS-016
Alataş, Cem PS-068
Alioğlu, Bülent PS-044
Altınkaynak, Pınar PS-012
Altıntaş, Derya Ufuk SS-003
Altıyaprak, Semra SS-006, PS-065
Anal, Özden PS-026, SS-013, SS-014
Anıl, Hülya SS-011, PS-028
Arga, Mustafa PS-012, PS-060, SS-011
Arıkan Ayyıldız, Zeynep SS-001
Arıkoğlu, Tuğba SS-016
Aşık Akman, Sezin SS-012
Asilsoy, Suna PS-015, PS-026, SS-001, SS-013, SS-014, PS-034, PS-032
Asılsoy, Suna PS-043
Aslançınar, Ayşegül PS-012
Atakul, Gizem PS-043, PS-015, SS-013, SS-014, PS-034, PS-032
Aydoğan, Ceyda PS-026
Aykan, Emel PS-059
Aykanat, Alper PS-009

B

B. Özkan, Tanju PS-074
Babayiğit, Arzu PS-054
Bahçeci, Semiha PS-041
Bahçeci Erdem, Semiha PS-027
Bahçeciler, Nerin PS-023, PS-054
Bakırtaş, Arzu PS-036, SS-010, PS-067, SS-011, PS-051
Baranlı, Gülce PS-016, SS-012, PS-041
Başaran, Abdurrahman Erdem PS-006
Başarır, Günce PS-029
Başçı, Zeynep PS-040
Bayrakçı, Umut Selda PS-083
Bekdaş, Mervan SS-002
Beken, Burçin PS-045, PS-075, PS-077, PS-039
Bektaş Kut, Fulya PS-057
Bent, Sultan PS-071
Berdeli, Afig PS-019
Besli, Esen PS-012
Bilgiç Eltan, Sevgi PS-001
Bingöl, Ayşen PS-006
Birinci, Seyhan PS-060
Böber, Ece PS-026
Bostan Gayret, Özlem PS-005, PS-038, PS-071
Bostancı, İlknur PS-052, SS-009, SS-005, PS-059, SS-006, PS-065, SS-015, PS-082
Bozan, Gülçin PS-028
Bozaykut, Abdulkadir PS-029
Bozbulut, Neslihan Ekşi SS-010
Büke, Övgü PS-005, PS-038
Bülbül Acar, Serra PS-049
Burg, Mirjam Van Der PS-019
Büyüktiryaki, Betül PS-078, PS-048, PS-063

C-Ç

Çağlar, Atika SS-001
Çağlayan Sözmen, Şule PS-026, SS-001
Çakır, Erkan PS-069
Çakır, Eylül Bakır PS-067
Can, Demet PS-016, PS-027, SS-012
Canıtez, Yakup PS-074, PS-037, PS-056, PS-085
Çapanoğlu, Murat PS-063
Çekiç, Şükrü PS-074, PS-037, PS-056, PS-085
Çelik, Velat PS-045, PS-075, PS-077, PS-039
Çeliksoy, Mehmet Halil PS-025
Çetin, Mecnun PS-003
Ceylan, Yasemin PS-071
Cihan, Ebru PS-079
Çıtak, Funda SS-016
Civelek, Ersoy PS-078
Çokboz, Melike PS-016
Çolak, Mustafa PS-032
Coşkun, Orhan SS-005
Çoşkun, Orhan PS-040

D

Dalgıç, Buket SS-010
Demir, Esen PS-076, PS-007, PS-017, PS-072
Demir, Osman PS-025
Demirsoy, Mehmet Sadık PS-067
Demirtaş, Mehmet Semih PS-014
Dibek Mısırlıoğlu, Emine PS-078, PS-055, PS-048, PS-061, PS-062, PS-063, PS-083
Dilek, Fatih SS-008, PS-010, PS-069
Dilek, Mustafa SS-002
Doğan, Caner PS-025
Doğru, Mahmut PS-008, PS-009, PS-073, PS-029, PS-058
Doğruel, Dilek SS-003
Duman Şenol, Handan PS-046, PS-042

E

Ekimci, Neslihan PS-030, PS-031
Elçi Karaduman, Alev PS-009, PS-073
Elmas, Bahri PS-013, PS-035, PS-047
Er, Melih SS-016
Ercan, Nazlı SS-005, PS-079, SS-015
Eren Akarcan, Sanem PS-076, PS-007, PS-017
Erge, Duygu PS-018, PS-070
Ergin, Melek SS-002
Erkan, Mehmet Ubeyde PS-058
Erkoçoğlu, Mustafa SS-002
Eroğlu Filibeli, Berna SS-001
Erol, Meltem PS-005, PS-038, PS-071
Ertoy Karagöl, Hacer İlbilge SS-011
Ertuğrul, Ayşegül PS-059, SS-006, PS-079, PS-081, SS-015, PS-082
Eşki, Aykut PS-007, PS-076, PS-017, PS-072

G

Genç, Gökçe PS-013
Genel, Ferah PS-041
Geylani Güleç, Seda PS-025
Giniş, Tayfur PS-078, PS-061
Gökay, Songül PS-057
Gökmirza Özdemir, Pınar PS-045, PS-075, PS-077, PS-039
Grimbacher, Bodo PS-019
Gül, İhsan PS-003
Gülbahçe, Aliye PS-062
Gülen, Figen PS-076, PS-007, PS-017, PS-072

Güler, Nermin PS-050, SS-008, PS-049, PS-084
Gülez, Nesrin PS-041
Guliyeva, Vafa PS-012
Gülkokan, Kadriye PS-061
Güllüelli, Hatice PS-008
Güner, Şükrü Nail PS-019
Güneş, Soner SS-012
Güngör Takeş, Gizem PS-046
Gürkan, Ödül Eğritaş SS-010
Güvenir, Hakan PS-048, PS-061, PS-062, PS-063, PS-083

H
Harmancı, Koray SS-011, PS-028
Hazar Sayar, Esra PS-019
Hazıroğlu Ökmen, Zeynep PS-025
Hepokur, Merve Nur PS-010
Hürmüzlü, Selen PS-055

I-İ
Işik, Sakine PS-026, SS-001, PS-003

K
Kabakuş, Nimet SS-002
Kan, Ahmet PS-036, SS-010, PS-064, PS-067, PS-051
Kanbur, Nihat Atahan PS-002, PS-021, PS-020, PS-080
Kanık, Esra Toprak PS-030
Kapaklı, Hasan PS-019
Kara, Serdar PS-044
Karadeniz, Cemile PS-059
Karalı, Yasin PS-074, PS-037, PS-056, PS-085
Karaman, Özkan PS-043, PS-015, PS-026, SS-001, SS-013, SS-014, PS-034, PS-032
Karaman, Sait PS-016, PS-027
Karaselek, Mehmet Ali PS-019
Kardaş, Fatih PS-057
Karimova, Maleyka PS-011
Karkıner, Canan Şule PS-027
Karslıoğlu, Nilgün SS-009
Kartal Öztürk, Gökçen PS-007, PS-076, PS-017, PS-072
Kaya, Ali Ersun PS-018, PS-070
Kaya, Neslihan Gürcan SS-010
Kazancıoğlu, Alp PS-064
Keleş, Sevgi PS-019
Kemer, Özlem PS-016, SS-012
Kendirci, Mustafa PS-057
Kesici, Selman PS-040
Keskin, Özlem PS-001
Kılıç, Ahmet Osman PS-040
Kılıç, Gürkan SS-007
Kocabaş, Can Naci PS-078, PS-062, PS-055, PS-048, PS-061, PS-063, PS-083
Kocagözoğlu, Sevim Gonca PS-048
Koçak, Abdülkadir PS-028
Köksal, Burcu SS-011
Köroğlu, Kübra PS-056
Köse, Seda PS-043, PS-026
Köse, Seda Şirin PS-032
Küçüker, Hakan PS-037
Küçükosmanoğlu, Ercan PS-001
Külhaş Çelik, İlknur PS-078, PS-055
Kurşun Ağlamış, Gözde PS-051
Kurt, Funda PS-062
Kurtuluş Çokboz, Melike SS-012
Kuşlar, Saliha PS-045
Kutluğ, Şeyhan SS-011
Kuyucu, Semanur SS-016

L
Lüleyap, Doğa PS-043

M
Mammadova, Zarife PS-011
Meriç, Zeynep PS-069, PS-010
Metbulut, Azize Pınar PS-023, PS-054

N
Nacaroğlu, Hikmet Tekin PS-005, PS-027, PS-038, PS-071

O-Ö
Öksel, Ali PS-015
Öksel, Betül PS-015
Ören, Nusret PS-034
Örüm, Sevim PS-077
Öz, Latife PS-006
Özbay, Deniz PS-050
Özbey, Mehmet Yavuz PS-004, PS-068
Özçeker, Deniz PS-084, PS-049, PS-050, SS-008
Özdemir, Aysel SS-007
Özdemir, Mehmet PS-012
Özdemir, Nazmiye PS-018, PS-070
Özdemir, Öner PS-002, PS-021, PS-066, PS-013, PS-020, PS-035, PS-024, PS-047, PS-080
Özdemircioğlu, Fulya PS-084
Özdilekcan, Çiğdem SS-006
Özdoğru, Ece PS-046, PS-042
Özer, Medine Özge PS-040
Özgür, Taner PS-074
Özkara, Adem SS-006
Özkaya, Emin SS-008, PS-010, PS-069
Özmen, Serap SS-009, PS-059, SS-006, PS-081, SS-015
Özpenpe, Özlem PS-033
Özsoy Karabörk, Şeyda SS-002
Öztürk, Büşra PS-040
Öztürk, Fadıl SS-011
Öztürk, Kadir PS-065
Özüdoğru, Şerife Ebru PS-040

P
Paksoy, Samet PS-060

R
Razi, Hasan Cem SS-011
Reisli, İsmail PS-019

S-Ş
Şahin, Kadriye Cansu PS-032
Şahin, N. Ülkü PS-074
Sapan, Nihat PS-074, PS-037, PS-056, PS-085
Sarı, Sinan SS-010

Sarıçoban, Hülya Ercan SS-004
Şaşihüseyinoğlu, Ayşe Şenay SS-003
Şengül Emeksiz, Zeynep PS-052, SS-006, PS-065, PS-081
Serbes, Mahir SS-003
Sevinç, Nilgün PS-034
Sezer, Rabia Gönül PS-008, PS-009, PS-029
Simsek, Yurda PS-030
Şimşek, Yurda PS-031
Şimşek Onat, Pınar PS-040
Sipahi, Sevgi PS-049, PS-050, PS-084
Şirin Köse, Seda PS-015, SS-013, SS-014, PS-034
Sırmacı, Sadiye PS-036
Solmaz, Merve Betül SS-009
Soysal, Buse PS-031

T
Tahan, Fulya PS-057
Tamay, Zeynep PS-049, PS-050, PS-084, SS-008
Taşdemir, Mehmet PS-005
Tezcan, Dilek SS-013, SS-014
Tok, Şeyda PS-035
Topal, Erdem PS-014, PS-004, PS-068, SS-011
Toprak Kanık, Esra PS-027
Topuz Türkcan, Büşra PS-064
Toyran, Müge PS-078, PS-063
Tuhan, Hale PS-026
Tuncel, Tuba PS-046, PS-042
Türk, Necati Emrecan PS-083
Türkmen, Hasan PS-085
Türktaş, İpek PS-067

U-Ü
Uluğ, Nujin PS-066, PS-013
Ulusoy, Ezgi PS-017
Ulusoy Severcan, Ezgi PS-076, PS-007, PS-072
Unal, Selma SS-016
Ünal, Eda SS-007
Ünal, Özlem PS-063
Üstün, Hüseyin PS-008
Uysal, Ömer SS-008
Uysal, Pınar PS-018, PS-070
Uzun, Duygu PS-034
Uzuner, Nevin PS-043, PS-015, PS-026, SS-001, SS-013, SS-014, PS-034, PS-032

V
Vezir, Emine PS-044

Y
Yağız, Beytullah PS-040
Yasa, Emine Olcay PS-060
Yavuz, Gülcan PS-074
Yazıcı, Mebrure PS-010
Yazıcı, Selçuk PS-016, SS-012
Yazıcıoğlu, Mehtap PS-045, PS-075, PS-077, PS-039
Yiğit, Özgül PS-038, PS-071
Yıldırım, Didem Derici SS-016
Yıldız, Hicran SS-007
Yılmaz, Hasan Hüseyin PS-042
Yılmaz, Meral PS-043
Yılmaz, Mustafa SS-003
Yılmaz, Özge PS-030, PS-031
Yılmaz, Özlem SS-011
Yılmaz, Özlem Özbek SS-011
Yücel, Esra Özek PS-022
Yüksel, Hasan PS-030, PS-031

Z
Zengi, Oğuzhan PS-005
Zengin, Nur Şeyma PS-025

ÇOCUK ALERJİ VE
ASTIM AKADEMİSİ
DERNEĞİ