



10. ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI *Kongresi*

22-24 Ekim 2026

Mersin HiltonSA
MERSİN

TÜBİTAK

PROGRAM VE ÖZET KİTABI

www.2026cocukgogus.org

DAVET

Değerli Meslektaşımız,

Çocuk Göğüs Hastalıkları 10. Kongresi'ni 22–24 Ekim 2026 tarihleri arasında gerçekleştireceğimizi duyurmaktan Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği olarak mutluluk duymaktayız. İlkini 2016 yılında yaptığımız ve her sene içeriği zenginleşen ve katılımcı sayısı artan kongremize 2025'te 300'den fazla çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları ile birinci basamakta çalışan aile hekimleri katıldı.

2026 yılında yapacağımız kongremizde, ilk gün, iki salonda tam gün süren iki kurs ve devamında 2 gün 2 salonda 14 oturum ile çocuklarda solunum yolu hastalıkları ile ilgilenen hekimlerin hem bilgilerini güncelleyecekleri hem de yeni bilgi ve beceri kazanabilecekleri zengin bir bilimsel içerik olacak.

Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği olarak, bilim dalımızın kapsadığı bilimsel çerçeveyi, sahada çalışan hekimlerin ihtiyaçlarını da göz önüne alarak belirliyoruz. Böylelikle önceki kongrelerimizde olduğu gibi, meslektaşlarımızın ilgilerini ve katılımlarını yüksek düzeylerde tutabiliyoruz. 2026 yılında yapacağımız kongrede de çocuk göğüs hastalıkları uzman ve yan dal asistanlarının hedef kitle olduğu oturumların yanı sıra, birinci ve ikinci basamak hekimlerinin sık rastladıkları hastalıklar, yaşadıkları sorunlar ve çözüm yollarını içeren oturumlar da olacaktır.

Kongremize ülkemizdeki hemen hemen tüm çocuk göğüs hastalıkları uzmanı öğretim üyeleri katılmakta ve bilimsel katkı sağlamaktadır. Daha önceki kongrelerimizde olduğu gibi, bilim çevrelerinde bilinirliği yüksek, konularında derinleşmiş konuşmacıları davet edeceğiz.

Siz değerli meslektaşlarımızın, Çocuk Göğüs Hastalıkları 10. Kongresi'ne katılımınızdan onur ve mutluluk duyacağız.

Sevgi ve saygılarımızla,



Doç. Dr. Emine Gök
Kongre Sekreteri



Prof. Dr. Zeynep Seda Uyan
Kongre Başkanı



Prof. Dr. Arif Kut
Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği Başkanı

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Zeynep Seda UYAN
Kongre Başkanı (Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Emine GÖK
Kongre Sekreteri (Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Erkan ÇAKIR
(İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Ela ERDEM ERALP
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Elif DAĞLI
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Saniye GİRİT
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Yasemin GÖKDEMİR
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Bülent Taner KARADAĞ
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Fazilet KARAKOÇ
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Gürsu KIYAN
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Arif Şahin KUT
(Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Sedat ÖKTEM
(İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof Dr. Ali ÖZDEMİR
(Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Prof. Dr. Ayten PAMUKÇU

Doç. Dr. Pınar ERGENEKON
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Ayşe Ayzıt SAKALLI KILINÇ
(İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Cansu YILMAZ YEĞİT
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Mine YÜKSEL KALYONCU
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi)

Dr. Ögr. Üy. Nilay BAŞ İKİZOĞLU
(İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi)

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI DERNEĞİ

Bilimsel Program











22 EKİM 2026 PERŞEMBE

	SALON A		SALON B	SALON C
08:30-10:00	**Yenidoğanda Solunum Sorunları** *Oturum Başkanları:* ***Ayten Pamukçu, Emine Gök***	**08:30-10:00**	**Kistik Fibrozis Çalıştayı-1** *Oturum Başkanları:* ***Nural Kiper, Fazilet Karakoç***	
08:30-08:50	Prematurite ilişkili solunum sorunları: BPD ve ötesi ***Ali Özdemir***	08:30-08:50	Kistik fibroziste küresel trendler ve bunların kistik fibrozis merkezleri üzerindeki etkisi ***Bülent Taner Karadağ***	
08:50-09:10	Geç pretermlerde solunum sorunları ve takibi ***Dilber Ademhan Tural***	08:50-09:10	Yeni bir teşhisle başa çıkmak - Hayatın ilk yılı ***Deniz Doğru Ersöz***	
09:10-09:30	Term doğan bebeklerde solunum sorunları ve takibi ***Beste Özsezen***	09:10-09:30	Modülatör tedaviler ile 6 yıllık deneyim - Yeni modülatör tedaviler ***Yasemin Gökdemir***	
09:30-10:00	Tartışma	09:30-10:00	Tartışma	
10:00-10:30	**KAHVE ARASI**			
10:30-12:00	**Çocuk Göğüs Hastalıklarındaki Güncellemeler** *Oturum Başkanları:* ***Sedat Öktem, Nilay Baş İkizoğlu***	**10:30-12:00**	**Kistik Fibrozis Çalıştayı-2** *Oturum Başkanları:* ***Figen Gülen, Ebru Yalçın, Yasemin Gökdemir, Velat Şen***	
10:30-11:00	RSV enfeksiyonları ***Cansu Yılmaz Yeğit***	10:30-11:00	Kistik Fibrozis ile ilgili yürütülmekte olan çalışmalar ***Fazilet Karakoç***	
11:00-11:30	Nöromusküler hastalıklarda solunum problemleri ve yönetimi ***Saniye Girit***	11:00-12:00	Karşıt görüş: Modulatör tedaviler sonrasında KF tedavilerini kesmek mümkün mü? - Havayolu temizliği ve mukolitikler	
11:30-12:00	Tanıda genetiğin rolü ***Nagehan Emiralioğlu Ordukaya***	11:00-11:20	Mümkün ***Zeynep Seda Uyan***	
		11:20-11:40	Mümkün değil ***Pınar Ergenekon***	
		11:40-12:00	Tartışma	
12:00-12:30	**Konferans** *Oturum Başkanları:* ***Elif Dağlı, Bülent Karadağ*** Therapeutics When There is No Protein Made in CF ***Jane Davies***			
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**			

22 EKİM 2026 PERŞEMBE

	SALON A	SALON B	SALON C
14:15-15:45	**Sözlü Bildiri Oturumu-1** *Oturum Başkanları:* ***Demet Can, Dilber Ademhan Tural*** SS-01 / SS-12	**14:15-15:45** **Trakeostomili Hastaların İzleminde Çocuk Göğüs Hastalıklarının Rolü** *Oturum Başkanları:* ***Saniye Girit, Ayşe Tana Aslan*** 14:15-14:35 Trakeostomi endikasyonları ve hastaların eve gönderilme stratejileri ***Nazan Çobanoğlu*** 14:35-14:55 Trakeostomili çocuklarda evde yaşanabilecek sorunlar ve evde bakım stratejileri ***Mina Hızal*** 14:55-15:15 Trakeostomili çocuklarda dekanülasyon stratejileri ***Sedat Öktem*** 15:15-15:45 Tartışma	
15:45-16:15	**KAHVE ARASI**		
16:15-17:15	**Ekspozom ve Akciğer Sağlığı** *Oturum Başkanları:* ***Esen Demir, Ayşen Bingöl*** 16:15-16:35 Dış ortamdaki çevresel faktörlerin çocuk sağlığına etkileri ***Melih Hangül*** 16:35-16:55 Ev içi hava kirliliği ve yönetimi ***Sinem Can Oksay*** 16:55-17:15 Bireysel özelliklerin etkileri ***Emine Gök***	**16:15-17:15** **İmpuls Osilometri (IOS) Çalıştayı** *Oturum Başkanları:* ***Zeynep Seda Uyan, Tuğba Arıkoğlu*** 16:15-16:35 Teorik eğitim ***Gökçen Kartal Öztürk*** 16:35-17:15 Pratik uygulama	

23 EKİM 2026 CUMA

	SALON A	SALON B	SALON C
08:30-09:00	**Açılış Konuşmaları**		
09:00-10:30	**Ana Oturum** *Oturum Başkanları:* ***Arif Kut, Zeynep Seda Uyan***		
09:00-09:30	Protecting the children against the industry ***Elif Dağlı***		
09:30-10:00	Food insecurity/Social Determinants of Health in Cystic Fibrosis ***Yasemin Gökdemir***		
10:00-10:30	Global disparities in CF ***Jane Davies***		
10:30-11:00	**KAHVE ARASI**		
11:00-12:30	**Çocukluk Çağı Astımında Merak Edilenler – I** *Oturum Başkanları:* ***Elif Dağlı, Semanur Kuyucu***	**Kistik Fibrozis Dışı Bronşiektazi Oturumu** ***Oturum Başkanları: Bülent Karadağ, Cansu Yılmaz Yeğit***	
11:00-11:40	Karşıt görüş oturumu: Astım tanısı	11:00-11:20 Epidemiyoloji ve klinik fenotipler ***Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı***	
11:00-11:15	Öykü yeterlidir ***Ayşen Bingöl***	11:20-11:40 Kistik Fibrozis dışı bronşiektazinin genetik temeli - PSD ve diğerleri **Aykut Eşki**	
11:15-11:30	Laboratuvar olmadan olmaz ***Figen Gülen***	11:40-12:00 Tedavi ve uzun dönem yönetimi ***Erkan Çakır***	
11:30-11:40	Tartışma	12:00-12:30 Tartışma	
11:40-12:00	Uzun dönem tedavi ***Erdem Başaran***		
12:00-12:20	Akut astım atağı tedavisi ***Arif Kut***		
12:20-12:30	Tartışma		
12:30-14:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**		
13:00-14:00			**Poster Bildiri Oturumu-1** ***Oturum Başkanları:*** ***Fazılcan Zirek, Mürüvvet Yanaz*** PS-01 / PS-08

23 EKİM 2026 CUMA

SALON A		SALON B		SALON C	
14:00-15:30	**Çocukluk Çağı Astımında Merak Edilenler – II** *Oturum Başkanları:* ***Ali Baki, Emine Gök***	**14:00-15:30**	**Sözlü Bildiri Oturumu-2** *Oturum Başkanları:* ***Nural Kiper, Ali Özdemir*** SS-13 / SS-24	**14:00-15:30**	**Sözlü Bildiri Oturumu-3** *Oturum Başkanları:* ***Yasemin Gökdemir, Erkan Çakır*** SS-25 / SS-38
14:00-14:40	Karşıt görüş: Astım düzelir mi?				
14:00-14:15	Mümkün ***Ayten Pamukçu***				
14:15-14:30	Mümkün değil ***Esen Demir***				
14:30-14:40	Tartışma				
14:40-15:00	Ağır astım ***Nilay Baş İkizoğlu***				
15:00-15:20	Astımda yürütülmekte olan çalışmalar: Gelecekte bizi neler bekliyor? ***Demet Can***				
15:20-15:30	Tartışma				
15:30-16:00	**KAHVE ARASI**				
16:00-17:00	**Türk Pediatri Kurumu (TPK) Oturumu: Tüberküloz ve Nontüberküloz Mikobakteri Enfeksiyonlarının Tanı ve Tedavisinde Yenilikler** *Oturum Başkanları:* ***Özgür Kasapçopur, Haluk Çokuğraş***	**16:00-17:00**	**Uykuda Solunum Bozukluklarında Yenilikler** *Oturum Başkanları:* ***Mehmet Köse, Sedat Öktem***		
16:00-16:20	Tüberküloz aşılama, tanı ve tedavisinde ümit vadeden çalışmalar: Gelecekte bizi ne bekliyor? ***Uğur Özçelik***	16:00-16:20	Tanıda yenilikler ***Ayşe Tana Aslan***		
16:20-16:40	Nontüberküloz mikobakteri enfeksiyonlarının tanı ve tedavisinde neredeyiz? Yenilikler var mı? ***Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu***	16:20-16:40	Pediatrik OSA'DA kişiselleştirilmiş tedavi ***Sedat Öktem***		
16:40-17:00	Tartışma	16:40-17:00	Tartışma		
17:00-18:00	**Sözlü Bildiri Oturumu-4** *Oturum Başkanları:* ***Pınar Ergenekon, Deniz Mavi*** SS-39 / SS-46	**17:00-18:00**	**Sözlü Bildiri Oturumu-5** *Oturum Başkanları:* ***Merve Selçuk, Erdem Gönüllü*** SS-47 / SS-54	**17:00-18:00**	**Akılcı Antibiyotik Kullanımı** ***Cansu Yılmaz Yeğit***

24 EKİM 2026 CUMARTESİ

	SALON A	SALON B	SALON C
08:30-10:30	**Ulusal Çocuk Göğüs Hastalıkları Platformu Oturumu** ***Oturum Başkanları: Arif Kut, Uğur Özçelik, Saniye Girit, Figen Gülen, Sevgi Pekcan, Mehmet Köse***		
08:30-08:45	Çocuk göğüs hastalıklarında ülkemizde güncel durum ve platformun kuruluşu ***Erkan Çakır***		
08:45-09:00	Platform yapısı ve işleyişi ***Ayşe Tana Aslan***		
09:00-09:15	Platformun ana amaç ve hedefleri ve hedefler doğrultusunda yapılacaklar ***Güzin Cinel***		
09:15-09:30	Platform alt çalışma grupları ve grupların hedefleri ***Melih Hangül***		
09:30-09:45	Planlanan projeler ***Tuğba Ramaslı Gürsoy***		
09:45-10:00	Gelecek vizyonu: Ülkemiz adına neler yapılabilir? ***Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı***		
10:00-10:30	Tartışma		
10:30-11:00	**KAHVE ARASI**		
11:00-12:00	**Toplumda Sık Görülen Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Zor Vakalar** *Oturum Başkanları:* ***Ercan Küçükosmanoğlu, Mina Hızal***	**10:30-11:30**	**Genç Çocuk Göğüs Hastalıkları Oturumu Ülkemizden yayınlanmış makaleler** *Oturum Başkanları:* ***Pınar Ergenekon, Sanem Eryılmaz Polat, Aslı İmran Yılmaz***
11:00-11:30	Bronşiyolit ***Ebru Yalçın***	10:30-10:50	***Handan Kekeç***
		10:50-11:10	***Şeyda Karabulut***
11:30-12:00	Pnömoni ***Nevin Uzuner***	11:10-11:30	***Ece Ocak***
12:00-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**		
			12:00-13:00 **Poster Bildiri Oturumu - 2** *Oturum Başkanları:* ***Aslı İmran Yılmaz, Erdem Gönüllü*** PS-09 / PS-17

09:00-12:00	**Ter Testi Çalıştayı**

24 EKİM 2026 CUMARTESİ

SALON A		SALON B		SALON C	
13:00-14:30	**Sözlü Bildiri Oturumu-6** ***Oturum Başkanları: Sanem Eryılmaz Polat, Mürüvvet Yanaz*** SS-55 / SS-69	**13:00-14:30**	**Sözlü Bildiri Oturumu-7** ***Oturum Başkanları: Fazılcan Zirek, Ayça Yıldız*** SS-70 / SS-84	**13:20-16:00**	**KİSTİK FİBROZİS AİLE TOPLANTISI**
				13.20-13.40	**Açılış Konuşması** ***Arif Kut*** *Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği Başkanı* ***Bülent Karadağ*** *Selim Çöremen KF Merkezi Koordinatörü*
				13.40-13.50	İlaca erişim süreci - Savunuculuk ***İlknur Görgün*** *Kifder Başkanı*
				13.50-14.10	KF'de rutin kontroller ve takip ***Tuğba Ramaslı Gürsoy***
				14.10-14.30	Tedavilerde güncel gelişmeler ***Ali Özdemir***
14:30-15:00	**KAHVE ARASI**				
15:00-16:30	**Vakalarla Çocuk Göğüs Hastalıkları - Ağır Enfeksiyon Sekelleri** *Oturum Başkanları:* ***Erkan Çakır, Gamze Gökulu***	**15:00-16:30**	**Çocuk Göğüs Hastalıklarında Teknolojik Yenilikler** *Oturum Başkanları:* ***Sedat Öktem, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu***	15.00-15.20	Trikafta takibi, etkileri ve yan etkileri ***Melih Hangül***
15:00-15:30	Plevral efüzyon ***Azer Kılıç Başkan, Sevgi Pekcan***	15:00-15:30	Tanıda yenilikler ***Gizem Özcan***	15.20-15.40	Önemli başlıklar; aşılar-cihaz temizliği, sterilizasyonu-hijyen ***Gamze Taştan*** *KF Hemşiresi* ***Burcu Uzunoğlu*** *KF Hemşiresi*
15:30-16:00	Nekrotizan pnömoni ***Şeyda Karabulut, Velat Şen***	15:30-16:00	Tedavide yenilikler ***Sanem Eryılmaz Polat***	15.40-16.00	KF'de beslenmenin önemi ve öneriler ***Damla Kocaman***
16:00-16:30	Postenfeksiyöz bronşiyolitis obliterans ***Hakan Yazan, Güzin Cinel***	16:00-16:30	İzlemde yenilikler ***Tuğba Ramaslı Gürsoy***	16.30	Kongre Kapanış Töreni
16:30-17:00	**KAPANIŞ TÖRENİ**				

SÖZLÜ BİLDİRİLER

22 Ekim 2026, Perşembe

14:15-15:45 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 1 **SALON A**
SS-01 / SS-12 ***Oturum Başkanları: Demet Can, Dilber Ademhan Tural***

SS-01 **Kistik Fibroziste İmpuls Osilometrinin Spirometri ile Karşılaştırılması ve Klinik Değeri**
Berrak Öztosun, Serap Dinçer Kartkaya, Çiğdem Korkmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Abdulhamit Çollak, Furkan Yılmaz, Sevval Kaplan Kilic, Ayse Ayzit Kilinc

SS-02 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor Tedavisinin Kas Gücü ve Fiziksel Performans Üzerine Etkisi**
Büşra Özgünay, Göktuğ Yüksel, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Fatma Qafarova, Şule Bektaş, Şeyda Karabulut, Özge Keniş Coşkun, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Evrim Karadağ Saygı, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-03 **Kistik Fibrozisli Hastalarda Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor Tedavisinin Uyku Kalitesi ve Gündüz Uykululuğu Üzerindeki Etkisi**
F. Qafarova, B. Uzunoğlu, E. E. Baysal, F. Özdemircioğlu, M.M. Akkitap Yiğit, B. Özgünay, E. Uğurlu, G. Alışbeyli, Ş. Bektaş, Ö. Uysal, Ş. Karabulut, C. Yılmaz Yeğit, P. Ergenekon, E. Erdem Eralp, Y. Gökdemir, F. Karakoç, B. Karadağ

SS-04 **Ulusal Kistik Fibrozis Kayıt Sistemine Kayıtlı, Ter Testleri Eksik, Normal Ve/veya Ara Değer Olan Hastalarin Tanılarının "KIMS/KFKOT" VE "KFTR-IH" Açısından Değerlendirilmesi**
Meltem Yıldız Kayaoğlu, Deniz Doğru Ersöz, Dilara Demirel, Velat Şen, Mürüvvet Yanaz, Hadice Selimoğlu Şen, Furkan Yılmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı, Oğuz Karcıoğlu, Başak Akyol, Sevgi Pekcan, Fatmanur Ayman, Figen Gülen, Gülcan Yılbaş Kara, Melih Hangül, Erdi Çağrı Dağdelen, Yakup Canıtez, Erdem Sarcak, Mehmet Köse, Elif Duygu Kutbe, Özlem Keskin, İbrahim Halil Karahan, Erkan Çakır, Ayşen Bingöl, Abdurrahman Erdem Başaran, Ali Özdemir, Meral Barlık, Pelin Asfuroğlu, Gamze Akca Dinç, Gökçen Dilşa Tuğcu, Tuğçe Ünlü, Ayşe Tana Aslan, Tuğba Ramaslı Gürsoy, Beste Özsezen, Meriç Esen Şimşek Mullaoğlu, Fazılcan Zirek, Nazan Çobanoğlu, Gülay Bilgin, Eylül Pınar Çakır, Hüseyin Arslan, Özge Meral, Ece Ocak, Deniz Mavi Tortop, Mehmet Mustafa Özaslan, Merve Kodalak, Hülya Anıl, Mehmet Kılıç, Şermin Börekçi, Evrim Hepkaya, Halime Nayır Büyükşahin, Zeynep İlkşen Hocoğlu, Mina Hızal, Sedef Narin Tongal, Ezgi Demirdöğen, Erdem Topal, Nilay Baş İkizoğlu, Azer Kılıç Başkan, Didem Alboğa, Nagehan Emiralioğlu, Ebru Güneş Yalçın, Uğur Özçelik

Ss-05 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Yüksek Etkili Modülatör Tedavinin Lipid Profili, Antropometrik Parametreler ve Solunum Fonksiyonlari Üzerindeki Bir Yıllık Etkileri**
Ayyüce Ünlü, Işıl Bilgiç, Meltem Kürtül Çakar, Gamze Akca Dinç, Hande Yetişgin, Çelebi Yıldırım, Sanem Eryılmaz Polat, Dilber Ademhan Tural, Gökçen Dilşa Tuğcu, Güzin Cinel

SS-06 **IRT Yüksekliği Sonrasl Annelerde Anksiyete Düzeyi ve Bununla İlişkili Faktörler**
Ömür Tasa, Sevgi Pekcan, Suat Savaş, Fatma Nur Ayman, Nagihan Erol Kızılelma

SÖZLÜ BİLDİRİLER

22 Ekim 2026, Perşembe

SS-07 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Klinik Bulgular ile Sosyal Anksiyete ve Anne İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi**
Tuğçe Ünlü, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Aslı Sevinç Tengiz, Mehmet Emre Çağan, Şebnem Soysal Acar, Ayşe Tana Aslan

SS-08 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Normonatremik Sodyum Eksikliği: Vücut Kompozisyonu ve Klinik Parametrelerin Değerlendirilmesi**
Hazal Gacemer, Kübra Özkaya, Gülcan Yılbaş Kara, Neslihan Halavurt, Mustafa Öklü, Ali İhsan Efe, Şule Gökçe, Samim Özen, Gökçen Kartal Öztürk, Figen Gülen

SS-09 **Kistik Fibroziste Cftr Modülatör Tedavisinin Uzun Dönem Etkinliği: Dört Yıllık Gerçek Yaşam Deneyimi**
Eda Esra Baysal, Burcu Uzunoğlu, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Fulya Özdemircioğlu, Büşra Özgünay, Müge Merve Akkitap Yiğit, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Fatma Gafarova, Şule Bektaş, Ömer Uysal, Gamze Taştan, Şeyda Karabulut, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-10 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Yüksek Etkili Modülatör Tedavisine Göre Göz Bulgularının Değerlendirilmesi**
Meltem Kurtul Cakar, Dilber Ademhan Tural, mualla hamurcu, Mehmet Onen, Emine Esra Karaca, Işil Bilgiç, Gamze Akca Dinç, Ayyüce Ünlü, hande yetişgin, Çelebi Yıldırım, Gökçen Dilşa Tuğcu, Sanem Eryılmaz Polat, Ozlem Evren Kemer, Guzin Cinel

SS-11 **Kistik Fibrozis Tarama Pozitif, Kesin Olmayan Tanı ile İzlenen Çocukların Klinik, Genetik, Laboratuvar Sonuçları ve Uzun Dönem İzlem Sonuçları**
Erdi Çağrı Dağdelen, Betül Cansever Akay, Melih Hangul

SS-12 **Kistik Fibrozis Bronşektazisi Üst Lobları mı Tutar?**
Neval Metin Çakar, Ömer Faruk Domruk, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Gulzar Alishbayli, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Ömer Uysal, Burcu Uzunoglu, Gamze Taştan, Şeyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Nuri Cagatay Cimsit, Bülent Karadağ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

14:00-15:30 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 2 **SALON B**
SS-13 / SS-24 ***Oturum Başkanları: Nural Kiper, Ali Özdemir***

SS-13 **Çocukluk Çağı Pektus Deformitelerinin Klinik Özellikleri ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi**
Ayşen Başaran

SS-14 **Primer Siliyer Diskinezili Çocuklarda Yapılandırılmış İzlem ve Kalite İyileştirme Müdehalesinin Bakım Süreçlerine Etkisi: Bir Kalite İyileştirme Çalışması**
Seyda Karabulut, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Şule Bektaş, Damla Kocaman, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Özge Keniş Coşkun, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-15 **Öksürük Şikayeti ile Başvuran Çocuklarda Ev İçi Tütün Dumanı Maruziyetinin İdrar Kotinin Pozitifliği ile Değerlendirilmesi**
Seda Keles, Uğur Altas, Feyza Hüsrevoglu Esen

SS-16 **Primer Siliyer Diskinezi Hastalarında Profilaktik Azitromisin Tedavisinin Nefes Havası Sitokin Düzeyleri, Solunum Fonksiyon Testleri Parametreleri ve Yaşam Kalite Anketi Üzerine Etkileri**
Ali Ersoy, Melih Hangül, Didem Barlak Keti, Mehmet Köse

SS-17 **E-sigara ve Gençlik: Ne Kadar Kullanıyorlar? Ne Kadar Biliyorlar?**
Tuğba Kazlı, Zuhal Örnek, Sinem Abasız, İrem Zeynep Buyrukbilen, Maksut Akkuş Akkuş, Ece Akkaynak, Yusuf Yel, Tuğçe Kargın, Şevval Onay, Cerennaz Sezaioğlu, Miray Gamze Karaköse, Dilara Alca, Yusuf Can Kacır, Erva Sıla Oral, Zeliha Özkara

SS-18 **Öksürük Yakınmasıyla Başvuran Çocuklarda Spirometrik Bulguların Klinik Fenotip ve Nihai Tanı ile İlişkisi: Tek Merkez Deneyimi**
Seyda Karabulut

SS-19 **Kistik Fibrozisli Çocuk ve Adolesanlarda Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor Tedavisi Sonrası Kemik Mineral Yoğunluğu Değişimi**
Emre Ugurlu, Ceren Ayça Yildiz, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Gulzar Alishbayli, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-20 **Somatik Öksürük Sendromu Olan Çocuklarda Psikososyal Özellikler: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma**
Bengisu Özçivit Asfuroğlu, Pelin Dağ, Fırat Kurtoğlu, Müslüm Kul, Ali Özdemir

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

SS-21 **Kistik Fibrozisli Çocuk ve Genç Erişkinlerde Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları: Polisomnografi Bulguları ve Solunum Fonksiyon Testleri ile İlişkisi**
Furkan Yilmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Abdulhamit Çollak, Ayse Ayzit Kilinc

SS-22 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda CFRSD-CRİSS Semptom Skorunun Fev₁ Değişimini Öngörme Gücü ve Duygu–aktivite Etki Maddelerinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği**
Seyda Karabulut, Gamze Taştan, Merve Selçuk Balcı, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Burcu Uzunoğlu, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-23 **Pseudo-bartter Sendromu Olan Kistik Fibrozis Transmembran Regülatör-ilişkili Hastalık Tanılı Çocuklarda SLC26A4 ve ENAC Epitel İyon Kanallarının Gen İfade Analizi**
Alperen Korkmazli, Dilara Demİrel, Burcu Çapraz Yavuz, Didem Dayangaç-Erden, Nagehan Emiralioglu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik, Deniz Dogru

SS-24 **Enfeksiyondan Kronik Akciğer Hastalığına: Post-infeksiyöz Bronşiolitis Obliteransta Klinik Seyir, Etiyoloji ve Tedavi**
Erdem Gönüllü, Tuba Karakuş Sert, Aslı Yeter Baş Can, Gözde Cavıldak Karaaslan, Evrim Özmen, Sedat Öktem, Zeynep Seda Uyan

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

14:00-15:30 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 3 **SALON C**
SS-25 / SS-38 ***Oturum Başkanları: Yasemin Gökdemir, Erkan Çakır***

SS-25 **Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Uyku Sorunları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki**
Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Yadigar Öztürk, Nesrin Havare, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-26 **Airway Clearance Practices in Children With Neuromuscular Disease in Türkiye: A National Survey Of Pediatric Pulmonology Clinicians And Comparison With Canadian And Uk Practice**
Füsun Ünal, Merve Akkitap, Gözde Cavıldak Karaaslan, Yeliz Koç, Julide Özgür, Tuba Karakuş Sert, Burak Taha Keşkekoğlu, Hakan Yazan, Ela Erdem Gökalp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ, Sedat Öktem

SS-27 **Serebral Palsili Çocuklarda Yutma Değerlendirmesi Sonrası Pnömoni Sıklığındakı Değişim**
Julide Özgür, Gözde Cavıldak Karaaslan, Tuba Karakuş Sert, Yeliz Koç, Burak Taha Keşkekoğlu, Hakan Yazan, Sedat Öktem

SS-28 **Kistik Fibrozisli Çocuklarda Ağrı: Pilot Çalışma**
Gulzar Alishbayli, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Ömer Uysal, Elif Değermenci, Gamze Taştan, Burcu Uzunoglu, Ceren Ayça Yildiz, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-29 **Göğüs Deformitesi ile Başvuran Hastaların Demografik ve Klinik Bulguları**
Ceren Ayça Yıldız

SS-30 **Juvenil İdiopatik Artritli Çocuklarda Akciğer Tutulumu**
Gamzegül Gözen Bayramoğlu, Ayşe Tana Aslan, Tuğçe Ünlü, Büşra Acun, Sevcan Azime Bakkaloğlu Ezgü, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu

SS-31 **Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Prognostik Belirteçlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması**
Aisha Usubova, Çiğdem Korkmaz, Berrak Nevin Öztosun, Furkan Yılmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Abdulhamit Çollak, Azer Kılıç Başkan, Tuğçe Aras Çöl, Ayça Kıykım, Özgür Kasapçopur, Ayşe Kalyoncu Uçar, Sebuh Kuruoğlu, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

SS-32 **Çocukluk Çağı Bronşiolitis Obliterans Olgularının Klinik Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları: Tek Merkez Deneyimi**
Betül Cansever Akay, Erdi Çağrı Dağdelen, Melih Hangül

SS-33 **Skolyozu Olan Çocuklarda Solunum Fonksiyonları, Solunum Kas Gücü ve Egzersiz Kapasitesinin Değerlendirilmesi**
Pelin Asfuroğlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

SS-34 **Persistan Bakteriyel Bronşitte Hastalık Şiddetini Belirleyen Faktörler**
Evrim Hepkaya, Pelin Güler

SS-35 **Persistan Bakteriyel Bronşit ve Bronşiektazili Çocuklarda Klinik ve Mikrobiyolojik Özelliklerin Karşılaştırılmasıı**
Evrim Hepkaya, Tamay Özkozacı

SS-36 **Primer Siliyer Diskinezili Çocuklarda Tanı Gecikmesi ile İlişkili Klinik ve Sosyodemografik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi**
Yadigar Öztürk, Eda Gürler, Uğur Girgiç, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-37 **Çocukluk Çağında Nintedanib Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi**
Tuğçe Kantemir, Deniz Doğru, Umay Kavgacı, Nagehan Emiralioğlu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik

SS-38 **Pediatri Hekimlerinin Ter Testine İlişkin Bilgi Düzeyleri**
Yasemin Mocan Çağlar, Begüm Yörük

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

17:00-18:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 4 **SALON A**
SS-39 / SS-46 ***Oturum Başkanları: Pınar Ergenekon, Deniz Mavi***

SS-39 **SMA Tip 1'de Videofloroskopik Yutma Değerlendirmesi: Klinik ve Respiratuvar İlişkiler**
Burak Taha Keşkekoğlu, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Tuba Karakuş Sert, Yeliz Koç, Hakan Yazan, Sedat Öktem, Fatma Nerse

SS-40 **Çocuklarda Yabancı Cisim ve İntraluminal Materyallerin Çıkarılmasında Fleksibl Bronkoskopi Deneyimimiz**
Betül Cansever Akay, Erdi Çağrı Dağdelen, Nevin Ada Tarkan, Semire Serin Eser, Zerrin Özçelik, Tansel Günendi, Melih Hangül

SS-41 **Kronik Böbrek Hastalığı Olan Çocuklarda Uykuda Solunum Bozukluklarının Değerlendirilmesi**
Hakan Demir, Esra Karabağ Yılmaz, Seha Kamil Saygılı, Nilüfer Göknar, Ayşe Ağbaş, Nur Canpolat, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

SS-42 **Prader–Willi Sendromlu Çocuklarda Obstrüktif Uyku Apnesi Şiddeti ve İnsülin Direnci: Aday Metabolik Belirteç Olarak Spise**
Abdurrahman Zarif Güney, Osman Talha Akpınar, Meltem Gokden, Furkan Yılmaz, Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Abdulhamit Çollak, Hande Turan, Elvan Bayramoğlu, Olcay Evliyaoğlu, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

SS-43 **İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı Olan Pediatrik Hastaların Solunum Fonksiyonlarının Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması**
Gökçen Kartal Öztürk, Neslihan Halavurt, Kübra Özzeybek, Gülcan Yılbaş Kara, Hazal Gacemer, Mustafa Mutlu Öklü, Ezgi Kıran Taşçı, Eylem Tazegül Çokgezer, Figen Gülen

SS-44 **Kistik Fibrozisli Çocuk ve Adölesanlarda Tıbbi İşlem Anksiyetesi: Genel Anksiyete ve Çocuk–Ebeveyn Perspektifleri**
Fulya Özdemircioğlu, Hatice Nur Kekeç, Ayşe Gümüş, Şeyda Karabulut, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Büşra Özgünay, Müge Merve Akkitap Yiğit, Emre Uğurlu, Gülzar Alisbeyli, Şule Bektaş, Cansu Yılmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Bülent Karadağ, Fazilet Karakoç

SS-45 **Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalığında Oküler Mikrosirkülasyon Değişiklikleri: Kesitsel Bir OCTA Çalışması**
Yadigar Öztürk, Furkan Atalay, Serap Karaca, Sinem Can Oksay, Ahmad Kunbaz, Yusufcan Köker, Saniye Girit, Ebubekir Durmuş, Fehim Esen

SS-46 **Çocuklarda Karbon Monoksit Difüzyon Kapasitesinin Değerlendirilmesi: Uygulanabilirlik, Belirleyiciler ve Klinik Korelasyonlar**
Satı Özkan Tabakçı, Salih Uytun, Murat Yasin Gençoğlu, Meltem Akgül Erdal, Gizem Özcan, Hasibe Gökçe Çınar

SÖZLÜ BİLDİRİLER

23 Ekim 2026,Cuma

17:00-18:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 5 **SALON B**
SS-47 / SS-54 ***Oturum Başkanları: Merve Selçuk, Erdem Gönüllü***

SS-47 **2023–2026 Yılları Arasında Solunum Sinsityal Virüsü (RSV) Enfeksiyonlarinin Epidemiyolojik Eğilimleri ve Klinik Seyri**
Naif Karaaslanlı, Edanur Yesil, Merve Kılıç Çil, Güldane Dikme, Nahide Gökay

SS-48 **Obstrüktif ve Restriktif Akciğer Hastalığı Olan Çocuklarda Polisomnografik Özellikler ve Uyku Mimarisi**
Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-49 **Pediatrik İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Temel Laboratuvar Belirteçlerinin Solunum Fonksiyon Testleri ve Radyolojik Bulgular ile İlişkisi Var Mı?**
Eda Gürler, Nesrin Havare, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-50 **Kistik Fibrozisli Okul Çağı Çocuklarına ve Ebeveynlerine Verilen Eğitimin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Etkisi**
Burcu Uzunoğlu, Duygu Demir, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Bülent Taner Karadağ

SS-51 **Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalıkları İçinde Otoimmün Özellikler Gösteren İnterstisyel Pnömoni Olgularının Sıklığı ve Klinik Özellikleri: Ulusal CHILD-TR Kayıt Sistemi Verileri**
Hande Yetişgin, Dilber Ademhan Tural, Güzin Cinel, Deniz Doğru, Uğur Özçelik, Figen Gülen, Ayşen Bingöl, Ömer Faruk İpek, Eda Gürler, Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Handan Kekeç, Erkan Çakır, Sanem Eryılmaz Polat, Gizem Özcan, Tuğba Ramaslı Gürsoy, Ayşe Tana Aslan, Ela Erdem Eralp, Ayşe Ayzıt Kılınç, Nazan Çobanoğlu, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Saniye Girit, Sevgi Pekcan, Yasemin Gökdemir, Ebru Yalçın, Nural Kiper

SS-52 **SMA'lı Çocuklarda Uyku ile İlişkili Solunum Bozukluklarının Polisomnografik Özellikleri**
Tuba Karakuş Sert, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Yeliz Koç, Burak Taha Keşkekoğlu, Hakan Yazan, Sedat Öktem

SS-53 **Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında İmpuls Osilometrinin Tanısal Değeri ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi**
Çiğdem Korkmaz, Ekin Nurhan, Meltem Gökden, Berrak Öztosun, Furkan Yılmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Şebnem Ölker, Serap Kartkaya, Azer Kılıç Başkan, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

SS-54 **Türkiye'de Çalışan Çocuk Göğüs Hastalıkları Hekimlerinde İş Tatmini ve Tükenmişliğin Araştırılması**
Erdem Gönüllü, Zeynep Seda Uyan, Yasemin Gokdemir, Bülent Karadağ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

24 Ekim 2026, Cumartesi

13:00-14:30 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 6 **SALON A**
SS-55 / SS-69 ***Oturum Başkanları: Sanem Eryılmaz Polat, Mürüvvet Yanaz***

SS-55 **Persistan Pulmoner Semptom/bulguları Olan Konjenital Kalp Hastalıklı Çocuklarda Fleksibl Bronkoskopinin Klinik Yönetime Katkısı**
Dilara Demirel, Ömer Faruk İpek, Ebru Yalçın, Şafak Alpat, Ebru Aypar, Tevfik Karagöz, Başak Akça, Pınar Özdemir Yaşar, Nagehan Emiralioğlu, Deniz Doğru, Uğur Özçelik

SS-56 **Altı Dakika Yürüme Testinin Juvenil Sistemik Sklerozda Erken Pulmoner Tutulumun Değerlendirilmesindeki Yararlılığı**
Evrim Hepkaya, Hacer Öztürk

SS-57 **Çocuklarda Solunum Yollarına Vasküler Basıların Değerlendirilmesi: Komplet ve İnkomplet Vasküler Anomalilerin Klinik Sonuçları**
Işıl Bilgiç, Meltem Kürtül Çakar, Gamze Akca Dinç, Ayyüce Ünlü, Hande Yetişgin, Çelebi Yıldırım, Ayça Laçin Tekin, Yasemin Yüksel Güdek, Sanem Eryilmaz Polat, Gökçen Dilşa Tuğcu, Dilber Ademhan Tural, Arif Özbay, Başak Soran Türkcan, İbrahim Ece, İbrahim İlker Çetin, Güzin Cinel

SS-58 **Trakeostomili Çocuklarda Dekanülasyon Öncesi Bronkoskopi ve Polisomnografi Bulguları ile Dekanülasyon Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi**
Emre Ugurlu, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Ömer Uysal, Seyda Karabulut, Özge Kılıç Bayar, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Gürsu Kıyan, Bülent Karadağ

SS-59 **Çocuklarda Trakeostomi Sonrası İlk Yılda Pseudomonas Aeruginosa Havayolu Kolonizasyonu: Sıklığı ve İlişkili Klinik Faktörler**
Eren Birinci Ozcan, Mukaddes Ağırtıcı, Fazılcan Zirek, Gizem Özcan, Merve Havan, Tanıl Kendirli, Nazan Çobanoğlu

SS-60 **Hastalık Modifiye Edici Tedavi Alan Spinal Musküler Atrofi Hastalarında Solunumsal Morbidite ve İlişkili Klinik Özellikler**
Özge Meral, Olgay Bildik

SS-61 **Akondroplazili Çocuklarda Polisomnografik Değerlendirme ve Pozitif Hava Yolu Basıncı Tedavisine Yanıt**
Muge Merve Akkitap Yigit, Ahmet Kahveci, Seyda Karabulut, Ceren Ayça Yildiz, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Aylin Tugba Canbaz, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Serap Demircioglu, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

24 Ekim 2026, Pazar

SS-62 **Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuklarda Hava Yolu Basısı ve Trakeobronkomalazi: Tek Merkezli Fleksibl Bronkoskopi Çalışması**
Nesrin Havare, Uğur Girgiç, BANU BAHAR KARAÇUHA SAĞLAMCI, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-63 **Evde Uzun Süreli Solunum Desteği Kullanan Çocuklarda Sağlık Dışı Seyahat: Engeller, Deneyimler ve Destek Gereksinimleri**
Kübra Özkaya, Gökçen Kartal Öztürk, Hazal Gacemer, Gülcan Yılbaş Kara, Neslihan Halavurt, Mustafa Öklü, Figen Gülen

SS-64 **Evde Mekanik Ventilasyon Kullanan Çocuk Hastalarda Mortaliteyi Belirleyen Faktörler**
Gulzar Alishbayli, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Ömer Uysal, Ceren Ayça Yildiz, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

SS-65 **Mekanik Ventilasyonun Trakeostomili Çocuklarda Hava Yolu Mikrobiyolojisi ile İlişkisi: Karşılaştırmalı Kohort Çalışması**
Gülcan Yılbaş Kara, Gökçen Kartal Öztürk, Kübra Özkaya, Hazal Gacemer, Neslihan Halavurt, Mustafa Mutlu Öklü, Figen Gülen

SS-66 **Serebral Palsili Çocuklarda Motor Fonksiyon Düzeyi ve Spastisite Şiddeti Uyku Bozukluğunu Öngörebilir Mi?**
Gülay Bilgin, Şeyma Sönmez Şahin, Sinem Can Oksay, Yadigar Öztürk, Özge Ülgen, Eda Gürler, Begüm Yörük, Saniye Girit

SS-67 **Kistik Fibrozisli Bir Çocukta Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor Tedavisi Sırasında Asemptomatik Evre III Papilödem**
Dilara Demirel, Deniz Doğru, Ayşe Pelin İnci, Meltem Yıldız Kayaoğlu, Güliz Fatma Yavaş, Hande Taylan Şekeroğlu, Aykut Demir, Halil İbrahim Öncel, Ceren Günbey, Nagehan Emiralioğlu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik

SS-68 **Kistik Fibrozis Taşıyıcısı Bireylerde Klinik Özellikler ve Eşlik Eden Durumlar**
Fatma Gül Ersan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Ezgi Erdem Deniz, Ali Buğra Çetinkaya, Ayşe Tana Aslan

SS-69 **Pediatrik Hastalarda Evde Uzun Süreli Noninvaziv Solunum Desteği Uygulamalarının Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi**
Sule Bektas, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Gulzar Alishbayli, Ömer Uysal, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Faziletf Karakoç, Bülent Karadağ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

24 Ekim 2026, Cumartesi

13:00-14:30 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 7 **SALON B**
SS-70 / SS-84 ***Oturum Başkanları: Fazılcan Zirek, Ayça Yıldız***

SS-70 **Çocuklarda Kardiyovasküler Yapılara Bağlı Hava Yolu Basısının Klinik Özellikleri ve Alt Hava Yolu Malazisi ile İlişkili Faktörler**
Deniz Yasar, Emine Semra Küçük Öztürk, Fazılcan Zirek, Gizem Özcan, Nazan Çobanoğlu

SS-71 **Çocuklarda Postinfeksiyöz Bronşiolitis Obliterans: Tek Merkezli Retrospektif Olgu Serisi**
Begüm Yörük, Yasemin Mocan Çağlar, Nesrin Havare, Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

SS-72 **Duchenne Musküler Distrofi Tanılı Çocuklarda Uyku Anketleri ile Solunum Fonksiyon Testleri ve Polisomnografi Parametrelerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi**
Ayşen Başaran, Muhammed Gültekin Kutluk, Hülya Eyigör, Ömer Tarık Selçuk

SS-73 **Yeni Tanımlanan FOXA1 Varyantı ile İlişkili Bir Klinik Triad: Bronşiektazi, Koreoatetoz ve Anorektal - Aksiyal Anomaliler**
Erdi Çağrı Dağdelen, Betül Cansever Akay, Melih Hangul, Habibe Koç Uçar, Merve Özkaya, Ayse Selcan Koc, Eyyup Uctepe

SS-74 **Çocukluk Çağı Pnömonilerinde Komplikasyon Gelişimini ve Girişimsel Tedavi İhtiyacını Öngören Belirteçler**
Ayşen Başaran

SS-75 **Çocuklarda Parapnömonik Efüzyon: Başvuru Bulgularından Klinik Sonlanıma**
Aslı Yeter Baş Can, Erdem Gönüllü, Ebru Köstereli, Hacer Aktürk, Evrim Ozmen, Mehmet Ali Özen, Nigar Pelin Oğuzkurt, Zeynep Seda Uyan

SS-76 **Pediatrik Şilotoraks Vakalarında Etyolojik Spektrum ve Tedavi Yönetimi: Tek Merkez Deneyimi**
Ali Buğra Çetinkaya, Ayşe Tana Aslan, Cem Kaya, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu

SS-77 **Çocukluk Çağı Hemoptizisinde Bronkoskopinin Tanısal Katkısı ve Klinik Yönetim Üzerine Etkisi: Tek Merkez Deneyimi**
Irmak Tanal Şambel, Abdurrahman Erdem Başaran, Didar Ağca Cengiz, Ayşen Bingöl

SS-78 **Trakeostomili Çocuklarda Beslenme ve Büyümenin Değerlendirilmesi**
Tuğçe Ünlü, Ayşe Tana Aslan, Gamzegül Gözen Bayramoğlu, Süleyman Cebeci, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu

SS-79 **Konjenital Bronşiyal Atrezi: Tek Merkez Deneyimi — Konservatif İzlemin Değerlendirilmesi**
Yasemin Yüksel Güdek, Ayca Laçin Tekin, Çelebi Yıldırım, Hande Yetişgin, Ayyüce Ünlü, Işıl Bilgiç, Gamze Akca Dinç, Meltem Kürtül Çakar, Sanem Eryılmaz Polat, Dilber Ademhan Tural, Gökçen Dilşa Tuğcu, Güzin Cinel

SÖZLÜ BİLDİRİLER

24 Ekim 2026, Cumartesi

SS-80 **Sendromik Kraniyosinostozlu Çocuklarda Polisomnografi Bulguları: Kraniyoplasti Sonrasında Uyku Apnesi Devam Ediyor Mu?**
Emine Altay Tanyer, Nagehan Emiralioğlu, Dilara Demirel, Pelin Özçilingir Hakverdi, Ebru Yalçın, Deniz Doğru, Uğur Özçelik

SS-81 **Çocukluk Çağında Göğüs Ağrısı: Klinik ve Etiyolojik Özellikler ile Sevk Paternleri: Tek Merkez Deneyimi**
Merve Selçuk Balcı

SS-82 **Çocukluk Çağı Pulmoner Alveoler Proteinozisinde Klinik Özellikler, Terapötik Akciğer Lavajı ve Sonuçlar: Tek Merkezli Olgu Serisi**
Seyhan Çelik, Eren Birinci Özcan, Fazılcan Zirek, Gizem Özcan, Nazan Çobanoğlu

SS-83 **Çocuklarda Refrakter Persistan Hava Kaçağında Endobronşiyal Valf Uygulaması: Ecmo Destekli İki Olgu**
Zeynep Demir, Marisa Eve Schwab, Karthik Balakrishnan, Doug Sidell, Brian Shaller, Dwayne Free, Kubra Melike Bozkanat

SS-84 **Kistik Fibrozisli Adölesan ve Genç Erişkin Erkeklerde Ürogenital Anomali Spektrumu: Ultrasonografi ve Pelvik MRG ile Segmental Değerlendirme**
Aleyna Yılmaz, Furkan Yılmaz Çiğdem Korkmaz , Abdurrahman Zarif Güney ,Berrak Öztosun, Elif Altınay Kırlı, Ayşe Uçar, Sebuh Kuruğoğlu, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

POSTER BİLDİRİLER

23 Ekim 2026, Cuma

13:15-14:00 ELEKTRONİK POSTER OTURUMU-1 **SALON C**
PS-01 / PS-08 ***Oturum Başkanları: Fazılcan Zirek, Mürüvvet Yanaz***

PS-01 **Prolidaz Eksikliğinde Çocukluk Çağı Akciğer Tutulumu: Üç Olguluk Seri**
Sıla Tarkan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Ayşe Tana Aslan, Avniye Kübra Baskın, Nihal Karaçayır, Leyla Tümer

PS-02 **ZAP-70 Eksikliğinde Pulmoner Nodüllerle Prezente Olan B Hücreli Lenfoma**
Yasemin Mocan Çağlar, Özge Ülgen, Begüm Yörük, Zeliha Başak Polat, Aslıhan Tunçlar Özçağlar, Uğur Girgiç, Nesrin Havare, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

PS-03 **Çocuklarda İnterstisyel Akciğer Hastalığının Nadir Nedeni Farsa Mutasyonu; Vaka Sunumu**
Fatma Nur Ayman, Suat Savaş, Nagihan Erol Kızılelma, Sevgi Pekcan

PS-04 **Çocukluk Çağında Nadir Bir Pulmoner-renal Sendrom: Anti-glomerüler Bazal Membran Hastalığı Olgusu**
Satı Özkan Tabakçı, Salih Uytun, Murat Yasin Gençoğlu, Meltem Akgül Erdal, Bahriye Uzun Kenan, Deniz Karakaya, Tuğba Taştemel Öztürk, Kıvanç Terzi, Emrah Gün

PS-05 **Nekrotizan Pnömoni ve Komplike Parapnömonik Efüzyon: Vats ile Tedavi Edilen Bir Çocuk Olgusu**
Merve Tetik, Tuğba Kazlı

PS-06 **Adölesan Hastada E-sigara İlişkili Büllöz Akciğer Hastalığı Zemininde Tekrarlayan Spontan Pnömotoraks: Olgu Sunumu**
Aslıhan Özçağlar, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

PS-07 **Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezinde Kistik Fibrozis Hastalığına Sahip Bireylerin Kardeşlerinin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi**
Sule Bektas, Ahmet Birhan Birtane, Emir Kaan Atakan, Metin Ege Görgülü, Kadir Alp Türker, Enes Kayra Bayram, Burcu Uzunoglu, Gamze Taştan, Yasemin Gokdemir

PS-08 **Marfan Tanısının Ötesinde: Cutis Laxa Fenotipi, Bronşektazi ve Amfizem ile İzlenen Bir Adolesan**
Uğur Girgiç, Eda Gürler, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

POSTER BİLDİRİLER

24 Ekim 2026, Cumartesi

12:00-13:00 ELEKTRONİK POSTER OTURUMU-2 **SALON C**
PS-09 / PS-18 ***Oturum Başkanları: Aslı Imran Yılmaz, Erdem Gönüllü***

PS-09 **Kistik Fibrozisli İki Pediyatrik Olguda Nadir Bir Komplikasyon: Otoimmün Hemolitik Anemi**
Elif Işik, Asuman Demirhan, Ali Özdemir, Funda Erkasar

PS-10 **Çocukluk Çağında Kronik Öksürüğün Nadir Bir Nedeni: Pulmoner Mukoepidermoid Karsinom**
Erdi Çağrı Dağdelen, Betül Cansever Akay, Melih Hangul, Zerrin Özçelik

PS-11 **İnhale Sevofluran Anestezisine Bağlı Diffüz Alveoler Hemoraji**
Fatma Gül Ersan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Ercan Yıldırım, Merve Yazol, Ebru Azapağası, Ayşe Tana Aslan

PS-12 **Yabancı Cisim Aspirasyonunun Nadir Başvuru Nedeni: Yaygın Servikotorasik Cilt Altı Amfizem ve Pnömomediastinum**
Hülya Keleş, Asuman Demirhan, Ali Özdemir

PS-13 **Ses Kısıklığının Ardındakı Mediastinal Kitle**
Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Nesrin Havare, Saniye Girit

PS-14 **Yabancı Cisim Aspirasyonlarında Her Negatif Bronkoskopiye Güvenelim Mi? Göç Eden Yabancı Cisim Vakası: Olgu Sunumu**
Oğuzhan Turan, Didem Alboğa, Mehmet Akif Ekici, EMRE Gedik, Enes Fatih Çelik, Turgut Seber

PS-15 **Geç Tanı Almış Nadir Bir Olgu: Bronkojenik Kist**
Meyra Nisani Ünveren, Can Uğuz, Asuman Demirhan, Ali Özdemir, Ali Özdemir

PS-16 **Pisipisi Otu Aspirasyonu Öyküsü ile Başvuran Farklı Yaş Gruplarındaki Hastaların Klinik Seyri**
Ruken Gizem Yavuz, Ayşe Tana Aslan, Zafer Türkyılmaz, İsmail Akdulum, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu

PS-17 **Tedaviye Dirençli Komplike Parapnömonik Efüzyon Zemininde Tani Alan Çocukluk Çağı Plevra ve Yaygın Akciğer Tüberkülozu: Olgu Sunumu**
Sinem Abasız, Tuğba Kazlı

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI DERNEĞİ

Sözlü Bildiriler











SS-01

KİSTİK FİBROZİSTE İMPULS OSİLOMETRİNİN SPİROMETRİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI VE KLİNİK DEĞERİ

Berrak Öztosun[1], Serap Dinçer Kartkaya[1], Çiğdem Korkmaz[1], Abdurrahman Zarif Güney[1], Abdulhamit Çollak[1], Furkan Yılmaz[1], Sevval Kaplan Kilic[2], Ayse Ayzit Kilinc[1]
[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

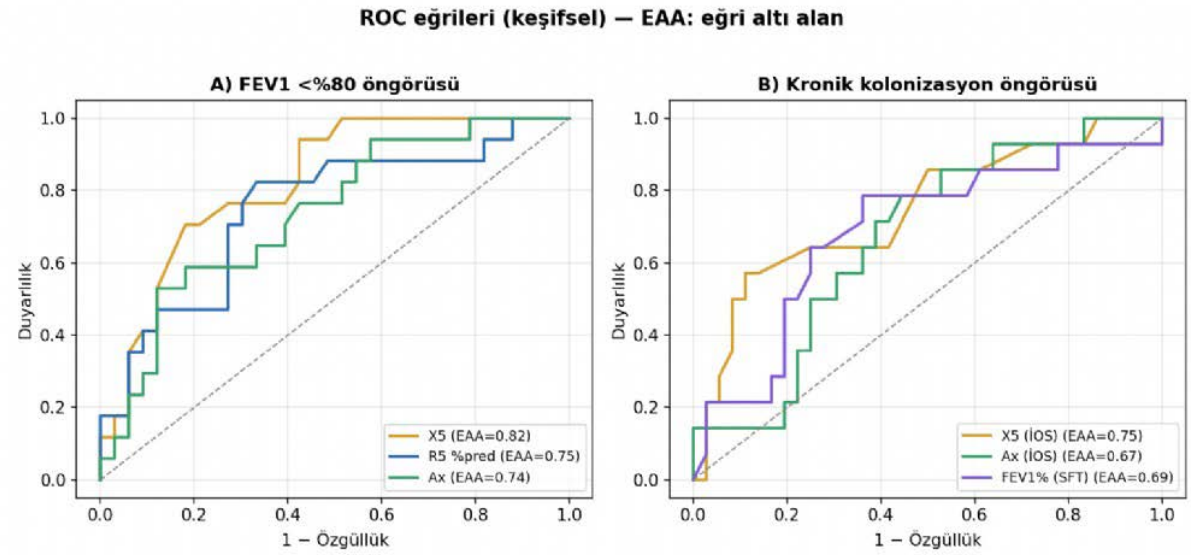
Amaç: Kistik fibrozisli(KF) hastalarda impuls osilometri(İOS) parametrelerinin spirometrik ölçümlerle ilişkisini ve Pseudomonas aeruginosa kolonizasyonunu ayırt etmedeki potansiyel değerini değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya KF tanılı 50 hasta (28 erkek, 22 kız; ortanca yaş 13,5 yıl) dahil edildi. Her hastada spirometri ve İOS ölçümleri aynı gün yapıldı; klinik parametreler ise aynı döneme ait kayıtlardan elde edildi. İOS ile spirometri arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analiziyle değerlendirildi. Pseudomonas üremesi ve kolonizasyon durumuna göre solunum fonksiyon parametreleri Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı. FEV1 <%80 olan hastaları ve Pseudomonas kolonizasyonunu ayırt etmede İOS parametrelerinin performansı keşifsel ROC analiziyle incelendi.

Bulgular: Hastaların 17'sinde (%34) FEV1 <%80 idi. İOS ile spirometri ölçümleri arasında fizyolojik olarak beklenen yönde anlamlı ilişkiler saptandı. X5; FEV1(r=0,52), FVC(r=0,47) ve FEV1/FVC(r=0,36) ile anlamlı korelasyon gösterirken, R5 de aynı parametrelerle anlamlı negatif korelasyon gösterdi (sırasıyla r=-0,53,-0,44 ve -0,48; tümü p<0,05). FEV1 <%80 olan hastaları ayırt etmede en yüksek AUC X5 için saptandı(AUC=0,82;p<0,001); bunu R5 (AUC=0,75; p=0,004) ve Ax (AUC=0,74; p=0,007) izledi. İntermittan Pseudomonas üremesi ile spirometri veya İOS parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Buna karşılık, Pseudomonas kolonizasyonu olan hastalarda FEV1 daha düşük [medyan %75'e karşı %93;p=0,041] ve X5 daha negatifti [-0,27'ye karşı -0,15;p=0,008]. Kolonizasyonu ayırt etmede X5'in AUC değeri 0,75(p=0,008), FEV1'in ise 0,69(p=0,041) olup X5 sayısal olarak en yüksek ayırt edici performansı gösterdi.

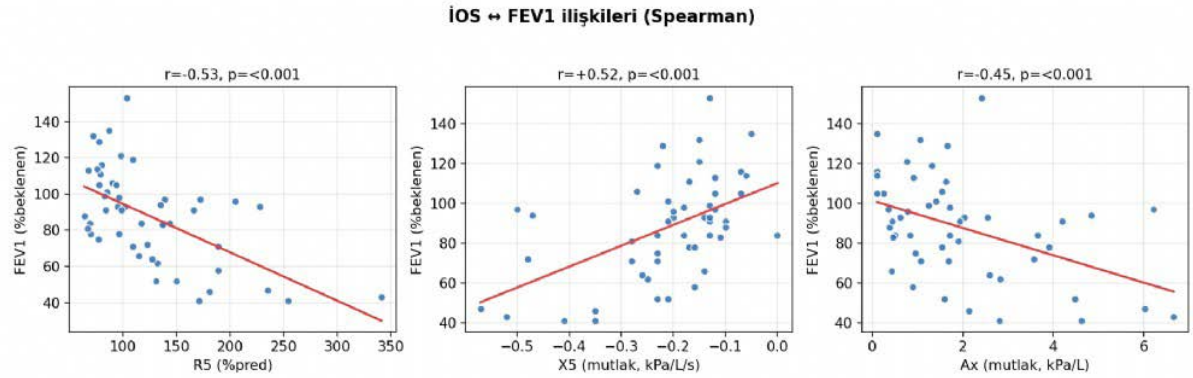
Sonuç: KF hastalarında İOS parametreleri spirometrik ölçümlerle anlamlı ilişki göstermektedir. Özellikle reaktans parametresi X5, hem düşük FEV1 düzeylerini hem de Pseudomonas kolonizasyonunu ayırt etmede umut verici bir performans göstermiştir. Bu bulgular, İOS'un KF'de solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesinde spirometriyi tamamlayıcı bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir.

Figure 1



ROC eğrileri (keşifsel): (A) FEV1 <%80 öngörüsü; (B) kronik Pseudomonas kolonizasyonu öngörüsü (İOS vs SFT). EAA: eğri altı alan (AUC).

Figure 1



İOS parametrelerinin (R5 %pred, X5, Ax) FEV1 ile ilişkileri (Spearman korelasyonu).

SS-02

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR TEDAVİSİNİN KAS GÜCÜ VE FİZİKSEL PERFORMANS ÜZERİNE ETKİSİ

Büşra Özgünay[1], Göktuğ Yüksel[2], Ceren Ayça Yıldız[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Özdemircioğlu[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Emre Uğurlu[1], Gülzar Alışbeyli[1], Fatma Qafarova[1], Şule Bektaş[1], Şeyda Karabulut[1], Özge Keniş Coşkun[2], Cansu Yılmaz Yeğit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Ela Erdem Eralp[1], Evrim Karadağ Saygı[2], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozis (KF),solunum sistemini etkileyen ve kas güçsüzlüğü ile egzersiz kapasitesinde azalmaya yol açabilen multisistemik bir hastalıktır.Özellikle Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor (ETI) gibi modülatör tedavilerinin kas gücü ve fiziksel performans üzerinde olumlu etkileri olabileceği bildirilmiştir.Bu nedenle,kas fonksiyonlarının değerlendirilmesi KF hastalarının izleminde önem taşımaktadır.

Yöntem: Devam etmekte olan prospektif çalışmamızda,ETI tedavisi başlangıcı öncesi değerlendirilen 6–20 yaş arasındaki KF hastaları dahil edilmiştir.Hastaların 0.(tedavi başlanmadan), 3., 6., 9. ve 12. aylarda kas gücü ve fiziksel performans değerlendirmeleri yapılmıştır.Değerlendirmelerde maksimum inspiratuvar ve ekspiratuvar basınçlar(MIP/MEP), el kavrama gücü, biseps curl testi, dinamometre ile ölçülen biseps ve kuadriseps kas gücü,1 dakikalık otur-kalk testi (1-mSTS) ve A-STEP testi kullanılmıştır.Tüm testler üç kez uygulanmış ve analizlerde ortalama değeri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 24 hastanın yaş ortalaması 14,6 ± 3,9 yıl olup %54,2'si kızdı.FEV_1 Z-skoru –1,14 ± 1,02,FVC Z-skoru –0,76 ± 0,88 ve FEV_1/FVC Z-skoru –0,86 ± 1,28 olarak bulundu.ETI alan 11 hastada FEV_1 Z-skoru 3. ayda anlamlı olarak arttı(0.ay: –1,095 ± 0,707; 3. ay: –0,466 ± 0,590; p=0,011).MIP ve MEP ölçümlerinde başlangıçtan 6. aya kadar olan ölçümler istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır.3.ayda kuvvet ölçümlerinde bazal değerlere göre;biceps curl testinde (p=0,024),biceps kas kuvvetinde (p=0,032) ve özellikle kuadriceps kuvvetinde(p=0,002) istatistiksel olarak anlamlı artış görüldü.6. ayda ise başta kuadriceps kuvveti (p=0,034) ve A-STEP testi (p=0,009) olmak üzere tedavi öncesi değerler ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı artış görüldü.

Sonuç: Ön bulgular, KF'li çocuk ve adölesanlarda ETI tedavisi öncesinde kas gücü ve fonksiyonel egzersiz kapasitesinin farklı objektif yöntemlerle değerlendirilebileceğini göstermektedir. Daha fazla hastanın dahil edilmesi, ETI tedavisinin etkilerinin daha kapsamlı olarak ortaya konulmasını sağlayacaktır.

SS-03

KİSTİK FİBROZİSLİ HASTALARDA ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR TEDAVİSİNİN UYKU KALİTESİ VE GÜNDÜZ UYKULULUĞU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Fatma Qafarova, Burcu Uzunoglu, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioglu, Müge Merve Akkitap Yeğit, Büşra Özgünay, Emre Ugurlu, Gulzar Alishbayli, Şule Bektaş, Şeyda Karabulut, Cansu Yılmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gokdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kistik fibrozisli (KF) hastalarda uyku bozuklukları sık görülmekte olup, kronik öksürük, solunum semptomları ve nokturnal hipoksemi ile ilişkili olabilmektedir. ETI tedavisinin uyku üzerindeki etkileri ise yeterince bilinmemektedir.

Amaç: Bu çalışmada, elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) tedavisinin KF hastalarında uyku kalitesi, uyku ile ilişkili semptomlar ve gündüz uykululuğu üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: Çalışmaya ETI tedavisi alan 91 KF hastası (65 çocuk, 26 erişkin) dahil edildi. Çocuklarda Pediatrik Uyku Anketi, erişkinlerde Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) kullanıldı. Değerlendirmeler tedavi öncesinde ve 1., 3. ve 6. aylarda yapıldı. Uykuya dalma güçlüğü, gece uyanmaları ve kabus görme sıklığı tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldı. Prospektif olarak devam eden çalışmada 12. ay değerlendirmeleri planlanmaktadır.

Sonuç: Çocuklarda patolojik uyku bozukluğu oranı %9,0'dan %10,4'e yükseldi (p=0,699). Erişkinlerde patolojik gündüz uykululuğu %20,8 düzeyinde değişmezken (p=0,585), kötü uyku kalitesi %16,7'den %20,8'e yükseldi (p=0,881). Uykuya dalma güçlüğü (%19,8'den %11,0'e; p=0,077) ve gece uyanmaları (%15,4'ten %12,1'e; p=0,648) azalma eğilimi gösterdi. Kabus görme sıklığı ise %11,0'den %19,8'e anlamlı olarak arttı (p=0,008); başlangıçta kabus görmeyen sekiz hastada tedavi sonrasında yeni kabus gelişti. ETI tedavisi sırasında uyku ölçeklerinde anlamlı değişiklik saptanmamakla birlikte kabus görme sıklığındaki artış, uyku ile ilişkili semptomların düzenli izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

SS-04

ULUSAL KİSTİK FİBROZİS KAYIT SİSTEMİNE KAYITLI, TER TESTLERİ EKSİK, NORMAL VE/VEYA ARA DEĞER OLAN HASTALARIN TANILARININ "KİMS/KFKOT" VE "KFTR-İH" AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem Yıldız Kayaoğlu[1], Deniz Doğru Ersöz[1], Dilara Demirel[1], Velat Şen[2], Mürüvvet Yanaz[2], Hadice Selimoğlu Şen[3], Furkan Yılmaz[4], Abdurrahman Zarif Güney[4], Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı[4], Oğuz Karcıoğlu[5], Başak Akyol[5], Sevgi Pekcan[6], Fatmanur Ayman[6], Figen Gülen[7], Gülcan Yılbaş Kara[7], Melih Hangül[8], Erdi Çağrı Dağdelen[8], Yakup Canıtez[9], Erdem Sarcak[9], Mehmet Köse[10], Elif Duygu Kutbe[10], Özlem Keskin[11], İbrahim Halil Karahan[11], Erkan Çakır[12], Ayşen Bingöl[13], Abdurrahman Erdem Başaran[13], Ali Özdemir[14], Meral Barlık[14], Pelin Asfuroğlu[15], Gamze Akca Dinç[16], Gökçen Dilşa Tuğcu[16], Tuğçe Ünlü[17], Ayşe Tana Aslan[17], Tuğba Ramaslı Gürsoy[18], Beste Özsezen[19], Meriç Esen Şimşek Mullaoğlu[20], Fazılcan Zirek[21], Nazan Çobanoğlu[22], Gülay Bilgin[23], Eylül Pınar Çakır[24], Hüseyin Arslan[25], Özge Meral[26], Ece Ocak[27], Deniz Mavi Tortop[28], Mehmet Mustafa Özaslan[29], Merve Kodalak[30], Hülya Anıl[31], Mehmet Kılıç[32], Şermin Börekçi[33], Evrim Hepkaya[34], Halime Nayır Büyükşahin[35], Zeynep İlkşen Hocoğlu[36], Mina Hızal[37], Sedef Narin Tongal[38], Ezgi Demirdöğen[39], Erdem Topal[40], Nilay Baş İkizoğlu[41], Azer Kılıç Başkan[42], Didem Alboğa[43], Nagehan Emiralioğlu[1], Ebru Güneş Yalçın[1], Uğur Özçelik[1].

[1]Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye. [2]Dicle Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [3]Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [4]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [5]Hacettepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [6]Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [7]Ege Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [8]Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [9]Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [10]Erciyes Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [11]Gaziantep Üniversitesi Çocuk Alerji İmmünoloji Hastalıkları Bilim Dalı [12]İstinye Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [13]Akdeniz Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [14]Mersin Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [15]Gaziantep Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [16]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [17]Gazi Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [18]Van Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [19]Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [20]Celal Bayar Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [21]Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [22]Ankara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [23]Eskişehir Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [24]Bursa Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [25]Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [26]Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [27]İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [28]Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [29]Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [30]Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk Alerji İmmünoloji Hastalıkları Bilim Dalı [31]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Alerji İmmünoloji Hastalıkları Bilim Dalı [32]Fırat Üniversitesi Çocuk Alerji İmmünoloji Hastalıkları Bilim Dalı [33]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Göğüs Hastalıkları [34]Kocaeli Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [35]Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [36]Erzurum Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [37]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [38]Aydın Kadın Doğum Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [39]Bursa Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [40]İnönü Üniversitesi Çocuk Alerji İmmünoloji Hastalıkları Bilim Dalı [41]İstanbul Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [42]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı [43]Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş-Amaç: UKKS'de KF tanısı ile kayıtlı tanılı hastalardan ter testleri eksik, normal ve/veya ara değer olan hastalar gözden geçirilerek, KİMS/KFKOT ve KFTR-İH tanımına uyan hastaların varlığını araştırmaktır.

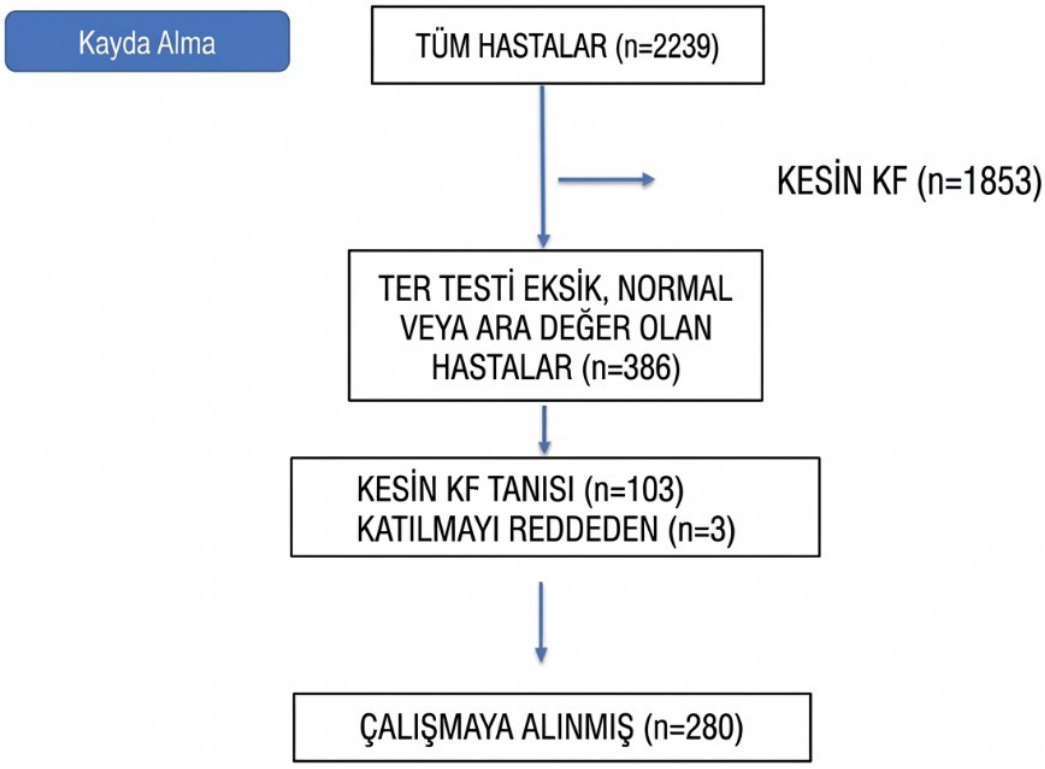
Metod: UKKS'de 2024 yılı verisi bulunan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Sonuçlar: 2024 yılında UKKS'ye kaydedilen 2239 hasta taranarak ter testleri 60'ın altında olan ve ter testi verileri eksik olan 386 hasta incelendi, her iki alelde KF yapıcı mutasyonu olan 103 hastanın KF tanısının kesin olduğu görüldü. Geri kalan 283 tanısı şüpheli hastadan 3 hasta ilgili merkez çalışmaya katılmak istemediği için çalışmadan çıkartıldı.

Kalan 280 hasta ek verilerle değerlendirildiğinde, 153'ü (%54,6) kesin KF tanısı aldı. Hastaların 24'ü (%8,6) yenidoğan taraması pozitif olup semptomu olmayan hastalardı ve KİMS/KFKOT tanısı aldılar. 16 hasta (%5,7) ter testlerinin ara değer veya normal olması, mutasyonlarının her iki alelde KF yapıcı mutasyon olma şartını sağlamaması nedeniyle KF tanı kriterlerini sağlamayıp, ek olarak KFTR-İH olarak değerlendirlidi. 84 hastanın (%30) ilgili merkezler tarafından tanılarının gözden geçirilmesi ile KF ile ilişkili sınıflandırılamayarak veri tabanından silindiği görüldü. 3 hastanın ise (%1,1) tanısının veri tabanına 'KF değil' kategorisinde girildiği görüldü. Çalışmaya alınan 280 hastadan KF tanısı alan hastaların ter testlerinin ortancası 49,4 mmol/l (22,55), KFTR-İH tanısı alan hastaların ter testlerinin ortancası 45 mmol/l (25,22), KİMS/KFKOT tanısı alan hastaların ter testlerinin ortalaması 32,14 ± 14,9 mmol/l saptandı. Tüm gruplar arasında en yüksek ter testleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (p=0,000)

Tartışma: Bu çalışma, UKKS'de kayıtlı hastalarımızı KİMS/KFKOT ve KFTR-İH tanı kriterlerine göre yeniden değerlendirmemize ve tanılarının UKKS'de güncellenmesine imkan tanımıştır.

Şekil 1: Çalışmaya katılan hastaların diyagramı



SS-05

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA YÜKSEK ETKİLİ MODÜLATÖR TEDAVİNİN LİPİD PROFİLİ, ANTROPOMETRİK PARAMETRELER VE SOLUNUM FONKSİYONLARI ÜZERİNDEKİ BİR YILLIK ETKİLERİ

Ayyüce Ünlü[1], Işıl Bilgiç[1], Meltem Kürtül Çakar[1], Gamze Akca Dinç[1], Hande Yetişgin[1], Çelebi Yıldırım[1], Sanem Eryılmaz Polat[1], Dilber Ademhan Tural[2], Gökçen Dilşa Tuğcu[1], Güzin Cinel[2]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

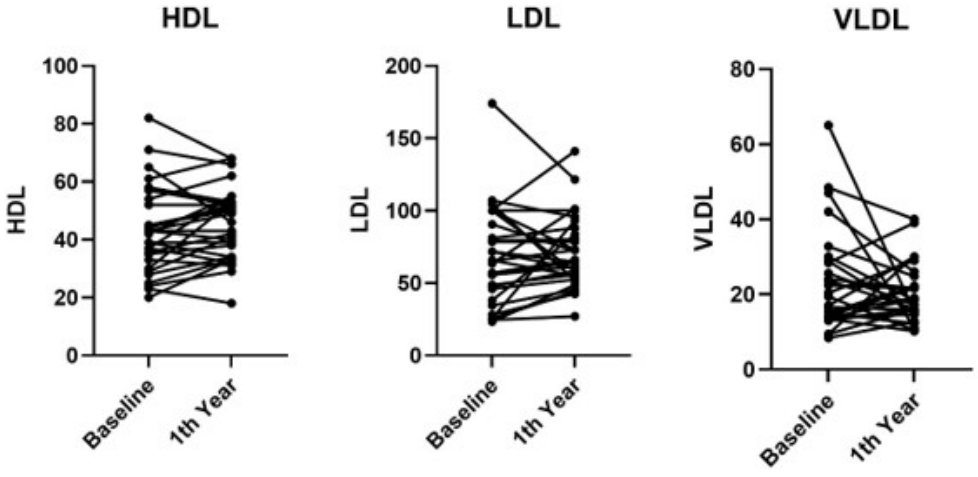
Giriş-Amaç: Yüksek etkili CFTR modülatör tedavileri (HEMT), kistik fibrozis (KF) bakımında önemli bir adım atmış, solunum fonksiyonları ve vücut kitle indeksinde (VKİ) belirgin iyileşmelerle sonuçlanmıştır. Bununla birlikte, erişkin yaş grubunda aşırı kilo alımı, artmış kardiyovasküler hastalık risk ve metabolik komplikasyonlar gibi olası yan etkiler konusunda endişeler bulunmaktadır. Bu çalışmada, KF'li çocuklarda bir yıllık HEMT sonrasında lipid profilindeki değişikliklerin yanı sıra solunum fonksiyonları ve antropometrik ölçümler üzerindeki etkilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

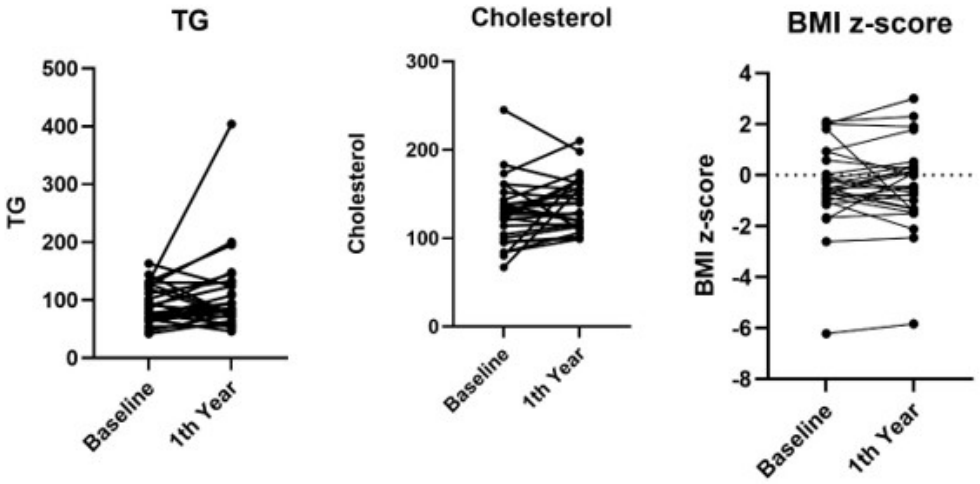
Gereç-Yöntem: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde izlenen ve 0-18 yaş arası 29 hasta dahil edilmiştir. Bu retrospektif, longitudinal çalışmada, kesintisiz olarak HEMT kullanan KF'li çocukların tedavi başlangıcındaki ve tedavinin 12. ayındaki VKİ, solunum fonksiyon testi ve serum lipid profili sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 12,4(8,5–17,8) yıl olup %55,2'si kızdı.12 aylık HEMT sonrasında VKİ anlamlı olarak arttı (p=0,043). 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1)'in litre, beklenen yüzde ve z-skoru değerlerinde (tümü için p<0,05) ve zorlu vital kapasite (FVC)'nin litre ve z-skoru değerlerinde (p<0,05) anlamlı artış saptandı (Tablo 1). Lipid parametreleri arasında yalnızca yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeyi anlamlı artış göstererek 42,0 mg/dL'den 46,0 mg/dL'ye yükseldi (p=0,044) (Şekil 1).VKİ'si artan ve artmayan hastalar arasında lipid profilindeki değişimler açısından anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: Bir yıl süreyle kesintisiz HEMT kullanımı, KF'li çocuklarda solunum fonksiyonları ve VKİ'de iyileşmeyle ilişkiliyken lipid profili, HDL düzeyindeki artış dışında büyük ölçüde stabil kaldı. LDL, trigliserid ve total kolesterol düzeylerinde artış saptanmaması, çocukluk çağında bir yıllık HEMT kullanımının olumsuz bir lipid etkisiyle ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Şekil 1





Başlangıç ile Bir Yıllık İzlem Arasında Lipid Profili ve VKİ'deki Değişiklikler

Tablo 1

Parametre	**Başlangıç**	**12. ay**	**p**
Kronik hava yolu kolonizasyonu, n (%)	20 (69,0)	12 (41,4)	**0,016**
Yıllık pulmoner alevlenme sayısı, median (Q1–Q3)	2 (1–2)	1 (0–1)	**<0,001**
Antropometrik ölçümler, median (Q1–Q3)			
VKİ (kg/m²)	15,7 (14,8–19,46)	16,20 (15,08–21,7)	**0,043**
VKİ z-skoru	−0,53 (−0,98–0,58)	−0,44 (−1,32–0,36)	0,259
Spirometrik parametreler, median (Q1–Q3)			
FEV1 (L)	1,62 (1,17–2,51)	1,83 (1,54–2,74)	**<0,001**
FEV1 (%)	81,0 (66,0–91,0)	86,0 (76,0–100,0)	**0,016**
FEV1 z-skoru	−1,27 (−2,66–−0,69)	−0,94 (−1,50–−0,01)	**0,001**
FVC (L)	1,63 (1,31–2,75)	2,07 (1,40–3,14)	**<0,001**
FVC (%)	73,5 (61,5–87,5)	78,0 (69,0–90,0)	0,108
FVC z-skoru	−2,14 (−3,02–−1,16)	−1,10 (−1,56–0,54)	**<0,001**
Lipid profili, (mg/dL), median (Q1–Q3)			
HDL (mg/dL)	42,0 (31,5–53,0)	46,0 (34,0–53,0)	**0,044**
LDL (mg/dL)	65,4 (42,0–95,3)	64,8 (53,7–85,8)	0,419
VLDL(mg/dL)	17,0 (13,8–28,6)	17,2 (14,7–23,5)	0,430
Total kolesterol (mg/dL)	127 (102–141)	129 (114,5–159)	0,106
Trigliserid	82 (67,3–123,8)	83 (73,5–127,0)	0,199

Başlangıç ve 12. ay izlemde klinik, antropometrik, spirometrik ve lipid parametreler

SS-06

IRT YÜKSEKLİĞİ SONRASI ANNELERDE ANKSİYETE DÜZEYİ VE BUNUNLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ömür Tasa, Sevgi Pekcan, Suat Savaş, Fatma Nur Ayman, Nagihan Erol Kızılelma
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Kistik fibrozis (KF) yenidoğan taramasında immünoreaktif tripsinojen (IRT) yüksekliği tek başına tanı koydurmamakta ileri değerlendirme gerektirmektedir. Tarama sonucunun aileye bildirilmesi ile tanısal sürecin tamamlanması arasındaki belirsizlik, annelerde kaygıya yol açabilir. Bu çalışmada IRT yüksekliği saptanan bebeklerin annelerinde anksiyete düzeyinin ve ilişkili sosyodemografik ve klinik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel çalışmaya,yenidoğan taramasında IRTyüksekliği nedeniyle ileri değerlendirmeye alınan 47 bebeğin annesi dahil edildi.Sosyodemografik ve klinik veriler kaydedildi.Psikolojik değerlendirmede Algılanan Stres Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, GAD-7 ve PHQ-9 kullanıldı.İki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi,sürekli değişkenlerde Spearman korelasyonu uygulandı;$p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Annelerin medyan yaşı 28 (26–31) yıl, %66'sı lise ve altı eğitim düzeyindeydi. Medyan Algılanan Stres Ölçeği puanı 22 (18–27)Beck anksiyete puanı 5 (1,5–11,5), GAD-7 puanı 4 (1–7)ve PHQ-9 puanı 5(2–9)idi. Annelerin %14,9'unda GAD-7≥10, %21,3'ünde PHQ-9≥10 saptandı. Ön lisans/üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelerde Beck ve GAD-7 skorları daha yüksekti (sırasıyla p=0,010 ve p=0,044). Son altı ayda olumsuz yaşam olayı bulunan annelerde de her iki anksiyete skoru anlamlı olarak daha yüksekti (Beck p=0,025; GAD-7 p=0,014).Çalışma durumu,gebelikte düzenli takip ve evde yardımcı desteği yalnızca Beck skoru ile ilişkiliydi.Anne yaşı, KF hakkında önceden bilgi, bebeğin hastane yatışı ve bildirim–ter testi aralığı ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: IRT yüksekliği sonrası tanısal değerlendirme sürecinde annelerde dikkate değer anksiyete belirtileri görülebilmektedir. Özellikle yüksek eğitim düzeyi ve yakın dönemde olumsuz yaşam olayı öyküsü daha yüksek anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. Tarama sonucunun açık biçimde aktarılması ve psikososyal açıdan riskli annelerin erken dönemde belirlenmesi yararlı olabilir.

Anne ve bebeklerin demografik ve klinik özellikleri

Tablo 1. Anne ve bebeklerin demografik ve klinik özellikleri

Anne özellikleri	
Toplam anne-bebek çifti	47
Anne yaşı, yıl	28 (26–31)
Gebelik sayısı	2 (1–3)
Eğitim düzeyi: lise ve altı	31 (66,0)
Eğitim düzeyi: ön lisans/üniversite ve üzeri	16 (34,0)
Anne çalışıyor	11 (23,4)
Gebelikte düzenli takip	42 (89,4)
Son 6 ayda olumsuz yaşam olayı	5 (10,6)
KF hakkında önceden bilgi sahibi	6 (12,8)

Bebek özellikleri	
Kız cinsiyet	25 (53,2)
Gestasyon haftası	38,6 (37,6–39,9)
Preterm doğum (<37 hafta)	5 (10,6)
Doğum ağırlığı, g	3200 (2900–3500)
Hastane yatışı öyküsü	18 (38,3)
Beslenme: yalnız anne sütü	27 (57,4)
Beslenme: yalnız mama	4 (8,5)
Beslenme: anne sütü + mama	16 (34,0)
Tarama / destek özellikleri	
Evde yardımcı desteği	14 (31,1)*
Bildirim–ter testi aralığı, gün	10 (3–18)†

*Veriler n (%) veya medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. *Evde yardımcı desteği için n=45. †Bildirim–ter testi aralığı için n=46..*

Demografik ve klinik özellikler: Çalışmaya toplam 47 anne-bebek çifti dahil edildi. Annelerin medyan yaşı 28 yıl, %66'sı lise ve altı eğitim düzeyindeydi ve %23,4'ü çalışıyordu. Annelerin %10,6'sında son 6 ayda olumsuz bir yaşam olayı öyküsü vardı. Bebeklerin %53,2'si kızdı, medyan gestasyon haftası 38,6 hafta, medyan doğum ağırlığı ise 3200 g idi. Bebeklerin %38,3'ünde hastane yatışı öyküsü bulunurken, çoğunluğu yalnız anne sütü ile beslenmekteydi. Tarama sonucunun bildirilmesi ile ter testi arasındaki medyan süre 10 gün olarak bulundu.

Psikolojik ölçek sonuçları ve anksiyete ile ilişkili faktörler

Tablo 2. Psikolojik ölçek sonuçları ve anksiyete ile ilişkili faktörler

A. Psikolojik ölçek sonuçları	
Ölçek / eşik	**Sonuç**
Algılanan Stres Ölçeği	22 (18–27)
Beck Anksiyete Ölçeği	5 (1,5–11,5)
GAD-7	4 (1–7)
PHQ-9 (Hasta Sağlık Anketi)	5 (2–9)
GAD-7 ≥10	7 (14,9)
PHQ-9 ≥10	10 (21,3)
B. Beck ve GAD-7 skorlarıyla ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi	

Faktör	Karşılaştırma	Beck anksiyete medyan (ÇAA) / ρ	p	GAD-7 medyan (ÇAA) / ρ	p
Anne yaşı	Sürekli değişken (Spearman)	ρ=0,114	0,444	ρ=0,236	0,110
Anne eğitim düzeyi	≤Lise (n=31) / ≥Ön lisans (n=16)	3 (0,5–9,5) / 9 (6,5–16,5)	**0,010**	2 (0,5–5,5) / 5 (3,8–8,5)	**0,044**
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor (n=36) / Çalışıyor (n=11)	3,5 (1–9,5) / 11 (7,5–18)	**0,029**	2,5 (0,8–6,2) / 5 (4–8,5)	0,083
Son 6 ayda olumsuz yaşam olayı	Yok (n=42) / Var (n=5)	4 (1–10,5) / 12 (11–15)	**0,025**	3 (1–5) / 7 (7–13)	**0,014**
Gebelikte düzenli takip	Yok (n=5) / Var (n=42)	15 (12–21) / 4 (1–10,5)	**0,027**	4 (2–5) / 3,5 (1–7)	0,835
Evde yardımcı desteği	Yok (n=31) / Var (n=14)*	3 (1–9) / 9,5 (5–19,5)	**0,046**	3 (1–5,5) / 4,5 (2,5–7)	0,300
KF hakkında önceden bilgi	Yok (n=41) / Var (n=6)	5 (2–11) / 8,5 (0,5–26,3)	0,785	4 (1–7) / 3 (2–4)	0,810
Bebeğin hastane yatışı	Yok (n=29) / Var (n=18)	8 (2–12) / 3 (0,3–7)	0,106	4 (2–7) / 2 (0,3–7,3)	0,295
Bildirim–ter testi aralığı	Sürekli değişken (Spearman), n=46	ρ=-0,195	0,194	ρ=0,054	0,722

*ÇAA: çeyrekler arası aralık. İki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi, sürekli değişkenlerde Spearman korelasyonu kullanılmıştır. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. p değerleri kesifsel ve çoklu karşılaştırma için düzeltilmemiştir; küçük alt gruplar nedeniyle sonuçlar temkinli yorumlanmalıdır. *Evde yardımcı desteği değişkeninde n=45.*

Psikolojik ölçekler ve ilişkili faktörler: Annelerin medyan Beck anksiyete skoru 5, GAD-7 skoru 4 idi; annelerin %14,9'unda GAD-7 ≥10 saptandı. Eğitim düzeyi ön lisans/üniversite ve üzeri olan annelerde hem Beck hem de GAD-7 skorları anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,010 ve p=0,044). Son 6 ayda olumsuz yaşam olayı bulunan annelerde de her iki anksiyete ölçeği anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Beck p=0,025; GAD-7 p=0,014). Çalışan annelerde, gebeliği düzenli takip edilmeyenlerde ve evde yardımcı desteği bulunanlarda Beck skoru daha yüksek olmakla birlikte bu ilişkiler GAD-7 ile doğrulanmadı. Anne yaşı, KF hakkında önceden bilgi sahibi olma, bebeğin hastane yatışı ve bildirim–ter testi arasındaki süre ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SS-07

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA KLİNİK BULGULAR İLE SOSYAL ANKSİYETE VE ANNE İYİLİK HALİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe Ünlü[1], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1], Aslı Sevinç Tengiz[2], Mehmet Emre Çağan[2], Şebnem Soysal Acar[3], Ayşe Tana Aslan[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
[3]Gazi Üniversitesitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Kistik fibrozisli (KF) çocuklarda sosyal anksiyete ve anne iyilik hali ile klinik parametreler arasındaki ilişki değerlendirildi.

Yöntem: 5–18 yaşındaki KF tanılı hastalarda demografik veriler, tanı yaşı, VKİ z-skoru, pankreatik yetmezlik, hava yolu kolonizasyonu, solunum fonksiyon bulguları, CFTR modülatör kullanımı kaydedildi. Çocukların sosyal anksiyete düzeyi 'Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (SASC-R)', annelerin ruhsal iyilik hali ise 'Kısa Warwick–Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (SWEMWBS)' ile değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 12,56±4,55 yıl olan 39 KF'li çocuk (%61,4 erkek) dahil edildi. Hastaların %76,9'unda pankreatik yetmezlik, %46,1'inde kolonizasyon vardı ve %66,7'si CFTR modülatör tedavisi almaktaydı. Ortalama SASC-R skoru 32,6±9,38, SWEMWBS skoru 29,8±4 idi. Sosyal anksiyete düzeyi %43,6 hastada düşük, %46,2 orta ve %10,3 yüksek saptandı. SASC-R ve SWEMWBS puanları; cinsiyet, pankreatik yetmezlik, kolonizasyon ve CFTR modülatör tedavisine göre farklılık göstermedi (p>0,05). Tüm hasta grubunda yaş, tanı yaşı, anne yaşı, VKİ z-skoru, FEV_1 ve MEF25–75 z-skoru ile SASC-R ve SWEMWBS puanları arasında korelasyon saptanmadı (p>0,05). SWEMWBS puanları ile tanı yaşı arasında negatif korelasyon izlendi (r=-0,315; p=0,051). CFTR modülatör tedavisi alan hastalarda erken tanı yaşı daha yüksek FEV_1 z-skoru (r=-0,483; p=0,017) ve MEF25–75 z-skoru (r=-0,557; p=0,050) ile ilişkiliydi. SWEMWBS puanları çocukların VKİ z-skoru ile pozitif korelasyon gösterdi (r=0,513; p=0,017).

Sonuç: Çalışmamızda çocukların sosyal anksiyete düzeyi ile annelerin ruhsal iyilik halinin klinik özelliklerden bağımsız olduğu görüldü. Buna karşın, CFTR modülatör tedavisi alan hastalarda erken tanının daha iyi akciğer fonksiyonları, anne ruhsal iyilik halinin ise daha iyi beslenme durumu ile ilişkili olması, etkili tedavinin psikososyal açıdan da yarar sağlayabileceğini düşündürmektedir.

SS-08

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA NORMONATREMİK SODYUM EKSİKLİĞİ: VÜCUT KOMPOZİSYONU VE KLİNİK PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazal Gacemer[1], Kübra Özkaya[1], Gülcan Yılbaş Kara[1], Neslihan Halavurt[1], Mustafa Öklü[1], Ali İhsan Efe[2], Şule Gökçe[3], Samim Özen[2], Gökçen Kartal Öztürk[1], Figen Gülen[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

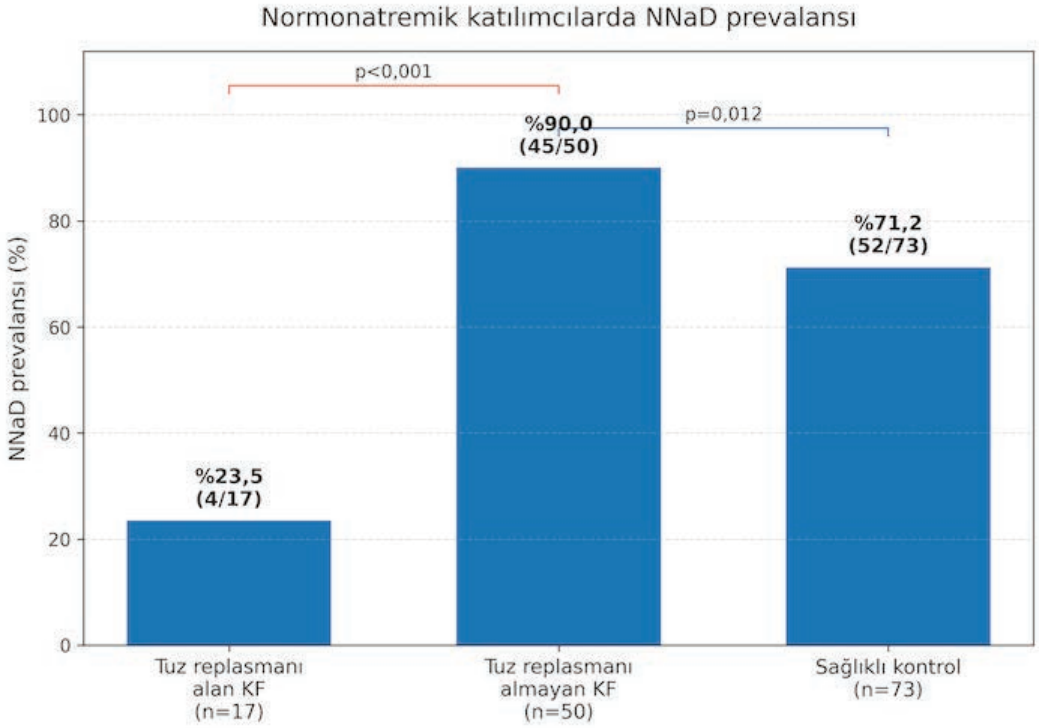
Giriş: Kistik fibroziste (KF) artmış sodyum kaybına rağmen serum sodyum düzeyleri normal sınırlarda seyredebilmekte total vücut sodyum eksikliği gözden kaçabilmektedir. Normonatremik sodyum eksikliği (NNaD) olarak tanımlanan bu durumun sıklığının KF'li çocuklar ile sağlıklı kontroller arasında karşılaştırılması, NNaD'nin vücut kompozisyonu ve klinik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi ve spot idrar Na/Kr oranının yaş, cinsiyet ve kas kütlesi için düzeltme yapılarak incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel, tek merkezli çalışmaya 6–18 yaş arası 75 KF'li çocuk ve yaş/cinsiyet açısından benzer 75 sağlıklı kontrol dahil edildi. Sodyum durumu FENa ile değerlendirildi; FENa <%0,5 NNaD olarak tanımlandı. Vücut kompozisyonu biyoelektrik impedans analiziyle değerlendirilerek FFMI ve SMI hesaplandı. KF grubunda spirometri, pulmoner atak sayısı, CFTR modülatör ve tuz kullanımı, ter klorürü ve günlük sodyum alımı kaydedildi. Spot idrar Na/Cr oranı gruplar arasında karşılaştırıldı ve yaş, cinsiyet, kas kütlesi için düzeltilmiş lineer modelle analiz edildi.

Bulgular: KF ve sağlıklı kontrol grubunun yaş [11,08(7,40–15,42) yıl ve 12,21(9,93–14,68) yıl, p=0,180] ve cinsiyetleri [%38,7 (N:29) ve %49,3 (N:37) kız, p=0,188] benzerdi. KF grubunda kilo, boy, BKİ z-skorları, FFMI, SMI değerleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşüktü (tümü p<0.05). Tuz replasmanı almayan normonatremik KF hastalarında NNaD daha sık (%90,0 vs %71,2; p=0,012) saptandı. Spot idrar Na/Cr oranı gruplar arasında farklı değildi (p=0,240) ve yaş, cinsiyet ve SMI için düzeltme sonrasında da anlamlı fark saptanmadı (p=0,354).

Sonuç: Tuz replasmanı almayan normonatremik çocuklarda FENa düzeyleri sağlıklı kontrollere göre düşük seyretmekte hastaların %90'ında normonatremik sodyum eksikliği görülmektedir. Spot idrar Na/Cr oranı iki grubu ayırt etmede yetersiz kalırken, FENa'nın gizli sodyum açığını göstermede daha duyarlı olduğunu düşündürmektedir.

Şekil 1. Tuz replasmanı alan ve almayan normonatremik KF hastaları ile sağlıklı kontrollerde NNaD prevalansı



Tablo 1. Kistik fibrozisli çocuklar ve sağlıklı kontrollerin demografik, antropometrik, vücut kompozisyonu ve sodyum durumu özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	KF (n=75)	Sağlıklı kontrol (n=75)	p
Yaş (yıl)*	11,08 (7,40–15,42)	12,21 (9,93–14,68)	0,180[a]
Cinsiyet, kız, n (%)	29 (38,7)	37 (49,3)	0,188[c]
Kilo z-skoru*	–0,61 (–1,77–0,23)	0,23 (–0,82–1,29)	0,001[a]
Boy z-skoru+	–0,73 ± 1,38	0,17 ± 1,08	<0,001[b]
BKİ z-skoru*	–0,28 (–1,39–0,57)	0,34 (–0,92–1,27)	0,011[a]
İYağsız vücut kütle indeksi (FFMI), kg/m²*	13,54 (12,38–15,54)	14,46 (13,09–16,06)	0,008[a]
İskelet kas kütle indeksi (SMI), kg/m²*	7,04 (5,80–8,34)	7,63 (6,67–8,74)	0,003[a]
Normonatremik alt grup	n=68	n=73	
FENa (%)*	0,328 (0,166–0,512)	0,350 (0,185–0,530)	0,580[a]
NNaD, n (%)	49 (72,1)	52 (71,2)	0,913[c]
İdrar Na/Cr (mmol/g kreatinin)*	90,2 (50,9–163,2)	85,2 (41,2–130,4)	0,240[a]

*Veriler *medyan (IQR), +ortalama ± SS veya n (%) olarak sunulmuştur. [a]Mann–Whitney U testi; [b]bağımsız örneklem t-testi; [c]Pearson ki-kare testi. BKİ: beden kütle indeksi; FENa: fraksiyonel sodyum ekskresyonu; NNaD: normonatremik sodyum eksikliği; Na/Cr: sodyum/kreatinin oranı.*

Tablo 2. Tuz replasmanı almayan normonatremik KF hastaları ile normonatremik sağlıklı kontrollerin sodyum durumu göstergelerinin karşılaştırılması

Değişken	Tuz replasmanı almayan normonatremik KF (n=50)	Normonatremik sağlıklı kontrol (n=73)	P
FENa (%)*	0,273 (0,148–0,379)	0,350 (0,185–0,530)	0,021[a]
NNaD, n (%)	45 (90,0)	52 (71,2)	0,012[b]
İdrar Na/Cr (mmol/g kreatinin) *	74,7 (44,5–120,9)	85,2 (41,2–130,4)	0,633[a]

** Veriler medyan (IQR) olarak sunulmuştur. [a]Mann–Whitney U testi; [b]Pearson ki-kare testi.*

Tablo 3. Normonatremik KF hastalarının NNaD durumuna göre antropometrik, vücut kompozisyonu ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	NNaD yok (n=19)	NNaD var (n=49)	p
Kilo z-skoru+	–0,51 ± 1,73	–0,71 ± 1,55	0,655[a]
Boy z-skoru*	–0,85 (–1,41/–0,11)	–0,47 (–1,54–0,35)	0,652[b]
BKİ z-skoru+	–0,08 ± 1,41	–0,50 ± 1,45	0,168[a]
FFMI, kg/m²*	14,27 (12,50–15,93)	13,54 (12,40–15,45)	0,281[b]
SMI, kg/m²*	7,24 (5,98–8,64)	7,04 (5,97–8,26)	0,381[b]
FVC z-skoru*	–1,13 (–2,64/–0,20)	–1,31 (–3,33/–0,34)	0,676[b]
FEV_1 z-skoru*	–0,40 (–2,15–0,11)	–0,82 (–2,75–0,50)	0,637[b]
FEV_1/FVC z-skoru*	0,47 (–0,21–1,91)	1,43 (0,54–1,97)	0,399[b]
$MEF_{25–75}$ z-skoru*	–0,35 (–0,92–0,64)	–0,04 (–1,85–0,92)	0,575[b]
Son ter klorürü, mmol/L*	38,5 (26,3–89,3)	49,2 (27,0–71,2)	0,995[b]
Son 1 yıldaki pulmoner atak sayısı*	2 (0–3)	2 (1–4)	0,351[b]
CFTR modülatör kullanımı, n (%)	13 (68,4)	29 (59,2)	0,482[c]
Tuz kullanımı, n (%)	13 (72,2)	4 (8,2)	<0,001[d]

** Medyan (IQR); + ortalama ± SS; kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. [a]Bağımsız örneklem t-testi; [b]Mann–Whitney U testi; [c]Pearson ki-kare testi; [d]Fisher exact test*

SS-09

KİSTİK FİBROZİSTE CFTR MODÜLATÖR TEDAVİSİNİN UZUN DÖNEM ETKİNLİĞİ: DÖRT YILLIK GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ

Eda Esra Baysal[1], Burcu Uzunoğlu[2], Ceren Ayça Yıldız[1], Neval Metin Çakar[1], Fulya Özdemircioğlu[1], Büşra Özgünay[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Emre Uğurlu[1], Gülzar Alışbeyli[1], Fatma Gafarova[1], Şule Bektaş[1], Ömer Uysal[1], Gamze Taştan[2], Şeyda Karabulut[1], Cansu Yılmaz Yeğit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gökdemir[1], Ela Erdem Eralp[1], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

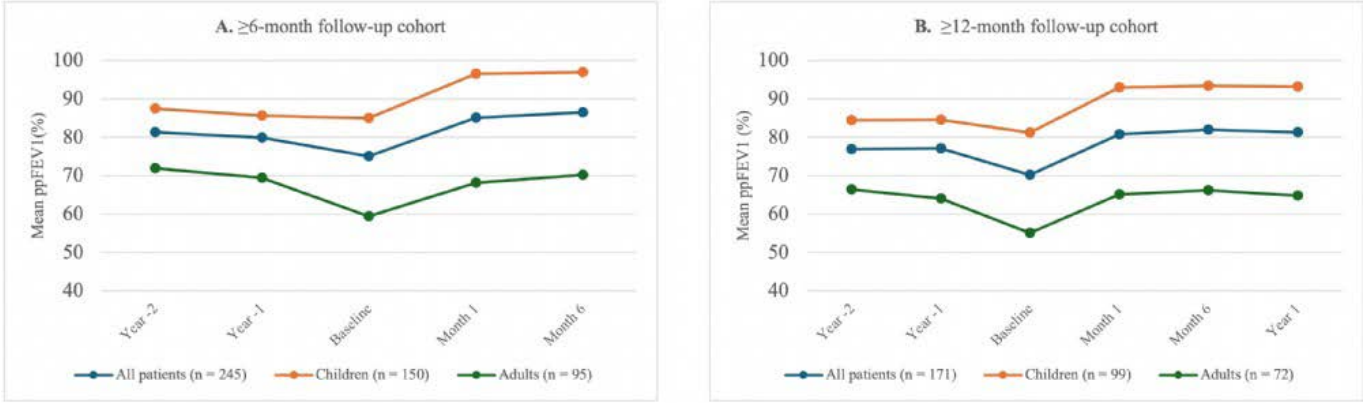
Giriş: Kistik fibroziste (KF) kistik fibrozis transmembran iletkenlik düzenleyici (CFTR) modülatör tedavileri klinik sonuçları iyileştirmektedir. Ancak uzun dönem verileri sınırlıdır. Bu çalışmada CFTR modülatör tedavisinin dört yıllık sonuçları değerlendirilmesi amaçlandı.

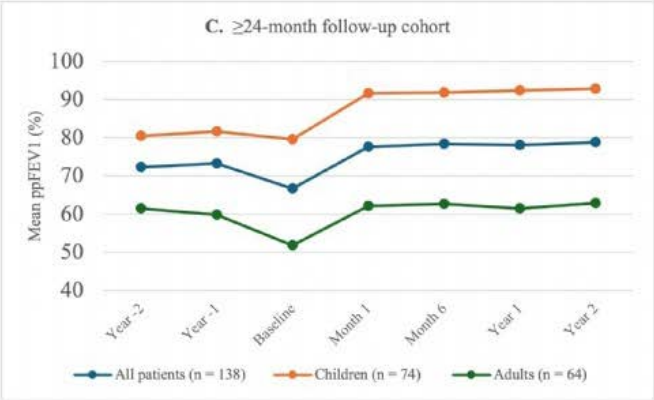
Gereç ve Yöntem: CFTR modülatör tedavisi alan 306 KF hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Zorlu ekspiratuvar volümün birinci saniyesi (FEV_1), erişkinlerde vücut kitle indeksi (VKİ), çocuklarda VKİ persentili, pulmoner alevlenme, hastaneye yatış, solunum desteği ve yan etkiler incelendi. Tedavi öncesi ve sonrası yıllık akciğer fonksiyon değişimi değerlendirildi.

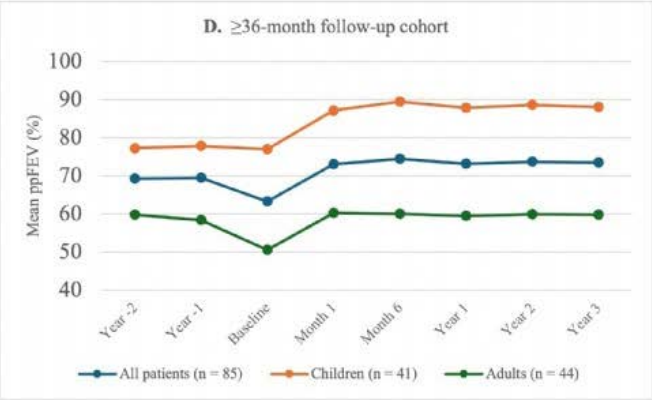
Sonuçlar: Katılımcıların %66,3'ü çocuktu. Dört yıllık takip kohortunda ortalama $ppFEV_1$ başlangıçta 57,9 iken tedavinin birinci ayında 68,5'e yükseldi ve dördüncü yılda 68,4 olarak korundu. Tedavi öncesinde –2,62/yıl olan $ppFEV_1$ değişimi tedavi sonrasında –0,10/yıl oldu; tedavi öncesi ve sonrası değişim hızları arasındaki fark anlamlıydı ($p<0,001$). Yaş grupları ayrı değerlendirildiğinde, yıllık $ppFEV_1$ değişimi erişkinlerde –3,28'den +0,24'e ($p<0,001$), çocuklarda –2,11'den –0,22'ye değişti ($p=0,095$). Erişkinlerde VKİ dört yıllık takipte 20,65 kg/m²'den 23,26 kg/m²'ye yükseldi ($p<0,001$). Çocuklarda VKİ persentili iki yıllık takipte 35,66'dan 43,38'e yükseldi ($p=0,010$). En az bir pulmoner alevlenme görülen hasta oranı %87,9'dan %65,9'a, en az bir hastaneye yatış görülen hasta oranı ise %40,3'ten %11,4'e geriledi (her ikisi için $p<0,001$). İlk yıl sonunda oksijen desteği alan 14 hastanın 10'unda (%71,4), BiPAP kullanan 7 hastanın 6'sında (%85,7) solunum desteği sonlandırıldı. Hastaların %16,7'sinde yan etki görülürken, %9,2'sinde tedaviye ara verme, doz azaltma veya tedaviyi sonlandırma gerekti; kalıcı tedavi kesilme oranı %2,6 idi.

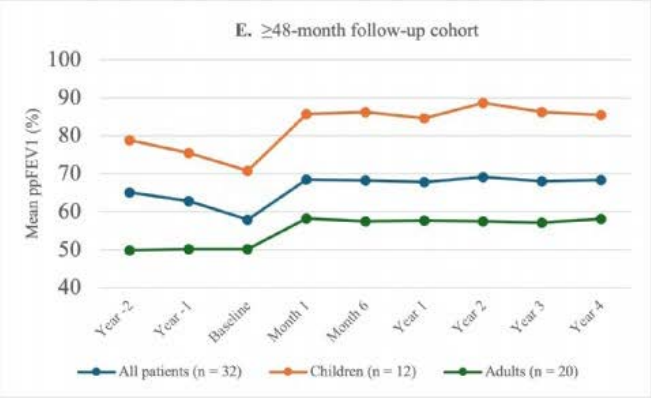
Tartışma: CFTR modülatör tedavisi, erken elde edilen klinik kazanımların dört yıllık takip boyunca büyük ölçüde korunduğunu göstermiş; akciğer fonksiyonları, beslenme durumu ve klinik sonuçlarda sürdürülebilir iyileşme sağlamıştır.

Şekil 1. CFTR modülatör tedavisi öncesi ve sonrası $ppFEV_1$ değişiminin takip kohortlarına göre seyri




C. ≥24-month follow-up cohort
Mean ppFEV1 (%)
100
90
80
70
60
50
40
Year -2
Year -1
Baseline
Month 1
Month 6
Year 1
Year 2
All patients (n = 138)
Children (n = 74)
Adults (n = 64)


D. ≥36-month follow-up cohort
Mean ppFEV (%)
100
90
80
70
60
50
40
Year -2
Year -1
Baseline
Month 1
Month 6
Year 1
Year 2
Year 3
All patients (n = 85)
Children (n = 41)
Adults (n = 44)


E. ≥48-month follow-up cohort
Mean ppFEV1 (%)
100
90
80
70
60
50
40
Year -2
Year -1
Baseline
Month 1
Month 6
Year 1
Year 2
Year 3
Year 4
All patients (n = 32)
Children (n = 12)
Adults (n = 20)

SS-10

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA YÜKSEK ETKİLİ MODÜLATÖR TEDAVİSİNE GÖRE GÖZ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem Kurtul Cakar[1], Dilber Ademhan Tural[2], Mualla Hamurcu[3], Mehmet Onen[3], Emine Esra Karaca[3], Işıl Bilgiç[1], Gamze Akca Dinç[1], Ayyüce Ünlü[1], Hande Yetişgin[1], Çelebi Yıldırım[1], Gökçen Dilşa Tuğcu[1], Sanem Eryılmaz Polat[1], Ozlem Evren Kemer[3], Guzin Cinel[2]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

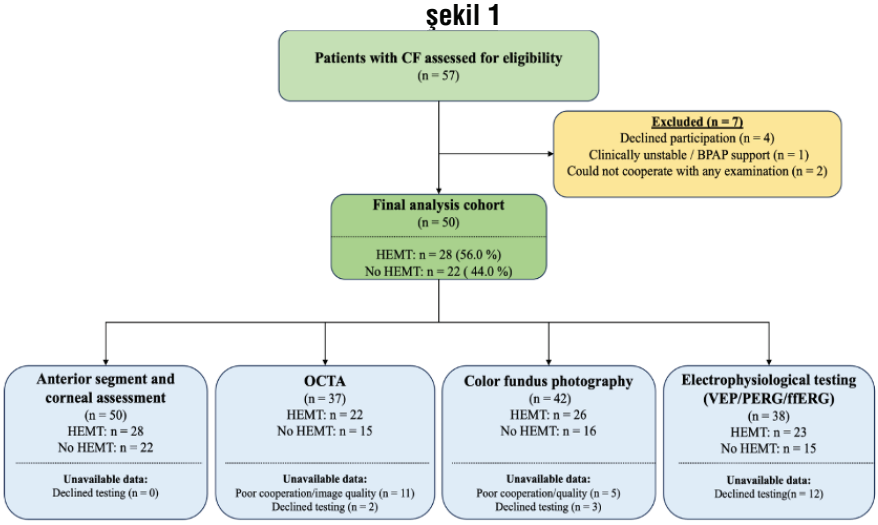
Amaç: Yüksek etkili modülatör tedavisi (YEMT), kistik fibrozisli (KF) hastaların kliniklerini önemli ölçüde iyileştirmektedir, ancak oküler etkilerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, KF'li çocuklarda göz bulgularının YEMT kullanım durumlarına göre kapsamlı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif kesitsel kohort çalışmasına 2–18 yaş arasındaki KF'li çocuklar dahil edildi. Çalışma, Ağustos 2025–Ağustos 2026 arasında yürütüldü. Olgulara biyomikroskopi, gözyaşı filmi ve meibografi değerlendirmesi, speküler mikroskopi, optik koherens tomografi anjiyografisi (OKTA), renkli fundus fotoğrafı ve görsel elektrofizyolojik incelemeler yapıldı. YEMT kullanımına göre bulgular karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamında değerlendirilen 57 hastadan 50'sinin değerlendirmeleri çalışmaya dahil edildi (Şekil 1). Hastaların 28'i (%56,0) YEMT kullanıyordu. Yaş, cinsiyet, antropometrik ölçümler ve solunum fonksiyonları gruplar arasında benzerdi. Hiçbir hastada lens opasitesi veya katarakt saptanmadı.Hastaların, oküler yüzey, korneal ve OKTA parametrelerinde YEMT durumuna göre farklılık saptanmadı. Fundus fotoğraflarının 13/42'sinde (%31,0) retinal vasküler tortüosite izlendi, tortüosite saptanma sıklığı açısından gruplar arasında fark yoktu (p=0,733). Elektrofizyolojik parametrelerinden yalnızca patern elektroretinografisinde (PERG) N35 amplitüdü YEMT grubunda daha düşüktü [1,0 (Q1–Q3: 0,5–1,6); 1,9 (Q1–Q3: 1,2–2,7) µV, p=0,010]. (Tablo 1)

Sonuç: YEMT kullanımı, oküler yüzey, kornea, retinal mikrovasküler yapı veya fundus bulgularında anlamlı bir farklılıkla ilişkili değildi ve hiçbir hastada lens opasitesi veya katarakt saptanmadı. Çalışmamız, YEMT kullanımının hastaların göz bulgularında olumsuz bir etkisi olmadığını göstermektedir. PERG dalga formunun erken negatif bileşeni olan N35 amplitüdündeki izole azalma, klinik anlamı belirsiz keşifsel bir bulgu olarak değerlendirilmeli ve daha büyük örneklemli longitudinal çalışmalarla doğrulanmalıdır.

şekil 1



Şekil 1. Çalışmaya katılan hastaların akış şeması ve oftalmolojik incelemelere göre değerlendirilebilir hasta sayıları. **BPAP:** iki düzeyli pozitif hava yolu basıncı **CF:** kistik fibrozis, **ffERG:** tam alan elektroretinografi **HEMT:** yüksek etkili modülatör tedavisi **OCTA:** optik koherens tomografi anjiyografi **PERG:** patern elektroretinografi **VEP:** görsel uyarılmış potansiyel.

Tablo 1

Variable	Tüm Hastalar Median [Q1; Q3] (n = 50)	YEMT yok Median [Q1; Q3] (n = 22)	YEMT var Median [Q1; Q3] (n = 28)	*p*
Yaş, yıl	10.3 (5.2; 12.2)	10.2 (4.7; 12.0)	11.1 (5.4; 14.9)	0.353
Cinsiyet, kız, n (%)	29 (58.0)	13 (59.1)	16 (57.1)	0.890
Vücut ağırlığı z-skoru	-0.5 (-1.1; 0.3)	-0.9 (-1.1; 0.6)	-0.4 (-0.9; 0.2)	0.319
Boy z-skoru	-0.3 (-0.9; 0.7)	-0.2 (-0.9; 0.7)	-0.4 (-1.0; 0.7)	0.571
VKİ	15.8 (14.8; 17.7)	16.0 (14.3; 17.4)	15.7 (15.0; 18.9)	0.406
VKİ z-skoru	-0.5 (-1.0; 0.1)	-0.7 (-1.6; 0.2)	-0.4 (-0.9; 0.1)	0.390
Ter klorür düzeyi, mmol/L	81.8 (45.7; 93.9)	91.4 (68.2; 105.2)	73.4 (27.1; 89.6)	**0.004**
En az bir F508del patojenik variant, n (%)	26 (52.0)	6 (27.3)	20 (71.4)	**0.002**
FEV1 z-skoru, (n=38) (n=16) (n=22)	-0.7 (-1.6; 0.1)	-0.4 (-1.7; 0.2)	-0.7 (-1.6; 0.0)	0.827
FVC z-skoru (n=38) (n=16) (n=22)	-1.0 (-1.8; -0.4)	-0.9 (-1.9; -0.4)	-1.1 (-1.6; -0.4)	0.895
Pulmoner alevlenme sayısı	2.0 (1.0; 4.0)	3.0 (1.8; 5.0)	2.0 (1.0; 3.0)	0.062
A Vitamini, µg/L	490.0 (341.5; 645.2)	474.0 (339.3; 617.1)	519.0 (342.9; 657.8)	0.605
E Vitamini, mg/L	10.2 (8.9; 13.3)	9.7 (8.4; 13.2)	10.8 (9.1; 14.3)	0.348
Multivitamin kullanımı, n (%)	48 (96.0)	21 (95.5)	27 (96.4)	1.000
BCVA, logMAR	0.0 (0.0; 0.0)	0.0 (0.0; 0.0)	0.0 (0.0; 0.0)	1.000
NIBUT, saniye	13.0 (7.4; 14.5)	14.0 (9.6; 15.0)	12.0 (6.7;14.0)	0.203
NIBUT <10 saniye, n%	14 (28.6)	5 (22.7)	9 (33.3)	0.414
Meibografi skoru	0.0 (0.0; 1.0)	0.0 (0.0; 1.3)	0.0 (0.0; 1.0)	0.725
PERG				
N35 latansı, ms	23.8 (22.6; 25.6)	23.8 (23.0; 25.6)	23.0 (21.2; 25.6)	0.360
N35 amplitüdü, µV	1.2 (0.7; 2.1)	1.9 (1.2; 2.7)	1.0 (0.5; 1.6)	**0.010**

BCVA: en iyi düzeltilmiş görme keskinliği; **VKİ:** vücut kitle indeksi; **KF:** kistik fibrozis; **FEV1:** birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim; **FVC:** zorlu vital kapasite; **YEMT:** yüksek etkili modülatör tedavisi; **logMAR:** minimum çözünürlük açısının logaritması; **NIBUT:** noninvaziv gözyaşı kırılma zamanı; **PERG:** patern elektroretinografi.

Tablo 1. Yüksek etkili modülatör tedavisi kullanımına göre kistik fibrozisli çocukların demografik, klinik ve oküler özellikleri.

SS-11

KİSTİK FİBROZİS TARAMA POZİTİF, KESİN OLMAYAN TANI İLE İZLENEN ÇOCUKLARIN KLİNİK, GENETİK, LABORATUVAR SONUÇLARI VE UZUN DÖNEM İZLEM SONUÇLARI

Erdi Çağrı Dağdelen, Betül Cansever Akay, Melih Hangul
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Adana

Amaç: Kistik fibrozis (KF) yenidoğan taraması, tanı ölçütlerini karşılamayan ancak KF gelişimi açısından izlem gerektiren tarama pozitif, kesin olmayan tanı (KFKOT/CRMS-CFSPID) grubunu ortaya çıkarmıştır. KFKOT ile izlenen çocukların demografik, genetik ve uzun dönem klinik sonuçları değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: Tek merkezli retrospektif çalışmaya 50 çocuk dahil edildi. IRT/IRT, CFTR genotipi, ter klorürü, pankreatik elastaz, kültür, toraks BT, solunum fonksiyon testleri (SFT) incelendi; varyantlar CFTR2 ve CFTR-France'a göre sınıflandırıldı.

Sonuçlar: Medyan yaş 5,25 yıl (IQR:2,31–7,83), kız oranı %56 idi. 38 CFTR varyantı saptandı; en sık L997F (%26), P1013L (%18) ve F1052V (%16) görüldü (Tablo-1). Başlangıç ter klorürü 49 hastada 17 mmol/L (IQR:12–34) olup %71,4'ünde <30, %28,6'sında 30–59 mmol/L idi. Seri ölçümü bulunan 33 hastada değer 21'den 14 mmol/L'ye (p=0,021), başlangıcı 30–59 mmol/L olan 13 hastada 50'den 35 mmol/L'ye geriledi (p=0,016) (Tablo-2). Bir hasta (%2) KF'ye yeniden sınıflandırıldı. D110H/D110H genotipli bu hastada ter klorürü 52→57→70 mmol/L'ye yükselirken aynı genotipli diğer hastada 58→40 mmol/L'ye geriledi; her ikisinde psödo-Bartter fenotipi vardı. Pankreatik elastazı bulunan 41 hastanın tamamında değer ≥200 µg/g idi; seri ölçümlerde değişim anlamlı değildi (n=22; 614,5→677,5 µg/g; p=0,106) (Tablo-2). Seri SFT yapılan altı hastada FEV1/FVC'de kayıp yoktu. Kültürlerde S.aureus %12, P.aeruginosa %2, H.influenzae %2 oranında saptandı; BT yapılan 29 hastada bronşektazi yoktu.

Tartışma: KFKOT/CRMS-CFSPID olgularının büyük çoğunluğunda uzun dönemde ter klorürünün stabil kaldığı veya azaldığı, pankreatik fonksiyonların ve solunum fonksiyonlarının korunduğu ve yapısal akciğer hastalığı gelişmediği görüldü. Bununla birlikte, aynı CFTR genotipine sahip bireylerde dahi farklı klinik seyir gözlenmesi ve az sayıda hastanın KF'ye yeniden sınıflandırılması, bireyselleştirilmiş ve uzun dönem klinik izlemin gerekliliğini göstermektedir.

Tablo-1 Genetik varyantların dağılımı

CFTR varyantı	Varyantı taşıyan hasta, n	Hasta bazlı sıklık, %	Saptanan allel sayısı
L997F	13	26,0	19
P1013L	9	18,0	11
F1052V	8	16,0	9
M952I	4	8,0	5
p.F508del	4	8,0	4
E1228G	3	6,0	3
D110H	2	4,0	4
G576A	2	4,0	2
I148T	2	4,0	2
R668C	2	4,0	2
2789+5G>A	1	2,0	1
3041-71G/C	1	2,0	1
4096-3C>G	1	2,0	1

5T	1	2,0	2
621+3A>G	1	2,0	1
711+3A>G	1	2,0	1
C.3141C>T	1	2,0	1
D1152H	1	2,0	1
D836Y	1	2,0	1
F834L	1	2,0	1
G1096R	1	2,0	2
G542X	1	2,0	1
I1328T	1	2,0	2
I506V	1	2,0	1
I807M	1	2,0	1
I853I	1	2,0	1
L610I	1	2,0	1
P111L	1	2,0	1
P5L	1	2,0	1

Tablo-2 İzlemde hastaların antropometrik ölçüm, SFT, pankreatik elastaz ve ter klor düzeyi değişimleri

	n	İlk ölçüm, medyan (IQR)	Son ölçüm, medyan (IQR)	Medyan değişim (IQR)	p
VA Z Skoru	26	–0,13 [–0,80–0,48]	0,17 [–0,27–1,02]	+0,39 [0,00–0,74]	0,005
Boy Z Skoru	31	–0,53 [–0,95–0,21]	–0,40 [–0,67–-0,02]	+0,05 [–0,25–0,34]	0,739
Boy/VA Z Skoru	22	–0,10 [–0,63–0,58]	0,56 [0,17–1,00]	+0,57 [0,16–1,07]	0,007
BMI Z Skoru	31	–0,01 [–0,59–0,89]	0,49 [0,15–1,24]	+0,50 [–0,10–0,94]	0,003
FEV1%	6	94,5 [92,3–111,8]	132,5 [113,8–143,8]	+18,5 [5,8–29,8]	0,031
FVC %	6	84,5 [82,3–97,3]	124,0 [116,5–131,5]	+26,0 [13,3–38,8]	0,063
Pankreatik Elastaz (µg/g)	22	614,5 [483,0–710,8]	677,5 [512,0–780,0]	+62,0 [–56,3–223,3]	0,106
Ter klor (mmol/L)	33	21 [11–44]	14 [10–32]	–3 [–13–2]	0,021

SS-12

KİSTİK FİBROZİS BRONŞEKTAZİSİ ÜST LOBLARI MI TUTAR?

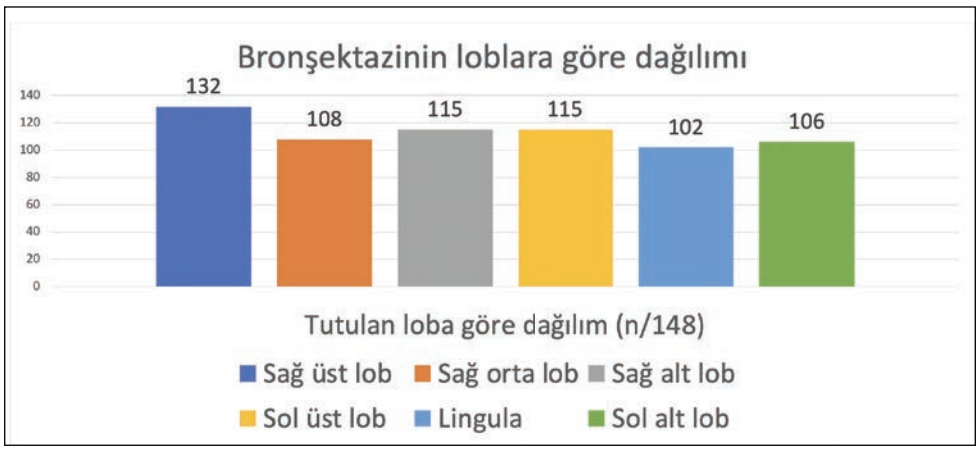
Neval Metin Çakar[1], Ömer Faruk Domruk[2], Eda Esra Baysal[1], Fulya Özdemircioğlu[1], Büşra Özgünay[1], Emre Uğurlu[1], Gulzar Alışbeyli[1], Fatime Qafarova[1], Şule Bektaş[1], Ömer Uysal[1], Burcu Uzunoğlu[3],Gamze Taştan[3], Şeyda Karabulut[1], Cansu Yılmaz Yeğit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gökdemir[1], Ela Erdem Eralp[1], Nuri Çağatay Çimşit[2], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozis (KF), kistik fibrozis transmembran regulatuar (CFTR) proteininin işlev bozukluğundan kaynaklanan otozomal resesif geçişli multisistemik bir hastalıktır. CFTR disfonksiyonunda klorür sekresyonu etkilenerek kalın viskoz salgılar görülür. Solunum sistemi tutulumu, morbidite ve mortalitenin başlıca belirleyicisidir. Bronşektazi, KF akciğer hastalığının ayırt edici bir özelliğidir ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ve ilerleyici akciğer hasarı ile ilişkilidir. KF ile ilişkili bronşektazinin geleneksel olarak üst loblarda baskın olduğu ve başlangıçta üst loblarda gelişip daha yaygın bir tutulumu olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, KF hastalarında bronşektazinin lob dağılımını ve farklı yaş gruplarındaki klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

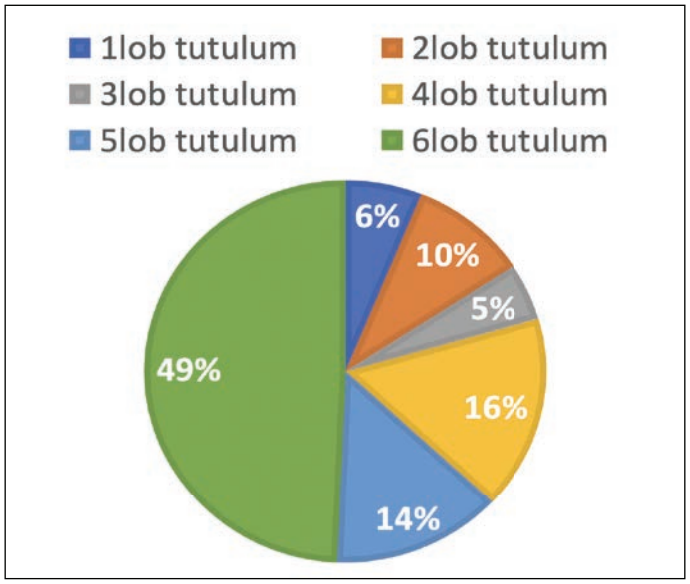
Yöntemler: Bu retrospektif kohort çalışması, Marmara Üniversitesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi'nde takip edilen kistik fibrozisli (KF) hastaları kapsamaktadır. Demografik ve klinik veriler, tıbbi kayıtlardan geriye dönük olarak elde edilmiştir. Hastalar pediyatrik (0–18 yaş) veya erişkin (>18 yaş) olarak sınıflandırılmıştır. Bronşektazi varlığı ve dağılımını değerlendirmek amacıyla, son üç yıl içinde çekilen ince kesitli toraks BT görüntüleri incelenmiştir. Bronşektazi 'bronş çapının eşlik eden pulmoner arter çapından büyük olması ve hava yollarının diğer bronşlara kıyasla anormal genişlemesi' olarak tanımlandı ve standardizasyon için radyoloji bölümünden tek uzman tarafından değerlendirildi. Bronşektazinin dağılımı tutulan loba, lob sayısına, iki taraflı tutulum olup olmamasına ve yoğunluğuna bakarak incelendi.

Bulgular: Merkezimizde takipli 489 KF hastasının verileri incelendi. Toraks BT'si olan 256 hasta vardı. 148 hastada (%57.1) en az 1 lobu etkileyen bronşektazi mevcuttu. Üst lob tutulumu çocuk hastaların %13,6'sında ve erişkin hastaların %11.3'ünde saptandı. Cinsiyet dağılımı ve CFTR genetik mutasyonlarının dağılımı açısından da çocuk ve erişkin grupları arasında anlamlı fark bulunmadı. Hastalara ait demografik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Bronşektazinin tutulan lobun yerine göre dağılımı Grafik 1'de, tutulan lob sayısına göre dağılımı Grafik 2 de gösterilmiştir.

Figür 1: Bronşektazinin loblara göre dağılımı



Figür 2: Tutulan lob sayısına göre dağılım %



	ÇOCUK N=49	ERİŞKİN N=99	P değeri
Cinsiyet *- erkek:*	N=31; %52.5	N=48; %48.4	*0.37*
Yaş *-median*	14.6 (4.6-17.9)	25.7 (18.1-52.0)	*0.03*
CFTR genetik mutasyon n; % *-deltaF508 homozigot* *-deltaF508 heterozigot* *-diğer mutasyonlar*	 N=6; %10.2 N=18; %30.5 N=35; %59.3	 N=14; %14.1 N=26; %26.3 N=59; %59.6	*0.71*
BE lokalizasyon *-sadece üst lob/loblar:* *-sadece alt lob/loblar:* *-diffüz tutulum:*	 N=8; %13.6 N=1; %1.7 N=40; %67.8	 N=11; %11.3 N=7; %7.2 N=78; %80.4	*<0.05*
Bilateralite	N=41; %69.5	N=93; %93.8	*<0.05*
Tutulan lob sayısına göre *-1 lob:* *-2 lob:* *-3 ve üzeri lob:*	 N=5; %8.6 N=3; %5.2 N=40; %86.2	 N=3; %3.1 N=12; %12.4 N=81; %84.6	0.12

Sonuç: KF BE'si, çoğunlukla diffüz ve bilateral tutulum göstermekte olup, yalnızca üst loblarla sınırlı tutulum nadirdir. Erişkinlerde bilateral tutulumun daha sık görülmesi, yaş grupları arasında bronşektazinin yaygınlığı ve dağılım paternlerinin farklılaşabileceğini düşündürmektedir.

SS-13

ÇOCUKLUK ÇAĞI PEKTUS DEFORMİTELERİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SOLUNUM FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Ayşen Başaran
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları

Amaç: Pektus deformiteleri (PD), çocukluk çağının en sık görülen göğüs duvarı anomalileridir. Bu çalışmada pektus ekskavatum (PE) ve pektus karinatum (PK) tanılı hastaların demografik-klinik özellikleri ve solunum fonksiyon testleri (SFT) karşılaştırılarak, pulmoner etkilenmeyi belirleyen faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kasım 2021-Ocak 2026 tarihleri arasında Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde izlenen 441 PD tanılı hasta (308 PE, 133 PK) retrospektif değerlendirildi. Demografik veriler, aile öyküsü, skolyoz varlığı ve SFT (FEV1%, FVC%, FEV1/FVC, MEF25-75%) parametreleri gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %76,4'ü erkekti; PE/PK arasında cinsiyet açısından fark yoktu. PK grubunun tanı ve fark edilme yaşı PE'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,025; p=0,018). Aile öyküsü PE grubunda anlamlı olarak daha sıktı (%24,3 vs %8,6; p=0,013). SFT verisi olan 230 hastada FEV1%, FVC% ve MEF25-75% açısından PE ve PK grupları arasında fark saptanmadı. Restriktif patern prevalansı %21,1 olup PE-PK arasında anlamlı farklılık göstermedi. Restriktif paterni olan hastalarda skolyoz sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti (%19,8 vs %10,0; p=0,042). Deformite derinliği ile FVC % arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (rs=-0,072; p=0,650).

Sonuç: PE ve PK arasında pulmoner fonksiyonlar açısından anlamlı fark saptanmamış olup, restriktif ventilatuvar patern deformite tipinden bağımsız olarak eşlik eden skolyoz ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, pektus deformiteli hastaların değerlendirilmesinde göğüs duvarı morfolojisi kadar eşlik eden spinal patolojilerin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir

SS-14

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİLİ ÇOCUKLARDA YAPILANDIRILMIŞ İZLEM VE KALİTE İYİLEŞTİRME MÜDEHALESİNİN BAKIM SÜREÇLERİNE ETKİSİ: BİR KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMASI

Seyda Karabulut[1], Ceren Ayça Yıldız[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Özdemircioğlu[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Büşra Özgünay[1], Emre Uğurlu[1], Gülzar Alışbeyli[1], Şule Bektaş[1], Damla Kocaman[2], Cansu Yılmaz Yeğit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Özge Keniş Coşkun[3], Ela Erdem Eralp[1], Yasemin Gökdemir[1], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD, İstanbul

Giriş-Amaç: Primer siliyer diskinezide (PSD) çok disiplinli izlemin standardizasyonu; solunum fonksiyonlarının korunması, alevlenmelerin azaltılması ve tedavi uyumunun geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu kalite iyileştirme çalışmasında, yapılandırılmış bir izlem ve müdahale paketinin bakım süreçleri ile klinik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, prospektif kalite iyileştirme çalışmasına çocuk PSD hastaları dahil edildi. Bazal değerlendirme sonrasında 12 aylık bakım paketi uygulandı. Paket; dört ayda bir standart vizit, her vizitte spirometri ve solunum yolu kültürü, fizyoterapi tekniği ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi, yıllık KBB muayenesi, seçilmiş hastalarda diyetisyen desteği, bazal ve 12. ayda mikobakteri taraması ve nebülizatör hijyen eğitimini içerdi. FEV_1 düşüşü ve pulmoner alevlenme varlığına göre tedavi uyumu, uygulama teknikleri, komorbiditeler ve antimikrobiyal tedavi gereksinimi basamaklandırılmış bir algoritmayla değerlendirildi. Süreç ölçütleri test ve konsültasyonların tamamlanma oranları; klinik ölçütler ise FEV_1, alevlenme ve antibiyotik gereksinimindeki değişimdi.

Bulgular: Bazal kohort 51 hastadan oluştu; yaş ortancası 13,8 yıl (ÇAA 10,5–16,2), %62,7'si kızdı. FEV_1 ölçümü bulunan 49 hastada ortanca FEV_1 %85 (ÇAA 72–95) idi. Son 12 ayda hastaların %64,7'sinde en az bir alevlenme görülürken düzenli ilaç ve fizyoterapi uyumu sırasıyla %39,2 ve %31,4'tü. Müdahale sonrasında spirometri, kültür, KBB ve fizyoterapi değerlendirmelerinin tamamlanma oranları sırasıyla %[…], %[…], %[…] ve %[…]'e ulaştı; FEV_1 ve alevlenme sıklığındaki değişim […] bulundu.

Sonuç: Yapılandırılmış ve algoritma temelli bakım paketi, PSD izlemindeki süreç farklılıklarını azaltmak ve tedavi uyumunu güçlendirmek için uygulanabilir bir yaklaşım sunmaktadır.

Tablo 1. Primer siliyer diskinezi kalite iyileştirme çalışmasında uygulanan müdahaleler ve değerlendirme ölçütleri

Hedef alan	Uygulanan müdahale	Değerlendirme ölçütü
İzlemin standardizasyonu	0, 4, 8 ve 12. aylarda yapılandırılmış takip formu	Planlanan vizitlerin tamamlanma oranı
Mikrobiyolojik izlem	Her vizitte balgam kültürü/DFA, bazal ve 12. ayda NTM taraması	Kültür alınma oranı
Solunum fonksiyonları	Her vizitte spirometri; Bazal ve 12. ayda LCI	SFT/LCI tamamlanma oranı, FEV_1 değişimi
Hava yolu temizleme	FTR tekniği ve uyum değerlendirmesi, yılda iki FTR kontrolü	Düzenli fizyoterapi oranı
KBB tutulumu	Yıllık standart KBB muayenesi ve semptom ölçekleri	KBB değerlendirmesi tamamlanma oranı
Tedavi güvenliği	Nebülizatör hijyen eğitimi ve ön test–son test	Bilgi puanındaki değişim
Klinik kötüleşme	FEV_1 düşüşü ve alevlenmeye göre basamaklandırılmış müdahale	Bazal FEV_1'e dönüş, antibiyotik/yatış gereksinimi
Beslenme	Riskli hastaların diyetisyene yönlendirilmesi	Antropometrik değerlendirme ve yönlendirme oranı

SS-15

ÖKSÜRÜK ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARDA EV İÇİ TÜTÜN DUMANI MARUZİYETİNİN İDRAR KOTİNİN POZİTİFLİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda Keles, Uğur Altas, Feyza Hüsrevoglu Esen
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Pasif sigara maruziyeti çocuklarda solunum sistemi hastalıklarının gelişimi ve semptomların kontrolü açısından önemli bir risk faktörüdür. Ebeveynlerin bildirdiği sigara maruziyetinin objektif biyobelirteçlerle doğrulanması, çocuklardaki gerçek maruziyetin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada çocuklarda ev içi pasif sigara maruziyetinin üriner kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi ve inhaler tedavi kullanımı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi çocuk poliklinikleri ve çocuk alerji ve immunoloji polikliniğine [çalışma tarihi] tarihleri arasında [merkez adı]'na başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan çocuklar alındı. Katılımcıların demografik özellikleri, ev içi sigara maruziyeti ve inhaler tedavi kullanımına ilişkin verileri anket aracılığıyla değerlendirildi. Pasif sigara maruziyetinin objektif değerlendirilmesi amacıyla üriner kotinin testi uygulandı.

Sonuçlar: Şu ana kadar 72 çocuk çalışmaya dahil edildi. Evde sigara içen kişilerin %6,9'unun anne, %51,4'ünün baba ve %38,9'unun her iki ebeveyn olduğu bildirildi. Ebeveynlerin %72,2'si çocuğun yanında sigara içilmediğini belirtirken, %22,2'si zaman zaman çocuğun yanında sigara içildiğini bildirdi. Çocukların %37,5'inde üriner kotinin testi pozitif bulundu. Katılımcıların %59,7'sinde evde sık inhaler tedavi kullanılmadığı bildirildi. Daha önce inhaler tedavi kullanan çocuklarda salbutamol ve budesonid kombinasyonu %59,7 oranında saptandı.

Tartışma: Ön sonuçlarımız, ebeveynlerin önemli bir bölümünün çocuklarının yanında sigara içmediğini bildirmesine rağmen çocukların dikkate değer bir kısmında objektif olarak kotinin pozitifliği bulunduğunu göstermektedir. Veri toplama sürecinin tamamlanması ile pasif sigara maruziyeti, üriner kotinin pozitifliği ve inhaler tedavi kullanımı arasındaki ilişkilerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi planlanmaktadır.

SS-16

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİ HASTALARINDA PROFİLAKTİK AZİTROMİSİN TEDAVİSİNİN NEFES HAVASI SİTOKİN DÜZEYLERİ, SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ PARAMETRELERİ VE YAŞAM KALİTE ANKETİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Ali Ersoy[1], Melih Hangül[2], Didem Barlak Keti[3], Mehmet Köse[4]
[1]Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Bursa
[2]Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Adana
[3]Erciyes Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya, Kayseri
[4]Erciyes Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Kayseri

Amaç: Primer siliyer diskinezide (PCD) bozulmuş mukosiliyer klirense bağlı tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ve kronik hava yolu inflamasyonu, ilerleyici akciğer hasarının temel belirleyicileridir. Bu çalışmada, PCD'li çocuklarda altı aylık profilaktik azitromisin tedavisinin ekshale soluk kondensatı (EBC) sitokin düzeyleri, pulmoner alevlenmeler, solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli gözlemsel kohort çalışmasına, bronşektazisi ve sık pulmoner alevlenme öyküsü bulunan 6–18 yaş arası 25 PCD hastası ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 30 sağlıklı kontrol dahil edildi. PCD grubuna rutin klinik uygulama kapsamında altı ay süreyle haftada üç gün 10 mg/kg azitromisin uygulandı. Tedavi öncesi ve sonrasında pulmoner alevlenme sayısı, QoL-PCD skorları, spirometrik parametreler ve EBC'de IFN-γ, IL-10, IL-6, IL-17A, TNF-α ve IL-23 düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Profilaksi sonrasında pulmoner alevlenme sayısı 2'den 0'a gerilerken ($p<0,001$), QoL-PCD skorlarında anlamlı iyileşme görüldü ($p<0,001$). FVC anlamlı olarak artarken ($p=0,006$), diğer spirometrik parametrelerde anlamlı değişiklik saptanmadı. EBC'de IL-23 ve IFN-γ düzeyleri anlamlı olarak azaldı (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,018$); IL-6, IL-10, IL-17A ve TNF-α düzeylerindeki değişiklikler anlamlı değildi. IFN-γ değişimi FEV_1 ($r=-0,496$), FVC ($r=-0,472$), MEF25–75 ($r=-0,407$) ve yaşam kalitesi değişimi ($r=0,517$) ile anlamlı korelasyon gösterdi.

Sonuç: Altı aylık profilaktik azitromisin tedavisi, PCD'li çocuklarda pulmoner alevlenmelerin azalması ve yaşam kalitesinin iyileşmesinin yanı sıra EBC'de IL-23 ve IFN-γ düzeylerinde azalma ile ilişkili bulundu. IFN-γ değişiminin klinik ve fonksiyonel iyileşmeyle ilişkisi, bu sitokinin tedavi yanıtının izlenmesinde potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir.

SS-17

E-SİGARA VE GENÇLİK: NE KADAR KULLANIYORLAR? NE KADAR BİLİYORLAR?

Tuğba Kazlı[1], Zuhal Örnek[2], Sinem Abasız[2], İrem Zeynep Buyrukbilen[3], Maksut Akkuş Akkuş[3], Ece Akkaynak[3], Yusuf Yel[3], Tuğçe Kargın[3], Şevval Onay[3], Cerennaz Sezaioğlu[3], Miray Gamze, Karaköse[3], Dilara Alca[3], Yusuf Can Kacır[3], Erva Sıla Oral[3], Zeliha Özkara[3] VURUNBİGİ AKDENİZ Aslısu
[1]Bülent Ecevit ÜniversitesiTıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Zonguldak
[2]Bülent Ecevit ÜniversitesiTıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Zonguldak
[3]Bülent Ecevit ÜniversitesiTıp Fakültesi, Zonguldak

Tütün ürünlerinin zararlarına ilişkin artan farkındalığa rağmen, son yıllarda elektronik sigara (e-sigara) kullanımı dünya genelinde ve Türkiye'de gençler arasında hızla artmaktadır. Üniversiteli e-sigara kullanıcılarının, e-sigara içeriği ve kullanımına bağlı sağlık sorunları hakkındaki bilgi düzeyleri belirsizdir. Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinde e-sigara kullanım sıklığı, kullananların bağımlılık düzeyi ve e-sigaranın sağlığa zararları konusundaki farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nde farklı sınıflardan 220 tıp öğrencisi çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara internet üzerinden; sosyo-demografik özellikler ve e-sigara bilgi düzeyine yönelik sorular, yalnızca kullanıcıların yanıtladığı Penn State E-Sigara Bağımlılık Anketi ve kullanım eğilimlerini değerlendiren sorulardan oluşan bir anket uygulandı.

E-sigara kullanım prevalansı %12 (n=27) bulundu. Katılımcıların %93'ü (n=205) e-sigaranın akciğer hastalığı riskini artırdığını belirtirken, diğer hastalık risklerine dair farkındalık daha düşüktü. Cinsiyet ile sigara/e-sigara kullanım türü arasında anlamlı ilişki saptandı (χ^2=9,892, df=3, p=0,019); erkeklerde geleneksel sigara veya her iki ürünü birlikte kullanma oranı kadınlara göre daha yüksekti. E-sigara kullanımı ile sınıf düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,906). Penn State İndeksi'ne göre kullanıcıların %65,4'ü düşük, %34,6'sı orta-yüksek bağımlılık düzeyindeydi (ortalama: 6,19±3,7; düşük bağımlılık).

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde e-sigara kullanımının azımsanamayacak düzeyde olduğu, e-sigaranın toksik içeriği ve sağlık sorunlarına dair bilgi düzeyinin yetersiz kaldığı görülmüştür. Gençlerin güvenilir bilgi kaynaklarına erişiminin artırılması ve e-sigaranın depresyon, nöbet gibi sağlık sorunları ile bağımlılık potansiyelinin sanılandan daha düşük olmadığı konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

SS-18

ÖKSÜRÜK YAKINMASIYLA BAŞVURAN ÇOCUKLARDA SPİROMETRİK BULGULARIN KLİNİK FENOTİP VE NİHAİ TANI İLE İLİŞKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Seyda Karabulut
Marmara Üniversitesi Pendik EAH, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul

Giriş-Amaç: Kronik veya tekrarlayan öksürük, çocuk göğüs hastalıkları polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu çalışmada öksürükle başvuran çocuklarda başvuru spirometrisi ve bronkodilatör yanıtının klinik özellikler ve nihai tanı ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: [Tarih–tarih] arasında Marmara Üniversitesi Pendik EAH Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne öksürük yakınmasıyla başvuran ve kabul edilebilir spirometri yapabilen 168 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, antropometrik z-skorları, eşlik eden semptomlar (nefes darlığı, hırıltı, balgam, nazal/oküler semptomlar), alt solunum yolu enfeksiyonu ve hastane yatış öyküsü, çevresel maruziyetler (evde sigara, hayvan, küf), ailede astım ve aeroallerjen duyarlılığı kaydedildi. Pre- ve post-bronkodilatör FVC, FEV1, FEV1/FVC, PEF ve FEF25-75 (% beklenen) ile FEV1 reversibilitesi hesaplandı. Hastalar nihai tanıya göre [astım / astım dışı] olarak gruplandırılarak spirometrik parametreler karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı [X] yıl olup [%X]'i kızdı. Başvuru spirometrisinde ortalama FEV1 %[X]±[X], FEV1/FVC %[X]±[X], FEF25-75 %[X]±[X] idi. [%X] hastada obstrüktif patern, [%X] hastada anlamlı bronkodilatör yanıtı (FEV1'de ≥%12 artış) saptandı. Astım tanısı alan grupta FEV1, FEF25-75 ve reversibilite değerleri astım dışı gruptan anlamlı olarak farklıydı (p=[X]). Hırıltı, ailede astım öyküsü ve aeroallerjen duyarlılığı [obstrüksiyon/reversibilite] ile ilişkili bulundu. İzlemde spirometrisi tekrarlanan [n] hastada FEV1'de [X] puanlık değişim izlendi.

Sonuç: Öksürükle başvuran çocuklarda başvuru spirometrisi ve bronkodilatör yanıtı, özellikle FEF25-75 ve reversibilite, altta yatan tanıyı ayırt etmede yol göstericidir; hırıltı ve atopik öykü eşlik eden hastalarda obstrüksiyon daha sık görülmektedir.

SS-19

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUK VE ADOLESANLARDA ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/İVACAFTOR TEDAVİSİ SONRASI KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU DEĞİŞİMİ

Emre Ugurlu, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemırcıoglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Gulzar Alishbayli, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları

Giriş: Kistik fibrozis (KF) ilişkili kemik hastalığı erişkinlerde sık görülmekte olup, zirve kemik kütlesinin kazanıldığı adolesan ve erken erişkin dönem bu açıdan önemlidir. CFTR modülatörlerinin kemik sağlığı üzerine etkisine dair veriler sınırlıdır; çocuklardaki az sayıda çalışmada farklı sonuçlar bildirilmiştir.

Yöntem: Tek merkezli geriye dönük uzunlamasına çalışmada, elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) öncesinde ve sonrasında en az birer çift enerjili X-ışını absorpsiyometri (DXA) incelemesi bulunan ve daha önce başka modülatör almamış 28 çocuk ve adolesan çalışmaya dahil edildi. Toplam 121 (72 tedavi öncesi, 49 tedavi sonrası) DXA ölçümü kaydedildi, tüm çekimler aynı cihazla (GE Lunar Prodigy) yapıldı; L1–L4 alansal kemik mineral yoğunluğu (KMY) cihaza uygun ALPHABET pediatrik referansıyla Z-skoruna dönüştürüldü. Tedavi öncesi ve sonrası ppFEV1, vücut kitle indeksi (VKİ), tartı ve boy standart sapma skorları (SDS), ter testi ve DXA verileri kaydedildi; veriler yaşa göre düzeltilmiş doğrusal karma modelle (LMM) analiz edildi.

Bulgular: Hastaların %43'ü kız (n=12), ETI başlangıç yaşı 11,6±2,3 yıl, son DXA anında ortanca tedavi süresi 23,4 aydı; 12 hasta F508del homozigot, 12'si heterozigottu. On ikinci ayda ter testi 24 hastanın 21'inde (%88) 60, 10'unda (%42) 30 mmol/L altına indi. ppFEV1 %86,1'den %92,6'ya ($p<0,001$) ve VKİ-SDS –1,00'den –0,71'e ($p=0,042$) yükseldi. L1–L4 KMY Z-skorunda ise anlamlı değişiklik olmadı (–0,95'ten –0,86'ya; LMM $p=0,965$).

Tartışma: ETI ile ter testi, akciğer işlevi ve beslenme durumu belirgin düzelirken L1–L4 KMY Z-skorunda anlamlı değişiklik saptanmadı. Kemik üzerindeki etkilerin daha geç ortaya çıkabileceği düşünülmüş olup bu hastalarda uzun dönem izlem gereklidir.

SS-20

SOMATİK ÖKSÜRÜK SENDROMU OLAN ÇOCUKLARDA PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLER: SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Bengisu Özçivit Asfuroğlu[1], Pelin Dağ[1], Fırat Kurtoğlu[1], Müslüm Kul[1], Ali Özdemir[2]
[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Mersin, Türkiye
[2]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Mersin, Türkiye

Giriş: Somatik öksürük sendromu (psikojenik öksürük), organik bir nedenle açıklanamayan ve psikososyal etkenlerle ilişkili kronik öksürük tablosudur. Bu çalışmada somatik öksürük sendromu olan çocukların kaygı ve depresyon belirtileri, öz kavramı, yaşam kalitesi ve akran zorbalığı açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.

Gereçler Ve Yöntem: Çalışmaya somatik öksürük sendromu tanılı 30 çocuk ile benzer yaşta 32 sağlıklı kontrol dahil edildi. Kaygı ve depresyon belirtileri Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, öz kavramı Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, yaşam kalitesi ise Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) ile değerlendirildi. Akran zorbalığına maruz kalma durumu değerlendirildi. Sayısal ve kategorik veriler uygun testlerle karşılaştırıldı; çoklu karşılaştırmalarda Benjamini–Hochberg yanlış keşif oranı düzeltmesi uygulandı.

Sonuçlar: Gruplar yaş ve cinsiyet açısından benzerdi. Akran zorbalığına maruz kalma çalışma grubunda daha sıktı (%40,0 ve %9,4; p=0,007; olasılık oranı=6,44; %95 güven aralığı: 1,60–26,00). Toplam kaygı ve depresyon puanları farklı değildi (düzeltilmiş p=0,366). Çalışma grubunda Piers–Harris toplam öz kavramı puanı daha düşük (50,43±6,84 ve 63,81±11,15), PedsQL ham sorun puanı daha yüksekti (65,43±16,37 ve 17,31±12,73; her iki karşılaştırma için düzeltilmiş p<0,001). Popülarite, mutluluk ve doyum puanları daha düşük; fiziksel, duygusal, sosyal ve okul sorun puanları daha yüksekti.

Tartışma: Somatik öksürük sendromu olan çocuklarda belirgin kaygı veya depresyon artışı olmaksızın akran zorbalığı, düşük öz kavramı ve yaşam kalitesi sorunları daha belirgindi. Değerlendirmede sosyal işlevsellik, akran ilişkileri ve benlik algısı da ele alınmalıdır.

SS-21

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUK VE GENÇ ERİŞKİNLERDE UYKU İLE İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARI: POLİSOMNOGRAFİ BULGULARI VE SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ İLE İLİŞKİSİ

Furkan Yılmaz, Abdurrahman Zarif Güney, Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Abdulhamit Çollak, Ayse Ayzit Kilinc
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

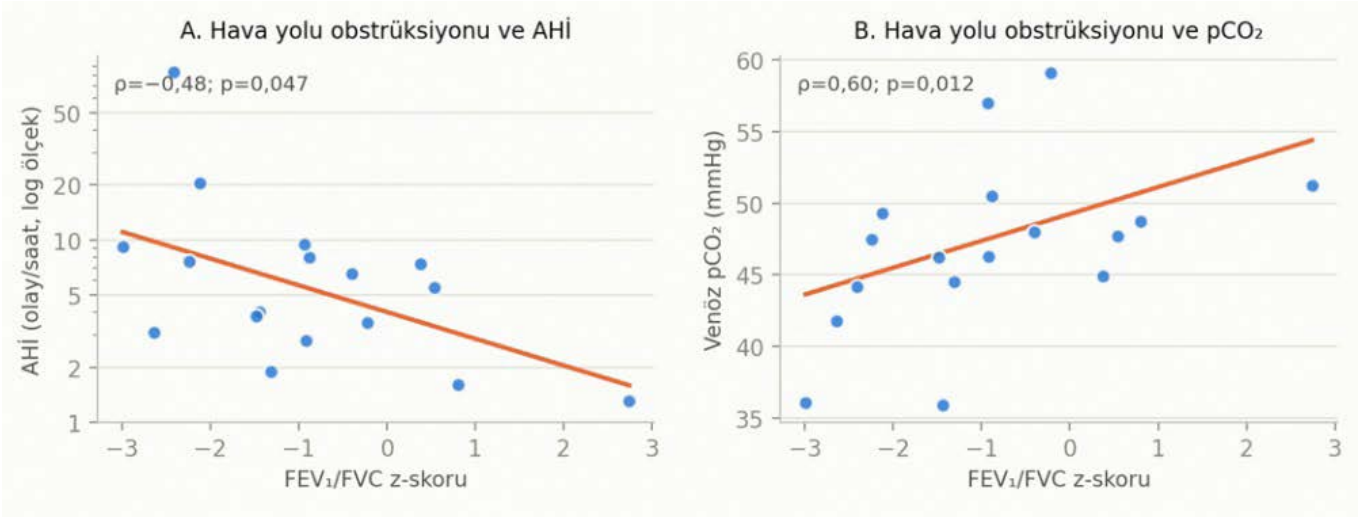
Amaç: Kistik fibrozisli (KF) çocuk ve genç erişkinlerde uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının sıklığını belirlemek ve polisomnografi (PSG) bulgularının solunum fonksiyon testi parametreleriyle ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

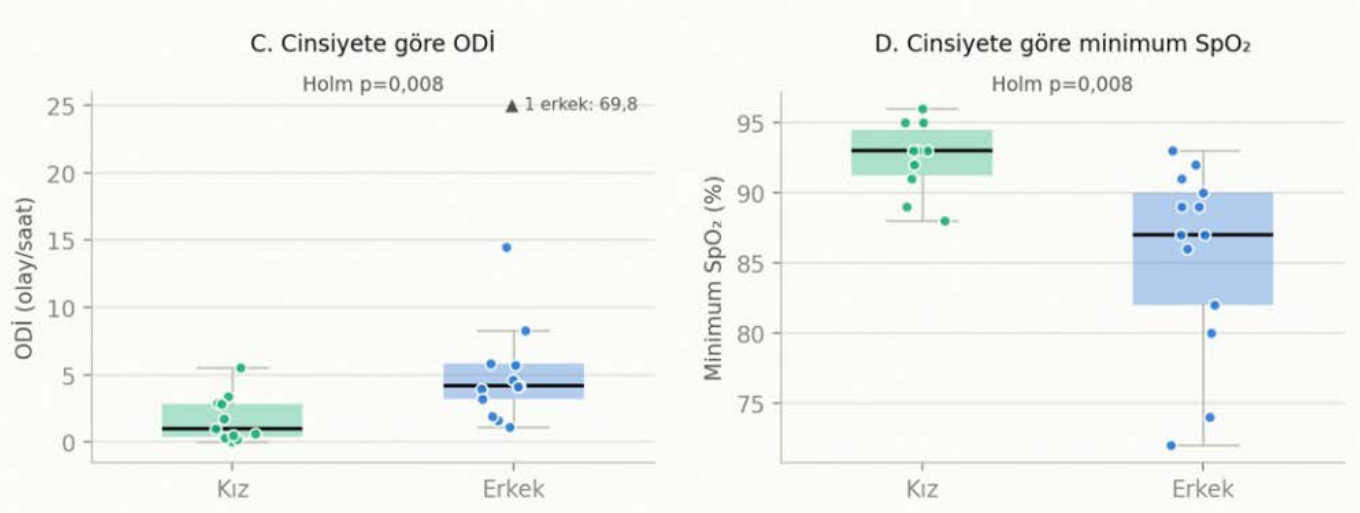
Yöntem: Tek merkezli prospektif çalışmaya 2–26 yaş arası 24 KF hastası (13 erkek, %54,2) dahil edildi. Tüm hastalara tüm gece tip 1 PSG uygulandı; obstrüktif uyku apnesi (OUA), AASM-ICSD kriterlerine göre yaşa uygun apne-hipopne indeksi (AHİ) eşikleriyle sınıflandırıldı. Spirometri 17 hastada gerçekleştirildi. İlişkiler permütasyon testine dayalı Spearman korelasyonu, grup karşılaştırmaları exact Mann–Whitney U ve Fisher testleriyle incelendi; dört temel PSG sonucu için Holm düzeltmesi uygulandı.

Bulgular: OUA 20 hastada (%83,3) saptandı; 12 hasta hafif, 6'sı orta ve 2'si ağır OUA olarak sınıflandırıldı. Medyan AHİ 4,8 (IQR 3,0–7,8), oksijen desatürasyon indeksi (ODİ) 3,1 (1,1–4,8) ve minimum SpO_2 %90 (87–93) idi. Medyan $ppFEV_1$ %87 (81–96) olup $ppFEV_1$ ile AHİ, ODİ, ortalama ve minimum SpO_2 arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (tümü p>0,4); nokturnal desatürasyonu (minimum SpO_2 <%90) olan ve olmayan hastalar spirometriyle ayırt edilemedi. Buna karşılık FEV_1/FVC z-skoru azaldıkça AHİ artış gösterdi (p=–0,48; p=0,047) (Şekil A). Erkeklerde ODİ kızlardan anlamlı yüksek [4,2 (3,2–5,8) ve 1,0 (0,4–2,8); Holm p=0,008], minimum SpO_2 anlamlı düşüktü [%87 (82–90) ve %93 (91–94); Holm p=0,008]; orta/ağır OUA erkeklerde daha sıktı (p=0,034) (Tablo; Şekil C–D).

Sonuç: KF'li çocuk ve genç erişkinlerde OUA sıktır ve gündüz solunum fonksiyonlarıyla öngörülememektedir. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, spirometrisi korunmuş hastalarda bile görülebilen sessiz bir hastalık yükü oluşturmaktadır; başta erkekler ve belirgin hava yolu obstrüksiyonu olanlar olmak üzere KF izleminde PSG ile aktif değerlendirme önemlidir.

Şekil





(A, B) FEV_1/FVC z-skorunun AHİ (log ölçek) ve venöz pCO_2 ile ilişkisi (n=17; Spearman ρ, Theil–Sen eğilim doğrusu); (C, D) cinsiyete göre ODİ ve minimum SpO_2 (minimum SpO_2 için n=23).

Tablo

PSG sonucu	Tüm hastalar (n=24)	Erkek (n=13)	Kız (n=11)	p	Holm p
AHİ (olay/saat)	4,8 (3,0–7,8)	7,7 (3,5–9,5)	3,8 (2,4–5,5)	0,072	0,144
ODİ (olay/saat)	3,1 (1,1–4,8)	4,2 (3,2–5,8)	1,0 (0,4–2,8)	0,002	0,008
Minimum SpO_2 (%)*	90 (87–93)	87 (82–90)	93 (91–94)	0,002	0,008
Ortalama SpO_2 (%)	96,0 (95,4–96,8)	95,9 (95,2–96,4)	96,0 (95,7–97,4)	0,331	0,331

*Cinsiyete göre temel PSG sonuçları. Değerler medyan (IQR); exact Mann–Whitney U testi, dört karşılaştırma için Holm düzeltmesi. *Bir hastada minimum SpO_2 değeri teknik artefakt nedeniyle dışlanmıştır (toplam n=23; kız n=10).*

SS-22

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA CFRSD-CRISS SEMPTOM SKORUNUN FEV_1 DEĞİŞİMİNİ ÖNGÖRME GÜCÜ VE DUYGU–AKTİVİTE ETKİ MADDELERİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Seyda Karabulut[1], Gamze Taştan[2], Merve Selçuk Balcı[1], Ceren Ayça Yıldız[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Özdemircioğlu[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Büşra Özgünay[1], Emre Uğurlu[1], Gülzar Alışbeyli[1], Burcu Uzunoğlu[2], Cansu Yılmaz Yeğit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Ela Erdem Eralp[1], Yasemin Gökdemir[1], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul

Giriş-Amaç: Kistik fibroziste (KF) pulmoner alevlenmelerin değerlendirilmesinde hasta bildirimli sonuç ölçütleri giderek önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, CFRSD-CRISS semptom skorunun pulmoner alevlenme sonrası FEV_1 değişimini öngörme gücünün değerlendirilmesi ve duygu–aktivite etki maddelerinin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, prospektif kohort çalışmasına pulmoner alevlenme ile başvuran 6–18 yaş arasındaki KF hastaları dahil edildi. CRISS ölçeği alevlenme başlangıcında, 7. ve 14. günlerde; ardından 1., 3., 6., 9. ve 12. aylarda uygulandı. CFQ-R, spirometri ve antropometrik ölçümler eş zamanlı olarak değerlendirildi. Başlangıç CRISS skorunun 14. gündeki FEV_1 değişimini öngörme gücü lineer regresyonla; uzun dönem ilişkiler karma etkili modellerle incelendi. Duygu ve aktivite maddelerinin iç tutarlılığı, yakınsak geçerliliği, değişime duyarlılığı ve hasta–iyi ayrım gücü değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam [n] hasta dahil edildi. Başlangıç CRISS skoru, bazal FEV_1'e göre düzeltme sonrasında 14. gündeki FEV_1 değişimiyle [anlamlı/anlamlı olmayan] ilişki gösterdi (β=[…], p=[…]). Duygu ve aktivite alt ölçeklerinin Cronbach α değerleri sırasıyla […] ve […] bulundu. Alt ölçekler ilgili CFQ-R alanlarıyla […] düzeyde korelasyon gösterdi.

Sonuç: Bulgular, CRISS'in çocukluk çağı KF pulmoner alevlenmelerinin izleminde […] olduğunu ve Türkçe duygu–aktivite maddelerinin […] psikometrik özellikler sergilediğini göstermektedir.

SS-23

PSEUDO-BARTTER SENDROMU OLAN KİSTİK FİBROZİS TRANSMEMBRAN REGÜLATÖR-İLİŞKİLİ HASTALIK TANILI ÇOCUKLARDA SLC26A4 VE ENAC EPİTEL İYON KANALLARININ GEN İFADE ANALİZİ

Alperen Korkmazli[1], Dilara Demirel[2], Burcu Çapraz Yavuz[2], Didem Dayangaç-Erden[1], Nagehan Emiralioglu[2], Ebru Yalçın[2], Uğur Özçelik[2], Deniz Dogru[2]
[1]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs ve Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara Türkiye

Giriş: Kistik fibrosis (KF) hastalığının bir komplikasyonu olan Pseudo-Bartter Sendromu (PBS) hiponatremik hipokalemik hipokloremik metabolik alkaloz ile karakterizedir ve günümüzde CFTR-ilişkili hastalık (KFTR-İH) tanısı konulan hastalarda da olabileceği gösterilmiştir. Literatürde, PBS patofizyolojisinde CFTR dışı iyon kanallarından kaynaklanan ek elektrolit kaybı veya elektrolit kazanımının rol oynayabileceği, fakat bu mekanizmaların henüz netlik kazanmadığını bildirmektedir.

ENaC, sağlıklı bireylerde CFTR ile antagonistik çalışarak hava yolu yüzey sıvısı homeostazını korumaktadır. SLC26A4 kanalının ise CFTR aracılı klorür sekresyonuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir. KF hastalarının hava yolu epitelinde ENaC kanalının ifadesi artarken SLC26A4 kanalının ifadesinin baskılandığı bilinmektedir. Bu çalışmada amacımız PBS geçirmiş olan KF ve KFTR-İH hastalarda SLC26A4 ve ENaC epitel iyon kanallarının gen ifade analizini değerlendirmektir.

Gereçler ve Yöntem: CFTR genotipi açısından benzer özellikteki daha önce PBS geçirmiş KF(n=4) ve KFTR-İH(n=5) hastaları dahil edilmiştir. Alınan nazal sürüntülerden RNA izolasyonu, cDNA sentezi ve gerçek-zamanlı PZR gerçekleştirilmiştir. ACTB referans gen olarak kullanılmıştır. Ayrıca hastaların kan gazı ve biyokimya değerleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: PBS atağı sırasında alınan kan HCO_3 düzeyinin ortanca değeri KF ve KFTR-İH grubunda sırasıyla 40 ve 22,95 mmol/L olarak gözlenirken, Na, K ve Cl düzeylerinin ortanca değerleri KF ve KFTR-İH grubunda sırasıyla Na(KF:130mEq/L-KFTR-İH:139mEq/L), K(KF:3,72mEq/-KFTR-İH:4,1mEq/L), Cl(KF:82mEq/L-KFTR-İH:105mEq/L) olduğu saptanmıştır. SLC26A4 ve ENaC-α ifadelerinin KFTR-İH hastalarında, KF hastalarına göre sırasıyla 1,56 kat ve 1,20 kat azaldığı görülmüştür.

Tartışma: Hasta ve aday gen sayılarını arttırmaya devam ettiğimiz çalışmamızın ön bulguları, PBS öyküsü bulunan KF ve KFTR-İH hastalarında, SLC26A4 ve ENaC gen ifadelerinin farklılık gösterebileceğini belirtmektedir, ve PBS gelişiminde CFTR-dışı iyon kanallarının olası rolünün aydınlatılmasına katkı sağlayabilir.

SS-24

ENFEKSİYONDAN KRONİK AKCİĞER HASTALIĞINA: POST-İNFEKSİYÖZ BRONŞİOLİTİS OBLİTERANSTA KLİNİK SEYİR, ETİYOLOJİ VE TEDAVİ

Erdem Gönüllü[1], Tuba Karakuş Sert[2], Aslı Yeter Baş Can[1], Gözde Cavıldak Karaaslan[2], Evrim Özmen[3], Sedat Öktem[2], Zeynep Seda Uyan[1]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Post-infeksiyöz bronşiolitis obliterans (PIBO), çocukluk çağında alt solunum yolu enfeksiyonları sonrası gelişen kronik akciğer hastalığıdır. Çalışmamızda PIBO olgularının klinik özellikleri, tedavi süreçleri, etiyolojileri ve immünolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2018-2026 yılları arasında iki ayrı merkezde PIBO tanısıyla izlenen 23 olgu retrospektif olarak incelendi. Demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme ve tedavi verileri kaydedildi; immün yetmezlik, etiyoloji ve klinik seyirle ilişkili faktörler değerlendirildi.

Bulgular: Olguların %52,2'si erkekti. Ortanca tanı yaşı 25,2 ay (IQR:16,3-51,2), ilk yakınmadan tanıya geçen süre 160 gün (IQR:93,5-431) idi. Tanısı merkezlerimize başvuru öncesinde konmuş iki immün yetmezlikli olgu süre analizinden çıkarıldığında, immün yetmezliği olanlarda ilk yakınmadan PIBO tanısına kadar geçen süre daha uzundu [580 (401-726) vs 135 (97,8-259,8) gün; p=0,007]. İmmün yetmezlik 7/23 (%30,4) olguda saptandı. Tanı anında çekilen bilgisayarlı tomografide atelektazi %65,2, bronşektazi %47,8 hastada saptandı. Hastaların %52,2'sinde (12/23) bronkoalveolar lavajda etken saptandı, bunların dördünde birden fazla etken olup en sık saptanan etken H. influenza idi (8 hasta). Tedavide en sık inhale flutikazon (%100), sistemik steroid (%95,5), montelukast (%82,6) ve azitromisin (%69,6) kullanılmıştı; medyan toplam tedavi süresi 184 gün (IQR:178-207,5) idi. Adenovirüs saptanan olgularda toplam tedavi süresi daha uzundu [saptananlarda 205 gün(199-1049), saptanmayanlarda 182,5 (173,75-189) gün; p=0,015]; ancak duyarlılık analizinde >500 günlük iki olgu çıkarıldığında fark anlamlılığını kaybetti (p=0,14). Sistemik steroid tedavisi kesildikten sonra olguların %52,2'sinde (12/23) yakınmaların devam ettiği saptandı. Viral etiyoloji ile semptom devamlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çocuklarda PIBO heterojen klinik seyir göstermektedir. İmmün yetmezlik olması gecikmiş tanısal değerlendirmeyle ilişkili görünmektedir. Adenovirüs enfeksiyonu daha uzun tedavi gereksinimiyle ilişkili olabilmektir.

SS-25

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA UYKU SORUNLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Yadigar Öztürk, Nesrin Havare, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği

Amaç: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları (chILD), akciğer parankimini etkileyen, kronik morbiditeye ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilen nadir, heterojen bir grup hastalığı tanımlar. Bu çalışmada, chILD tanılı çocuklarda yaşam kalitesi ve uyku sorunlarının değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya chILD tanılı 23 çocuk hasta alındı. Yaşam kalitesi, yaşa uygun Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (PedsQL) çocuk ve ana-baba formlarıyla; uyku solunum bozukluğuna yönelik tarama ise Modifiye Epworth Uykululuk Skoru, Pediatrik Uyku Anketi (PSQ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) ile değerlendirildi. Uyku ölçekleri ile PedsQL toplam puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle incelendi.

Bulgular: Hastaların % 39'u (n=9) kız idi. Hastaların %52,2'sinde (n=12) uykuda solunum bozukluğu yakınması vardı (Tablo 1). Modifiye Epworth skoru medyanı 6 (IQR:4) olup hastaların %21,7'inde (n=5) gündüz uykululuk halini öngören skor saptandı. PSQI medyanı 9 (IQR:5,5) idi ve hastaların %82,6'sinde (n=19) kötü uyku kalitesi saptandı. PSQ medyanı 0,190 (IQR: 0,290) olup %30,4'ünde (n=7) uykuyla ilişkili semptomlar olduğunu gösterdi (Tablo 2). PedsQL toplam puanı ana-baba bildiriminde 76,03 ± 15,37 (n=23), çocuk bildiriminde 77,42 ± 11,77 (n=19) bulundu. Uyku ölçekleri ile çocuk ana-baba bildirimli PedsQL toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 3). Hiçbir ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: chILD'li çocuklarda uyku sorunları ve kötü uyku kalitesi sık görülür. Uyku ölçekleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiş olmakla birlikte, bu durum örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasıyla ilişkili olabilir. Hasta izleminde uyku sorunlarının rutin olarak sorgulanması ve daha geniş hasta gruplarında uyku ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi gelecekteki çalışmalar açısından önem taşımaktadır.

Tablo 1

Demografik ve Klinik Özellikler - Uyku ile İlişkili Semptomlar	(n = 23)
Cinsiyet, Kız	9 (%39,1)
Tanı yaşı, ay — Medyan (IQR)	25 (100)
Uykuda solunum bozukluğu şikayeti, Var	12 (%52,2)
Horlama, Var	3 (%13,0)
Tanıklı apne, Var	3 (%13,0)
Gün içi uykululuk, Var	6 (%26,1)
Fan Severity Scale 1 / 2 / 4	5 (%21,7) / 16 (%69,6) / 2 (%8,7)

Demografik ve Klinik Özellikler - Uyku ile İlişkili Semptomlar

Tablo 2

Uyku Anketleri	
Modifiye Epworth Uykululuk Skoru, medyan (IQR)	6 (4,00)
Modifiye Epworth >10, n (%)	5 (21,7)
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), medyan (IQR)	9 (5,50)
PSQI >5, n (%)	19 (82,6)
Pediyatrik Uyku Anketi (PSQ), medyan (IQR)	0,190 (0,290)
PSQ > 0.33, n (%)	7 (30,4)

Uyku Anketleri

Tablo 3

Uyku Anketi	Yaşam Kalitesi (Çocuk Raporu Toplam) Rho	p	Yaşam Kalitesi (Ana-Baba Raporu Toplam) Rho	p
Modifiye Epworth	-0,208	0,439	0,153	0,532
Pittsburg (PSQI)	-0,056	0,837	-0,147	0,549
PSQ	0,232	0,387	-0,321	0,181

Uyku Anketleri ve Yaşam Kalitesi Envanteri

SS-26

AİRWAY CLEARANCE PRACTICES IN CHILDREN WITH NEUROMUSCULAR DISEASE IN TÜRKİYE: A NATIONAL SURVEY OF PEDIATRIC PULMONOLOGY CLINICIANS AND COMPARISON WITH CANADIAN AND UK PRACTICE

Füsun Ünal[1], Merve Akkitap[3], Gözde Cavıldak Karaaslan[2], Yeliz Koç[2], Julide Özgür[2], Tuba Karakuş Sert[2], Burak Taha Keşkekoğlu[2], Hakan Yazan[2], Ela Erdem Gökalp[2], Yasemin Gökdemir[2], Fazilet Karakoç[2], Bülent Karadağ[2], Sedat Öktem[2]
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
[2]Medipol Üniversitesi
[3]Marmara Üniversitesi

Objective: Airway clearance is a key component of respiratory management in neuromuscular disease (NMD), yet implementation of guideline-based cough monitoring and cough-augmentation strategies may vary. We aimed to describe airway-clearance practices among pediatric pulmonology clinicians in Türkiye and compare harmonized findings with a previously published Canadian–United Kingdom survey.

Methods: We conducted a cross-sectional online survey of pediatric pulmonology clinicians in Türkiye between May and November 2024. The national target population comprised 164 physicians. The questionnaire, adapted with permission from the Canadian–UK survey by Rose et al., assessed cough monitoring, airway-clearance practices, education, home support, and training needs. Respondents whose clinics did not care for children with NMD were excluded.

Results: Forty-three questionnaires were returned (response rate, 26.2%); one respondent was excluded, leaving 42 participants. Awareness of at least one listed guideline was reported by 81.0%, whereas only 28.6% routinely assessed cough adequacy. Peak cough flow (PCF) was recognized as a guideline-recommended test by 83.3%, but only 23.8% routinely measured PCF before initiating airway clearance. Airway-clearance techniques were always recommended when appropriate by 52.4%, and only 14.3% reported a standardized clinic plan. Lack of equipment access was the leading reason for not consistently recommending treatment (85.0%). Consistent home support was reported by 21.4%, while 88.1% reported a need for additional airway-clearance education.

Conclusion: Despite high guideline awareness, implementation of objective cough monitoring and standardized pathways was limited. Standardized multidisciplinary pathways incorporating objective cough assessment, structured training, improved equipment access, and coordinated home follow-up may reduce variability in pediatric NMD respiratory care.

Contextual Comparison with the Published Canadian–UK Survey

Item	Türkiye (n=42)	Canada (n=92)	United Kingdom (n=63)
Awareness of any/listed airway-clearance guideline	81.0%	56%	76%
Routine assessment of cough adequacy	28.6%	42%	59%
PCF measured before ACT initiation	23.8% routinely (35.7% routinely/sometimes)	81%	94%
Always recommend/prescribe ACT when appropriate	52.4%	55%	82%
Standardized monitoring/initiation plan	14.3%	38%	60%

Reported Constraints to Ideal Airway-Clearance Provision

Constraint	n	%
Insufficient public funding for devices	40	95.2
Insufficient time for initial patient/caregiver education	27	64.3
Unable to provide home follow-up/support	27	64.3
Insufficient institutional budget for follow-up/support	25	59.5
Insufficient private funding for devices	24	57.1
Insufficient institutional budget for initial education	22	52
Insufficient professional knowledge for education/follow-up	22	52
Delayed access to equipment	21	50
Language barriers/lack of materials in another language	6	14.3

SS-27

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA YUTMA DEĞERLENDİRMESİ SONRASI PNÖMONİ SIKLIĞINDAKİ DEĞİŞİM

Julide Özgür, Gözde Cavıldak Karaaslan, Tuba Karakuş Sert, Yeliz Koç, Burak Taha Keşkekoğlu, Hakan Yazan, Sedat Öktem
Medipol Mega Üniversite Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği İstanbul

Giriş: Serebral palsili çocuklarda orofaringeal disfaji ve aspirasyon, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarının önemli nedenlerindendir. Bu çalışmada, modifiye baryumlu yutma çalışması (MBYÇ) yapılan serebral palsili çocuklarda MBYÇ öncesi ve sonrası pnömoni sıklığındaki değişimin; beslenme düzenlemeleri ve aspirasyon paterniyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereçler ve Yöntem: MBYÇ yapılan 45 serebral palsili çocuk geriye dönük olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler, Penetrasyon-Aspirasyon Skalası bulguları, beslenme şekli, kıvam değişikliği, gastrostomi uygulaması ve MBYÇ öncesi ve sonrası 12 aylık dönemlerdeki pnömoni sayıları kaydedildi. Katı gıda denemesi yapılmayan hastalar katı gıda analizine alınmadı. Eşleştirilmiş veriler Wilcoxon işaretli sıralar testiyle, bağımsız gruplar Mann–Whitney U testiyle, kategorik veriler ise Fisher testiyle karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Hastaların ortanca yaşı 34 (20–70) aydı. MBYÇ sonrasında 26 hastada (%57,8) kıvam değişikliği, 10 hastada (%22,2) gastrostomi uygulanmıştı. Ortanca yıllık pnömoni sayısı MBYÇ öncesinde 2 (1–3) iken sonrasında 1'e (0–1) geriledi ($p<0,001$); 29 hastada (%64,4) pnömoni sayısı azaldı. Pnömonisi azalanların oranı kıvam değişikliği yapılanlarda daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (%76,9'a karşı %47,4; $p=0,060$). İstikrarlı aspirasyon grubundaki ortanca azalma, istikrarsız aspirasyon grubundakinden daha fazlaydı [2 (1–3) ve 0 (0–0); $p=0,015$].

Tartışma: Serebral palsili çocuklarda MBYÇ sonrası pnömoni yükü anlamlı ölçüde azaldı. Bulgular, yutma değerlendirmesi sonrasında uygulanan bireyselleştirilmiş beslenme düzenlemelerinin solunumsal hastalık yükünü azaltabileceğini düşündürmektedir. Aspirasyon paternine ilişkin sonuçların daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanması gereklidir.

SS-28

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA AĞRI: PİLOT ÇALIŞMA

Gulzar Alishbayli[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Ozdemırcıoglu[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Busra Ozgunay[1], Emre Ugurlu[1], Fatma Qafarova[1], Sule Bektas[1], Ömer Uysal[1], Elif Değermenci[2], Gamze Taştan[2], Burcu Uzunoglu[2], Ceren Ayça Yıldız[1], Seyda Karabulut[1], Cansu Yilmaz Yegit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gokdemir[1], Ela Erdem Eralp[1], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul

Giriş: Kistik fibrozis (KF) hastalarında ağrı, erişkinlerin yaklaşık %77'sini, çocukların ise %42'sini etkileyen; kaygı, depresyon ve uyku bozukluklarıyla çift yönlü ilişkisi bulunan bir semptomdur. Buna rağmen klinik ortamda ağrının sıklıkla yetersiz tanındığı ve yönetilemediği çalışmalarla ortaya konmuştur.

Amaç: Kliniğimizde takipli KF'li çocuklarda ağrı sıklığı, lokasyonu, şiddetini ölçmek, ağrının KF komorbiditeleri ile ilişkisini değerlendirmek, ve ağrının yaşam kalitesi, uyku kalitesi, anksiyete düzeyi üzerinde etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Kliniğimizde takipli 6-18 yaş KF tanılı hastalara ağrı insidansı ve karakterini tanımlayan yapılandırılmış anket uygulandı, demografik ve medikal bilgileri hasta kayıtlarından toplandı. Ağrı şiddeti ve etkileri 2025 yılında yayımlanan CFF (Cystic Fibrossis Foundation) ağrı rehberine uygun olarak PROMIS Ağrı Şiddeti ve Ağrı Etkisi ölçekleri ile değerlendirildi, ayrıca uyku bozukluğuna yönelik 4 soruluk PROMIS Uyku Bozukluğu ölçeği uygulandı.

Bulgular: Pilot çalışmamıza alınan 15 hastanın yaş ortalaması 11.6±2.82 yıl, %46.7'si kadın idi. Katlımcıların ortanca bazal FEV1 %91.5 (IQR 32.7), ortalama VKİ z-skoru -0.29±0.99 olup, %73'ü (n=11) modülatör kullanmakta idi. Hastaların %46.7'si (n=7) son 3 ay içinde tekrarlayan ağrı varlığı tariflemekte idi. Bunların %57.1'i kronik ağrı olup en sık bildirilen lokasyon karın (%57.1, n=4) idi. Son 1 haftada tecrübe edilen ağrı şiddeti ortanca 0 [0-4] idi. Ağrı etkisi T skoru 45.7 ±4.5 (<55 normal) saptandı. Uyku bozukluğu ortanca T skoru 38.8 (IQR 13.3;<55 normal) saptandı.

Sonuç: Ağrı rutin KF izleminde medikal kompleksiteden dolayı sıklıkla gözden kaçan bir bulgudur ve hastalar tarafından çoğunlukla ifade edilmemektedir. Çalışmamızda kliniğimizde takipli KF hastalarında ağrı sıklığı ve özelliklerinin tanımlanması, sonuçları ile beraber bu doğrultuda kalite iyileştirme çalışmalarının geliştirilmesi planlandı.

SS-29

GÖĞÜS DEFORMİTESİ İLE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK BULGULARI

Ceren Ayça Yıldız
Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Göğüs deformitesi olan hastalarda pulmoner fonksiyon bozukluklarına ilişkin artan kanıtlar bildirilmesine rağmen, bazı hastalar semptom göstermeden de değerlendirmeye alınabilmektedir. Bu çalışmada, göğüs deformitesine sahip hastaların demografik ve klinik özelliklerini analiz ettik.

Yöntem: Mart-Aralık 2024 tarihleri arasında göğüs deformitesi tanısıyla takip edilen hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, tanı yaşı, başvuru şikayetleri, eşlik eden hastalıkları ve solunum fonksiyon test sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 55 hasta dahil edildi. Hastaların 40'ı (%72.7) erkek olup, ortalama tanı yaşı 10.5±4.5'ti. Göğüs deformiteleri sıklıkları pektus karinatum (PK) (%54.5, 30 hasta), ardından pektus ekskavatum (PE) (%41.9, 23 hasta) ve pektus arkuatum (%3,6, 2 hasta) idi. Ek hastalıkların %36.4'ünde (20 hasta) mevcut olduğu belirlendi ve en sık eşlik eden hastalık kas-iskelet sistemi bozukluklarıydı. Başvuru sırasında 3 hasta (%5.5) göğüs ağrısı ve efor kısıtlılığı şikayetiyle başvurmuştu. Ortalama FEV1, FVC, FEV1/FVC ve FEF25-75 değerleri sırasıyla %97.3±14.1, %91.6±15.1, 105.6±7.7 ve %106.3±24.7 idi. 23 hasta (%41.8) cerrahi bölümler tarafından tedavi planına alındı. Pektus karinatum tanılı hastaların tanı yaşı 12.0±3.4 yıl iken, pektus ekskavatum tanılı hastalarda bu süre 8.6±5 yıl olarak hesaplandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001). PK ve PE tanıları arasında skolyoz görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.55).FEV1, FVC, FEV1/FVC ve FEF25-75 değerleri PK ve PE hastaları arasında anlamlı bir fark göstermedi (sırasıyla p=0.47, p=0.37, p=0.33 ve p=0.83). Ek hastalık varlığı ile solunum fonksiyon test sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tartışma: Pektus ekskavatum tanılı hastaların tanı yaşları da daha düşük saptanmıştır. Göğüs deformitesi olan hastaların multidisipliner bir yaklaşımla ilgili birimler tarafından düzenli olarak takip edilmesi önemlidir.

SS-30

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTLİ ÇOCUKLARDA AKCİĞER TUTULUMU

Gamzegül Gözen Bayramoğlu[1], Ayşe Tana Aslan[1], Tuğçe Ünlü[1], Büşra Acun[2], Sevcan Azime Bakkaloğlu Ezgü[2], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Juvenil İdiopatik Artrit (JIA) tanılı çocuklarda pulmoner tutulumun klinik, solunum fonksiyonları ve radyolojik bulgular açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2017–2026 yılları arasında merkezimizde JIA tanısıyla izlenen çocuklar retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, JIA alt tipi, tanı yaşı, JIA hastalık aktivite skoru (JADAS), pulmoner yakınmalar, solunum fonksiyon testleri ve toraks görüntülemeleri, IGRA ve TDT sonuçları, tüberküloz (TB) enfeksiyonu ve hastalığı, biyolojik ajan tedavisi alımı değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 99'u erkek 200 hasta dahil edildi. Ortalama tanı yaşı 8,43±4,43, güncel yaş 16,92±6,13 yıl idi. Hastaların %74'ü oligoartiküler, %10,5'i poliartiküler, %10'u juvenil spondiloartropati ve %5,5'i sistemik JIA idi. Ailevi Akdeniz ateşi %10, üveit %6, çölyak hastalığı birlikteliği %1,5 oranındaydı. İlk muayene JADAS 11,34±4,71, görüntüleme sırasındaki JADAS 3,09±4,45; FEV_1 z-skoru –0,05±0,86, FVC z-skoru –0,09±0,87 ve DLCO %110,76±17,52 idi. Akciğer grafilerinin %10,5'inde pulmoner tutulumla uyumlu bulgular saptandı. Klinik gereklilikle BT çekilen 47 hastanın 20'sinde (%42,6) JIA ile ilişkili pulmoner tutulum saptandı. Tutulum olan ve olmayanlarda ilk muayene ve radyolojik görüntüleme sırasındaki JADAS skorları farklı değildi (p=0,353; p=0,579). Pulmoner tutulum JADAS, SFT, ANA, RF ve anti-CCP ile ilişkili bulunmadı. Anti-CCP pozitif hastalarda görüntüleme JADAS skoru daha yüksekti (p=0,006). Hastaların 170'i (%85) biyolojik ajan kullanıyordu. Bir hastada TB hastalığı saptanarak TB tedavisi, yedi hastada IGRA ve 34'ünde TDT pozitifliğiyle TB enfeksiyonu saptanarak TB koruyucu tedavisi verildi.

Sonuç: JIA'lı çocuklarda solunum fonksiyonları genellikle korunmakla birlikte, pulmoner radyolojik bulgular görülebilir. Pulmoner değerlendirme klinik gerekliliğe göre bireyselleştirilmeli ve biyolojik ajan kullanan hastalarda düzenli TB taraması sürdürülmelidir.

SS-31

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA PROGNOSTİK BELİRTEÇLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ:TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

Aisha Usubova[1], Çiğdem Korkmaz[2], Berrak Nevin Öztosun[2], Furkan Yılmaz[2], Abdurrahman Zarif Güney[2], Abdulhamit Çollak[2], Azer Kılıç Başkan[2], Tuğçe Aras Çöl[5], Ayça Kıykım[3], Özgür Kasapçopur[4], Ayşe Kalyoncu Uçar[6], Sebuh Kuruoğlu[6], Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı[2]
[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim dalı
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Bilim dalı
[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Romatoloji Hastalıkları Bilim dalı
[5]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Bilim dalı
[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Radyoloji Anabilim Dalı

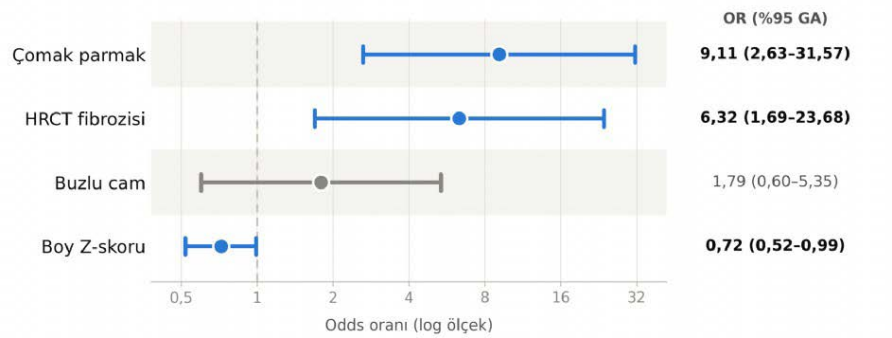
Amaç: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları (chILD), etiyolojik spektrumu geniş, klinik seyri öngörülemeyen, nadir bir hastalık grubudur. Hangi hastanın kötü seyredeceğini öngörmek klinik izlemin temel sorunudur; ancak prognozu etiyolojik tanının mı, yoksa başvurudaki hastalık şiddetinin mi belirlediği bilinmemektedir. Bu çalışmada, klinik ve radyolojik şiddet belirteçlerinin prognostik değerini tanı kategorisiyle karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli retrospektif kohortta chILD tanılı 117 çocuk beş etiyolojik grupta (Romatolojik/Otoimmün n=52, İmmün yetmezlik/GVHD n=18, Genetik/Metabolik n=21, Bronşiolitis obliterans n=13, Hemorajik/İdiyopatik n=13) incelendi. Kompozit advers sonlanım; ölüm, radyolojik progresyon veya ventilasyon gereksinimi olarak tanımlandı. Prognostik analizde Firth düzeltmeli lojistik regresyon ve bootstrap iç validasyon (B=500) kullanıldı.

Bulgular: Tanı yaşı gruplar arasında farklıydı (p<0,001): Romatolojik/Otoimmün ve İmmün yetmezlik grupları adölesan dönemde, Genetik/Metabolik ve BO grupları erken çocuklukta tanı aldı. Büyüme geriliği İmmün yetmezlik, Genetik/Metabolik ve Hemorajik gruplarda belirgindi (p=0,005). HRCT fenotipi tanı gruplarıyla güçlü ilişki gösterdi (p<0,001): BO olgularının %85'i obliteratif, Romatolojik olguların %73'ü infiltratif fenotipteydi (Tablo 1). Kompozit advers sonlanım 27 olguda (%23) gelişti; tanı gruplarına göre farklılık göstermedi (p=0,356). Tanı grubundan bağımsız olarak, çomak parmak (OR=9,11) ve HRCT'de fibrozis varlığı (OR=6,32) kötü sonlanımın en güçlü öngördürücüleriydi; yüksek boy Z-skoru ise koruyucuydu (Şekil 1). Fibrozis saptanan olguların tedaviye de belirgin olarak daha az yanıt verdiği gözlendi (p=0,045).

Sonuç: chILD'de kötü gidişatı, hastalığın tanısından çok başvurudaki ağırlığı belirlemektedir. Fizik muayenede çomak parmak ve görüntülemede fibrozis varlığı, kötü prognozun saptanabilen güçlü habercileri olup; bu bulguları taşıyan çocuklar yakın izleme alınmalıdır.

Şekil 1.



Kompozit advers sonlanımın bağımsız prognostik belirteçleri — çok değişkenli Firth düzeltmeli lojistik regresyon, odds oranları ve %95 güven aralıkları (log ölçek).

Tablo 1. Tanı gruplarına göre temel klinik ve radyolojik özellikler ile sonlanım (n=117)

Değişken	Romatolojik / Otoimmun(n=52)	İmmun yet./ GVHD(n=18)	Genetik/ Metabolik(n=21)	BO(n=13)	Hemorajik/ İdiopatik(n=13)	p
Tanı yaşı(ay)	154(114-187)	168(85-200)	62(27-114)	49(19-80)	86(13-144)	<0,001
Semptom süresi(ay)	2(0-6)	9(3-12)	12(3-15)	12(6-12)	6(2-14)	<0,001
Boy Z-score	-0,3(-1,1-0,4)	-1,6(-2,8-0,3)	-1,9(-2,8-1,2)	-0,8(-1,2-0,0)	-1,9(-2,8-0,3)	0,005
Çomak parmak	6(%12)	2(%11)	6(%29)	0(%0)	5(%38)	0,029
Obliterativ HRCT fenotipi	5(%10)	6(%33)	8(%38)	11(%85)	4(%31)	<0,001
Kompozit advers sonlanım	10(%19)	3(%17)	8(%38)	2(%15)	4(%31)	0,356

Değerler sürekli değişkenler için ortanca [çeyreklerarası aralık], kategorik değişkenler için n (grup içi %) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenler Kruskal-Wallis, kategorik değişkenler ki-kare/Fisher-Freeman-Halton exact testi ile karşılaştırılmıştır. BO: bronşiolitis obliterans; GVHD: graft-versus-host hastalığı; HRCT: yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi.

SS-32

ÇOCUKLUK ÇAĞI BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS OLGULARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Betül Cansever Akay, Erdi Çağrı Dağdelen, Melih Hangül
Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları B.D, Adana

Giriş: Bronşiolitis obliterans (BO), küçük hava yollarında inflamasyon ve fibrotik değişikliklerle seyreden kronik obstrüktif bir akciğer hastalığıdır. Çocukluk çağında enfeksiyonlar ve transplantasyon başta olmak üzere farklı nedenlerle gelişebilir. Bu çalışmada Postenfeksiyöz bronşiolitis obliterans(PIBO) ve bronşiolitis obliterans sendromu (BOS) tanısıyla kliniğimizde izlenen çocuk hastaların klinik özelliklerinin, etiyolojilerinin, solunum fonksiyonlarının, tedavilerinin ve klinik seyirlerinin değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2023-2026 yılları arasında Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniğimizde BO tanısıyla izlenen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. PIBO ve BOS şeklinde iki gruba ayrıldı. Demografik ve klinik özellikler, yoğun bakım ve solunum desteği öyküsü, radyolojik bulgular, solunum fonksiyon testleri(SFT), mikrobiyolojik veriler, önceki tanılar ve uygulanan tedaviler kaydedildi.

Bulgular: Toplam 32 hastanın 26'sı (%81,3) PIBO, 6'sı(%18,7) bronşiolitis obliterans sendromu(BOS) değerlendirildi. BOS grubunda hematopoetik kök hücre nakli ilişkili, bir hasta solid organ transplantasyonu ilişkili BO idi. PIBO gelişimi öncesinde etkenin gösterilebildiği olgularda SARS-CoV-2 (n=2), adenovirüs (n=1) ve CMV (n=1) saptandı; olguların çoğunda spesifik viral etken gösterilemedi.PIBO grubunda son SFT verisi bulunan 12 hastada medyan FEV1 %53,5, medyan FVC %58 idi. Başlangıç ve kontrol SFT'si birlikte bulunan beş hastada medyan FEV1 %55'ten %61'e, medyan FVC %69'dan %71'e değişti;FEV1 beş hastanın üçünde, FVC ise dördünde artış gösterdi. Tedavide PIBO grubunda daha konservatif seçenekler kullanırken,BOS grubu semptom ve bulguları daha şiddetli olmasından pulse kortikosteroid, ruxolitinib ve fotoforez ihtiyacı olan hastalarımız oldu.

Sonuç: PIBO ve BOS,benzer küçük hava yolu hasarıyla seyretmekle birlikte klinik seyir ve tedavi gereksinimleri açısından farklılık göstermektedir. PIBO olgularında solunum fonksiyonları çoğunlukla stabil veya kısmen iyileşirken,BOS olgularında daha ağır klinik seyir ve yoğun immünmodülatör tedavi gereksinimi dikkat çekmiştir.

SS-33

SKOLYOZU OLAN ÇOCUKLARDA SOLUNUM FONKSİYONLARI, SOLUNUM KAS GÜCÜ VE EGZERSİZ KAPASİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Asfuroğlu
Çocuk Göğüs Hastalıkları, Özel Pelin Asfuroğlu Muayenehanesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Skolyoz, göğüs duvarı mekaniğini etkileyerek solunum fonksiyonlarında ve egzersiz kapasitesinde azalmaya neden olabilir. Bu çalışmada skolyozu olan çocuklarda solunum fonksiyonları, solunum kas gücü ve fonksiyonel egzersiz kapasitesinin değerlendirilmesi ve bunların skolyoz tipi ve eğrilik derecesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereçler Ve Yöntem: Skolyoz tanısı olan çocukların demografik özellikleri, skolyoz tipi (C/S) ve Cobb açısı kaydedildi. Solunum fonksiyon testleri ile maksimum inspiratuvar basınç (MIP) ve maksimum ekspiratuvar basınç (MEP) ölçümleri yapıldı. Fonksiyonel egzersiz kapasitesi altı dakika yürüme testi (6DYT) ile değerlendirildi; yürüme mesafesi, beklenenin yüzdesi ve altı dakika yürüme işi (MWW) hesaplandı. Çocuklar skolyoz tipine göre karşılaştırıldı; aynı zamanda Cobb açısı ile solunum fonksiyonları, MIP/MEP ve egzersiz kapasitesi arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya skolyoz tanılı 13 çocuk dahil edildi. Çocukların 11'i (%84,6) kızdı; ortanca yaş 14 (10-17) yıldı. Sekiz (%61,5) çocukta C, beş (%38,5) çocukta S tipi skolyoz mevcuttu ve çocuklarda ortanca Cobb açısı 26° (14°–54°) bulundu. C ve S tipi skolyozlu çocuklar arasında solunum fonksiyonları, MIP, MEP, 6DYT ve MWW açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Cobb açısı ile 6DYT beklenen yüzdesi arasında güçlü negatif korelasyon saptandı ($r=-0,711$; $p=0,032$). Cobb açısı ile FVC%, MIP%, MEP% ve MWW arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tartışma: Skolyoz şiddetinin, istirahat solunum fonksiyonları ve solunum kas gücü ile belirgin bir ilişki göstermemesine karşın, fonksiyonel egzersiz kapasitesi ile ilişkili olabileceği görülmüştür. Bulgular, skolyozu olan çocuklarda fonksiyonel egzersiz kapasitesinin eğrilik tipinden çok eğriliğin şiddeti ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, küçük örneklem büyüklüğü sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamakta olup daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

SS-34

PERSİSTAN BAKTERİYEL BRONŞİTTE HASTALIK ŞİDDETİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Evrim Hepkaya[1], Pelin Güler[2]
[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[2]Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Amaç: Uzamış bakteriyel bronşit (PBB), çocuklarda kronik ıslak öksürüğün önemli nedenlerinden biridir ve yetersiz tedavi edildiğinde bronşiektaziye ilerleyebilir. Bu çalışmada PBB tanılı çocukların klinik, mikrobiyolojik ve radyolojik özelliklerinin değerlendirilmesi ve hastalık şiddeti ile tekrarlama sıklığıyla ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kesitsel çalışmaya çocuk göğüs hastalıkları kliniğinde izlenen 49 PBB hastası dahil edildi. Demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar, yıllık bronşit atağı, balgam kültürü, solunum fonksiyon testleri, toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ve serum D vitamini düzeyleri incelendi. Yıllık atak sayısıyla ilişkili değişkenler korelasyon ve çok değişkenli Poisson regresyon analizleriyle değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %71,4'ü kız, ortanca yaşı 7 yıl ve ortanca yıllık bronşit atağı 3'tü. Astım %65,3, atopi %30,6 ve pnömoni öyküsü %40,8 oranında saptandı. Kültürlerin %63,3'ünde etken üretildi; en sık Haemophilus influenzae (%41,9), ardından Streptococcus pneumoniae (%25,8) izole edildi. Serum D vitamini düzeyi ile yıllık atak sayısı arasında orta düzeyde ters korelasyon bulundu (ρ=-0,56; p=0,0016); ancak bu ilişki çok değişkenli analizde bağımsız değildi (IRR=1,02; %95 GA: 0,96-1,08; p=0,521). Spirometri çoğunlukla normaldi ve solunum fonksiyonlarıyla atak sıklığı arasında zayıf ters korelasyonlar vardı. BT çekilen 33 hastanın %81,9'unda anormallik saptandı; en sık bulgu bronş duvar kalınlaşmasıydı (%24,2).

Sonuç: PBB'ye astım ve tekrarlayan enfeksiyonlar sıklıkla eşlik etmektedir. Mikrobiyolojik değerlendirmenin erken yapılması ve hastaların radyolojik bulgular ile atak sıklığı açısından yakından izlenmesi, uzun dönem akciğer komplikasyonlarının önlenmesine katkı sağlayabilir.

Tablo 1.Çalışma grubunun özellikleri

Tablo 1. Çalışma grubunun özellikleri	
Cinsiyet (kız), n (%)	35 (69.3%)
Yaş (yıl), medyan (25.-75. p)	7 (3-15)
İlk semptom yaşı (ay), ortalama (SS)	4.5 (0.5-15)
Yıllık bronşit atağı sayısı, medyan (25.-75.p)	3 (1-15)
Prematürite, n (%)	10 (20.4%)
Anne sütüyle beslenme (>6 ay), n (%)	40 (81.6%)
Atopi, n (%)	15 (30.6%)
Astım, n (%)	32 (65.3%)
Pnömoni öyküsü, n (%)	20 (40.8%)
25-OH D Vit, ng/mL, medyan (25.-75. p)	16.9 (6.7-112)

SS: standart sapma; Vit: vitamin

Tablo 2. Yıllık bronşit alevlenmeleri için çok değişkenli Poisson regresyon analizi

Değişken	β (Tahmin)	SH	p değeri	IRR	IRR için % GA
Sabit	4.062	1.344	0.003	-	-
FEV_1 (beklenenin %'si)	−0.029	0.016	0.062	0.97	0.94 – 1.00
Serum D vitamini (ng/mL)	0.019	0.030	0.521	1.02	0.96 – 1.08
Astım (Var/Yok)	−1.398	0.779	0.073	0.25	0.05 – 1.16
Balgam kültürü (Negatif/Pozitif)	−0.378	0.306	0.216	0.69	0.38 – 1.26

FEV_1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim; SH: standart hata; IRR: insidans hız oranı; GA: güven aralığı

Tablo 3. Hastaların mikrobiyolojik ve spirometrik bulguları

Tablo 3. Hastaların mikrobiyolojik ve spirometrik bulguları

Balgam örnekleri	n (%)
Hemophilus influenza	13 (41.9%)
Streptococcus pneumonia	8 (25.8%)
MRSA	3 (9.6%)
Koenfeksiyon (H. influenzae ve S. pneumoniae)	3 (9.6%)
Klebsiella pneumonia	2 (6.4%)
Hemophilus parainfluenza	1 (3.2%)
Streptococcus pyogenes	1 (3.2%)
Spirometri değerleri	**ortalama (SS)**
FEV1	84.9±11.68
FVC	86.70±9.12
FEV1/FVC	96.52±8.81

MRSA: metisiline dirençli Staphylococcus aureus; FEV_1: birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim; FVC: zorlu vital kapasite; SS: standart sapma

Tablo 4. Hastaların radyolojik bulguları

Tablo 4. Hastaların radyolojik bulguları

	n (%)
Bronş duvar kalınlaşması	8 (24.2%)
Konsolidasyon	7 (21.2%)
Atelektazi	5 (15.1%)
Mozaik perfüzyon	3 (9.1%)
Buzlu cam opasiteleri	2 (6.1%)
Bronşiyal dilatasyon	1 (3.1%)
İnterlobüler septal kalınlaşma	1 (3.1%)
Normal	6 (18.1%)

SS-35

PERSİSTAN BAKTERİYEL BRONŞİT VE BRONŞİEKTAZİLİ ÇOCUKLARDA KLİNİK VE MİKROBİYOLOJİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Evrim Hepkaya[1], Tamay Özkozacı[2]
[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Göğüs Hastalıkları,İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,İstanbul

Giriş: Uzamış bakteriyel bronşit (PBB) ve bronşiektazinin (BE), aynı hastalık spektrumunda yer aldığı düşünülmekle birlikte çocuklardaki klinik ayrımları net değildir.

Amaç: PBB ve BE tanılı çocukların klinik,mikrobiyolojik ve radyolojik özelliklerini karşılaştırmak ve bronşiektazi ile bağımsız ilişkili faktörleri belirlemek.

Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya 53 PBB ve 43 BE tanılı toplam 96 çocuk dahil edildi. Demografik özellikler, yıllık alevlenme sayısı,spirometri ölçümleri,D vitamini düzeyi,mikrobiyolojik bulgular ve eşlik eden hastalıklar değerlendirildi. Bronşiektazi ile bağımsız ilişkili değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle incelendi.

Bulgular: Bronşiektazili çocuklar PBB grubundan anlamlı olarak daha büyüktü (11,79±3,44 ve 7,37±2,87 yıl;p<0,001). Yıllık medyan alevlenme sayısı PBB grubunda daha yüksekti [3(1–15) ve 1 (0–3);p<0,001]. Astım ve atopi sıklığı ile FEV_1,FVC ve FEV_1/FVC değerleri gruplar arasında benzerdi. Her iki grupta en sık izole edilen mikroorganizma Haemophilus influenzae idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bronşiektazi grubunda en sık tübüler morfoloji ve bilateral multilober tutulum saptanırken, PBB grubundaki bulgular çoğunlukla bronş duvar kalınlaşması, konsolidasyon ve atelektazi gibi özgül olmayan değişiklikler olarak değerlendirildi. Çok değişkenli analizde yaş bronşiektazi olasılığıyla bağımsız olarak ilişkiliydi (OR: 1,685; %95 GA:1,202–2,361; p=0,002); yıllık alevlenme sayısı ise ters yönde ilişkiliydi (OR: 0,087; %95 GA: 0,022–0,342; p<0,001). Ortalama D vitamini düzeyleri her iki grupta da düşük izlenmesine rağmen, gruplar arası anlamlı fark gözlenmedi.

Sonuç: PBB ve bronşiektazi çocukluk çağında belirgin klinik ve mikrobiyolojik benzerlik göstermektedir. Gruplar arasındaki farklılıklar kısmen yaş farkından kaynaklanabilir;PBB'de daha fazla alevlenme, küçük çocukların enfeksiyonlara yatkınlığını yansıtabilir. PBB tanılı hastaların BE'ye gidiş açısından uzun dönemli çalışmalarla değerlendirilmesi bu hastaların klinik kontrolü ve BE'yi önlemede için yol gösterici olacaktır.

Tablo 1. Çalışma grubunun demografik özellikleri

Değişken	BE grubu (n=43)	PBB grubu (n=53)	p değeri
Yaş (yıl, ortalama ± SS)	11,79 ± 3,44	7,37 ± 2,87	<0,001
Kız cinsiyet, n (%)	22 (%51,2)	34 (%64,2)	0,282
Prematürite, n (%)	8 (%18,6)	11 (%20,8)	0,662
≥6 ay anne sütü alma, n (%)	32 (%74,4)	44 (%83)	0,436
Atopi, n (%)	16 (%37,2)	15 (%28,3)	0,479

p değerleri uygunluğuna göre Pearson ki-kare testi, Fisher kesin testi, Student t testi veya Mann-Whitney U testi kullanılarak hesaplandı.
Kısaltmalar: BE, bronşiektazi; PBB, uzamış bakteriyel bronşit; SS, standart sapma.

Tablo 2. Çalışma grubunun klinik özellikleri

Değişken	BE grubu (n=43)	PBB grubu (n=53)	p değeri
Yıllık alevlenme sayısı, medyan (ÇAA)	1 (0–3)	3 (1–15)	<0,001
D vitamini, medyan (ÇAA), ng/mL	13,7 (4,7–55,8)	18 (6,7–112)	0,109
Astım, n (%)	27 (%62,8)	33 (%62,3)	0,428
FEV_1 (% beklenen, ortalama ± SS)	82,8 ± 24,6	83,9 ± 11,6	0,828
FVC (% beklenen, ortalama ± SS)	85,8 ± 25,1	85,8 ± 9,8	0,993
FEV_1/FVC (%, ortalama ± SS)	95,6 ± 10,6	97 ± 9,0	0,602

Sürekli değişkenler için uygunluğuna göre Student t testi veya Mann-Whitney U testi; kategorik değişkenler için Pearson ki-kare testi veya Fisher kesin testi kullanıldı. Normal dağılan veriler ortalama ± SS, normal dağılmayan veriler medyan (ÇAA) olarak sunuldu.
Kısaltmalar: BE, bronşiektazi; PBB, uzamış bakteriyel bronşit; FEV_1, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim; FVC, zorlu vital kapasite; SS, standart sapma; ÇAA, çeyrekler arası aralık.

Tablo 3. Bronşiektazi ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	Beta ± SH	Odds oranı (%95 GA)	p değeri
Yaş	0,522 ± 0,172	1,685 (1,202–2,361)	<0,001
Yıllık alevlenme sayısı	−2,437 ± 0,696	0,087 (0,022–0,342)	<0,001
D vitamini düzeyi, ng/mL	0,059 ± 0,034	1,060 (0,991–1,134)	0,089
Astım	−0,926 ± 1,145	0,396 (0,042–3,735)	0,418
Atopi	0,934 ± 1,062	2,545 (0,318–20,390)	0,379

Bağımlı değişken bronşiektazi tanısıdır. Klinik önem ve tek değişkenli analiz sonuçlarına göre modele yaş, yıllık alevlenme sayısı, D vitamini düzeyi, astım ve atopi dahil edildi. Odds oranının 1'den büyük olması bronşiektazi olasılığında artışı gösterir.
Kısaltmalar: SH, standart hata; GA, güven aralığı.

Tablo 4. Çalışma grubunun mikrobiyolojik bulguları Patojen / bulgu BE grubu (n=43) PBB grubu

Patojen / bulgu	BE grubu (n=43)	PBB grubu (n=53)	p değeri
Pozitif kültür	30 (%69,7)	34 (%64,2)	0,665
Haemophilus influenzae	17 (%56,7)	16 (%47,1)	0,465
Streptococcus pneumoniae	5 (%16,7)	8 (%23,5)	0,548
MRSA	2 (%6,7)	3 (%8,8)	1,000
H. influenzae + *S. pneumoniae*	-	3 (%8,8)	-
Klebsiella pneumoniae	-	2 (%5,9)	-
H. parainfluenzae	4 (%13,3)	1 (%2,9)	0,177
Streptococcus pyogenes	-	1 (%2,9)	-
Pseudomonas aeruginosa	1 (%3,3)	-	-
Moraxella catarrhalis	1 (%3,3)	-	-

p değerleri uygunluğuna göre Pearson ki-kare testi veya Fisher kesin testi kullanılarak hesaplandı.
Kısaltmalar: BE, bronşiektazi; PBB, uzamış bakteriyel bronşit; BAL, bronkoalveoler lavaj; MRSA, metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*.

SS-36

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİLİ ÇOCUKLARDA TANI GECİKMESİ İLE İLİŞKİLİ KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yadigar Öztürk, Eda Gürler, Uğur Girgiç, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Primer siliyer diskinezi (PSD), sıklıkla nonspesifik solunum yolu semptomlarıyla seyreden nadir bir genetik hastalıktır ve tanı süreci gecikebilmektedir. Çalışmamızda, PSD tanılı çocuklarda tanı gecikmesini etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: PSD tanılı 43 hasta dahil edildi. Tanı gecikmesi; ilk PSD ile uyumlu klinik bulgunun başlangıcından tanının kesinleşmesine kadar geçen süre olarak hesaplandı. Tanı gecikmesinin klinik sosyodemografik faktörlerle ilişkisi incelendi.

Bulgular: Hastaların %52,4'ü erkekti; %67,4'ünde ebeveyn akrabalığı, %53,5'inde ailede PCD öyküsü mevcuttu. Medyan tanı gecikmesi 12,0 ay, medyan tanı yaşı 66,0 aydı. Baba eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan hastalarda tanı gecikmesi anlamlı olarak daha uzundu (p=0,010). PSD tanılı kardeşi olanlarda tanı gecikmesi anlamlı olarak daha kısaydı ancak ilişki düzeltme sonrasında anlamlılığını korumadı(q=0,086). Anne eğitim düzeyi, akraba evliliği, ailede PSD öyküsü ve cinsiyetin tanı gecikmesiyle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı. PICADAR skoru hem tanı gecikmesi (rho=-0,441; p=0,003) hem tanı yaşı (rho=-0,548; p<0,001) ile negatif yönde koreleydi; doğrusal regresyon analizinde PICADAR skorundaki her 1 birim artış, tanı yaşını ortalama 9,9 ay (p<0,001) ve tanı gecikmesini ortalama 5,1 ay (p=0,008) azaltmaktaydı. Erkek hastalar kadın hastalara göre anlamlı olarak daha erken yaşta tanı almaktaydı (p=0,031).

Sonuç: Bu küçük ölçekli çalışmada, daha yüksek baba eğitim düzeyi ve klinik olarak daha belirgin hastalık tablosu, daha kısa tanı gecikmesiyle ilişkiliydi. Bulgular, klinik farkındalığın yanı sıra ebeveyn sağlık okuryazarlığı ve önceki aile deneyiminin de tanı sürecini etkileyebileceğini düşündürmektedir. PSD bulgularının erken tanınması ve etkilenmiş hastaların kardeşlerinin gecikmeden değerlendirilmesi tanı süresini kısaltabilir. Bulguların daha büyük, çok merkezli ve prospektif çalışmalarda doğrulanması gereklidir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri (n = 43)

Değişken	n (%) / Ort. ± SS (medyan)
Cinsiyet, Kadın	20 (%47,6)
Anne eğitim düzeyi, Ortaokul ve üzeri ilkokul ve altı	 26 (%60,5) 17 (%39,5)
Baba eğitim düzeyi, Ortaokul ve üzeri İlkokul ve altı	 33 (%76,7) 10 (%23,3)
Ebeveyn akrabalığı	29 (%67,4)
Ailede PSD öyküsü	23 (%53,5)
PSD tanılı kardeş	11 (%25,6)
Term gebelik	41 (%95,3)

Bulgular:	
Yenidoğan solunum sıkıntısı sendromu öyküsü	25 (%59,5)
Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatışı	27 (%64,3)
Situs inversus totalis	20 (%47,6)
Kronik rinit / rinosinüzit	26 (%63,4)
Kronik / tekrarlayan otitis media	19 (%46,3)
Kronik / tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu	35 (%83,3)
Kronik atelektazi	7 (%17,5)
Heterotaksi	11 (%26,2)
Konjenital kalp defekti	13 (%34,2)
İşitme kaybı	4 (%10,0)
Hidrosefali internus	1 (%2,9)
PICADAR skoru, ort±SS (medyan)	8,02±2,78 (8)
Tanı sırasında BMI (kg/m²), ort±SS	15,5±3,19
Tanı yaşı (ay), ort±SS (medyan)	71,8±54,5 (66,0)
Tanı gecikmesi (ay), ort±SS (medyan)	24,2±35,7 (12,0)

Tablo 2. Tanı gecikmesi ile ilişkili faktörlerin analizi

Faktör	n	Ortanca gecikme (ay)	p	BH-FDR q
Ailede PSD öyküsü var Ailede PSD öyküsü yok	23 20	12,0 14,8	0,227	0,318
Kardeşte PSD tanısı var Kardeşte PSD tanısı yok	11 32	9,7 15,5	0,037	0,086
Baba eğitim düzeyi- İlköğretim veya altı Baba eğitim düzeyi- Ortaöğretim ve üstü	33 10	11,0 53,7	0,010	0,035
Anne eğitim düzeyi- İlköğretim veya altı Anne eğitim düzeyi- Ortaöğretim ve üstü	26 17	10,8 13,0	0,357	0,417
Ebeveynler arasında akrabalık var Ebeveynler arasında akrabalık yok	14 29	10,0 12,0	0,227	0,318
Cinsiyet- Kadın Cinsiyet- Erkek	21 22	13,0 12,0	0,480	0,480

Not. PICADAR:Primer siliyer diskinezi değerlendirmesinde kullanılan standart tarama skorlamasıdır. Kategorik faktörler için Mann-Whitney U testi, sürekli PICADAR skoru için Spearman sıra korelasyonu kullanılmıştır. BH-FDR q:Benjamini-Hochberg düzeltmesi uygulanmıştır. PSD: Primer siliyer diskinezi

Tablo 3. PICADAR, tanı yaşı ve tanı gecikmesi korelasyon analizleri

Analiz	Spearman rho	p
PICADAR ile tanı gecikmesi	-0,441	0,003
PICADAR ile tanı yaşı	-0,548	<0,001
Tanı gecikmesi ile tanı yaşı	0,511	<0,001

Not. PICADAR:Primer siliyer diskinezi değerlendirmesinde kullanılan standart tarama skorlaması. Spearmen korelasyon analizi uygulanmıştır. Rho:spearmen korelasyon katsayısı

SS-37

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NİNTEDANİB KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Tuğçe Kantemir, Deniz Doğru, Umay Kavgacı, Nagehan Emiralioğlu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Nintedanib, fibrotik interstisyel akciğer hastalıklarında (ILD) kullanımı onaylanmış antifibrotik bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Ancak çocukluk çağındaki kullanımına ilişkin veriler oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, pulmoner fibrozis nedeniyle nintedanib tedavisi alan pediatrik hastaların klinik deneyimi sunulmuştur.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel olgu serisinde, nintedanib tedavisi alan hastaların demografik özellikleri, solunum fonksiyon testleri, yüksek çözünürlüklü toraks BT bulguları, yan etkileri ve klinik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Fibrotik ILD tanılı altı pediatrik hasta (2 kız, 4 erkek; ortanca yaş 12,83 yıl) çalışmaya alındı. En sık başvuru yakınmaları dispne ve öksürüktü. Toraks BT'de baskın fibrotik değişiklikler ve traksiyon bronşektazisi izlendi. Tanılar; sklerodermaya sekonder NSIP, Hodgkin lenfoma/radyoterapiye bağlı pulmoner fibrozis, UIP, SAVI, fibrotik hipersensitivite pnömonisi ve plevroparankimal fibroelastozdu. Tüm hastalara vücut ağırlığına göre ayarlanmış dozlarda nintedanib başlandı. Başlangıçta ağır restriktif solunum fonksiyon bozukluğu mevcuttu (ortanca FVC %29,4; %19–41). İzlem süresi 4–22 ay arasında değişti. Solunum fonksiyonlarında stabilizasyon veya iyileşme yalnızca eş zamanlı immünsüpresif tedavi alan bir hastada görüldü. İki hasta ilerleyici solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi; bir hasta oksijen desteği ile izlenmektedir. Gastrointestinal yan etkiler dört hastada (%66,7) gelişti. Bir hastada persistan ishal nedeniyle tedavi sonlandırılırken, bir hastada karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle tedaviye geçici ara verildi.

Sonuç: Nintedanib, fibrotik ILD'li çocuklarda tedavi seçeneği olabilir; ancak özellikle ileri evre hastalıkta klinik yanıt sınırlıdır. Daha erken tedavi ve eş zamanlı immünsüpresyon yararlı olabilir. Bu konuda prospektif kontrollü pediatrik çalışmalara gereksinim vardır.

SS-38

PEDİATRİ HEKİMLERİNİN TER TESTİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

Yasemin Mocan Çağlar[1], Begüm Yörük[2]
[1]Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
[2]Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak bir hastanede yeni başlatılan ter testi uygulamasıyla aynı klinikte çalışan pediatri hekimlerinin ter testine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel ve anket tabanlı bu çalışmaya çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimler dahil edildi. Katılımcılara mesleki özellikleri ve ter testi deneyimlerinin yanı sıra testin endikasyonları, uygulanması ve yorumlanmasına ilişkin 21 çoktan seçmeli soru yöneltildi. Her doğru yanıt bir puan olarak değerlendirilerek toplam bilgi puanı 0–21 arasında hesaplandı.

Bulgular: Toplamda ankete katılan 46 hekimin 21'i (%45,7) pediatri asistanı, 11'i (%23,9) pediatrist, 5'i (%10,9) yan dal asistanı ve 9'u (%19,6) yan dal uzmanıydı.(Tablo 1) Katılımcıların 18'i (%39,1) daha önce ter testi sonucu yorumlamış, 24'ü (%52,2) ise ter testi isteminde bulunmuştu. Ortalama bilgi puanı 18,28±2,50, bilgi puanları mesleki gruplar arasında farklılık gösterdi (p=0,027); ancak ikili karşılaştırmalarda düzeltme sonrasında anlamlı fark saptanmadı. Daha önce ter testi sonucu yorumlayanların bilgi puanları, yorumlamayanlardan daha yüksekti (ortanca 20'ye karşı 17,5; p=0,015). Çalışma süresi (p=0,143) ve daha önce ter testi isteminde bulunma durumu (p=0,084) açısından anlamlı fark saptanmadı.(Tablo 2) En düşük doğru yanıt oranları ter toplama süresi (%48,9), ter örneğinin alınacağı bölge (%68,9) ve tanıda tek başına kabul edilemeyecek yöntem (%71,1) hakkındaki sorularda görüldü.(Tablo 3)

Sonuç: Pediatri hekimlerinin ter testine ilişkin genel bilgi düzeyleri yüksek olmakla birlikte, özellikle testin teknik uygulanmasına yönelik bazı konularda bilgi eksikliklerinin giderilmesi testin doğru uygulanması ve yorumlanmasına katkı sağlayabilir.

Anket

EK 1. TER TESTİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Katılımcı bilgileri: Onam: □ Evet □ Hayır | Mesleki durum: □ ÇSH asistanı □ ÇSH uzmanı □ Yan dal asistanı □ Yan dal uzmanı | Çalışma yılı: □ 0–1 □ 2–5 □ 6–10 □ >10 | Daha önce sonuç yorumlama: □ Evet □ Hayır | Daha önce istemde bulunma: □ Evet □ Hayır

Bilgi soruları: Her soru için yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz.

1. Topuk kanı yenidoğan taramasında hangi parametrenin yüksek saptanması sonrasında bebekler kistik fibrozis açısından ter testine ivedilikle yönlendirilmelidir?
□ A) TSH □ B) Fenilalanin □ C) İmmünoreaktif tripsinojen (IRT) □ D) Galaktoz □ E) Biyotinidaz aktivitesi

2. Ter testi en sık hangi hastalığın tanısında kullanılır? □ A) Primer siliyer diskinezi □ B) Kistik fibrozis □ C) Astım □ D) Bronkopulmoner displazi □ E) Tüberküloz

3. Kistik fibrozis tanısında standart kabul edilen ter testi yöntemi hangisidir? □ A) Ter sodyum ölçümü □ B) Ter potasyum ölçümü □ C) Kantitatif pilokarpin iyontoforezi ile ter klorür ölçümü □ D) Ter osmolaritesi ölçümü □ E) Deri üzerine doğrudan klor elektrodu uygulanması

4. Ter testinde esas değerlendirilen parametre hangisidir? □ A) Ter sodyumu □ B) Ter klorürü □ C) Ter potasyumu □ D) Ter pH'sı □ E) Ter glukozu

5. Ter klorür düzeyinin <30 mmol/L olması genel olarak nasıl yorumlanır? □ A) Kistik fibrozis tanısı kesindir □ B) Kistik fibrozis olasıdır, ileri inceleme gerekir □ C) Kistik fibrozis olasılığı düşüktür □ D) Test kesinlikle hatalıdır □ E) Sonuç yenidoğanda her zaman pozitiftir

6. Ter klorür düzeyinin 30–59 mmol/L olması nasıl değerlendirilir? □ A) Normal □ B) Ara/sınırda değer □ C) Kesin pozitif □ D) Kesin negatif □ E) Değerlendirilemez

7. Ter klorür düzeyinin ≥60 mmol/L olması ne ile uyumludur? □ A) Kistik fibrozis ile uyumlu sonuç □ B) Normal sonuç □ C) Sadece taşıyıcılık □ D) Testin tekrarlanmasına gerek olmayan fizyolojik sonuç □ E) Astım tanısı

8. Pozitif ter testi sonucu için en doğru yaklaşım hangisidir? □ A) Tek sonuçla her zaman tanı konur □ B) Ayrı bir günde tekrar test veya bağımsız tanısal yöntemle doğrulama gerekir □ C) Genetik inceleme hiçbir zaman gerekmez □ D) Tedavi başlanmadan önce en az 1 yıl beklenir □ E) Sadece aile öyküsü varsa anlamlıdır

9. Ter testi hangi klinik durumda istenmelidir? □ A) Tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ve malabsorpsiyon bulguları olan çocukta □ B) İzole basit viral üst solunum yolu enfeksiyonunda □ C) Her astım atağında rutin olarak □ D) Her ateşli çocukta □ E) Sadece erişkin yaşta

10. Yenidoğan tarama testi kistik fibrozis açısından pozitif olan bir bebekte ter testi ne zaman planlanmalıdır? □ A) İlk 24 saat içinde □ B) Bebek >2 kg ve ≥36 hafta düzeltilmiş gestasyon yaşında ise 10. günden sonra mümkün olan en erken dönemde □ C) Mutlaka 1 yaşından sonra □ D) Sadece semptom gelişirse □ E) Ergenlik döneminde

11. Ter testi için bebeklerde yeterli örnek alınmasını kolaylaştıran koşullardan biri hangisidir? □ A) Düzeltilmiş gestasyon yaşının en az 36 hafta olması □ B) Testin ilk 12 saatte yapılması □ C) Ateşli dönemde yapılması □ D) Dehidratasyon varlığında yapılması □ E) Öncesinde yoğun krem uygulanması

12. Ter örneği hangi bölgelerden alınmalıdır? □ A) Sadece göğüs ön duvarı □ B) Sadece sırt □ C) Kol veya bacak □ D) Boyun □ E) Karın

13. Ter stimülasyonu hangi madde ile yapılır? □ A) Adrenalin □ B) Pilokarpin □ C) Salbutamol □ D) Histamin □ E) Metakolin

14. Ter toplama süresi için en uygun ifade hangisidir? □ A) 5 dakikayı geçmemelidir □ B) 10 dakikayı geçmemelidir □ C) 30 dakikayı geçmemelidir □ D) En az 2 saat sürmelidir □ E) Süre önemli değildir

15. Yetersiz ter örneği (QNS, quantity not sufficient) saptandığında ne yapılmalıdır? □ A) Mevcut örnek yine de analiz edilmelidir □ B) Sonuç pozitif kabul edilmelidir □ C) Sonuç negatif kabul edilmelidir □ D) Örnek analiz edilmemeli, test uygun koşullarda tekrarlanmalıdır □ E) Sadece ter sodyumu bakılmalıdır

16. Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozis tanısı için kabul edilebilir ter testi yöntemi değildir? □ A) Kantitatif ter klorür ölçümü □ B) Pilokarpin iyontoforezi □ C) Ter klorürünün onaylı yöntemle kantitatif analizi □ D) Ter iletkenliği/conductivity ölçümünü tanı için tek başına kullanmak □ E) Uygun örnek toplama sonrası klorür analizi

17. Ara değer saptanan bir hastada en uygun yaklaşım hangisidir? □ A) Kistik fibrozis dışlanır □ B) Test tekrarı ve CFTR genetik inceleme düşünülür □ C) Sonuç mutlaka yanlış kabul edilir □ D) Tedavisiz tamamen takipten çıkarılır □ E) Sadece astım tedavisi başlanır

18. Kistik fibrozis düşündüren klinik bulgulardan biri hangisidir? □ A) Tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar □ B) İzole kısa süreli öksürük □ C) Akut tonsillit □ D) Basit travmatik epistaksis □ E) Mevsimsel alerjik rinit

19. Ter testi sonucunun yanlış yorumlanmasını önlemek için aşağıdakilerden hangisi önemlidir? □ A) Örneğin kontaminasyon ve buharlaşmadan korunması □ B) Örneğin günlerce oda sıcaklığında bekletilmesi □ C) Yetersiz örneğin mutlaka çalışılması □ D) Sonucun klinikten bağımsız değerlendirilmesi □ E) Sadece sodyum değerine bakılması

20. İki ayrı testte ter klorür değeri 30–59 mmol/L olan ve klinik bulguları kistik fibrozis ile uyumlu bir çocuk için hangisi doğrudur? □ A) Kistik fibrozis olasılığı tamamen dışlanır □ B) Kistik fibrozis olasılığı devam eder, ileri CFTR analizi ve/veya fonksiyonel testler gerekebilir □ C) Bu değer her zaman sağlıklı taşıyıcılık gösterir □ D) Test sonucu önemsizdir □ E) Tanı için hiçbir ek değerlendirme yapılamaz

21. Ter testi sonucu değerlendirilirken en doğru yaklaşım hangisidir? □ A) Sadece sayı değerine bakılır, klinik önemsizdir □ B) Sadece klinik bulgulara bakılır, test sonucu önemsizdir □ C) Ter klorür düzeyi; klinik bulgular, aile öyküsü, yenidoğan taraması ve gerekirse CFTR genetik analizi ile birlikte değerlendirilir □ D) Genetik test varsa ter testi hiçbir zaman gerekmez □ E) Negatif yenidoğan taraması olan semptomatik çocukta ter testi asla istenmez

Tablo 1

TER TESTİ BİLGİ DÜZEYİ ÇALIŞMASI

İstatistiksel Analiz Tabloları

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri (n=46)

Özellik	n (%)
Mesleki durum	
Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi	21 (45,7)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi	11 (23,9)
Çocuk yan dal asistan hekimi	5 (10,9)
Çocuk yan dal uzman hekimi	9 (19,6)
Çalışma süresi	
0–1 yıl	13 (28,3)
2–5 yıl	14 (30,4)
6–10 yıl	4 (8,7)
>10 yıl	15 (32,6)
Daha önce ter testi sonucu yorumlama	
Evet	18 (39,1)
Hayır	28 (60,9)
Daha önce ter testi isteminde bulunma	
Evet	24 (52,2)
Hayır	22 (47,8)

Tablo 2

Tablo 2. Toplam bilgi puanının gruplara göre karşılaştırılması

Değişken	n	Ortalama ± SS	Ortanca (ÇAA)	p
Mesleki durum				**0,027**
ÇSH asistan hekimi	21	17,05 ± 2,89	17 (15–19)	
ÇSH uzman hekimi	11	19,09 ± 1,45	19 (18–20)	
Yan dal asistan hekimi	5	19,80 ± 1,30	20 (19–21)	
Yan dal uzman hekimi	9	19,33 ± 1,80	20 (19–21)	
Çalışma süresi				**0,143**
0–1 yıl	13	17,31 ± 3,15	17 (15–20)	
2–5 yıl	14	18,00 ± 2,69	18,5 (17–19)	
6–10 yıl	4	18,00 ± 0,82	18 (17,8–18,2)	
>10 yıl	15	19,47 ± 1,51	20 (19–20,5)	
Daha önce sonuç yorumlama				**0,015**
Evet	18	19,17 ± 2,48	20 (19–20)	
Hayır	28	17,71 ± 2,39	17,5 (16,8–20)	
Daha önce test isteme				**0,084**
Evet	24	18,83 ± 2,37	19 (18–20)	
Hayır	22	17,68 ± 2,55	17 (16,2–20)	

Toplam bilgi puanı: 18,28 ± 2,50; ortanca 19 (ÇAA: 17–20); minimum–maksimum: 10–21.

Tablo 3

Tablo 3. Sorulara göre doğru yanıt oranları

Soru içeriği	Doğru/yanıtlayan	Doğru yanıt (%)
Yenidoğan taramasında değerlendirilen parametre	41/46	89,1
Ter testinin kullanıldığı hastalık	46/46	100,0
Standart ter testi yöntemi	36/46	78,3
Esas değerlendirilen parametre	45/46	97,8
Ter klorürünün <30 mmol/L olması	37/45	82,2
Ter klorürünün 30–59 mmol/L olması	44/46	95,7
Ter klorürünün ≥60 mmol/L olması	41/46	89,1
Pozitif sonuca yaklaşım	42/46	91,3
Klinik endikasyon	46/46	100,0
Yenidoğanda test zamanı	42/46	91,3
Yeterli örnek alınmasını kolaylaştıran koşul	38/46	82,6
Ter örneğinin alınacağı bölge	31/45	68,9
Ter stimülasyonunda kullanılan madde	40/45	88,9
Ter toplama süresi	**22/45**	**48,9**
Yetersiz ter örneğine yaklaşım	41/46	89,1
Tanıda kabul edilmeyen yöntem	32/45	71,1
Ara değere yaklaşım	46/46	100,0
Kistik fibrozisi düşündüren klinik bulgu	43/45	95,6
Yanlış yorumlamayı önleyen uygulama	39/45	86,7
İki ayrı testte ara değer saptanması	44/46	95,7
Ter testi sonucunun bütüncül değerlendirilmesi	45/45	100,0

Açıklamalar: H: Kruskal–Wallis test istatistiği; U: Mann–Whitney U test istatistiği; SS: standart sapma; ÇAA: çeyrekler arası aralık. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

Mesleki gruplar arasındaki genel fark anlamlı olmakla birlikte, Holm düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlı grup çifti saptanmadı.

İç tutarlılık: Cronbach alfa=0,70.

SS-39

SMA TİP 1'DE VİDEOFLOROSKOPİK YUTMA DEĞERLENDİRMESİ: KLİNİK VE RESPİRATUVAR İLİŞKİLER

Burak Taha Keşkekoğlu[1], Gözde Cavıldak Karaaslan[1], Julide Özgür[1], Tuba Karakuş Sert[1], Yeliz Koç[1], Hakan Yazan[1], Sedat Öktem[1], Fatma Nerse[2]
[1]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Dil ve Konuşma Terapisi, İstanbul.

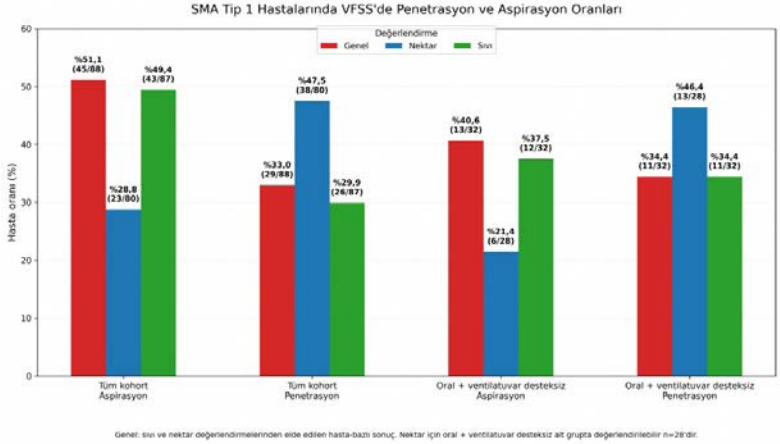
Amaç: Spinal müsküler atrofi (SMA) Tip 1'de motor, bulber ve respiratuvar etkilenme farklı hızlarda ilerleyebilir. Bu çalışmada yutma güvenliğinin klinik, motor, beslenme ve respiratuvar fenotiple birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Videofloroskopik yutma çalışması (VFSS) yapılan 88 SMA Tip 1 hastası retrospektif değerlendirildi. Demografik özellikler, hastalık modifiye edici tedaviler (DMT), motor kazanımlar, beslenme biçimi, pFOIS ve NDSSS skorları, ventilatuvar destek ve son bir yıllık respiratuvar morbidite kaydedildi. Hava yolu invazyonu sıvı ve nektar kıvamlarında Penetrasyon-Aspirasyon Skalası'yla (PAS) değerlendirildi. İstatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Hastaların 45'inde (%51,1) aspirasyon, 29'unde (%32,9) penetrasyon saptandı. Oral beslenen ve ventilatuvar destek kullanmayan 32 hastanın 13'ünde (%40,6) aspirasyon,11'inde (%34,4 penetrasyon saptandı. Ventilatuvar destek gereksinimi arttıkça aspirasyon oranında kademeli artış izlendi; ancak bu eğilim istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,076). pFOIS ile NDSSS güçlü korelasyon gösterirken (ρ=0,958; p<0,001), her iki skorun PAS'la ilişkisi anlamlı değildi. Son bir yıllık respiratuvar morbidite NDSSS ve pFOIS skorlarıyla anlamlı ilişkiliyken (tüm p≤0,009), PAS skorları ve aspirasyonla anlamlı ilişki göstermedi. Tüm yutma fazları PAS ile ilişkiliydi (tüm p<0,01); en güçlü ilişki faringeal fazda izlendi. Baş kontrolü olanlarda Spinraza doz sayısı daha yüksekti (p=0,030); Zolgensma kullananlarda desteksiz oturma daha sıktı (%85,7'ye karşı %54,5; p=0,036). DMT değişkenleri ve motor kazanımlar ile PAS/aspirasyon arasında anlamlı ilişki saptanmadı. VFSS sonrası hastaların %70,1'inde beslenme yönetimi önerildi; %44,8'inde tüple beslenme (NGS/PEG), %22,4'ünde kıvam/pozisyon/teknik modifikasyonu önerildi.

Sonuç: SMA Tip 1'de motor, respiratuvar ve fonksiyonel beslenme durumu yutma güvenliğiyle tam paralellik göstermemektedir. Klinik olarak iyi ve oral beslenen hastalarda dahi aspirasyon görülebilmesi, yutmanın multifaktöriyel değerlendirilmesi ve VFSS'nin bireyselleştirilmiş izlemdeki önemini desteklemektedir.

Şekil 1. SMA Tip 1 Hastalarında Videofloroskopik Yutma Çalışmasında Penetrasyon Ve Aspirasyon Oranları



Şekil 1. Tüm kohortta ve oral beslenen, ventilatuvar destek kullanmayan hastalarda sıvı ve nektar kıvamlarına göre penetrasyon ve aspirasyon oranları. "Genel" değerlendirme, sıvı veya nektar kıvamlarından herhangi birinde saptanan en yüksek hava yolu invazyonunu göstermektedir. Aspirasyon PAS 6–8, penetrasyon PAS 2–5 olarak tanımlandı. Oral beslenen ve ventilatuvar destek kullanmayan alt grupta nektar kıvamı için değerlendirilebilir hasta sayısı 28'di.

Tablo 1. SMA Tip 1 Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellik	Değer
Hasta sayısı	88
VFSS yaşı, ay, medyan (IQR); min–maks	14,8 (10,4–23,7); 2,6–166,8
Tanı yaşı, ay, medyan (IQR); min–maks	2,0 (0,5–4,8); 0,2–10,0
Erkek / Kız	47 (%53,4) / 41 (%46,6)
DMT	
Spinraza	82 (%93,2)
VFSS zamanındaki Spinraza doz sayısı, medyan (IQR); min–maks	5,0 (4,0–6,0); 1,0–20,0
Risdiplam	6 (%6,8)
Zolgensma	17 (%19,3)
Zolgensma uygulama yaşı, ay, medyan (IQR); min–maks	18,0 (13,0–26,0); 4,5–59,0
Ventilatuvar destek	
Yok	35 (%39,8)
NIV	41 (%46,6)
IMV	12 (%13,6)
Beslenme şekli	
Oral	52 (%59,1)
NGS	25 (%28,4)
PEG	11 (%12,5)
Motor kazanımlar	
Baş kontrolü	51/74 (%68,9)
Desteksiz oturma	36/58 (%62,1)
Fonksiyonel beslenme/yutma skorları	
NDSSS, medyan (IQR); min–maks	5,0 (3,0–7,0); 1,0–8,0
pFOIS, medyan (IQR); min–maks	4,0 (2,0–5,0); 1,0–6,0
VFSS hava yolu invazyonu	
Penetrasyon (PAS 2–5)	29/88 (%33,0)
Aspirasyon (PAS 6–8)	45/88 (%51,1)
Son 1 yıllık respiratuvar morbidite	
ASYE	64/81 (%79,0)
Hospitalizasyon	54/80 (%67,5)
YBÜ yatışı	33/81 (%40,7)
Entübasyon	19/81 (%23,5)
VFSS sonrası öneriler	
Yeni beslenme yönetimi önerisi	47/67 (%70,1)
Tüple beslenme (NGS/PEG)	30/67 (%44,8)
Kıvam/pozisyon/teknik modifikasyonu	15/67 (%22,4)
Kısmi veya tam oral kısıtlama	50/67 (%74,6)

Tablo 1. SMA Tip 1 hastalarının demografik, klinik, tedavi, beslenme, motor, respiratuvar ve videofloroskopik özellikleri. Veriler n (%) veya medyan (IQR; min–maks) olarak sunulmuştur. DMT oranları birbirini dışlamamaktadır; motor kazanımlar ve bazı klinik değişkenler değerlendirilebilir hasta sayısı üzerinden verilmiştir. VFSS sonrası öneriler birbiriyle örtüşebilir.

SS-40

ÇOCUKLARDA YABANCI CİSİM VE İNTRALUMİNAL MATERYALLERİN ÇIKARILMASINDA FLEKSİBL BRONKOSKOPİ DENEYİMİMİZ

Betül Cansever Akay[1], Erdi Çağrı Dağdelen[1], Nevin Ada Tarkan[2], Semire Serin Eser[2], Zerrin Özçelik[2], Tansel Günendi[2], Melih Hangül[1]
[1]Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları B.D, Adana
[2]Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahisi B.D, Adana

Amaç: Bu çalışmada, yabancı cisim veya hava yolunu tıkayan intraluminal materyalin değerlendirilmesi amacıyla fleksibl bronkoskopi uygulanan çocukların klinik özellikleri,materyal lokalizasyonu ve işlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2023–2026 yılları arasında bronkoskopik hava yolu materyali çıkarılması uygulanan ardışık 26 çocuk retrospektif olarak incelendi.Fleksibl bronkoskopinin tek başına kullanımı santral ve distal olgular arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 55,3±61,6 ay,medyan yaşı 22,0 ay olup 13'ü erkekti.En sık yakınmalar aspirasyon/yemekle zamansal ilişki (20/26),hırıltılı solunum(16/26) ve öksürüktü(10/26).Yirmi üç olguda yabancı cisim aspirasyonu, ikisinde plastik bronşit, birinde kist hidatik vardı. Lokalizasyon 12 olguda santral, 11'inde distal, üçünde karma/bilateraldi. On dört hastaya yalnız fleksibl, yedisine rijit→fleksibl, beşine fleksibl→rijit bronkoskopi uygulandı.Yalnız fleksibl kullanım distal yerleşimlerde santral yerleşimlerden daha sıktı(%72,7'ye karşı %25,0; p=0,039).Materyal 25 hastada çıkarıldı (%96,2); bir toplu iğne için cerrahi gerekti. İşlem sırasında üç hastada materyal vokal kord düzeyine düştü,bir hastada kanama gelişti.Organik yabancı cisim 15 hastada(%57,7),inorganik materyal dört hastada(%15,4) saptandı;en sık yer fıstığıydı(10/26, %38,5).Yerleşim 13 hastada sol,11 hastada sağ ve iki hastada bilateraldi. On dokuz hasta tek,yedi iki seansta tedavi edildi. Fleksibl ile kesin çıkarım distal ve santral yerleşimler arasında farklı değildi(p=0,371).Fizik muayenede ronküs ve/veya wheezing 20 hastada (%76,9) saptandı. On dokuz hasta(%73,1) üç yaşından küçüktü.Genel başarı için kesin %95 güven aralığı %80,4–%99,9'du.

Sonuç: Fleksibl bronkoskopi, çocuklarda seçilmiş hava yolu yabancı cisimlerinin yanı sıra plastik bronşitte bronşiyal kastların çıkarılmasında başarıyla kullanılabilen terapötik bir yöntemdir.Özellikle distal veya rijit bronkoskopi ile çıkarılması güç materyallerde tamamlayıc/kurtarıcı rol üstlenebilir. Materyalin vokal kord düzeyine düşmesi ve kanama riski nedeniyle işlemin deneyimli ekip ve uygun cerrahi destek ve rijit bronkoskoi hazır bulunan merkezlerde uygulanması önemlidir.

SS-41

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Demir[1], Esra Karabağ Yılmaz[3], Seha Kamil Saygılı[3], Nilüfer Göknar[4], Ayşe Ağbaş[3], Nur Canpolat[3], Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı[2]
[1]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı
[4]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalığı(KBH) olan çocuklarda uykuda solunum bozuklukları, özellikle obstrüktif uyku apne sendromu(OSAS), giderek daha fazla tanınan bir komorbiditedir; ancak pediatrik veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, diyaliz bağımlı olmayan KBH'li çocuklarda OSAS sıklığının ve buna eşlik eden solunumsal/polisomnografik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

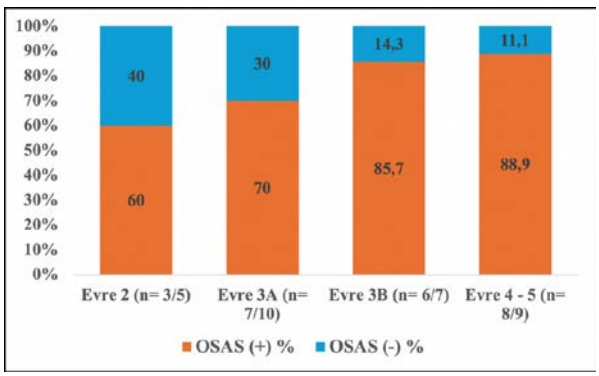
Yöntem: Çok merkezli, kesitsel ve vaka-kontrol tasarımlı bu çalışmaya, evre 2-5 diyaliz bağımlı olmayan KBH tanılı 6-21 yaş arası 31 çocuk ve 13 sağlıklı kontrol hastası dahil edildi. Mallampati skorlaması yüksekliği ve obezite dışlama kriteri olarak kabul edildi. Tüm katılımcılara Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve gece boyu polisomnografi(PSG) ve biyokimyasal tetkikler uygulandı; OSAS tanısı yaşa özgü apne-hipopne indeksi(AHİ) eşik değerleriyle kondu.

Sonuç: KBH grubunun ortanca yaşı 13,9 yıl olup %71'i erkekti. OSAS sıklığı KBH grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı (%77,4'e karşı %23,1,p<0,001) ve KBH evresi ilerledikçe OSAS sıklığı arttı(Evre 2:%60, 3A:%70, 3B:%85,7, 4-5:%88,9). Supin AHİ ve santral AHİ KBH grubunda anlamlı olarak yüksekti; REM-AHİ farkı istatistiksel anlamlılık sınırında kaldı(p=0,059). eGFR ile REM-AHİ (r=-0,392, p=0,029) ve oksijen desatürasyon indeksi(r=-0,426, p=0,017) arasında negatif korelasyon saptandı. Uyku anketlerinin OSAS tanısında duyarlılığı düşük, özgüllüğü yüksek bulundu.

Tartışma: Diyaliz bağımlı olmayan pediatrik KBH'de OSAS sıklığı belirgin şekilde artmış olup hastalık şiddetiyle ilişkilidir. REM-AHİ ve ODİ ile eGFR arasındaki korelasyon, üst hava yolu ve solunum kontrol mekanizmalarının KBH sürecinden etkilenebileceğini düşündürmektedir. Uyku anketleri tarama amacıyla yetersiz kalmakta, kesin tanı için PSG gerekmektedir. Çocuk göğüs hastalıkları pratiğinde KBH'li çocukların rutin uyku değerlendirmesine dahil edilmesi önerilir.

Destek: TÜBİTAK 1002 Projesi(Proje No:325S338) ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi(BAP)(Proje No:38287)

Kronik böbrek hastalığı evrelerine göre obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) prevalansının dağılımı



Veriler yüzde (%) olarak sunulmuştur. Her bir sütun ilgili KBH evresindeki hasta dağılımını temsil etmekte olup, mavi alanlar OSAS pozitif, turuncu alanlar OSAS negatif hastaları göstermektedir. KBH evrelerine göre hasta sayıları sırasıyla Evre 2 (n=5), Evre 3a (n=10), Evre 3b (n=7) ve Evre 4/5 (n=9)'dur.

Polisomnografi çekilen KBH ve sağlıklı kontrol gruplarında uyku ve solunum parametrelerinin karşılaştırılması

Değişken	KBH (n=31)	Kontrol (n=13)	p değeri
Uyku Süresi ve Sürekliliği			
Yatakta geçen süre (dk)	443 (415–465)	444.5 (432–465)	
Toplam uyku süresi (dk)	337 (306–390)	338.5 (312.3–388.8)	
Uyanıklık süresi (dk)	85 (64–114)	89 (56.8–123)	
Uyku latansı (dk)	32.7 (13.2–48.2)	30.4 (14.2–70.2)	0.748
REM latansı (dk)	181.7 (137.5–227.6)	176.6 (104.4–261.9)	0.787
Uyku etkinliği (%)	78.0 (72.6–84.6)	77.8 (71.3–86.3)	0.959
Uyku Mimarisi			
N1 (%)	5.1 (3.9–7.4)	6.45 (4.83–7.0)	0.354
N2 (%)	54.4 (46.9–59.5)	56.3 (50.0–63.1)	0.589
N3 (%)	27.0 (20.6–34.3)	23.05 (20.6–28.4)	0.375
REM (%)	12.1 (6.5–20.4)	11.55 (7.98–16.78)	0.643
Uykuda Solunum Bozukluğu İlişkili Parametreler			
Total apne–hipopne sayısı	40 (26–54)	8.5 (4.25–14.75)	**<0.001**
AHI indeksi	7.4 (3.7–10.9)	1.65 (0.8–2.53)	**<0.001**
REM AHI indeksi	11.6 (3.8 – 18.1)	3.85 (0.6 – 6.9)	0.059
Supine AHI indeksi	7.4 (3.8–12.8)	1.6 (0–2.5)	**<0.001**
Obstrüktif AHI indeksi	5.4 (2.0–9.1)	1.3 (0.35–2.45)	**<0.001**
Santral AHI indeksi	0.7 (0.3–1.7)	0.15 (0–0.45)	**0.002**
Oksijenizasyon ve Gaz Değişimi			
ODI indeksi	1.7 (0.6–4.3)	1.45 (0.33–3.3)	0.447
Ortalama SpO_2 (%)	96.4 (95.8–97.1)	96.5 (95.85–97.85)	0.479

Veriler median (25.–75. Persentil) olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır. Uyku süresi ve uyku mimarisi parametreleri descriptive olarak değerlendirilmiştir. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. AHI: apne-hipopne indeksi; ODI: oksijen desatürasyon indeksi; SpO_2: periferik oksijen satürasyonu.

SS-42

PRADER–WİLLİ SENDROMLU ÇOCUKLARDA OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ ŞİDDETİ VE İNSÜLİN DİRENCİ: ADAY METABOLİK BELİRTEÇ OLARAK SPISE

Abdurrahman Zarif Güney[1], Osman Talha Akpınar[2], Meltem Gokden[2], Furkan Yılmaz[1], Çiğdem Korkmaz[1], Berrak Öztosun[1], Abdulhamit Çollak[1], Hande Turan[3], Elvan Bayramoğlu[3], Olcay Evliyaoğlu[3], Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı[1]
[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

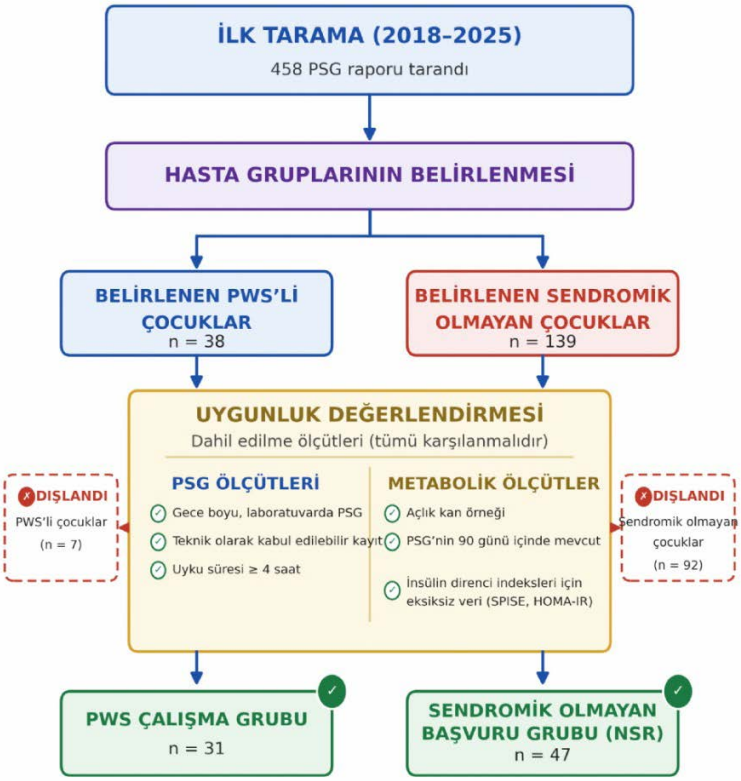
Amaç: Obstrüktif uyku apnesi (OUA), Prader–Willi sendromlu (PWS) çocuklarda sık görülür. Ancak bu grupta OUA ile insülin direnci ilişkisi ve SPISE'ın rolü değerlendirilmemiştir. Çalışmada, PWS'li çocuklarda OUA ile insülin direnci göstergeleri (SPISE ve HOMA-IR) arasındaki ilişkiler incelendi. Semptomatik, sendromik olmayan başvuru (NSB) grubu klinik karşılaştırıcı olarak kullanıldı.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif, kesitsel çalışmaya, uyku süresi en az dört saat olan PSG'si ve biyokimya sonuçları bulunan çocuklar dahil edildi. HOMA-IR glukoz ve insülinden; SPISE ise trigliserid, HDL ve VKİ'den hesaplandı. Ebeveynlerin semptom bildirimi PSQ-SRBD ile değerlendirildi. PWS'li çocuklar beslenme özelliklerine göre; faz 1 (hipotoni ve beslenme güçlüğü), faz 2 (kilo alımı), faz 3 (hiperfaji) olarak ayrıldı.

Bulgular: 458 PSG kaydından PWS'li 31 çocuk ve 47 NSB olgusu dâhil edildi. oAHİ gruplar arasında benzerdi; PWS grubunda sAHİ daha yüksek, PSQ-SRBD puanları daha düşüktü. PWS grubunda oAHİ ile SPISE arasında korelasyon saptanırken (ρ=–0,378; p=0,036), oAHİ ile HOMA-IR arasında anlamlı korelasyon yoktu. Çok değişkenli analizde yüksek oAHİ, düşük SPISE ile ilişkiliydi (B=–0,154;p=0,015). ln(HOMA-IR) ile ilişki ise sınırda anlamlıydı ve duyarlılık analizlerinde kararlı değildi. ODİ, SPISE ile koreleydi ancak HOMA-IR ile korele değildi. Faz analizlerinde oAHİ-SPISE ilişkisi faz 2 ve 3'te, oAHİ-HOMA-IR ilişkisi yalnızca faz 3'te görüldü.

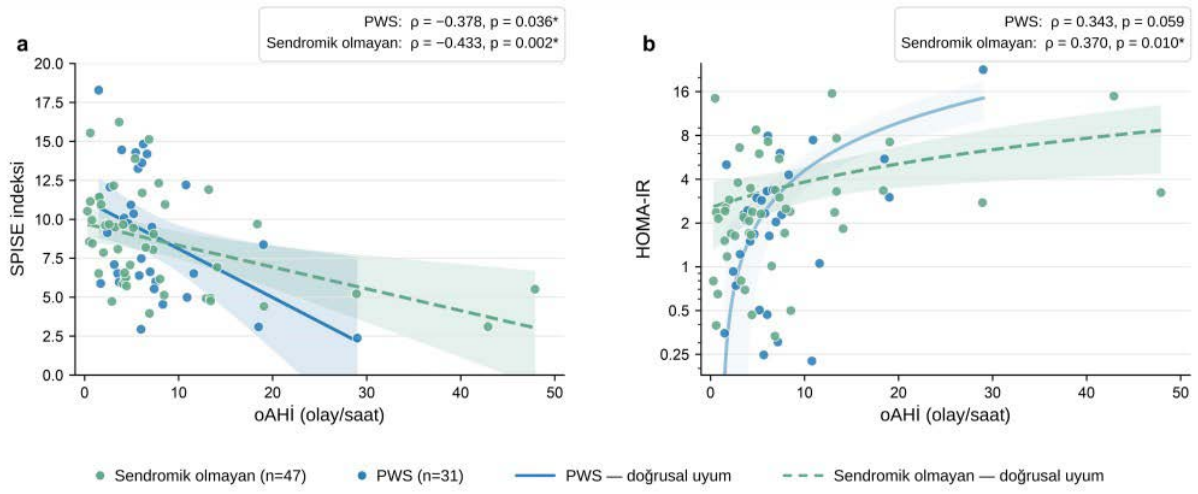
Sonuç: PWS'li çocuklarda OUA, artmış insülin direnciyle ilişkiliydi. Açlık insülini gerektirmeden trigliserid, HDL ve VKİ'den hesaplanan SPISE, OUA şiddetiyle HOMA-IR'ye göre daha tutarlı ve kararlı ilişkiler gösterdi;. PWS'de ebeveynlerin sendromun diğer özelliklerine öncelik vermesi, OUA belirtilerinin eksik bildirilmesine yol açabilir; düşük PSQ-SRBD puanları PSG'yi geciktirmemelidir. Bulgular, SPISE'ın aday metabolik belirteç olarak daha büyük, prospektif çalışmalarda değerlendirilmesini desteklemektedir.

Çalışma akış şeması



İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Ocak 2018 ile Haziran 2025 arasında gerçekleştirilen 458 gece polisomnografi kaydı tarandı. Genetik olarak doğrulanmış Prader–Willi sendromlu 31 çocuk ve sendromik olmayan 47 başvuru dâhil edilme ölçütlerini karşılayarak 78 olgudan oluşan analiz örneklemini oluşturdu. Başlıca dışlanma nedenleri eksik polisomnografi verileri, PSG'den sonraki 90 gün içinde açlık biyokimya panelinin bulunmaması ve metabolik göstergeleri etkilediği bilinen ilaçların kullanılmasıydı. (PWS: Prader–Willi sendromu; NSR: sendromik olmayan başvurular; PSG: polisomnografi)

PWS ve NSB gruplarındaki çocuklarda obstrüktif uyku apnesi şiddetinin insülin duyarlılığı ve direnci göstergeleriyle ilişkisi



*Şekil 2. PWS ve NSR gruplarındaki çocuklarda obstrüktif uyku apnesi şiddetinin insülin duyarlılığı ve direnci göstergeleriyle ilişkisi. Her iki panelde yatay eksen oAHİ'yi (olay/saat) göstermektedir. Dikey eksende A panelinde SPISE, B panelinde ise HOMA-IR yer almaktadır. HOMA-IR belirgin biçimde sağa çarpık dağılım gösterdiğinden B panelinde logaritmik dikey eksen kullanılmıştır. Noktalar katılımcıları temsil etmektedir. Düz ve kesikli çizgiler sırasıyla PWS ve NSR grupları için düzeltilmemiş doğrusal uyumları, gölgeli alanlar ise %95 güven aralıklarını göstermektedir. Bu doğrusal uyumlar tanımlayıcı amaçla sunulmuştur. Şekilde belirtilen katsayılar Spearman sıra korelasyon katsayılarıdır; *p<0,05. (oAHİ: obstrüktif apne-hipopne indeksi; SPISE: tek noktalı insülin duyarlılığı tahmincisi; HOMA-IR: insülin direncinin homeostaz model değerlendirmesi; PWS: Prader–Willi sendromu; NSR: sendromik olmayan başvurular)*

Tablo 1

Değişken	PWS Grubu (n=31)	NSR Grubu (n=47)	p değeri
Demografik ve antropometrik özellikler			
Yaş (ay)	101 (32–166)	127 (72–180)	0.065
Cinsiyet			0.288
Erkek n (%)	14 (%45.2)	27 (%57.4)	
Kız n (%)	17 (%54.8)	20 (%42.6)	
Ağırlık (kg)	38.85 ± 30.31	51.36 ± 27.45	0.063
Ağırlık-SDS	0.97 ± 2.21	1.03 ± 1.76	0.902
Boy (cm)	117.14 ± 30.92	141.55 ± 29.62	**0.001**
Boy-SDS	−1.01 ± 1.71	0.35 ± 1.88	**0.002**
VKİ (kg/m²)	23.89 ± 9.29	22.72 ± 6.40	0.976
VKİ-SDS	1.36 ± 2.29	1.04 ± 1.73	0.478
Obezite n (%)	13 (%41.9)	16 (%34.0)	0.480
Metabolik ve biyokimyasal indeksler			
Plazma glukozu (mg/dL)	83.0 (76.0–92.0)	86.0 (81.0–92.0)	0.095
İnsülin (µIU/mL)	11.0 (4.0–16.0)	11.3 (7.2–17.0)	0.670
HDL (mg/dL)	45.3 (34.0–68.2)	46.3 (36.1–59.0)	0.830
LDL (mg/dL)	102.0 (87.6–119.4)	95.0 (71.0–120.0)	0.080
Total kolesterol (mg/dL)	161.8 (145.6–180.1)	144.0 (122.0–178.9)	**0.028**
Trigliserid (mg/dL)	78.6 (55.9–115.8)	85.0 (66.5–119.3)	0.330
HOMA-IR	2.28 (0.92–3.38)	2.38 (1.63–3.47)	0.340
SPISE	8.94 ± 4.06	8.62 ± 3.22	0.695

Değerler; normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için ortalama ± SS, normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan (Q1–Q3), kategorik değişkenler için n (%) olarak sunulmuştur.

Koyu değerler p<0.05'i göstermektedir.

HDL, yüksek yoğunluklu lipoprotein; HOMA-IR, insülin direncinin homeostaz model değerlendirmesi; LDL, düşük yoğunluklu lipoprotein; NSR, sendromik olmayan başvurular; PWS, Prader–Willi sendromu; SDS, standart sapma skoru; SPISE, tek noktalı insülin duyarlılığı tahmincisi; SS, standart sapma; VKİ, vücut kitle indeksi.

Demografik, antropometrik ve biyokimyasal özellikler.

Tablo 2

Değişken	PWS Grubu (n=31)	NSR Grubu (n=47)	p değeri
Toplam uyku süresi (dk)	358.35 ± 55.73	376.87 ± 57.60	0.164
Uyku etkinliği (%)	86.00 (77.60–90.70)	90.80 (80.20–93.00)	0.075
N1 uykusu (%)	6.50 (3.20–11.60)	4.30 (2.25–8.05)	0.088
N2 uykusu (%)	54.80 (46.85–63.55)	56.20 (49.20–60.95)	0.959
N3 uykusu (%)	20.40 (14.30–26.90)	23.70 (18.50–29.00)	0.173
REM uykusu (%)	14.25 ± 8.77	12.68 ± 8.93	0.447
Obstrüktif apne sayısı (n)	5 (3–11)	3 (1–15)	0.293
Santral apne sayısı (n)	7 (4–15)	1 (0–3)	**<0.001**
Mikst apne sayısı (n)	0 (0–0)	0 (0–0)	0.218
Hipopne sayısı (n)	26 (16–44)	18 (8–35)	0.127
AHİ (olay/saat)	7.20 (5.60–10.90)	6.10 (3.10–9.50)	0.106
oAHİ (olay/saat)	6.00 (3.94–7.57)	4.46 (2.20–8.46)	0.319
sAHİ (olay/saat)	0.97 (0.57–1.91)	0.16 (0.00–0.72)	**<0.001**
Ortalama SpO_2 (%)	96.20 (95.20–97.00)	95.90 (94.70–96.80)	0.226
Minimum SpO_2 (%)	84.00 (77.00–89.00)	86.00 (79.00–90.00)	0.330
ODİ (olay/saat)	7.60 (4.00–9.70)	4.10 (2.50–9.40)	0.162
PSQ-SRBD puanı	0.31 (0.00–0.44)	0.33 (0.16–0.50)	**0.020**

Aksi belirtilmedikçe değerler medyan (Q1–Q3) olarak sunulmuştur; normal dağılım gösteren değişkenler (toplam uyku süresi ve REM uykusu) için ortalama ± SS verilmiştir.

Koyu değerler p<0.05'i göstermektedir.

AHİ, apne–hipopne indeksi; NSR, sendromik olmayan başvurular; oAHİ, obstrüktif apne–hipopne indeksi; ODİ, oksijen desatürasyon indeksi; PSQ-SRBD, Pediatrik Uyku Anketi Uykuyla İlişkili Solunum Bozukluğu ölçeği; PWS, Prader–Willi sendromu; REM, hızlı göz hareketi; sAHİ, santral apne–hipopne indeksi; SpO_2, periferik oksijen satürasyonu; SS, standart sapma.

Polisomnografik bulgular.

Tabo 3

Beslenme fazı	n	oAHİ–SPISE ρ (%95 GA), p	oAHİ–HOMA-IR ρ (%95 GA), p
Faz 1	5	ρ = 0.600 (%95 GA −1.000 ile 1.000) p = 0.285	ρ = −0.100 (%95 GA −1.000 ile 1.000) p = 0.873
Faz 2	10	**ρ = −0.830 (%95 GA −1.000 ile −0.358) p = 0.003**	ρ = 0.345 (%95 GA −0.462 ile 0.895) p = 0.328
Faz 3	16	**ρ = −0.574 (%95 GA −0.867 ile −0.046) p = 0.020**	**ρ = 0.512 (%95 GA −0.127 ile 0.915) p = 0.043**

Koyu değerler p<0.05'i göstermektedir.
Değerler, 5000 bootstrap yeniden örneklemesine dayalı %95 güven aralıkları ile birlikte Spearman ρ katsayılarıdır; p değerleri çift yönlüdür.
Faza özgü örneklemlerin küçüklüğü nedeniyle güven aralıkları ihtiyatla yorumlanmalıdır ve p değerleriyle birebir örtüşmeyebilir.
Faz 1, hipotoni/beslenme güçlüğü; Faz 2, iştah artışı eşlik etsin ya da etmesin kilo alımı; Faz 3, hiperfaji.

PWS'li çocuklarda oAHİ'nin SPISE ve HOMA-IR ile faz-stratifiye korelasyonları.

SS-43

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI TANISI OLAN PEDİATRİK HASTALARIN SOLUNUM FONKSİYONLARININ SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Gökçen Kartal Öztürk[1], Neslihan Halavurt[1], Kübra Özzeybek[1], Gülcan Yılbaş Kara[1], Hazal Gacemer[1], Mustafa Mutlu Öklü[1], Ezgi Kıran Taşçı[2], Eylem Tazegül Çokgezer[2], Figen Gülen[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH),gastrointestinal sistemin yanı sıra akciğerleri de etkileyebilen sistemik bir hastalık grubudur. Son yıllarda yapılan çalışmalar, tamamen semptomsuz hastalarda bile akciğer dokusunda subklinik düzeyde inflamasyonun ve mikrovasküler değişikliklerin varlığını ortaya koymuştur fakat literatürde veriler sınırlıdır. Bu sebeple çalışmada pediatrik İBH'lı çocuklarda akciğer fonksiyonlarının sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem: EÜTF Çocuk Göğüs Hastalıkları ve Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dallarında İBH tanısı ile takip edilen 6-18 yaş çocukların (N=38) solunum fonksiyon testleri benzer demografik özelliklere sahip sağlıklı kontroller (N=33) ile karşılaştırılmıştır. Bilinen kronik solunum yolu hastalığı bulunması, aktif/pasif sigara maruziyeti, son 4 hafta içinde geçirilmiş akut üst/alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü ve test uyumsuzluğuna yol açabilecek nörolojik veya kognitif bozuklukları olan olgular çalışma dışı tutulmuştur.

Sonuçlar: Devam eden araştırmanın ön analizinde hasta grubunun %42,1'i ÜK, %78,9'u erkek, ort yaş 14,57±3,66 yıl,hastalık süresi 36 ay (8-132)idi. %21'inde aktif hastalık mevcuttu ve %63,2'si biyolojik ajan kullanmaktaydı. Gruplar arasında demografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı. Spirometrik parametreler gruplar arasında benzer iken İOS ölçümlerinde delta R5-R20 İBH' da sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksekti (16,89±11,07 vs. 10,89±6,13; p=0,04). Tek değişkenli regresyon analizinde hastalık süresi ile Delta R5-R20 artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanırken (p=0.04), çok değişkenli analizde bu ilişki bağımsız bir risk faktörü olarak istatistiksel anlamlılığını koruyamamıştır.

Tartışma: Pediatrik İBH' da rutin spirometri normal olsa bile İOS ile değerlendirilen Delta R5–R20 değerindeki artış küçük hava yollarında subklinik fonksiyonel değişiklikler olabileceğini düşündürmekle birlikte daha fazla hasta ve kontrol grubunu içeren örneklem sayısı ile doğrulanması uygun olacaktır.

tablo 1

Tablo 1: İBH'li olgular ile sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri ve solunum fonksiyon testlerinin karşılaştırılması

	İBH (n= 38)	Sağlıklı Kontrol (n= 33)	P
Demografik veriler			
Yaş, yıl	14.57 ± 3.66	14.58 ± 2.06	0.25
Cinsiyet, K/E (%)	21/78.9	45.4/54.5	0.07
Boy (cm)	161.28 ± 1.92	161.63 ± 11.66	0.29
Kilo (kg)	54.73 ± 23.86	55.30 ± 15.04	0.62
VKI (kg/cm2)	20.04 ± 5.65	20.86 ± 3.97	0.31
VKİ z skor	-0.69 ± 1.91	-0.14 ± 1.26	0.29
Solunum fonksiyon testleri			
Spirometri			
FVC	93.78±32.37	92.62±12.26	0.67
FVC z skor	-1.28±1.19	-0.95±0.83	0.55
FEV1	101.68±20.11	106.92±14.05	0.76
FEV1 z skor	-0.52±1.36	-0.14±0.87	0.54
FEV1/FVC	111.42±6.30	112.55±4.76	0.93
FEV1/FVC z skor	1.53±0.96	1.7±0.72	0.68
MEF25-75	111.73±25.91	118.18±2.50	0.44
MEF 25-75 z skor	0.23±0.97	0.48±0.69	0.26
İmpulse osilometri sistemi			
Z5	0.71±0.24	0.67 ± 0.12	0.68
R5	0.71 ± 0.25	0.66 ± 0.12	0.69
R10	0.62 ± 0.2	0.58 ± 0.10	0.77
R15	0.59 ± 0.51	0.58 ± 0.09	0.46
R20	0.58 ± 0.16	0.58 ± 0.09	0.40
X5	-0.16 ± 0.07	-0.15 ± 0.05	0.90
X10	-0.06 ± 0.08	-0.06 ± 0.17	0.73
X15	-0.01 ± 0.09	0.02 ± 0.04	0.58
AX	1.23 ± 1.18	0.55 ± 0.35	0.13
Rf	17.10 ± 6.60	13.59 ± 3.74	0.09
Delta R5-20	16.89 ± 11.07	10.89 ± 6.13	**0.04**

Tablo 1: İBH'li olgular ile sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri ve solunum fonksiyon testlerinin karşılaştırılması

tablo 2

Tablo 2. Pediatrik İBH hastalarında DeltaR5-R20 ile ilişkili klinik ve laboratuvar faktörlerin tek ve çok değişkenli regresyon analizi

	Tek değişkenli analiz	P	Çok değişkenli analiz	P
Hastalık ilişkili faktörler				
Hastalık süresi, ay	1.240 (1.050- 1.450)	**0.04**	0.439 (-0.115-0.444)	0.19
Hastalık alt tipi, ÜK	-0.425 (-0.869-19.398)	0.07		
Aktif hastalık	-0.217 (-18.959-7.457)	0.37		
Tedavi				
İmmunmodülatör	0.191 (-8.246-18.323)	0.43		
Biyolojik ajan	-0.456 (-20.364-0.003)	0.05		
Laboratuvar belirteçler				
Beyaz küre	-0.313 (-0.004- 0.001)	0.19		
Nötrofil	-0.295 (-0.006- 0.001)	0.21		
CRP	0.042 (-1.020- 1.203)	0.86		
Sedimentasyon	0.124 (-0.394- 0.650)	0.61		
Ferritin	0.013 (-0.094- 0.099)	0.95		
Albumin	-0.162 (-15.863- 8.140)	0.50		
Fekal kalprotektin	-0.296 (-0.018- 0.009)	0.47		

Tablo 2. Pediatrik İBH hastalarında DeltaR5-R20 ile ilişkili klinik ve laboratuvar faktörlerin tek ve çok değişkenli regresyon analizi

SS-44

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUK VE ADÖLESANLARDA TIBBİ İŞLEM ANKSİYETESİ: GENEL ANKSİYETE VE ÇOCUK–EBEVEYN PERSPEKTİFLERİ

Fulya Özdemircioğlu[1], Hatice Nur Kekeç[2], Ayşe Gümüş[2], Şeyda Karabulut[1], Ceren Ayça Yıldız[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Büşra Özgünay[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Emre Uğurlu[1], Gülzar Alisbeyli[1], Şule Bektaş[1], Cansu Yılmaz Yegit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gökdemir[1], Ela Erdem Eralp[1], Bülent Karadağ[1], Fazilet Karakoç[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Selim Cöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul

Giriş-Amaç: Kistik fibrozisli (KF) çocuklar yaşamları boyunca çok sayıda tanısal ve tedavi edici işleme tekrarlayan şekilde maruz kalmaktadır. Tıbbi işlem anksiyetesi, çocuğun sağlık hizmeti deneyimini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebilmesine rağmen, KF'li çocuklarda genel ve tıbbi işlem anksiyetesi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, KF'li çocuk ve adölesanlarda genel ve tıbbi işlem anksiyetesinin değerlendirilmesi ve çocuk ile ebeveyn bildirimleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: KF Merkezi'nde izlenen 0–18 yaş arası KF hastaları çalışmaya dahil edildi. Tıbbi işlem anksiyetesi Kistik Fibrozis Prosedürel Anksiyete Ölçeği (CF-PAS) ile değerlendirildi. Genel anksiyete, yaşa uygun Spence Çocuklar İçin Anksiyete Ölçeği (SCAS) kullanılarak; 0–6 yaş grubunda ebeveyn bildirimi, 7–13 yaş grubunda çocuk ve ebeveyn bildirimi, ≥14 yaş grubunda ise çocuk öz bildirimi ile değerlendirildi. Anksiyete skorları analiz edildi. CF-PAS ile yedi farklı tıbbi işleme ilişkin çocuk adına bildirilen ve ebeveynlerin kendi yaşadıkları tıbbi işlem anksiyetesi değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 151 KF hastası dahil edildi; ortalama yaş 9,05±4,43 yıl olup hastaların %51'i erkekti. Yedi–13 yaş grubunda klinik olarak anlamlı anksiyet, ebeveyn bildirimlerinde çocuk öz bildirimlerine göre daha sık saptandı (%58,9'a karşı %39,7; p=0,016). Çocuk adına bildirilen tıbbi işlem anksiyetesi kan alma/enjeksiyon (p=0,010) ve boğaz/balgam sürüntüsü (p=0,012) gibi işlemlerde ebeveynlerin kendi anksiyetesinden daha yüksekken, genel anestezi (p=0,002) ve bronkoskopide (p=0,002) ebeveynlerin kendi anksiyetesi daha yüksek saptandı.

Tartışma: KF'li çocuk ve adölesanlarda genel ve tıbbi işlem anksiyetesinin sık görülmesi ve çocuk ile ebeveyn bildirimlerinin farklılık göstermesi, rutin izlemde anksiyetenin bireysel olarak değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Tıbbi işlem anksiyetesinin tanınması ve etkin şekilde yönetilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-45

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA OKÜLER MİKROSİRKÜLASYON DEĞİŞİKLİKLERİ: KESİTSEL BİR OCTA ÇALIŞMASI

Yadigar Öztürk[1], Furkan Atalay[2], Serap Karaca[2], Sinem Can Oksay[1], Ahmad Kunbaz[2], Yusufcan Köker[2], Saniye Girit[2], Ebubekir Durmuş[2], Fehim Esen[2]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalığı (chILD), kronik hipoksemi ve sistemik inflamasyon ile karakterizedir; ancak akciğer dışı mikrovasküler etkisi tam bilinmemektedir. Hipoksiye duyarlı retinal ve koroidal dolaşım, bu tür bir tutulumu noninvaziv saptamak için elverişli bir alan sunar. Bu çalışmada, optik koherens tomografi anjiyografi (OCTA) ile chILD'li çocuklarda retinal, koryokapillaris ve koroidal mikrovasküler yapıların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve bu değişikliklerin hastalık şiddeti, semptom süresi ve solunum fonksiyonları ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu prospektif, kesitsel olgu-kontrol çalışmasına pediatrik göğüs hastalıkları polikliniğinde izlenen 18 chILD'li hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 23 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm katılımcılara 6×6 mm makuler ultra-geniş açılı swept-source OCTA görüntülemesi yapıldı. Yüzeyel (SCP) ve derin kapiller pleksus (DCP) damar yoğunluğu (VD), koryokapillaris (CC) VD, foveal avasküler zon (FAZ) parametreleri ve koroidal indeksler (CVI, CVV, CSV) gruplar arasında karşılaştırıldı. chILD grubunda OCTA parametreleri ile Fan şiddet skoru, semptom süresi ve solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişkiler de değerlendirildi.

Bulgular: DCP VD tüm görüntü alanında ve superior/nazal perifoveal bölgelerde anlamlı azalmıştı; CC VD chILD grubunda birçok bölgede anlamlı düşüktü ($p<0.05$). FAZ perimetresi chILD grubunda daha büyüktü; CVV ve CSV anlamlı artmış, SCP VD ve CVI gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrası OCTA parametreleri ile klinik şiddet, semptom süresi veya solunum fonksiyonları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: chILD'li çocuklar, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, başta koryokapillaris ve derin kapiller pleksus olmak üzere retinal ve koroidal mikrovasküler değişiklikler ile koroidal yapısal değişiklikler göstermektedir. OCTA, chILD'de subklinik sistemik mikrovasküler tutulumun şiddetini değerlendirmede noninvaziv, tamamlayıcı bir araç olarak değerlendirilebilir.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Demografik, Pulmoner ve Oküler Özellikleri

Değişken	Kontrol (n=23)	chILD (n=18)	p
Yaş (yıl)	11.52 ± 2.41	13.44 ± 4.29	0.07t
Erkek cinsiyet, n (%)	12 (52.17)	6 (33.33)	0.22†
BKİ z-skoru, median (IQR)	0.85 (1.2)	0.71 (1.1)	0.232
Pulmoner ve Klinik Bulgular (chILD grubu)			
chILD-EU sınıflaması, n (%)			
A2 – Alveolarizasyon defektleri	—	3 (16.7)	—
A4 – Sürfaktan disfonksiyon bozuklukları	—	1 (5.6)	—
B1 – Sistemik hastalıkla ilişkili DPLD	—	7 (38.9)	—
B2 – İmmün yeterli konakta maruziyetle ilişkili DPLD	—	7 (38.9)	—
Tanı yaşı (ay)	—	112.53 ± 58.89	—
Tanı sonrası hastalık süresi (ay)	—	33 (24–61)	—
Dispne, n (%)	—	1 (5.56)	—
Kronik öksürük, n (%)	—	5 (27.78)	—
Egzersiz intoleransı, n (%)	—	9 (50.0)	—
Pulmoner hipertansiyon, n (%)	—	0 (0)	—
Fan şiddet skoru 0, n (%)	—	5 (27.8)	—
Fan şiddet skoru 1, n (%)	—	13 (72.2)	—
FEV1 Z-skoru	—	−1.77 ± 1.30	—
FVC Z-skoru	—	−1.21 ± 1.31	—
FEV1/FVC Z-skoru	—	−0.95 ± 1.46	—
TLC Z-skoru	—	0.09 ± 1.37	—
RV Z-skoru	—	0.86 ± 1.37	—
RV/TLC Z-skoru	—	1.33 ± 1.54	—
DLCO Z-skoru	—	−0.20 ± 1.63	—
Oküler Biyometrik Bulgular			
Sferik eşdeğer (D)	0.27 ± 0.24	0.25 ± 0.85	0.09t
Aksiyel uzunluk (mm)	23.39 (1.21)	23.34 (1.29)	0.75*
Ön kamara derinliği (mm)	3.66 ± 0.27	3.19 ± 0.29	<0.001t
Retina kalınlığı (µm)	270.00 (36.00)	287.50 (23.00)	0.080*
Koroid kalınlığı (µm)	326.83 ± 62.22	356.94 ± 108.29	0.27t

*chILD, interstisyel akciğer hastalığı olan çocuk; chILD-EU, chILD-EU uluslararası yönetim platformu sınıflaması. DPLD, diffüz parankimal akciğer hastalığı; D, diyoptri; FEV1, 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm; FVC, zorlu vital kapasite; TLC, total akciğer kapasitesi; RV, rezidüel volüm; DLCO, karbonmonoksit difüzyon kapasitesi; BKİ, beden kitle indeksi. †: ki-kare testi; *: Mann-Whitney U testi; t: t-testi. Veriler dağılıma göre ortalama ± SS, medyan (çeyrekler arası aralık, ÇAA) veya n (%) olarak sunulmuştur. Kontrol sütununda "—" bulunan satırlar yalnızca chILD grubunda kaydedilen değişkenleri yansıtmaktadır.*

Tablo 2. chILD ve Kontrol Gruplarında Global Retinal, Koryokapillaris ve Koroidal OCTA Parametreleri

Değişken	Kontrol (n=23)	chILD (n=18)	p**
FAZ alanı (mm²)	0.20 (0.06)	0.24 (0.21)	0.07*
FAZ perimetresi (mm)	1.80 ± 0.44	2.18 ± 0.43	0.008†
FAZ sirkülaritesi	0.81 (0.10)	0.81 (0.07)	0.81*
FAZ FD-300 (%)	39.38 (3.57)	36.51 (8.19)	0.58*
SCP VD, tüm görüntü (6×6 mm)	43.00 (3.00)	41.00 (5.00)	0.06*
SCP VD, santral 1 mm	29.83 ± 4.70	26.28 ± 6.75	0.06t
DCP VD, tüm görüntü (6×6 mm)	44.00 (2.00)	43.00 (4.00)	0.01†*
DCP VD, santral 1 mm	23.65 ± 7.34	18.28 ± 10.85	0.06
CC (tüm görüntü)	49.00 ± 0.80	47.33 ± 1.19	<0.001†‡
CC (santral 1 mm)	46.00 ± 2.24	43.50 ± 2.81	0.003†
CVI (tüm görüntü)	40.43 ± 2.68	41.00 ± 4.13	0.60t
CVI (santral 1 mm)	43.35 ± 7.84	41.39 ± 8.93	0.45t
CVV (tüm görüntü)	103.96 ± 18.64	134.67 ± 43.57	0.005†
CVV (santral 1 mm)	130.26 ± 31.95	137.89 ± 38.19	0.49
CSV (tüm görüntü)	158.65 ± 35.24	202.63 ± 85.33	0.03†
CSV (santral 1 mm)	169.13 ± 41.07	208.89 ± 87.15	0.06

*chILD, interstisyel akciğer hastalığı olan çocuk; OCTA, optik koherens tomografi anjiyografi; SCP, yüzeyel kapiller pleksus; DCP, derin kapiller pleksus; VD, damar yoğunluğu; FAZ, foveal avasküler zon; FD-300, FAZ çevresindeki 300-µm'lik halka içindeki damar yoğunluğu; CVI, koroidal vaskülarite indeksi; CVV, koroidal vasküler hacim; CSV, koroidal stromal hacim; CC, koryokapillaris; ÇAA, çeyrekler arası aralık; SS, standart sapma. Veriler dağılıma göre ortalama ± SS veya medyan (ÇAA) olarak sunulmuştur. *: Mann–Whitney U; t: t-testi, **: Benjamini-Hochberg FDR yöntemi ile çoklu test düzeltmesi uygulanmıştır (q < 0.05). † = FDR düzeltmesinden sonra anlamlılığını korur; ‡ = Bonferroni düzeltmesinden sonra anlamlılığını korur (p < 0.00061).*

SS-46

ÇOCUKLARDA KARBON MONOKSİT DİFÜZYON KAPASİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: UYGULANABİLİRLİK, BELİRLEYİCİLER VE KLİNİK KORELASYONLAR

Satı Özkan Tabakçı[1], Salih Uytun[1], Murat Yasin Gençoğlu[1], Meltem Akgül Erdal[1], Gizem Özcan[2], Hasibe Gökçe Çınar[3]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

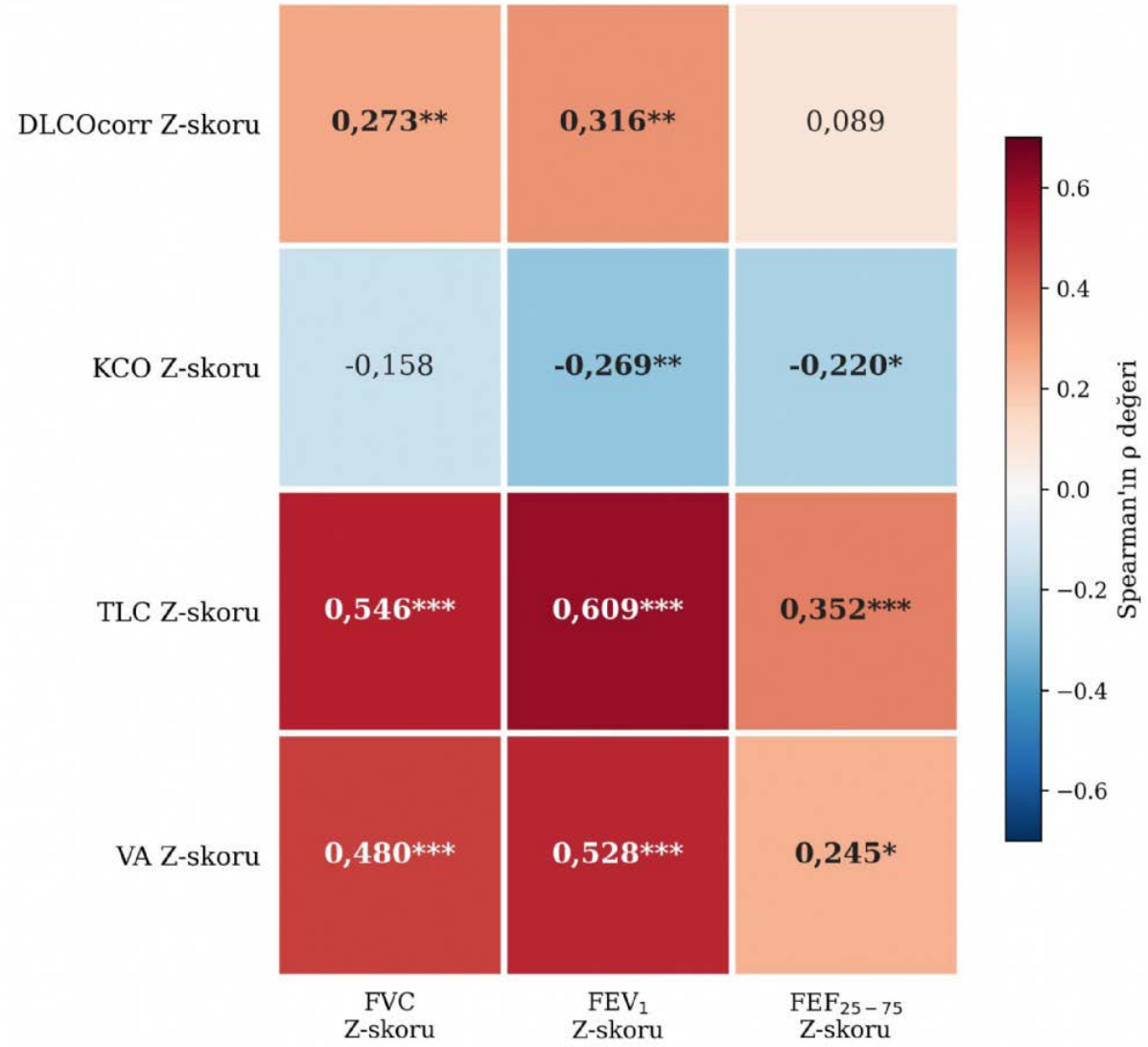
Amaç: Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi(DLCO), çocuklarda uygulanması zorluklar içeren bir solunum fonksiyon testidir. Çocuklarda güvenilirliği ile anormal sonuçların klinik önemi konusunda bilgi kısıtlıdır. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir pediatrik göğüs hastalıkları merkezinde DLCO test başarısızlığını öngören etkenler ve DLCO sonuçlarının spirometri ve toraks bilgisayarlı tomografi(BT) bulgularıyla uyumu araştırılarak, testten en çok fayda görecek hasta grubunun belirlenmesi ve DLCO'nun gerçek yaşamda çocuklarda kullanılabilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Eylül 2023–Haziran 2026 tarihleri arasında tek soluk DLCO testi uygulanan 6–18 yaş arası çocukların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Test kalitesi ATS/ERS kriterlerine göre derecelendirildi.DLCO parametreleri ile spirometri ve toraks BT bulguları arasındaki ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: 150 hastanın 114'ünde (%76,0) DLCO testi, 126'sında (%84,0) spirometri başarılı tamamlandı. DLCO yapılan hastaalr içinde en sık başvuru nedenleri romatolojik hastalık (%37,3) ve astımdı (%19,3). Başarılı DLCO testi olan hastalar başarısız olanlara göre daha büyük yaştaydı (medyan 14,85 vs. 13,00 yıl, p=0,021); yaş, test başarısızlığının tek bağımsız öngördürücüsüydü (OR=0,847, p=0,016). DLCOcorr Z-skorları hematopoietik kök hücre nakli izlem grubunda daha düşüktü (β=–1,997, p=0,015) ve FVC (β=0,273, p=0,005) ile FEVβ(β=0,316, p=0,001) ile pozitif korelasyon gösterdi. Toraks BT'de buzlu cam görünümü, DLCO Z-skoru düşük saptanan hastalarda daha sıktı (%35,0 vs. %7,1, p=0,024).

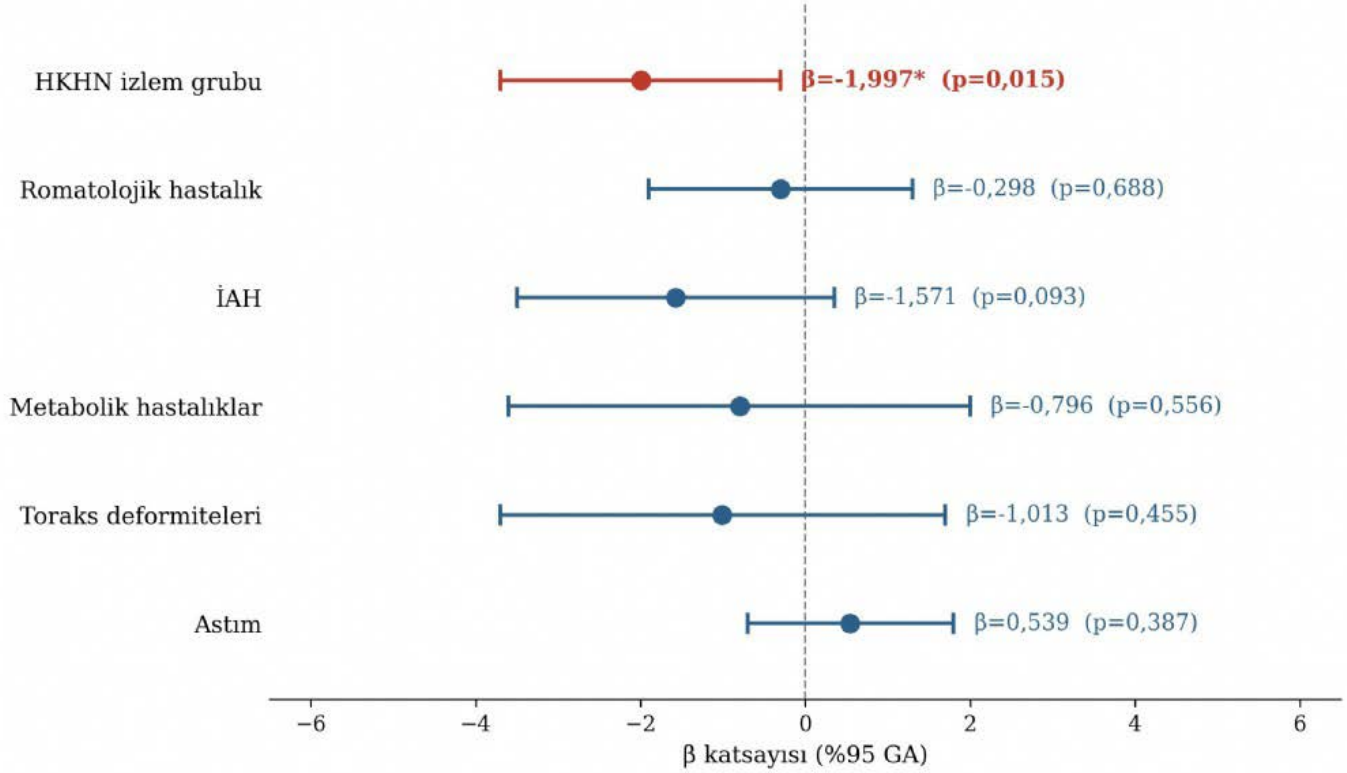
Sonuç: DLCO testi, okul çağı çocuklarının büyük bölümünde uygulanabilir olup, test başarısı için tanı veya semptomdan bağımsız olarak yaş temel teknik engeldir; bu bulgu hasta seçimi ve test öncesi hazırlığa yön verebilir. DLCOcorr Z-skorlarının spirometri ve toraks BT'deki buzlu cam bulgularıyla korelasyonu, DLCO'nun akciğer tutulumunun yararlı bir göstergesi olduğunu ve çocuklarda hedefe yönelik kullanımını destekleyen pratik kanıtlar sunmaktadır.

Difüzyon kapasitesi parametreleri ile spirometrik parametreler arasındaki korelasyonlar



*Isı haritasındaki her hücre, ilgili difüzyon kapasitesi parametresi (DLCOcorr Z-skoru, KCO Z-skoru, TLC Z-skoru, VA Z-skoru) ile spirometrik indeks (FVC Z-skoru, FEV_1 Z-skoru, FEF25-75 Z-skoru) arasındaki Spearman korelasyon katsayısını (ρ) göstermektedir. Kırmızı tonlar pozitif, mavi tonlar negatif korelasyonu; renk yoğunluğu ise ilişkinin gücünü temsil etmektedir (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001).*

Genel lineer modelden elde edilen, altta yatan tanı grupları ile DLCOcorr Z skoru ilişkisi



HKHN, hematopoietik kök hücre nakli; İAH, interstisyel akciğer hastalığı; GA, güven aralığı.

SS-47

2023–2026 YILLARI ARASINDA SOLUNUM SİNSİTYAL VİRÜSÜ (RSV) ENFEKSİYONLARININ EPİDEMİYOLOJİK EĞİLİMLERİ VE KLİNİK SEYRİ

Naif Karaaslanlı, Edanur Yesil, Merve Kılıç Çil, Güldane Dikme, Nahide Gökay
Mersin Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Mersin

Giriş: Bu çalışmada Mersin Üniversitesi Hastanesine başvuran 0-18 yaş arası çocuk hastalarda RSV pozitif olguların epidemiyolojik eğilimi ve klinik seyri incelendi.

Gereç-Yöntem: Hastanemizde 01 Ocak 2023 ile 30 Nisan 2026 tarihleri arasında yapılan 5104 solunum yolu viral panel testinde pozitif çıkan 371 vaka dahil edildi. Verileri eksik olan ve yatış sırasında tekrar yapılan testler dışlandı. Hastaların epidemiyolojik, laboratuvar ve yatış tedavileri retrospektif olarak hasta dosyalarından tarandı. İstatistiksel çalışma için Pearson Ki-Kare Bağımsızlık Testi, Mann-Whitney U Testi ve Odds Ratio (OR) Ki-Kare Testi kullanılarak yapay zekaya yaptırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 18 yaş altı 371 çocuk olgu alındı. Olgular ortalama 33,8±42,4 ay olup, %41'i (n=152) kız ve %59`u (n:219) erkek cinsiyeteydi. Çalışmamızda RSV yıllara göre pozitiflik oranları 2023 yılında %1,63, 2024'te %2,60 ve 2025'te %4,64 seviyesindeyken; 2026 yılında anlamlı bir artışla %28,48'e yükselmiştir(p<0,001).

Hastalarımızda yaş küçüldükçe klinik tablonun ağırlaştığı görülmektedir. 0–1 ay arası yenidoğanlarda hastaneye yatış oranı %81,5 oksijen ihtiyacı ise %40,7 ile en yüksek düzeydedir. Yaş arttıkça yatış ve oksijen gereksinimi anlamlı şekilde azalmaktadır(p<0,001). Çalışmamızda hastanede yatış gün sayısı 7,92±6,24 gün olduğu görüldü. Vaklarımızın %33,2'sinde ek solunum patojeni tespit edilmiş; en sık eşlik eden etken %67,1 ile Streptococcus pneumoniae olmuştur. Yatan hastaların %38,3'ü Pnömoni, %38,3'ü Akut Bronşiyolit tanısı almış, ventilatör desteği gereksinimi yıllara göre artış izlenmiş olup 2026'da %31,1'e ulaşmıştır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan çocuklarda hastaneye yatış oranı %76,7 iken, olmayanlarda %54,7'dir(p<0,001). Ayrıca, yatan hastaların %61,7'sine antibiyotik başlandığı görülmüştür.

Sonuç: RSV sıklığında özellikle 2026 yılında anlamlı artış izlenmiş, süt çocukları ve kronik hastalığı olanlar en yüksek risk grubunu oluşturmuştur.

Yaş Gruplarına Göre Pozitiflik, Yatış ve Klinik İhtiyaçlar

Yaş Grubu	RSV Pozitif (n,%)	Hastaneye Yatış (n,%)	Oksijen İhtiyacı (n,%)	Ventilatör İhtiyacı (n,%)	Antibiyotik Başlanma (n,%)
0–1 ay	27 (%7,3)	%81,5 (22)	%40,7 (11)	%14,8 (4)	%44,4 (12)
1–12 ay	134 (%36,1)	%67,2 (90)	%36,6 (49)	%19,4 (26)	%41,8 (56)
2–60 ay	144 (%38,8)	%56,2 (81)	%29,9 (43)	%18,1 (26)	%42,4 (61)
60–216 ay	66 (%17,8)	%43,9 (29)	%13,6 (9)	%6,1 (4)	%40,9 (27)
İstatistik (p)	-	p = 0,001	p = 0,006	p = 0,093	p = 0,776

Yıllara Göre RSV Pozitiflik ve Artış Oranları

Yıl	Toplam Test (n)	RSV Pozitif (n)	Pozitiflik Oranı (%)	Pozitiflik Artış Oranı (%)	İstatistiksel Değerlendirme
2023	614	10	1,63	-	Referans yıl
2024	1.422	37	2,60	59,8	Bir önceki yıla göre artış
2025	2.306	107	4,64	78,3	Artış eğilimi devam ediyor
2026	762	217	28,48	513,7	Belirgin sıçrama

SS-48

OBSTRÜKTİF VE RESTRİKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA POLİSOMNOGRAFİK ÖZELLİKLER VE UYKU MİMARİSİ

Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Kronik akciğer hastalıkları, çocuklarda uykuda solunum kontrolünü, bütünlüğünü ve gaz değişimini etkileyebilir. Astım ve alerjik rinitte (AR); değişken havayolu obstrüksiyonu ve inflamasyon görülürken, interstisyel akciğer hastalıklarında (İAH) parankimal tutulum ve restriktif fizyoloji ön plandadır. Çalışmamızda, astım+AR ve İAH tanılı çocukların polisomnografik özelliklerinin karşılaştırılması ve bu farklı patofizyolojinin uyku mimarisi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Göztepe Prof.Dr.Süleyman Yalçın Hastanesi uyku laboratuvarında polisomnografi (PSG) uygulanmış 32 astım+AR ve 26 İAH tanılı toplam 58 çocuk retrospektif olarak incelendi. Demografik ve antropometrik özellikler, polisomnografik parametreler ve uyku anketleri gruplar arası karşılaştırıldı.(Tablo-1 ve 2). Obezitesi olanlar dışlanarak duyarlılık analizi gerçekleştirildi (Tablo-3).

Sonuçlar: 58 hastanın verileri değerlendirildi (E:K=35:23). Gruplar yaş ve cinsiyet açısından benzerdi; beden kitle indeksi z-skoru astım grubunda daha yüksekti. Astım+AR grubunda apne-hipopne indeksi [2,50 (1,43–4,83) ve 1,60 (0,80–2,00) olay/saat; p=0,009] daha yüksekken, oksijenasyon parametreleri benzerdi. Astım grubunda uyku latansı daha uzundu, uyku etkinliği ve N2 oranı daha düşüktü, N3 oranı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skoru daha yüksekti (tümü p<0,05). Obezitesi olan çocukların dışlandığı duyarlılık analizinde apne-hipopne indeksi, santral apne indeksi, N2 ve N3 oranları ile Pittsburgh skoru arasındaki farklılıklar korunurken, uyku latansı ve etkinliği açısından anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: Astım+AR ve İAH tanılı çocuklarda OUAS göstergeleri ve noktürnal oksijenasyon benzerken, toplam solunumsal olay yükü, uyku mimarisi ve öznel uyku kalitesi farklılık gösterdi. Bulgular kronik akciğer hastalıklarının uyku fizyolojisi üzerindeki etkisinin yalnızca apne indeksleri ve oksijenasyon ölçümleri üzerinden değerlendirilemeyeceğini; uyku mimarisi ve algılanan uyku kalitesinin de değerlendirmeye dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Tablo 1. Demografik özellikler ve uyku anketleri

Değişken	Astım+AR (n=32)	İAH (n=26)	p
Yaş (ay)	99,5 (77,2–157,8)	128,5 (48,8–167,2)	0,969
BKİ z-skoru	0,81 (-0,34–2,62)	-0,42 (-1,82–0,47)	0,002
Obezite, n (%)	7 (21,9%)	1 (3,8%)	0,063
Modifiye Epworth skoru	6,0 (3,8–8,0)	6,0 (4,0–7,8)	0,723
Pittsburgh Uyku Kalitesi skoru	6,5 (4,0–11,0)	4,0 (3,0–5,0)	0,002

BKİ: beden kitle indeksi; İAH: interstisyel akciğer hastalığı. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 2. Polisomnografik bulguların karşılaştırılması

Değişken	Astım+AR (n=32)	İAH (n=26)	p
Uyku latansı (dk)	18,0 (11,2–30,8)	11,0 (4,2–19,1)	0,023
Uyku etkinliği (%)	86,9 (75,3–91,8)	92,3 (84,4–95,0)	0,041
Toplam uyku süresi (dk)	385,2 (334,9–410,8)	371,7 (354,2–383,9)	0,295
AHİ (olay/saat)	2,50 (1,43–4,83)	1,60 (0,80–2,00)	0,009
OAHİ (olay/saat)	2,45 (0,90–4,15)	1,65 (0,85–2,15)	0,171
SAİ (olay/saat)	0,15 (0,00–0,72)	0,00 (0,00–0,00)	<0,001
ODİ (olay/saat)	2,00 (1,10–4,28)	1,75 (0,53–2,98)	0,154
Ortalama SpO_2 (%)	96,1 (95,5–96,8)	95,8 (94,4–96,9)	0,443
En düşük SpO_2 (%)	90,5 (85,5–92,0)	89,0 (86,2–91,0)	0,802
N1 (%)	3,9 (2,2–7,1)	3,1 (1,2–5,2)	0,184
N2 (%)	39,5 (34,2–46,0)	54,5 (46,5–62,0)	<0,001
N3 (%)	27,7 (25,6–33,7)	24,2 (16,1–30,8)	0,011
REM (%)	11,2 (8,4–17,5)	11,6 (6,6–17,6)	0,552
Obstrüktif uyku apnesi, n (%)	25 (78,1%)	19 (73,1%)	0,761

AHİ: apne-hipopne indeksi; OAHİ: obstrüktif AHİ; SAİ: santral apne indeksi; ODİ: oksijen desatürasyon indeksi; REM: hızlı göz hareketi uykusu; SpO_2: periferik oksijen satürasyonu.

Tablo 3. Obezitesi olan çocuklar dışlandıktan sonra duyarlılık analizi

Değişken	Astım+AR (n=25)	İAH (n=25)	p
AHİ (olay/saat)	2,50 (1,50–3,90)	1,60 (0,80–2,05)	0,016
OAHİ (olay/saat)	2,40 (1,20–3,80)	1,70 (0,80–2,20)	0,197
SAİ (olay/saat)	0,20 (0,00–0,60)	0,00 (0,00–0,00)	<0,001
Uyku etkinliği (%)	89,7 (81,6–92,8)	91,4 (84,1–94,5)	0,308
Uyku latansı (dk)	18,0 (9,0–28,5)	10,5 (4,0–19,5)	0,079
N2 (%)	40,3 (34,1–53,5)	53,7 (46,4–62,0)	<0,001
N3 (%)	30,0 (27,1–33,9)	24,4 (15,8–30,9)	0,003
Pittsburgh Uyku Kalitesi skoru	7,0 (4,0–10,0)	4,0 (3,0–5,0)	0,003

AHİ: apne-hipopne indeksi; OAHİ: obstrüktif AHİ; SAİ: santral apne indeksi

SS-49

PEDİATRİK İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA TEMEL LABORATUVAR BELİRTEÇLERİNİN SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ VE RADYOLOJİK BULGULAR İLE İLİŞKİSİ VAR MI?

Eda Gürler, Nesrin Havare, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Amaç: Pediatrik intersitisyel akciğer hastalıklarında (İAH) izlem klasik olarak Solunum fonksiyon testi (SFT) ve Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (BT) gibi uygulanması her zaman kolay olmayan testlere dayanmaktadır. Son yıllarda testlerle bu uyumlu sonuç veren, prognozu yansıtabilecek basit laboratuvar belirteçleri araştırılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada, laboratuvar belirteci olarak; Nötrofil / Lenfosit Oranı (NLR), Laktat dehidrojenaz enzimi (LDH) ve eozinofil sayısının, SFT ve BT bulgularıyla ilişkili olup olmadıkları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif çalışmaya,tanı anında medyan 10 yaş olan, 126 pediatrik chILD hastası dahil edildi. (Tablo 1) NLR, LDH, eozinofil sayısı; spirometrik (FEV1, FVC, FEF25-75) ve pletismografik (TLC, RV) z-skorları, BT bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: NLR, LDH ve eozinofil sayısı ile SFT değerleri arasında ilişki saptanmadı; NLR, BT bulgularının hiçbiriyle ilişkili değildi. (Tablo 2, Tablo 3) LDH fokal konsolidasyon ve kistik lezyon varlığında anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p:0.021, p:0.032). Eozinofil sayısı, nodüler opasite varlığı ile anlamlı ilişkiliydi (p:0.02) Bebeklik dönemine özgü (A grubu) ve Bebeklik dönemine özgü olmayan (B grubu) hastalar kıyaslandığında; A grubunda LDH daha yüksekti (p: 0.05); BT bulguları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 5). Yalnızca sistemik hastalıklarla ilişkili İAH (B1) grubunda; eozinofil sayısı nodüler opasite, bronşiektazi ve hiperaerasyon varlığı ile anlamlı olarak ilişkiliydi. (Tablo 4b)

Sonuç: Çalışmamızda hiçbir laboratuvar belirteci SFT ile korelasyon göstermiyordu, LDH, fokal konsolidasyon ve kistik lezyonlar, eozinofil sayısının ise nodüler opasiteler ile ilişkili olması bu belirteçlerin chILD'ın radyolojik fenotipleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu laboratuvar belirteçleri ile klinik gidiş arasında kesin bir çıkarım için prospektif, geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Hasta Özellikleri

Değişken	Değer
Toplam hasta, n	126
chILD Grup A / Grup B, n (sınıflandırılamayan n=3 hariç)	25 / 98
NLR (medyan(IQR))	2,11 (2.63)
LDH (U/L), (medyan(IQR))n=87	262,0 (107)
Eozinofil sayısı (hücre/µL), (medyan(IQR))	200 (315)
Yaş (yıl), (medyan(IQR))	10(11)
SFT parametreleri, medyan (IQR)	
FEV1-z, (n=47)	−1,80 (2.46)
FVC-z, n=47	−2,01 (2.68)
FEF25-75-z, n=47	−0,54 (2.58)
TLC-z, n=32	−1,46 (2.25)
RV-z, n=32	0,47 (1.85)
Toraks BT bulguları, n (%)	
Buzlu cam opasitesi	61/111 (%55,0)
Mozaik perfüzyon	44/111 (%39,6)
İnterseptal kalınlaşma	44/111 (%39,6)
Peribronşiyal kalınlaşma	42/111 (%37,8)
Nodüler opasite	36/111 (%32,4)
Fokal konsolidasyon	33/111 (%29,7)
Hiperaerasyon	20/111 (%18,0)
Fibrozis	16/111 (%14,4)
Bronşiektazi	15/111 (%13,5)
Mediastinal LAP	11/111 (%9)
Kistik lezyon	10/111 (%9,0)
Amfizem	10/111 (%9,0)
Bal peteği	7/111 (%6,3)
Plevral efüzyon	7/111 (%6,3)
Traksiyon bronşiektazisi	6/111 (%5,4)

NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; SFT: Solunum fonksiyon testi; BT: Bilgisayarlı tomografi; IQR: Çeyrekler arası aralık; FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm; FVC: Zorlu vital kapasite; FEF25-75: Zorlu ekspiratuvar akım 25-75%; TLC: Total akciğer kapasitesi; RV: Rezidüel volüm; chILD: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 2. NLR, LDH ve Eozinofil Sayısının Solunum Fonksiyon Testi (SFT) Parametreleri ile İlişkisi

Belirteç	FEV1-z	FVC-z	FEF25-75-z	TLC-z	RV-z
NLR	n=46, ρ=0,06, p=0,67	n=46, ρ=−0,01, p=0,92	n=41, ρ=+0,20, p=0,20	n=28, ρ=−0,07, p=0,73	n=32, ρ=−0,31, p=0,08
Eozinofil sayısı	n=46, ρ=−0,24, p=0,11	n=46, ρ=−0,22, p=0,14	n=41, ρ=−0,10, p=0,52	n=28, ρ=−0,18, p=0,37	n=32, ρ=+0,06, p=0,74
LDH	n=36, ρ=−0,14, p=0,41	n=36, ρ=0,00, p=0,98	n=32, ρ=−0,23, p=0,21	n=23, ρ=+0,10, p=0,64	n=25, ρ=−0,27, p=0,20

*NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm; FVC: Zorlu vital kapasite; FEF25-75: Zorlu ekspiratuvar akım 25-75%; TLC: Total akciğer kapasitesi; RV: Rezidüel volüm; ρ: Spearman korelasyon katsayısı İki sürekli değişken (belirteç ile SFT parametresi) arasındaki ilişki için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. (*p<0,05)*

Tablo 3. NLR, Eozinofil Sayısı ve LDH'nin Taranan Tüm Toraks BT Bulguları ile İlişkisi

	NLR			Eozinofil			LDH		
BT bulgusu	VAR medyan (n)	YOK medyan (n)	p	VAR medyan (n)	YOK medyan (n)	p	VAR medyan (n)	YOK medyan (n)	p
Nodüler opasite	2,3 (n=36)	2,2 (n=75)	0,92	230 (n=35)	160 (n=75)	0,020*	234 (n=32)	273 (n=52)	0,017*
Buzlu cam opasitesi	2,2 (n=61)	2,3 (n=50)	0,42	180 (n=60)	200 (n=50)	0,67	272 (n=49)	251 (n=35)	0,44
Fokal konsolidasyon	2,2 (n=33)	2,1 (n=78)	0,56	130 (n=33)	210 (n=77)	0,61	293 (n=22)	245,5 (n=62)	0,021*
Kistik lezyon	3,0 (n=10)	2,2 (n=101)	0,31	200 (n=9)	200 (n=101)	0,62	366 (n=9)	257 (n=75)	0,032*
Bal peteği	2,4 (n=7)	2,2 (n=104)	0,43	230 (n=7)	200 (n=103)	0,54	219,5 (n=6)	267,5 (n=78)	0,42
Amfizem	1,4 (n=10)	2,3 (n=101)	0,18	220 (n=10)	200 (n=100)	0,91	323 (n=5)	257 (n=79)	0,12
Peribronşiyal kalınlaşma	2,3 (n=42)	2,1 (n=69)	0,62	200 (n=41)	200 (n=69)	0,85	273 (n=37)	251 (n=47)	0,37
Bronşiektazi	2,0 (n=15)	2,2 (n=95)	0,74	250 (n=15)	175 (n=94)	0,36	240 (n=13)	270,5 (n=70)	0,05
Traksiyon bronşiektazisi	1,3 (n=6)	2,2 (n=101)	0,35	310 (n=6)	195 (n=100)	0,27	230 (n=5)	262 (n=75)	0,33
Mozaik perfüzyon	2,2 (n=44)	2,2 (n=67)	0,29	200 (n=44)	200 (n=66)	0,93	273 (n=33)	258 (n=51)	0,18
Hiperaerasyon	1,8 (n=20)	2,4 (n=91)	0,30	250 (n=20)	175 (n=90)	0,29	256,5 (n=16)	264 (n=68)	0,91
Plevral efüzyon	4,7 (n=7)	2,2 (n=104)	0,14	80 (n=7)	200 (n=103)	0,61	266 (n=6)	264 (n=78)	0,95
Fibrozis	1,3 (n=16)	2,2 (n=95)	0,36	250 (n=16)	160 (n=94)	0,12	251 (n=15)	269 (n=69)	0,41
İnterseptal kalınlaşma	1,5 (n=44)	2,5 (n=67)	0,08	190 (n=43)	210 (n=67)	0,67	272 (n=37)	258 (n=47)	0,70
Mediastinal LAP	2,8 (n=11)	2,1 (n=99)	0,26	170 (n=10)	200 (n=99)	0,43	302 (n=5)	260 (n=78)	0,22

*NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; BT: Bilgisayarlı tomografi *p<0,05 Kategorik BT bulgusu (VAR/YOK) ile sürekli belirteç (NLR/Eozinofil/LDH) karşılaştırması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır*

Tablo 4a. Sistemik Hastalıkla İlişkili DPLD (B1) Alt Grubunda (n=44): NLR, LDH ve Eozinofil Sayısının SFT Parametreleri ile İlişkisi

Belirteç	FEV1-z	FVC-z	FEF25-75-z	TLC-z	RV-z
NLR	n=18, ρ=0,02, p=0,945	n=18, ρ=0,01, p=0,958	n=16, ρ=−0,36, p=0,172	n=12, ρ=0,31, p=0,319	n=14, ρ=0,06, p=0,829
Eozinofil sayısı	n=18, ρ=0,07, p=0,779	n=18, ρ=−0,03, p=0,903	n=16, ρ=+0,26, p=0,321	n=12, ρ=−0,33, p=0,297	n=14, ρ=−0,35, p=0,221
LDH	n=16, ρ=−0,11, p=0,688	n=16, ρ=+0,13, p=0,640	n=14, ρ=−0,46, p=0,098	n=11, ρ=0,23, p=0,502	n=13, ρ=−0,26, p=0,384

*İki sürekli değişken (belirteç ile SFT parametresi) arasındaki ilişki için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm; FVC: Zorlu vital kapasite; FEF25-75: Zorlu ekspiratuvar akım 25-75%; TLC: Total akciğer kapasitesi; RV: Rezidüel volüm; ρ: Spearman korelasyon katsayısı DPLD: Diffüz parankimal akciğer hastalığı (*p<0,05)*

Tablo 4b. B1 Alt Grubunda (n=44): NLR, LDH ve Eozinofil Sayısının Toraks BT Bulguları ile İlişkisi

	NLR			Eozinofil			LDH		
BT bulgusu	VAR	YOK	p	VAR	YOK	p	VAR	YOK	p
Nodüler opasite	1,8 (n=18)	2,8 (n=22)	0,26	235 (n=18)	115 (n=22)	0,020*	192 (n=16)	262 (n=14)	0,061
Buzlu cam opasitesi	2,1 (n=22)	2,4 (n=18)	0,46	115 (n=22)	230 (n=18)	0,48	262 (n=16)	218 (n=14)	0,21
Fokal konsolidasyon	0,8 (n=5)	2,2 (n=35)	0,28	120 (n=5)	210 (n=35)	0,98	251 (n=3)	245 (n=27)	0,70
Kistik lezyon	1,6 (n=3)	2,2 (n=37)	0,89	100 (n=3)	210 (n=37)	0,22	291 (n=3)	245 (n=27)	0,47
Bal peteği	22,0 (n=2)	2,1 (n=38)	0,015*	175 (n=2)	205 (n=38)	0,93	254 (n=2)	248 (n=28)	0,74
Amfizem	1,4 (n=4)	2,3 (n=36)	0,14	195 (n=4)	205 (n=36)	0,77	n/a	n/a	n/a
Peribronşiyal kalınlaşma	2,1 (n=13)	2,4 (n=27)	0,56	210 (n=13)	200 (n=27)	0,89	258 (n=11)	230 (n=19)	0,64
Bronşiektazi	2,0 (n=7)	2,2 (n=33)	0,84	270 (n=7)	120 (n=33)	0,037*	183 (n=5)	251 (n=25)	0,14
Traksiyon bronşiektazisi	3,3 (n=2)	2,2 (n=37)	0,78	325 (n=2)	200 (n=37)	0,41	180 (n=2)	251 (n=27)	0,28
Mozaik perfüzyon	2,2 (n=13)	2,2 (n=27)	0,58	250 (n=13)	150 (n=27)	0,29	245 (n=7)	251 (n=23)	0,70
Hiperaerasyon	1,5 (n=8)	2,8 (n=32)	0,018*	510 (n=8)	135 (n=32)	0,020*	201 (n=5)	251 (n=25)	0,47
Plevral efüzyon	3,4 (n=2)	2,2 (n=38)	0,79	0,5 (n=2)	210 (n=38)	0,040*	n/a	n/a	n/a
Fibrozis	4,6 (n=5)	2,2 (n=35)	0,50	250 (n=5)	200 (n=35)	0,44	230 (n=5)	251 (n=25)	0,87
İnterseptal kalınlaşma	1,4 (n=10)	2,5 (n=30)	0,08	115 (n=10)	215 (n=30)	0,68	241 (n=8)	248 (n=22)	0,73
Mediastinal LAP	6,9 (n=2)	2,2 (n=38)	0,83	25 (n=2)	210 (n=38)	0,14	n/a	n/a	n/a
Lineer/retiküler opasite	2,0 (n=7)	2,2 (n=33)	0,70	270 (n=7)	200 (n=33)	0,18	251 (n=4)	238 (n=26)	0,88

*NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; BT: Bilgisayarlı tomografi B1: Sistemik hastalıkla ilişkili DPLD alt grubu; DPLD: Diffüz parankimal akciğer hastalığı *p<0,05 Kategorik BT bulgusu (VAR/YOK) ile sürekli belirteç (NLR/Eozinofil/LDH) karşılaştırması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.*

Tablo 5. chILD Grup A vs Grup B Karşılaştırması

Değişken	Grup A (n=25)	Grup B (n=98)	p
NLR, medyan; IQR	2,14; 2,01 (n=25)	2,15; 2,73(n=95)	0,67
LDH, medyan; IQR	327;152 (n=18)	258;102 (n=65)	0,05*
Eozinofil sayısı, medyan; IQR	240;317 (n=24)	200;310 (n=95)	0,46
FEV1-z, medyan; IQR	−1,56 ;2,85(n=6)	−1,90;2,46 (n=39)	0,88
FVC-z, medyan; IQR	−1,92;1,90 (n=6)	−2,01; 2,81 (n=39)	0,96
FEF25-75-z, medyan; IQR	−0,74 ; 2,00(n=6)	−0,65; 2,79(n=34)	0,90
TLC-z, medyan; IQR	−0,85;3,18 (n=4)	−1,46;2,25 (n=24)	0,60
RV-z, medyan; IQR	0,53;1,55 (n=5)	0,36;1,82 (n=26)	0,32
Nodüler opasite, var/n	7/30	28/112	0,99
Buzlu cam opasitesi, var/n	14/37	45/129	0,70
Fokal konsolidasyon, var/n	9/32	24/108	0,47
Kistik lezyon, var/n	4/27	6/90	0,22
Bal peteği, var/n	3/26	4/88	0,17
Amfizem, var/n	2/25	8/92	1,00
Peribronşiyal kalınlaşma, var/n	13/36	28/112	0,07
Bronşiektazi, var/n	4/27	10/93	0,50
Traksiyon bronşiektazisi, var/n	1/23	5/86	1,00
Mozaik perfüzyon, var/n	12/35	31/115	0,28
Hiperaerasyon, var/n	5/28	13/97	0,69
Plevral efüzyon, var/n	2/25	5/89	0,64
Fibrozis, var/n	3/26	13/97	1,00
İnterseptal kalınlaşma, var/n	12/35	32/116	0,33
Mediastinal LAP, var/n	3/26	8/91	0,70

*NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı; LDH: Laktat dehidrojenaz; SFT: Solunum fonksiyon testi; BT: Bilgisayarlı tomografi; FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm; FVC: Zorlu vital kapasite; FEF25-75: Zorlu ekspiratuvar akım 25-75%; TLC: Total akciğer kapasitesi; RV: Rezidüel volümNLR/LDH/Eozinofil Mann-Whitney U, SFT Mann-Whitney U, BT bulguları ki-kare/ Fisher kullanılmıştır(*p<0,05)*

SS-50

KİSTİK FİBROZİSLİ OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINA VE EBEVEYNLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNE ETKİSİ

Burcu Uzunoğlu[1], Duygu Demir[2], Yasemin Gökdemir[3], Ela Erdem Eralp[3], Bülent Taner Karadağ[3]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye
[2]Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu araştırma, kistik fibrozisli okul çağı çocuklarına ve ebeveynlerine verilen eğitimin sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırma; ön test-son test desende, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırma evrenini; bir üniversite hastanesinin Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavi Merkezinde Mayıs 2025-Kasım 2025 tarihleri arasında takip edilen 6–11 yaş aralığındaki 123 okul çağı çocuğu ve ebeveyni, örneklemini ise; örneklem seçim kriterlerine uyan, kistik fibrozis tanılı 104 okul çağı çocuğu ve ebeveyni (Eğitim grubu:52, kontrol grubu:52) oluşturdu. Araştırma verileri; Tanıtıcı Bilgi Formu, Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, ebeveynleri için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılarak toplandı. Eğitim grubundaki çocuk ve ebeveyne çevrimiçi eğitim uygulandı, kontrol grubunda ise merkezin rutin sürecine devam edildi. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 27.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Araştırma sonucunda; gruplardaki çocukların ve ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikler açısından benzer olduğu bulundu ($p>0,05$). Eğitim sonrası eğitim grubundaki çocukların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Eğitim grubundaki ebeveynlerin eğitim sonrası sağlık okuryazarlığı düzeyi kontrol grubundaki ebeveynlere göre ileri düzeyde anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Sonuç: Çevrimiçi verilen sağlık okuryazarlığı eğitiminin, kistik fibrozisli çocukların ve ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttırmada etkili olduğu saptandı. Kistik fibrozis gibi yaşam boyu bakım ihtiyacı olan kronik hastalığa sahip hastalarda sağlık okuryazarlığı eğitimlerine çocukluk döneminde başlanılması ve ebeveynlerin de bu eğitime dahil edilmesi önerilir.

SS-51

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI İÇİNDE OTOİMMÜN ÖZELLİKLER GÖSTEREN İNTERSTİSYEL PNÖMONİ OLGULARININ SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ: ULUSAL CHILD-TR KAYIT SİSTEMİ VERİLERİ

Hande Yetişgin[1], Dilber Ademhan Tural[2], Güzin Cinel[2], Deniz Doğru[3], Uğur Özçelik[3], Figen Gülen[4], Ayşen Bingöl[5], Ömer Faruk İpek[3], Eda Gürler[6], Çiğdem Korkmaz[7], Berrak Öztosun[7], Handan Kekeç[8], Erkan Çakır[9], Sanem Eryılmaz Polat[1], Gizem Özcan[10], Tuğba Ramaslı Gürsoy[11], Ayşe Tana Aslan[8], Ela Erdem Eralp[12], Ayşe Ayzıt Kılınç[7], Nazan Çobanoğlu[10], Nagehan Emiralioğlu Ordukaya[3], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[8], Saniye Girit[6], Sevgi Pekcan[13], Yasemin Gökdemir[12], Ebru Yalçın[3], Nural Kiper[3]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[5]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Antalya, Türkiye
[6]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye
[7]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye
[8]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[9]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye
[10]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[11]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Van, Türkiye
[12]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye
[13]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Konya, Türkiye

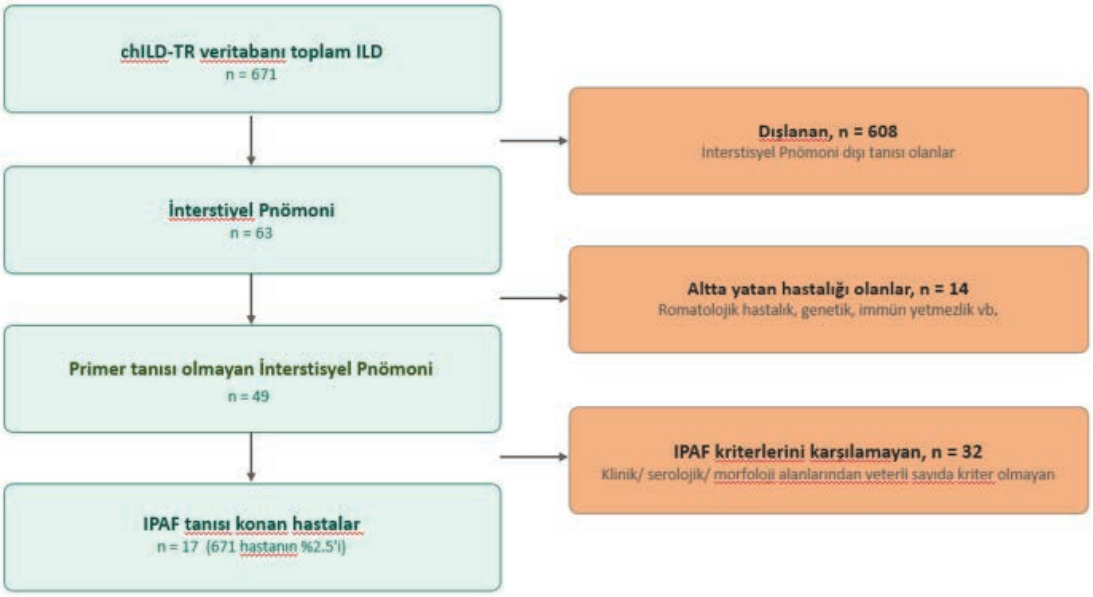
Giriş: Otoimmün Özellikler Gösteren İnterstisyel Pnömoni(IPAF),belirgin bir bağ dokusu hastalığı (BDH) tanı kriterini tam olarak karşılamayan,ancak interstisyel akciğer hastalığı (ILD) ile birlikte otoimmün klinik,serolojik ve/veya morfolojik özellikler taşıyan hastaları tanımlamaktadır.Çocukluk çağında IPAF'a ilişkin veriler sınırlıdır.Bu çalışmanın amacı,ülkemizde ulusal chILD veritabanı kullanılarak,2023 yılı verileriyle IPAF sıklığını ve klinik özelliklerini tanımlamaktır.

Gereç-Yöntem: chILD-TR veritabanına kayıtlı toplam 671 hasta IPAF sınıflandırma kriterlerine(klinik,serolojik ve morfolojik domainlerden en az ikisinden birer özellik gösterenler) göre değerlendirildi.

Sonuçlar: chILD-TR veritabanına kayıtlı hastalardan,interstisyel pnömoni paterni olan 63 hasta detaylı olarak değerlendirildi. Altta yatan immün yetmezliği, genetik ve romatolojik hastalık gibi primer hastalığı olan hastalar dışlandı.Bu hastaların serolojik, klinik ve morfolojik özellikleri değerlendirildiğinde,17 hastaya (17/671, %2,5) IPAF tanısı konuldu(Şekil 1). Hastaların demografik,serolojik,radyolojik ve tedavi özellikleri Tablo1'de verilmiştir.IPAF tanılı hastaların 9'u (%52,9) kızdı.İlk başvuru yaşı medyan10,0(Q1–Q3:4,1–11,7)yıl,semptom başlangıç yaşı medyan9,0(Q1–Q3:2,5–11,6)yıldı.Fizik muayenede en sık kral (%41,2) ve çomak parmak (%23,5) saptandı.Hastaların %17,6'sının oksijen ihtiyacı mevcuttu.Serolojik tetkiklerden en sık ANA (12/17, %70,6) pozitifliği saptandı.Toraks BT'de en sık NSIP(%29,4) paterni izlendi. Hastaların 9'una(%52,9) akciğer biyopsisi yapılmış; en sık histopatolojik bulgular UIP(n=3) ve OP(n=3) olarak saptanmıştı.Tedavide en sık sistemik steroid (%70,5) kullanılmıştı.

Tartışma: Çalışmamız,çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları arasında görece nadir,ancak klinik açıdan gözden kaçırılmaması gereken bir antite olan IPAF'a dikkat çekmektedir.Ulusal chILD-TR verilerine göre %2,5 sıklıkta saptanan bu tablo,interstisyel pnömoni ile başvuran ve belirli klinik,serolojik ve/veya morfolojik özellikler gösteren IPAF varlığından mutlaka şüphelenilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.Bu nedenle IPAF, chILD tanı algoritmasının ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmeli ve tanı sürecinde mutlaka akılda tutulmalıdır.

şekil-1: chILD-TR veritabanından IPAF tanı şeması.



chILD-TR veritabanından IPAF tanı şeması.

Demografik, Serolojik, Radyolojik ve Tedavi Özellikleri

Kadın, n (%)	9 (52,9)
İlk başvuru yaşı, yıl, medyan (Q1–Q3)	10,0 (4,1–11,7)
Semptom başlangıç yaşı, yıl, medyan (Q1–Q3)	9,0 (2,5–11,6)
Akraba evliliği, n (%)	5 (29,4)
VKİ, kg/m², medyan (Q1–Q3)	16,5 (14,9–18,0)
ANA pozitifliği	12 (70,5)
RF pozitifliği	2 (11,8)
Anti SS-A pozitifliği	2 (11,8)
Anti- Mi pozitifliği	1 (5,8)
Toraks BT'de NSIP paterni	5 (29,4)
Toraks BT'de OP paterni	3 (17,6)
Toraks BT'de LIP paterni	2 (11,8)
Akciğer biyopsisi UIP ile uyumlu	3 (33,3)
Akciğer biyopsisi OP ile uyumlu	3 (33,3)
Akciğer biyopsisi NSIP ile uyumlu	2 (22,2)
Akciğer biyopsisi LIP ile uyumlu	1 (11,1)
Tedavide sistemik steroid alanlar	12 (70,5)
Tedavide inhale steroid alanlar	7 (41,2)
Tedavide hidroksiklorokin alanlar	4 (23,5)
Tedavide azotiopürin alanlar	4 (23,5)
Tedavide MMF alanlar	2 (11,8)

Hastaların Demografik, Serolojik, Radyolojik ve Tedavi Özellikleri (N=17)

SS-52

SMA'LI ÇOCUKLARDA UYKU İLE İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARININ POLİSOMNOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tuba Karakuş Sert, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Yeliz Koç, Burak Taha Keşkekoğlu, Hakan Yazan, Sedat Öktem
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Spinal musküler atrofi (SMA), solunum kaslarının etkilenmesi nedeniyle uyku ile ilişkili solunum bozukluklarına yatkınlık oluşturan nöromüsküler bir hastalıktır.

Amaç: SMA tanılı çocuklarda uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının polisomnografik özelliklerini değerlendirmek. Metod-materyal: Merkezimizde takip edilen SMA tanılı çocukların klinik ve polisomnografik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler, hastalık modifiye edici tedaviler, solunum ve beslenme desteği ile polisomnografi (PSG) parametreleri kaydedildi. PSG'de apne-hipopne indeksi (AHI), obstrüktif apne-hipopne indeksi (OAHI), santral apne indeksi (CAI), hipopne indeksi (HI), oksijen desatürasyon indeksi (ODI) ve periferik oksijen satürasyonu (SpO_2) değerlendirildi. Veriler medyan (IQR) olarak sunuldu; gen tedavisi zamanlamasına göre grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi kullanıldı.

Sonuç: Çalışmaya 31 SMA tanılı çocuk dahil edildi; 15'i (%48,4) kız, 28'i (%90,3) SMA tip 1 idi. PSG sırasındaki medyan yaş 37 (IQR:18–63) ay, tanı yaşı 2 (IQR:0,3–5,25) ay idi. Hastaların 29'u (%93,5) nusinersen, 18'i (%58,1) gen tedavisi ve altısı (%19,4) risdiplam almıştı; bazı hastalar birden fazla tedavi almıştı. Medyan AHI 20,9 (IQR:13,4–32,8), OAHI 4,3 (IQR:2,2–6,9), CAI 3,3 (IQR:1,0–7,5), HI 11,4 (IQR:7,6–18,0) ve ODI 7,0 (IQR:4,2–13,0) olay/saat idi. Ortalama SpO_2 %96 (IQR:%93–97), minimum SpO_2 %86 (IQR:%82–89) bulundu. Gen tedavisi öncesinde/almadan PSG yapılan 17 hasta ile gen tedavisi sonrasında PSG yapılan 14 hasta arasında AHI, OAHI, CAI, ODI ve oksijenasyon parametreleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. **Tartışma:** SMA'lı çocuklarda hastalık modifiye edici tedavilere rağmen belirgin uyku ile ilişkili solunumsal olay yükü devam etmektedir. Bulgularımız, bu hasta grubunda düzenli polisomnografik izlemin önemini desteklemektedir.

SS-53

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA İMPULS OSİLOMETRİNİN TANISAL DEĞERİ VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Çiğdem Korkmaz[1], Ekin Nurhan[2], Meltem Gökden[3], Berrak Öztosun[1], Furkan Yılmaz[1], Abdurrahman Zarif Güney[1], Şebnem Ölker[1], Serap Kartkaya[1], Azer Kılıç Başkan[4], Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı[1]
[1]IUC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Elbistan Devlet Hastanesi
[3]IUC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

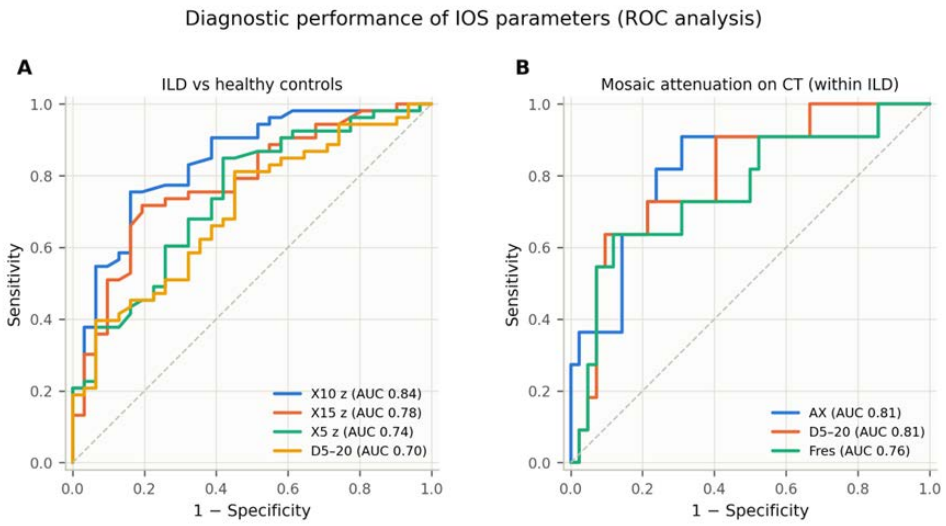
Giriş-Amaç: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıklarında (İAH) solunum fonksiyonlarının izlemi esastır; ancak konvansiyonel testler küçük ve kooperasyonu sınırlı çocuklarda çoğu zaman uygulanamaz. Minimal kooperasyon gerektiren impuls osilometrinin (İOS) pediatrik İAH'deki tanısal gücünün değerlendirilmesi amaçlandı.

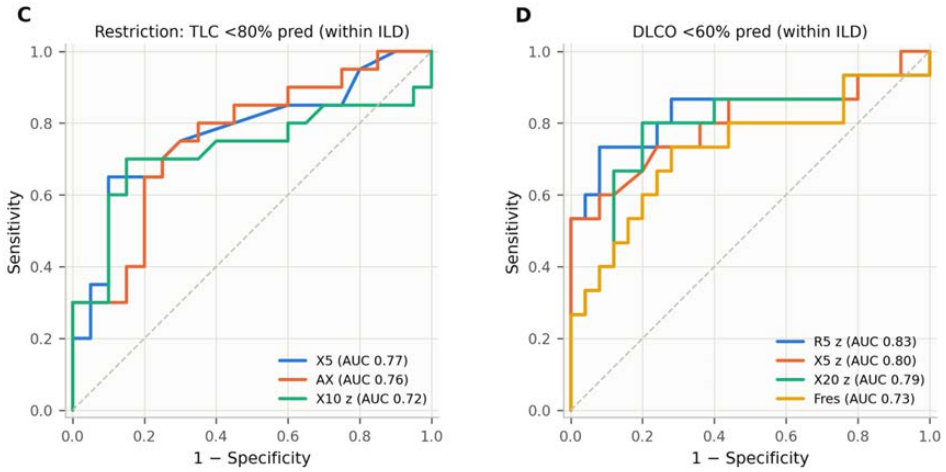
Gereç-Yöntem: İAH tanılı 53 çocuk ve 31 sağlıklı kontrol dahil edildi. İOS parametreleri vücut boyutundan bağımsız z-skorlar üzerinden karşılaştırıldı; çoklu karşılaştırmalar Benjamini–Hochberg (FDR) yöntemiyle düzeltildi. Spirometri, akciğer volümleri, DLCO ve toraks BT bulgularıyla ilişkiler Spearman korelasyonu ve ROC analiziyle incelendi.

Bulgular: İAH grubunda reaktans parametreleri belirgin olarak bozulmuştu; X5, X10, X15 ve X35 z-skorları ile AX ve D5-20 farkları FDR düzeltmesi sonrası anlamlı kaldı ve en büyük etki X10 z-skorundaydı ($p<0,001$; $r=0,57$). Rezistans değerlendirmesinde yalnızca R5 yüksekti ($p=0,004$). X10 z-skoru İAH'yi sağlıklı kontrollerden AUC=0,84 (%95 GA 0,75–0,92; eşik ≤–1,13; duyarlılık %75, özgüllük %84) ile ayırt etti. X10 z-skoru FEV1 ($\rho=0,52$), X5 z-skoru DLCO ($\rho=0,56$) ile koreleydi. Reaktans, TLC ve DLCO şiddet katmanlarında kademeli kötüleşti; İOS restriksiyonu (TLC<%80) AUC=0,77, ağır difüzyon bozukluğunu (DLCO<%60) AUC=0,84 ile öngördü. Mozaik atenüasyonu saptamada AX ve D5-20 iyi performans gösterdi (AUC=0,81) (Figür 1). En ağır reaktans bozulması B2 (Bağışıklığı sağlam olan konakta enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz süreçlerle ilişkili İAH)-B3 (Bağışıklığı baskılanmış veya transplante konakta gelişen İAH) fenotiplerindeydi.

Sonuç: Reaktans temelli İOS parametreleri pediatrik İAH'yi yüksek doğrulukla ayırt etmekte, restriksiyonun ve difüzyon bozukluğunun şiddetini yansıtmaktadır. Özellikle X10 z-skoru pratik bir tarama belirteci olarak öne çıkmakta; pletismografi ve DLCO'nun uygulanamadığı küçük çocuklarda İOS, ileri fonksiyonel kaybı erken işaret edebilmektedir. Bulgularımız İOS'un pediatrik İAH izleminde konvansiyonel testlerin güçlü bir tamamlayıcısı olduğunu desteklemektedir.

Figür 1. IOS parametrelerinin tanısal performansı (ROC analizi)





Figür 1. IOS parametrelerinin tanısal performansı (ROC): (A) İAH vs sağlıklı kontrol, (B) BT'de mozaik atenüasyon, (C) restriksiyon (TLC<%80), (D) ağır difüzyon bozukluğu (DLCO<%60). AUC güven aralıkları 2000 örneklemli bootstrap ile hesaplanmıştır.

Tablo 1. İAH ve sağlıklı kontrollerde temel İOS parametreleri

Parametre	İAH (n=53) Medyan (IQR)	Kontrol (n=31) Medyan (IQR)	p	p-FDR	Etki (r)
R5 z-skor	1.47 (2.38)	0.28 (1.18)	0,004	0,014	0,32
X5 z-skor	-0.98 (1.35)	-0.04 (1.16)	<0,001	0,002	0,40
X10 z-skor	-1.64 (1.16)	-0.71 (1.04)	<0,001	<0,001	0,57
X15 z-skor	-1.30 (1.19)	-0.18 (1.50)	<0,001	<0,001	0,47
Fres (Hz)	19.3 (4.4)	18.2 (5.5)	0,063	0,106	0,20
AX (kPa/L)	1.34 (2.04)	0.78 (0.82)	0,004	0,014	0,31
D5-20 (%)	52.3 (54.9)	28.7 (38.3)	0,002	0,010	0,34

Mann–Whitney U testi; p-FDR: Benjamini–Hochberg düzeltmeli p; r=Z/√N etki büyüklüğü. Değerler medyan (IQR).

SS-54

TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI HEKİMLERİNDE İŞ TATMİNİ VE TÜKENMİŞLİĞİN ARAŞTIRILMASI

Erdem Gönüllü[1], Zeynep Seda Uyan[1], Yasemin Gokdemir[2], Bülent Karadağ[2]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları B.d. İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları B.d. İstanbul

Giriş: Tükenmişlik, sağlık çalışanlarını en çok etkileyen mesleki sorunlardan biridir. Türkiye'de çocuk göğüs hastalıkları (ÇGH) alanında çalışan hekimlerde tükenmişliğin yaygınlığı ve belirleyicileri hakkında veri sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, ÇGH hekimlerinde tükenmişliğin yaygınlığını, kariyer basamaklarına göre dağılımını ve bağımsız belirleyicilerini incelemektir.

Gereçler ve Yöntem: 1 Nisan–31 Mayıs 2026 tarihleri arasında Türk Toraks Derneği ÇGH WhatsApp grubu üzerinden yürütülen bu kesitsel çalışmaya 114 hekim (36 asistan, 41 uzman, 37 akademisyen) katılmıştır (yanıt oranı %60,6). Tükenmişlik, Kopenhag Tükenmişlik Envanteri (KTE) ve Mini-Z 2.0 ölçekleriyle değerlendirilmiş; bağımsız belirleyiciler çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile saptanmıştır.

Sonuçlar: KTE Kişisel tükenmişlik riski (≥50 puan) çalışmaya katılanların %62,3'ünde, Mini-Z Çevresel iş doyumsuzluğu riski %90,4'ünde saptanmıştır. Uzman hekimlerin en yüksek yönetimsel engel skoruna (3,02±2,21), en uzun çalışma saatlerine (%34,2 haftalık ≥50 saat) ve en yüksek mesleki bağlılık endişesine (%43,9) sahip en kırılgan kariyer grubu olduğu görülmüştür. Çok değişkenli analizde kişisel tükenmişliğin bağımsız belirleyicileri yönetimsel engel skoru (β=+0,19, p=0,046) ve son bir yıl içinde şiddet maruziyeti (β=+0,29, p=0,001) olarak saptanmıştır; kişisel tükenmişlik skorundaki her 1 puanlık artış mesleki bağlılık endişesi olasılığını %3,9 artırmaktadır (AOR=1,039, p=0,002).

Tartışma: Türkiye'deki ÇGH hekimlerinde tükenmişlik yaygın ve çok boyutlu bir sorundur. Bağımsız belirleyicilerin yönetimsel engel ve şiddet maruziyeti olması, tükenmişliğin bireysel bir zafiyetten çok kurumsal koşulların bir yansıması olduğunu düşündürmektedir. Branşın sürdürülebilirliği için bireyselden ziyade sistem düzeyinde yapısal müdahaleler gerekli olabilir.

SS-55

PERSİSTAN PULMONER SEMPTOM/BULGULARI OLAN KONJENİTAL KALP HASTALIKLI ÇOCUKLARDA FLEKSİBL BRONKOSKOPİNİN KLİNİK YÖNETİME KATKISI

Dilara Demirel[1], Ömer Faruk İpek[1], Ebru Yalçın[1], Şafak Alpat[2], Ebru Aypar[3], Tevfik Karagöz[3], Başak Akça[4], Pınar Özdemir Yaşar[4], Nagehan Emiralioğlu[1], Deniz Doğru[1], Uğur Özçelik[1]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Konjenital kalp hastalığı (KKH) olan çocuklarda kardiyovasküler bası, pulmoner hipertansiyon (PH), uzamış entübasyon ve perioperatif süreçler pulmoner sorunlara yol açabilir. Bu çalışmada fleksibl fiberoptik bronkoskopinin (FFB) bulguları ve klinik yönetime katkısı değerlendirildi.

Gereçler ve Yöntem: 1 Ocak 2015–25 Temmuz 2026 arasında KKH tanısıyla izlenen ve FFB uygulanan 0–18 yaş hastaların kayıtları retrospektif incelendi. Demografik ve kardiyak özellikler, endikasyonlar, makroskopik ve bronkoalveoler lavaj (BAL) bulguları, komplikasyonlar ve FFB sonrası yönetim değişiklikleri kaydedildi. Kardiyak cerrahi geçirenler alt grup olarak incelendi.

Sonuçlar: Kırk dört hastaya uygulanan 50 FFB değerlendirildi; 37 opere hastadaki 43 işlem işlemlerin %86'sını oluşturdu. Ortanca yaş 15 ay (çeyrekler arası aralık: 5–59,8) olup 10 hastada PH vardı. En sık endikasyonlar atelektazi (25, %50), rekürren/persistan pnömoni (8, %16) ve vasküler bası şüphesiydi (7, %14). İşlemlerin 47'sinde (%94) patolojik (31'inde (%62) birden fazla)bulgu saptandı. Sekresyon/mukus tıkacı (26, %52), bronkomalazi (23, %46), trakeomalazi (13, %26) ve ekstrensek bası (12, %24) en sık saptanan makroskopik bulgulardı. BAL 39 işlemde yapıldı; altısında kültür pozitifti. 49 işlemin 32'sinde (%65,3) tedavi yönetimi değişti: Ek görüntüleme 11, yeni antibiyotik başlama 7, cerrahi plan 5, solunum desteği/PEEP 3 ve hava yolu girişimi 1 yapıldı. Yönetim değişikliği opere KKH olan grupta daha sıktı (%71,4'e karşı %28,6; p=0,053). Yedi komplikasyon (%14; altı desatürasyon, bir kanama) gelişti. PH olanlarda komplikasyon daha sık (%40'a karşı %5,1; p=0,010), yönetim değişikliği oranı daha düşüktü (%33,3'e karşı %74,4; p=0,029).

Tartışma: Persistan pulmoner semptom/bulguları olan KKH'lı çocuklarda FFB; işlemlerin yaklaşık üçte ikisinde tedavi planını değiştirerek yüksek tanısal verim göstermiştir.

SS-56

ALTI DAKİKA YÜRÜME TESTİNİN JUVENİL SİSTEMİK SKLEROZDA ERKEN PULMONER TUTULUMUN DEĞERLENDİRİLMESİNDEKİ YARARLILIĞI

Evrim Hepkaya[1], Hacer Öztürk[2]
[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü,İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü,İstanbul

Giriş/Amaç: Juvenil sistemik sklerozda(jSSc) pulmoner tutulumun erken tanınması; hastalık progresyonunun önlenmesi, fonksiyonel kaybın azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, jSSc'li çocuklarda altı dakika yürüme testinin (6DYT) erken pulmoner tutulumun değerlendirilmesindeki yararlılığını ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Juvenil sistemik skleroz tanısı alan 12 çocuğun demografik, klinik, serolojik ve radyolojik özellikleri değerlendirildi. Demografik veriler arasında cinsiyet, yaş, tanı yaşı, takip süresi ve kullanılan tedaviler yer aldı. Altı dakika yürüme testi Amerikan Toraks Derneği (ATS) kılavuzlarına uygun olarak uygulandı ve sağlıklı çocuklara ait referans değerlerle karşılaştırıldı. Sistemik bulgular, serolojik belirteçler, solunum fonksiyon testi sonuçları ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları analiz edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 15,08 ± 3,11 yıl, hastalık başlangıç yaşı 7,25±4,65 yıl olup olguların %66,6'sı kızdı. En sık başvuru bulgusu Raynaud fenomeniydi. Hastaların büyük çoğunluğu pulmoner açıdan asemptomatikti, yalnızca üç hastada dispne mevcuttu. Yedi hastanın 6DYT mesafesi sağlıklı referans değerlere göre daha düşüktü. Beş hastada zorlu vital kapasite (FVC) %80'in altında bulunurken, difüzyon kapasitesi (DLCO) tüm hastalarda normaldi. Toraks BT'de üç hastada patolojik bulgu saptandı. Antinükleer antikor (ANA) pozitifliği dokuz hastada, Anti-Scl70, Anti-PmScl100 ve Anti-Ro52 pozitifliği ise birer hastada görüldü. Solunum fonksiyon testleri, 6DYT mesafesi ve diğer klinik değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hastalık başlangıç yaşının daha küçük olması ile daha düşük DLCO değerleri arasında anlamlı ilişki bulundu (Pearson r=0,65;p=0,05).

Sonuç: Altı dakika yürüme testi, juvenil sistemik sklerozlu hastalarda klinik semptomlar ortaya çıkmadan önce gelişen erken pulmoner tutulumu göstermede yararlı bir değerlendirme aracı olabilir. Bu nedenle pulmoner fonksiyonların uzun dönem izlenmesi önem taşımaktadır.

Altı dakika yürüme testi sonuçları

Tablo 2. Altı Dakika Yürüme Testi Sonuçları

6DYT (m), medyan (min-maks)	518 (328-579)
Yürüme öncesi Sp02 (%), ort ± SD	97.9 ± 1.13
Yürüme sonrası SpO_2 (%), medyan (min-maks)	99 (93-98)
Yürüme öncesi KTA, ort ± SD	91.5± 10.16
Yürüme sonrası KTA, ort ± SD	102 ± 16.2
Yürüme öncesi DSS, medyan (min-maks)	16 (14-28)
Yürüme sonrası DSS, medyan (min-maks)	17 (14-30)

6DYT: altı-dakika yürüme testi, Sp02: oksijen satürasyonu, KTA:kalp tepe atımı, DSS:dakika solunum sayısı

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun özellikleri

Demografik bulgular	
Cinsiyet (kız), n (%)	8 (66,6%)
Yaş (yıl), ortalama±SS	15,08 ± 3,11
Hastalık başlangıç yaşı (yıl), ortalama±SS	7,25 ± 4,65
Takip süresi (yıl), ortalama±SS	5,16 ± 3,56
Pulmoner bulgular	
Dispne, n (%)	1 (8,3%)
Efor dispnesi, n (%)	2 (16,6%)
Asemptomatik, n (%)	9 (75%)
FVC <%80, n (%)	5 (41,6%)
DLCO <%60, n (%)	0
Toraks BT bulguları, n (%)	7 (58,3%)
Yok, n (%)	4 (57,1%)
Bronşektazi, n (%)	2 (28,6%)
Bronşiyal dilatasyon, n (%)	1 (14,3%)
Sistemik tutulum	
Raynaud fenomeni, n (%)	5 (41,6%)
Pulmoner hipertansiyon, n (%)	2 (16,6%)
Kas-iskelet sistemi tutulumu, n (%)	7 (58,3%)
Gastrointestinal sistem tutulumu, n (%)	7 (58,3%)
Serolojik testler	
ANA pozitifliği, n (%)	9 (75%)
Anti-Scl-70 pozitifliği, n (%)	1 (8,3%)
Anti-PmScl100, n (%)	1 (8,3%)
Anti-Ro52, n (%)	1 (8,3%)
Tedavi	
DMARD	
MMF, n (%)	4 (33,3%)
Hidroksiklorokin, n (%)	6 (50%)
Biyolojik ajanlar	
Rituksimab, n (%)	2 (16,6%)
Tosilizumab, n (%)	1 (14,3%)
Adalimumab, n (%)	1 (14,3%)
Endotelin reseptör antagonisti, n (%)	6 (50%)

FVC: zorlu vital kapasite; DLCO: karbon monoksit difüzyon kapasitesi; DMARD: hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar; MMF: mikofenolat mofetil.

SS-57

ÇOCUKLARDA SOLUNUM YOLLARINA VASKÜLER BASILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: KOMPLET VE İNKOMPLET VASKÜLER ANOMALİLERİN KLİNİK SONUÇLARI

Işıl Bilgiç[1], Meltem Kürtül Çakar[1], Gamze Akca Dinç[1], Ayyüce Ünlü[1], Hande Yetişgin[1], Çelebi Yıldırım[1], Ayça Laçin Tekin[1], Yasemin Yüksel Güdek[1], Sanem Eryılmaz Polat[1], Gökçen Dilşa Tuğcu[1], Dilber Ademhan Tural[1,2], Arif Özbay[3], Başak Soran Türkcan[3], İbrahim Ece[4], İbrahim İlker Çetin[4], GüzinCinel[1,2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

[4]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Hava yoluna ekstrensek bası oluşturan konjenital vasküler çoğu zaman nonspesifik solunum yolu semptomları ile prezente olan bu anomalilerde tanı ekartasyona dayanır. Bu çalışmada,vasküler anomaliler nedeniyle izlenen hastaların klinik, radyolojik özellikleri ile tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: Retrospektif tek merkezli çalışmaya 30 pediatrik hasta dahil edildi. Komplet ve inkomplet vasküler anomali tanısına göre hastalar 2 gruba ayrıldı.Başvuru semptomları, vasküler anomali tipi, toraks bilgisayarlı tomografi(BT), fleksibl bronkoskopi FB) ve özofagografi(ÖG) bulguları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 15'i(%50) kızdı ve medyan tanı yaşı 3,0 ay (IQR:0,3–9,5;n=27) idiEn sık başvuru bulguları stridor (n=12,%40), solunum sıkıntısı (n=9,%30) ve kronik öksürük (n=5,%16,7) idi. Dokuz hasta (%30) komplet, 21 hasta (%70) inkomplet vasküler bası grubundaydı. Komplet grupta çift aortik ark (n=6), inkomplet grupta aberrant sağ subklavian arter (n=8) ve pulmoner arteriyel sling (n=6) en sık anomalilerdi. FB ile hava yolu bası derecesi değerlendirilen 22 hastanın18'inde (%81,8) hafif, 4'ünde (%18,2) ağır bası saptandı.ÖG yapılan 14 hastanın 8'inde (%57,1) özofageal bası saptandı. Klinik yutma disfonksiyonu bulunanların tümünde ÖG'de özofageal bası mevcuttu. Yirmi iki hastaya (%73,3) cerrahi tedavi uygulandı.Verisi bulunan 27 hastanın 12'sinde (%44,4) tam, 12'sinde(%44,4) kısmi semptomatik düzelme görülürken, 3 hastada(%11,1) değişiklik olmadı.Üç hasta (%10) kaybedildi; bunların ikisi ağır trakeal darlığın eşlik ettiği pulmoner arter sling, biri ise ağır subglottik trakeal basının eşlik ettiği çift aortik ark olgusuydu. Mortalite ağır bası grubunda daha yüksek ancak fark istatistiksel anlamlı değildi(p=0,073).

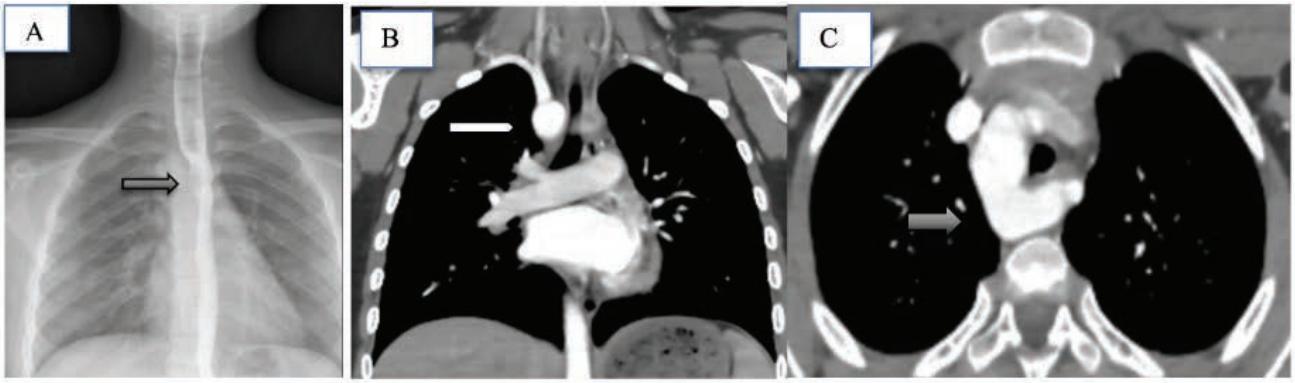
Sonuç: Persistan stridor, açıklanamayan tekrarlayan solunum semptomlarında komplet ve inkomplet vasküler anomalilerie bağlı hava yolu basıları ayırıcı tanıda düşünülmelidir. BT ve FFB hava yolu basısının, ÖG ise eşlik eden özofageal basının değerlendirilmesinde önemlidir.

figür 1



Stridor sebebiyle değerlendirmesinde pulmoner arter sling anomalisi saptanan hastanın toraks Bt kesitlerinde; a: aksiyel kesit, parankim penceresinde anormal pulmoner arter görünümü b: aksiyel kesit, mediasten penceresinde anormal pulmoner arter görünümü

figür2



Figür 2:Aberan sağ subclavian arter tanılı hastanın görüntüleme bulguları. (A) Özofagografide T3–T5 düzeyinde özofagusa sağdan bası. (B) Kontrastlı toraks BT koronal kesitte ARSA'nın seyri.(C) aksiyel kesiite ARSA görünümü

Tablolar

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

	Tümü (n=30)	Komplet (n=9)	İnkomplet (n=21)
Cinsiyet (E/K)	15 / 15	6 / 3	9 / 12
Tanı yaşı (ay), medyan (IQR)	3.0 (0.3–9.5), n=27	6.0 (1.0–7.0), n=9	3.0 (0.3–28.5), n=18
Ameliyat yaşı (ay), medyan (IQR)	9.9 (4.0–16.4), n=22	9.2 (3.4–14.9), n=8	9.9 (4.7–16.4), n=14

Tablo 2. Tanı Grupları Dağılımı

Tanı	Tümü (n=30)	Komplet	İnkomplet
Aberran sağ subklavian arter (ARSA)	8	0	8
Pulmoner arter sling	6	0	6
Double aortik ark	6	6	0
Sağ arcus aorta / vasküler ring	3	3	0
Sol yerleşimli arkus aorta	1	0	1
Sol subklavian seyir anomalisi	1	0	1
Brakisefalik arter varyasyonu	1	0	1
Aort koarktasyonu	1	0	1
Çift çıkımlı sağ ventrikül	1	0	1
Opere BAT (truncus arteriosus)	1	0	1
Opere ALCAPA	1	0	1

Tablo 3 . FFB'de Hava Yolu Bası Derecesi

Grup	Bası derecesi belirtilen (n)	Hafif	Ağır
Komplet	7 / 9	6 (%86)	1 (%14)
İnkomplet	15 / 21	12 (%80)	3 (%20)
Toplam	22 / 30	18 (%82)	4 (%18)

Tablo 4. Komplet vs İnkomplet Karşılaştırma

	Komplet (n=9)	İnkomplet (n=21)	p
Tanı yaşı (ay), medyan (IQR)	6.0 (1.0–7.0)	3.0 (0.3–28.5)	0.680
Cinsiyet (E/K)	6 / 3	9 / 12	0.427
Stridor	6/9	6/21	0.102
Kronik öksürük	0/9	5/21	0.286
Wheezing	0/9	2/21	1.000
Astım	0/9	1/21	1.000
Solunum sıkıntısı	3/9	6/21	1.000
Beslenme güçlüğü	1/9	0/21	0.300
Hava yolu basısı varlığı	7/9	14/20*	1.000
Bası derecesi (ağır/toplam)**	1/7	3/15	1.000
Trakeal stenoz varlığı	3/9	3/21	0.329
Cerrahi tedavi oranı	8/9	14/21	0.374
Mortalite	1/9	2/21	1.000

Tablo 5. Trakeal Darlık Derecesine Göre Karşılaştırma

Trakeal Darlık derecesi	Hafif (n=18)	Ağır (n=4)	p
Tanı yaşı (ay), medyan (IQR)	5.0 (0.8–57.0)	3.0 (2.8–3.0)	0.569
Ameliyat yaşı (ay), medyan (IQR)	6.0 (3.2–11.4)	6.6 (3.8–12.7)	0.808
Cinsiyet (E/K)	8 / 10	2 / 2	1.000
Komplet ring / İnkomplet ring	6 / 12	1 / 3	1.000
Stridor	8/18	3/4	0.586
Kronik öksürük	3/18	0/4	1.000
Wheezing	2/18	0/4	1.000
Astım	1/18	0/4	1.000
Solunum sıkıntısı	4/18	1/4	1.000
Beslenme güçlüğü	0/18	0/4	1.000
Trakeal stenoz varlığı	4/18	2/4	0.292
Cerrahi tedavi oranı	12/18	4/4	0.541
Mortalite	1/18	2/4	0.073

Tablo1: Tanımlayıcı İstatistikler Tablo2: Tanı Grupları Dağılımı Tablo3:FFB'de Hava Yolu Bası Derecesi Tablo4: Komplet vs İnkomplet Karşılaştırma Tablo5: Trakeal Darlık Derecesine Göre Karşılaştırma

SS-58

TRAKEOSTOMİLİ ÇOCUKLARDA DEKANÜLASYON ÖNCESİ BRONKOSKOPİ VE POLİSOMNOGRAFİ BULGULARI İLE DEKANÜLASYON SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Emre Ugurlu[1], Neval Metin Çakar[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Ozdemırcıoglu[1], Müge Merve Akkitap Yiğit[1], Busra Ozgunay[1], Fatma Qafarova[1], Sule Bektas[1], Ömer Uysal[1], Seyda Karabulut[1], Özge Kılıç Bayar[2], Cansu Yilmaz Yegit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gokdemir[1], Ela Erdem Eralp[1], Fazilet Karakoç[1], Gürsu Kıyan[2], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları
[2]Marmara Üniversitesi Çocuk Cerrahisi

Giriş: Bu çalışmada, trakeostomili çocuklarda dekanülasyon öncesinde uygulanan fleksibl fiberoptik bronkoskopi (FOB), rijid bronkoskopi ve polisomnografi (PSG) bulguları ile dekanülasyon sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Dekanülasyon amacıyla değerlendirilen 25 trakeostomili çocuğun dosyaları retrospektif incelendi. Demografik veriler, trakeostomi özellikleri, FOB ve rijid bronkoskopi bulguları, kanül kapatılarak yapılan PSG parametreleri, dekanülasyon öncesi girişimler ve sonuçlar kaydedildi.

Bugular: Hastaların 15'i (%60) erkekti. Trakeostomilerin 21'i (%84) dış merkezde açılmıştı ve tümünde endikasyon uzamış mekanik ventilasyondu. Primer tanı 11 hastada (%44) nörolojik/nöromusküler, yedisinde (%28) üst hava yolu/kraniyofasiyal, dördünde (%16) kardiyaktı. Trakeostomi açılma yaşı medyan 0,4 yıl, dekanülasyon kararı yaşı 4,1 yıldı. İlk muayeneden dekanülasyon kararına kadar medyan 2,7 ay, karardan dekanülasyona kadar 9,0 ay geçmişti. 19 hastaya (%76) yalnızca FOB, ikisine (%8) yalnızca rijid, dördüne (%16) her iki yöntem uygulandı. 14 hastada (%56) anormal bulgu saptandı; en sık granülasyon dokusu (n=9) ve malazi (n=5) izlendi. 4 hastaya (%16) dekanülasyon öncesi girişim granülasyon dokusuna yönelik işlem uygulandı. Tüm hastalara PSG yapıldı; medyan apne-hipopne indeksi 2,5, santral apne indeksi 0,5 bulundu. Obstrüktif uyku apnesi 13 hastada hafif, ikisinde orta, üçünde ağır düzeydeydi. 18 hastada (%72) dekanülasyon denendi; 17'si (%94) ilk denemede, biri erken başarısızlık sonrası ikinci denemede başarılı oldu. Denenmeyen yedi hastanın (%28) beşinde dekanülasyon öncesi işlem planlanmış, birinde bronkoskopi, birinde PSG bulgusu nedeniyle dekanülasyondan vazgeçilmiştir.

Sonuç: Bronkoskopi ve PSG değerlendirmesi sonrasında dekanülasyon planlanan hastaların tamamı başarı ile dekanüle edildi. En sık saptanan ve düzeltilebilir bulgu granülasyon dokusuydu; bu sonuç dekanülasyon öncesi hava yolu endoskopisinin gerekliliğini desteklemektedir.

SS-59

ÇOCUKLARDA TRAKEOSTOMİ SONRASI İLK YILDA PSEUDOMONAS AERUGİNOSA HAVAYOLU KOLONİZASYONU: SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK FAKTÖRLER

Eren Birinci Ozcan[1], Mukaddes Ağırtıcı[1], Fazılcan Zirek[1], Gizem Özcan[1], Merve Havan[2], Tanıl Kendirli[2], Nazan Çobanoğlu[1]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

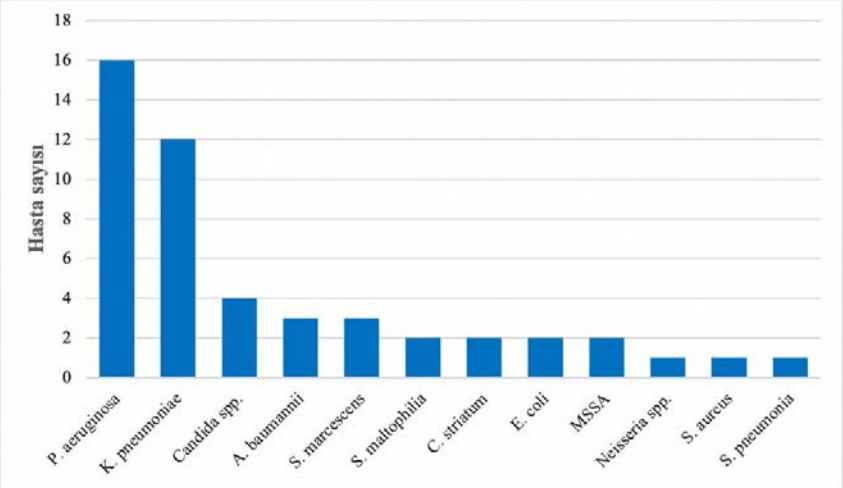
Giriş: Bu çalışmada, trakeostomili çocuklarda trakeostomi sonrası ilk bir yıl içinde *P. aeruginosa* havayolu kolonizasyonunun sıklığının ve kolonizasyonla ilişkili klinik faktörlerin belirlenmesi; ayrıca kolonizasyonun mekanik ventilasyon, yoğun bakım ünitesi ve hastane yatış süreleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Bu tek merkezli ve retrospektif kohort çalışmasına, Ocak 2014 - Aralık 2024 tarihleri arasında trakeostomi açılan ve taburculuk sonrası ilk 12 aylık izlemi aynı merkezin Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği tarafından yapılan 18 yaş altı hastalar dahil edildi. İmmün yetmezliği, malignitesi, organ/kök hücre nakli veya immünsüpresif tedavi öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Persistan havayolu kolonizasyonu, takip süresince aynı mikroorganizmanın en az 30 gün arayla alınan en az iki farklı endotrakeal aspirat (ETA) kültüründe izole edilmesi olarak tanımlandı.

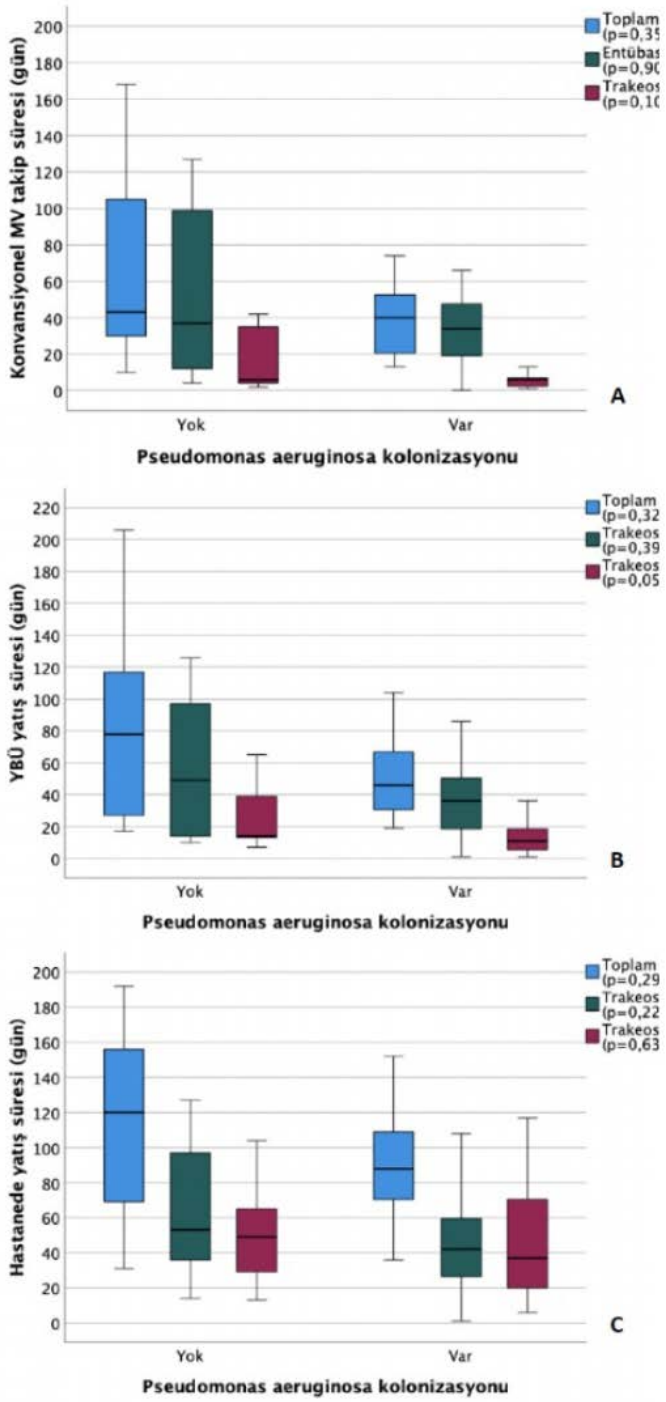
Sonuçlar: Çalışmaya ortanca trakeostomi açılma yaşı 16 ay (ÇDA, 8–61) olan toplam 36 hasta (%55,6 erkek) dahil edildi. En sık izlenen komorbidite %80,6 oranıyla sinir sistemi hastalıklarıydı. Hastaların %72,2'sinde trakeostomi öncesi ETA kültüründe üreme saptanırken, en sık izole edilen etkenler *P. aeruginosa* (n=16) ve *K. pneumoniae* (n=12) idi. *P. aeruginosa* kolonizasyonu olan grupta (n=23), olmayan gruba (n=13) kıyasla trakeostomi açılma yaşı, santral sinir sistemi hastalığı ve trakeostomi öncesi *P. aeruginosa* üremesi varlığı anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla, p=0,003, p=0,003 ve p=0,008). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, santral sinir sistemi hastalığı kolonizasyon riskini artıran bağımsız bir öngörücü olarak belirlendi (OR:8,43; %95 GA: 1,52–46,79; p=0,015).

Tartışma: Trakeostomi açılan pediatrik hastalarda *P. aeruginosa* kolonizasyonu sıktır ve santral sinir sistemi hastalıkları kolonizasyonun gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörüdür. Önleyici stratejiler ve tedavi planlamalarında, nörolojik komorbiditelerin varlığı dikkate alınmalıdır.

Şekil 1. Trakeostomi öncesi endotrakeal aspirat (ETA) kültürlerinde izole edilen mikroorganizmaların dağılımı



Şekil 2. Pseudomonas aeruginosa kolonizasyonu olan ve olmayan hastaların takip ve yatış sürelerinin karşılaştırılması (A: Konvansiyonel mekanik ventilasyon süreleri, B: Yoğun bakım ünitesi yatış süreleri, C: Hastanede yatış süreleri)



Kutular çeyrek değer aralığını (ÇDA), kalın çizgiler medyanı, bıyıklar ise 1,5xÇDA aralığını gösterir. p değerleri Mann-Whitney U testine aittir. MV: mekanik ventilasyon, YBÜ: yoğun bakım ünitesi

Tablo 1. Trakeostomi açılan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin Pseudomonas aeruginosa kolonizasyonu varlığına göre karşılaştırılması

Özellikler	Toplam (n=36)	Pseudomonas kolonizasyonu yok (n=13)	Pseudomonas kolonizasyonu var (n=23)	p değeri*
Cinsiyet, n (%)				0,393
Erkek	20 (55,6)	6 (46,2)	14 (60,9)	
Kız	16 (44,4)	7 (53,8)	9 (39,1)	
Trakeostomi açılma yaşı, ay, ortanca (ÇDA)	16 (8–61)	8 (5–14)	31 (14–107)	0,003
Prematürite, n (%)	14 (38,9)	5 (38,5)	9 (45,0)	0,854
Doğum ağırlığı, gram, ortalama±ss	2911±571	2929±303	2901±695	0,883
Eşlik eden hastalıklar, n (%)				
Sinir sistemi hastalıkları	29 (80,6)	7 (53,8)	22 (95,7)	0,005
Santral sinir sistemi hastalığı	23 (63,9)	4 (30,8)	19 (82,6)	0,003
Müsküler hastalık	9 (25,0)	4 (30,8)	5 (21,7)	0,693
Solunum sistemi hastalıkları	15 (41,7)	8 (61,5)	7 (30,4)	0,069
Konjenital kalp hastalığı	10 (27,8)	5 (38,5)	5 (21,7)	0,440
Sendrom/kromozom anomalisi	6 (16,7)	2 (15,4)	4 (17,4)	>0,99
Metabolik hastalık	5 (13,9)	1 (7,7)	4 (17,4)	0,634
PEG açılma, n (%)	24 (66,7)	7 (53,8)	17 (73,9)	0,281
Nissen operasyonu†	19 (79,2)	4 (57,1)	15 (88,2)	0,126
Trakeostomi öncesi ETA üremesi, n (%)	26 (72,2)	9 (69,2)	17 (73,9)	>0,99
Pseudomonas aeruginosa	16 (44,4)	2 (15,4)	14 (60,9)	0,008

*ÇDA: çeyrek değer aralığı, PEG: perkütan endoskopik gastrostomi, ETA: endotrakeal aspirasyon † PEG açılan hastalarda (n=24) alt grup analizi olarak hesaplanmıştır *Kolonizasyon varlığına göre gruplar arası karşılaştırma, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı*

Tablo 2. Pseudomonas aeruginosa kolonizasyonunu öngörücü faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	β katsayısı (S.H.)	OR	%95 GA	p değeri
Santral sinir sistem hastalığı	2,131 (0,875)	8,43	1,52–46,79	0,015
Trakeostomi açılma yaşı	0,018 (0,012)	1,02	0,99–1,04	0,159

β: beta, S.H.: standart hata, OR: Odds oranı, GA: güven aralığı, YBÜ: yoğun bakım ünitesi Nagelkerke R2 değeri: 0,421, Hosmer-Lemeshow test p=0,396. (Modelin genel doğruluk oranı: %80,6) p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

SS-60

HASTALIK MODİFİYE EDİCİ TEDAVİ ALAN SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ HASTALARINDA SOLUNUMSAL MORBİDİTE VE İLİŞKİLİ KLİNİK ÖZELLİKLER

Özge Meral[1], Olgay Bildik[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Spinal musküler atrofi (SMA), ilerleyici nöromusküler hastalıktır ve solunumsal komplikasyonlar morbiditenin başlıca belirleyicisidir. Bu çalışmada tedavi alan SMA hastalarında solunumsal morbiditeyle ilişkili klinik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezde izlenen 39 SMA hastasının verileri retrospektif incelendi; ana analiz 29 SMA tip-1 hastasında yapıldı. Düzenli ventilasyon desteği, skolyoz, çan göğüs, atelektazi, beslenme şekli, kümülatif solunum nedenli hastane yatışları değerlendirildi. CHOP-INTEND ve Hammersmith Fonksiyonel Motor Skalası-Genişletilmiş (HFMSE) puanları analiz edildi. Fisher testi, Mann–Whitney U testi, Spearman korelasyonu kullanıldı; motor analizlerde Holm düzeltmesi uygulandı.

Bulgular: Kohortun %74,4'ü (n=29) SMA tip-1, %10,3'ü tip-2, %15,4'ü tip-3'tü. SMA tip-1 grubunda 13 hastada (%44,8) düzenli ventilasyon desteği gereksinimi vardı (NIV n=5; invaziv ventilasyon n=8). Skolyozu olanlarda ventilasyon desteği olmayanlara göre daha sıktı (%80 [12/15]'e karşı %7,1 [1/14];p<0,001). Çan göğüs deformitesi bulunan hastalarda ventilasyon desteği daha sıktı (%85,7 [12/14]'ye karşı %6,7 [1/15]; p<0,001). Atelektazisi olanlarda ventilasyon desteği sıklığı %71,4, atelektazisi olmayanlarda %20 idi (p=0,009). Enteral veya kombine beslenenlerde ventilasyon desteği (%90,9) tam oral beslenenlere (%16,7) göre daha sıktı (p<0,001). Ventilasyon desteği alanlarda kümülatif solunum nedenli yatış medyanı daha yüksekti (p<0,001). HFMSE puanı ventilasyon desteği alanlarda daha düşüktü (Holm-düzeltilmiş p=0,008) ve kümülatif yaşam boyu solunum nedenli yatışla negatif korele idi (rho=-0,61; Holm-düzeltilmiş p=0,003); CHOP-INTEND grubunda küçük örneklem nedeniyle anlamlılığa ulaşmadı. Ventilasyon desteği alan hastalar daha büyük yaştaydı (p=0,003).

Sonuç: Çalışmamızda skolyoz, çan göğüs deformitesi, atelektazi ve enteral beslenme gereksinimi düzenli ventilasyon desteğiyle; ventilasyon desteği ise daha yüksek kümülatif solunum nedenli yatış yüküyle ilişkili bulundu. Bulgular ağır solunumsal fenotipe eşlik eden klinik göstergeler olarak yorumlanmalıdır.

SS-61

AKONDROPLAZİLİ ÇOCUKLARDA POLİSOMNOGRAFİK DEĞERLENDİRME VE POZİTİF HAVA YOLU BASINCI TEDAVİSİNE YANIT

Muge Merve Akkıtap Yıgıt[1], Ahmet Kahveci[2], Seyda Karabulut[1], Ceren Ayça Yıldız[1], Eda Esra Baysal[1], Fulya Ozdemırcıoglu[1], Busra Ozgunay[1], Emre Ugurlu[1], Aylin Tugba Canbaz[2], Cansu Yilmaz Yegit[1], Almala Pınar Ergenekon[1], Yasemin Gokdemir[1], Serap Demircioglu[2], Ela Erdem Eralp[1], Fazilet Karakoç[1], Bülent Karadağ[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

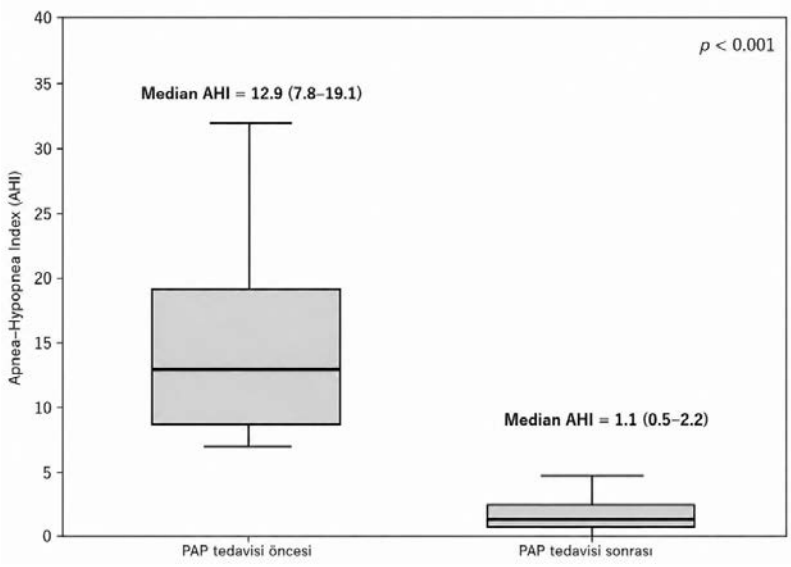
Amaç: Akondroplazi, en sık görülen iskelet displazisi olup çoğunlukla obstrüktif nitelikteki uykuda solunum bozuklukları (USB) ile sıklıkla ilişkilidir. Klinik bulguların öngörü değerinin sınırlı olması nedeniyle polisomnografi (PSG), tanıda altın standart olmayı sürdürmektedir. Bu çalışmada, AK'li çocukların polisomnografik bulgularının tanımlanması, USB şiddetinin belirlenmesi, klinik öngördürücülerin ve pozitif hava yolu basıncı (PAP) tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Üçüncü basamak bir çocuk uyku merkezinde 2015–2026 yılları arasında PSG yapılan ve genetik olarak doğrulanmış akondroplazi tanısı bulunan çocukların klinik ve polisomnografik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya akondroplazi tanılı 49 çocuk dahil edildi. Otuz sekiz hastada (%77,6) uyku apnesi saptandı. En sık görülen fenotip obstrüktif uyku apnesiydi (%57,1); bunu santral uyku apnesi (%12,2) ve kombine apne (%8,2) izledi. On beş hastada (tüm kohortun %30,6'sı) orta-ağır şiddette hastalık mevcuttu. Klinik semptomların USB varlığını ve şiddetini öngörme gücü düşüktü; ancak Çocukluk Çağı Uyku Anketi puanları, orta-ağır apnesi bulunan hastalarda daha yüksekti (0,50'ye karşı 0,15; p=0,016). Yirmi bir hastaya (%42,9) PAP tedavisi endikasyonu konuldu ve tedavi apne-hipopne indeksini anlamlı ölçüde azalttı (medyan AHİ: 12,9'a karşı 1,1 olay/saat; p<0,001).

Sonuç: Semptoma dayalı taramanın sınırlı yararı, akondroplazili çocuklarda rutin polisomnografik tarama yapılması gerektiğini göstermektedir. PAP tedavisi bu hasta grubunda oldukça etkilidir.

Pozitif hava yolu basıncı (PAP) tedavisi öncesi ve sonrası apne-hipopne indeksinin (AHİ) kutu grafiği ile karşılaştırılması.



Uyku Apnesi Türleri ve Şiddeti



Akondroplazili Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellik	Değer
Cinsiyet, n(%)	
Kız	23 (46,7)
Erkek	26 (53,1)
Yaş (ay), medyan (25.–75. persentil)	45,4 (23,2–96,8)
Boy (cm), ortalama ± SS	87,63 ± 22,22
Ağırlık (kg), medyan (25.–75. persentil)	13 (10–25)
Vücut kitle indeksi (kg/m²), medyan (25.–75. persentil)	19,7 (18,3–23,8)
VKİ Z skoru, medyan (25.–75. persentil)	1,75 (1,17–2,42)
VKİ Z skoru ≥ +2, n (%)	12 (24,5)
Hidrosefali, n (%)	15 (30,6)
Hidrosefali cerrahisi, n (%)	2 (4,1)
Adenotonsiller hipertrofi, n (%)	17 (34,7)
Adenotonsillektomi, n (%)	2 (4,1)
Prematürite, n (%)	4 (8,2)

Klinik Özellikler ve Uykuyla İlişkili Semptomların Dağılımı

Değişken	n (%)
Horlama	27 (87,1)
Ağzı açık uyuma	25 (80,6
Tanıklı apne	9 (29,0)
Gündüz uykululuk hali	8 (25,8)
Anormal uyku pozisyonu	7 (22,6)
Ağız kuruluğu	7 (22,6)
Uyku sırasında aşırı terleme	5 (16,1)
Sabah baş ağrısı	3 (9,7)
Uyanma güçlüğü	2 (6,5)

SS-62

KONJENİTAL KALP HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA HAVA YOLU BASISI VE TRAKEOBRONKOMALAZİ: TEK MERKEZLİ FLEKSİBL BRONKOSKOPİ ÇALIŞMASI

Nesrin Havare, Uğur Girgiç, Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Gülay Bilgin, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

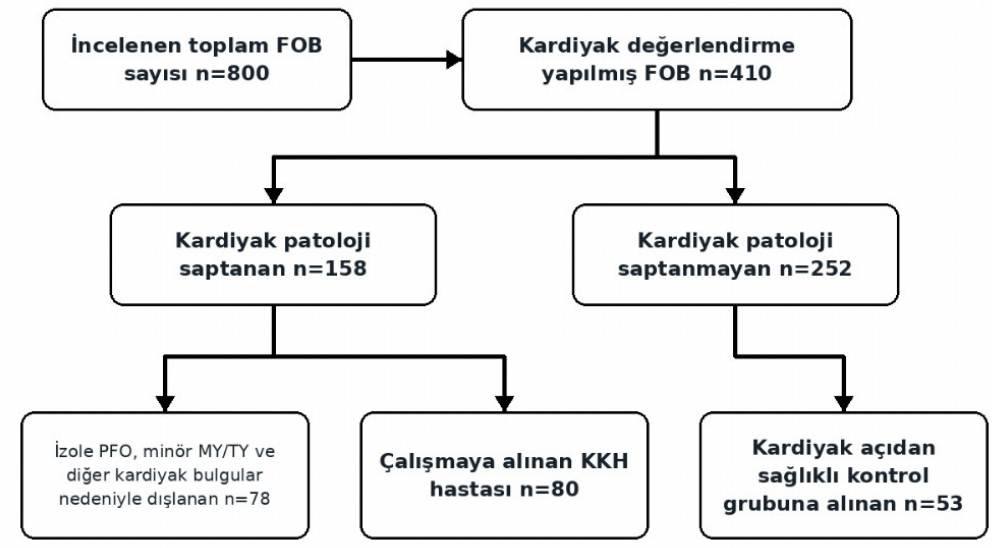
Giriş: Konjenital kalp hastalıklarında (KKH) anormal vasküler yapılar ve cerrahi sonrası anatomik değişiklikler hava yolu basısı ve malaziye yol açabilir. Bu çalışmada KKH'li çocukların fleksibl bronkoskopi (FOB) bulgularının kardiyak lezyon gruplarına göre değerlendirilmesi ve kardiyak açıdan sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.

Gereçler ve Yöntem: 2018–2026 yılları arasında FOB uygulanan 0-18 yaş hastalar geriye dönük olarak tarandı (Şekil 1). Kardiyak değerlendirme kaydı bulunan hastalar arasından, KKH'li çocuklarla yaş ve cinsiyet açısından benzer olan ve kardiyak değerlendirmelerinde patoloji saptanmayan hastalar kontrol grubuna dâhil edildi. KKH'li hastalar soldan sağa şant, aortik ark anomalileri, pulmoner vasküler/sağ ventrikül çıkış yolu lezyonları, kompleks/siyanotik KKH ve sol ventrikül çıkış yolu/kapak hastalıkları olarak sınıflandırıldı. Birincil sonuç dıştan hava yolu basısı; ikincil sonuçlar trakeomalazi, bronkomalazi ve herhangi bir alt hava yolu malazisiydi. Karşılaştırmalarda Fisher'in kesin testi ve Mann–Whitney U testi kullanıldı.

Sonuçlar: Grupların yaş ve cinsiyet dağılımları benzerdi (p=0,102 ve p=0,717). Dıştan hava yolu basısı KKH grubunda kontrollere göre daha sıktı [30/80 (%37,5) ve 1/53 (%1,9); OR=31,2; %95 GA: 4,1–237,5; p<0,001] (Tablo 1). Bası sıklığı kardiyak gruplar arasında farklıydı (p<0,001) ve en yüksek oran aortik ark anomalilerindeydi (%75,0). Herhangi bir alt hava yolu malazisi KKH grubunda daha sıktı (%23,8 ve %9,4; OR=2,99; p=0,040); izole trakeomalazi farkı anlamlılığa ulaşmadı (%17,5 ve %5,7; p=0,062). KKH grubunda trakeomalazi dış basısı olanlarda daha sıktı (%30,0 ve %10,0; OR=3,86; p=0,033).

Tartışma: KKH'li çocuklarda dıştan hava yolu basısı ve alt hava yolu malazisi, kardiyak açıdan sağlıklı kontrollere göre daha sık saptanmıştır. Bu bulgular, FOB'un KKH'li çocuklarda hava yolu anomalilerinin kapsamlı ve dinamik değerlendirilmesindeki önemini desteklemektedir.

Şekil 1



Hasta seçim süreci ve çalışma gruplarının oluşturulması

Tablo 1

FOB bulgusu	KKH grubu (n=80), n (%)	Kontrol grubu (n=53), n (%)	OR (%95 GA)	p
Dıştan hava yolu basısı	30 (%37,5)	1 (%1,9)	31,2 (4,1–237,5)	<0,001
Herhangi bir alt hava yolu malazisi	19 (%23,8)	5 (%9,4)	2,99 (1,04–8,59)	0,040
Trakeomalazi	14 (%17,5)	3 (%5,7)	3,54 (0,96–12,97)	0,062

KKH ve kontrol gruplarının fleksibl bronkoskopi bulgularının karşılaştırılması

SS-63

EVDE UZUN SÜRELİ SOLUNUM DESTEĞİ KULLANAN ÇOCUKLARDA SAĞLIK DIŞI SEYAHAT: ENGELLER, DENEYİMLER VE DESTEK GEREKSİNİMLERİ

Kübra Özkaya, Gökçen Kartal Öztürk, Hazal Gacemer, Gülcan Yılbaş Kara, Neslihan Halavurt, Mustafa Öklü, Figen Gülen
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları; İzmir

Giriş: Evde uzun süreli solunum desteği(USD) kullanan çocuklarda sağlık dışı seyahat; tıbbi cihaz bağımlılığı, sürekli bakım gereksinimi ve lojistik güçlükler nedeniyle kısıtlanabilir. Bu çalışmada sağlık dışı seyahat gerçekleştirme durumunun, seyahate engel olan etmenlerin, seyahat deneyimlerinin ve ailelerin destek gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereçler ve Yöntem: Ege üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları USD ile izlem veri tabanına kayıtlı 2500 hasta dosyası incelendi.USD gereksinimi olan 46 olgu içerisinden veri eksiği olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 40 çocuğun bakımvereni tek merkezli, kesitsel, keşifsel anket çalışmasına dahil edildi. Veriler yapılandırılmış anketle toplandı. Sağlık dışı seyahat; sağlık hizmeti alma amacı taşımayan yolculuklar olarak tanımlandı. Birincil sonlanım noktası son 12 ayda en az bir sağlık dışı seyahat gerçekleştirilmesiydi.

Bulgular: Katılımcıların 17/40(%42,5) son 12 ayda sağlık dışı seyahat gerçekleştirmişti. Seyahat etmeyenlerde en sık bildirilen engeller klinik kötüleşme/güvenlik kaygısı [20/23(%87,0)], cihaz-ekipman ve sarf malzemelerinin taşınma yükü [16/23(%69,6)] ve bakım gereksinimleri düzenin bozulmasına ilişkin güçlüklerdi [15/23(%65,2)]. Kısmi ventilatör bağımlılığı olanlarda seyahat oranı, sürekli/çok yüksek ventilatör bağımlılığı olanlara göre daha yüksekti [11/15(%73,3) ve 6/25(%24,0); p=0,002]. Seyahat eden ailelerin 15/17'si (%88,2) deneyimi olumlu değerlendirdi. Uygun destek sağlandığında katılımcıların %77,5'i gelecek 12 ayda sağlık dışı seyahate olumlu yaklaştığını bildirdi

Tartışma: Bulgular, evde USD kullanan çocuklarda sağlık dışı seyahatin klinik durumun yanı sıra, bakım ve ekipman yüküyle de şekillendiğini göstermektedir. Seyahat eden ailelerin deneyimlerinin büyük ölçüde olumlu olması ve uygun destek sağlandığında seyahat isteğinin belirgin biçimde artması, birçok engelin değiştirilebilir olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle seyahat, yalnızca bir ulaşım konusu değil; çocuğun ve ailesinin ev dışı yaşama ve sosyal katılıma erişiminin bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Tablo 1. Katılımcı çocukların klinik ve bakım özellikleri (n=40)

Tablo 1. Katılımcı çocukların klinik ve bakım özellikleri (n=40)

Özellik	n (%) veya ortalama ± SS
Yaş, ay	125,7 ± 68,1
Cinsiyet	
Kız	20 (50,0)
Erkek	20 (50,0)
Primer tanı grubu	
Nöromusküler hastalık	12 (30,0)
Santral nörolojik/nörogelişimsel hastalık	12 (30,0)
Genetik/metabolik/sendromik hastalık	11 (27,5)
Diğer*	5 (12,5)
Evde solunum desteği yöntemi	
NIV (BiPAP)	14 (35,0)
Trakeostomi yoluyla invaziv mekanik ventilasyon	26 (65,0)
Günlük ventilatör bağımlılığı	
Kısmi (<12 saat/gün veya yalnız uyku sırasında)	15 (37,5)
Sürekli/çok yüksek bağımlılık (24 saat; yalnız çok kısa sürelerle ventilatörden ayrılabilen)	25 (62,5)
Hareket ve transfer durumu	
Bağımsız yürür	7 (17,5)
Destekle/kısa mesafe yürür	5 (12,5)
Tekerlekli sandalye kullanır	3 (7,5)
Transfer için tam destek gerekir	25 (62,5)
Temel beslenme yolu	
Oral	16 (40,0)
Nazogastrik/nazojejunal tüp (NG/NJ)	10 (25,0)
Gastrostomi/PEG	14 (35,0)
Ev dışında aspirasyon gereksinimi	28 (70,0)
Ev dışında oksijen gereksinimi	27 (67,5)
Bakım ve sosyal destek özellikleri	
Bağımsız bakım verebilen ikinci bakımveren mevcut	18 (45,0)
Günlük bakım >12 saat veya gün boyu sürekli	26 (65,0)
Bakım nedeniyle çalışma yaşamı etkilenmiş	20 (50,0)
Belirgin/çok ciddi ekonomik bakım yükü	24 (60,0)
Çocuğu ve ekipmanı güvenle taşıyabilecek araca sürekli erişim	31 (77,5)

* Diğer tanı grubu; primer pulmoner hastalıklar, onkolojik hastalığa bağlı durumlar ve göğüs duvarı/iskelet sistemi hastalıklarını içermektedir.

Tablo 2. Son 12 Ayda Sağlık Dışı Seyahat Durumu Ve Seyahat Gerçekleştiren Ailelerin Deneyimleri

Seyahat sonucu	n/N (%)
Son 12 ayda sağlık dışı seyahat durumu	
En az bir seyahat gerçekleştirdi	17/40 (42,5)
Seyahat gerçekleştirmeyenlerde (n=23)	23/40 (57,5)
Seyahat istedi ancak somut plan yapmadı	8/23 (34,8)
Seyahat istemedi/planlamadı	15/23 (65,2)
Seyahat gerçekleştirenlerde (n=17)	
Son 12 ayda ≥3 seyahat	11/17 (64,7)
İl dışı seyahat	11/17 (64,7)
Tek yön yolculuk >2 saat	9/17 (52,9)
Özel araçla seyahat	15/17 (88,2)
Akraba/arkadaş evinde konaklama	15/17 (88,2)
Cihaz/ekipman taşıma güçlüğü yaşadı	8/17 (47,1)
Cihaz ve malzemeleri taşımayı belirgin yük olarak değerlendirdi	10/16 (62,5)
Seyahat sırasında klinik kötüleşme yaşadı	1/17 (5,9)
Planlanmamış sağlık hizmeti kullanımı	0/17 (0)
Seyahat öncesi hazırlığını yeterli buldu	17/17 (100)
Seyahati çocuk ve aile için olumlu değerlendirdi	15/17 (88,2)
Benzer koşullarda yeniden seyahat etmeye olumlu yaklaştı	15/17 (88,2)

Tablo 3. Sağlık Dışı Seyahat Gerçekleştirmeyen Bakımverenlerde Bildirilen Engeller (n=23)

Engel alanı	n (%)
Klinik kötüleşme ve güvenliğe ilişkin kaygılar	20 (87,0)
Cihaz, ekipman ve sarf malzemelerinin taşınma yükü	16 (69,6)
Bakım gereksinimleri ve günlük düzenin bozulmasına ilişkin güçlükler	15 (65,2)
Evden çıkış için gereken hazırlık süresinin uzunluğu	11 (47,8)
Ulaşım, araç ve konaklamaya ilişkin güçlükler	6 (26,1)
Ekonomik yük	2 (8,7)

*Katılımcılar birden fazla engel bildirebildiğinden yüzdelerin toplamı %100'ü aşmaktadır.

Tablo 4. Son 12 Ayda Sağlık Dışı Seyahat Durumuna Göre Klinik Ve Bakım Özelliklerinin Tek Değişkenli Karşılaştırılması

Özellik	Seyahat etti, n/N (%) veya ortalama ± SS (n=17)	Seyahat etmedi, n/N (%) veya ortalama ± SS (N=23)	Düzeltilmemiş OR (%95 GA)	p değeri
Yaş, ay	115,9 ± 69,0	133,0 ± 68,0	—	0,442
Solunum desteği yolu				0,041
BiPAP	9/14 (64,3)	5/14 (35,7)	4,05 (1,02–16,13)	
Trakeostomi yoluyla invaziv MV	8/26 (30,8)	18/26 (69,2)	1,00	
Ventilatör bağımlılığı				0,002
Kısmi ventilatör bağımlılığı*	11/15 (73,3)	4/15 (26,7)	8,70 (2,01–38,46)	
Sürekli/çok yüksek ventilatör bağımlılığı†	6/25 (24,0)	19/25 (76,0)	1,00	
Mobilite				0,043
Mobil/kısmen mobil	8/12 (66,7)	4/12 (33,3)	4,22 (1,00–17,86)	
Belirgin mobilite bağımlılığı	9/28 (32,1)	19/28 (67,9)	1,00	
Beslenme yolu				0,151
Oral beslenme	9/16 (56,3)	7/16 (43,8)	2,57 (0,70–9,43)	
Enteral tüple beslenme‡	8/24 (33,3)	16/24 (66,7)	1,00	

Değerler n/N (%) veya ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılım gösterdiğinde bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ile karşılaştırıldı; tüm 2×2 karşılaştırmalarda beklenen hücre frekansları ≥5 idi. OR: odds ratio; GA: güven aralığı; BiPAP: bilevel positive airway pressure; MV: mekanik ventilasyon. MV: mekanik ventilasyon. * Yalnız uyku sırasında veya <12 saat/gün ventilasyon kullanımı.
† 24 saat ventilatör desteği gerektiren ve yalnızca çok kısa sürelerle ventilatörden ayrılabilen hastalar.
‡ NG/NJ ve gastrostomi/PEG ile beslenen hastaları içerir.

SS-64

EVDE MEKANİK VENTİLASYON KULLANAN ÇOCUK HASTALARDA MORTALİTEYİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Gulzar Alishbayli, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemırcıoglu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Fatma Qafarova, Sule Bektas, Ömer Uysal, Ceren Ayça Yıldız, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çocuklarda evde mekanik ventilasyon (EMV) kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Pediatrik evde mekanik ventilasyon desteği alan (invaziv veya non-invaziv) çocuk hastaların takibinde uzun süreli sonuçlar heterojen seyretmekte ve mortalite risk stratifikasyonu yeterince tanımlanamamaktadır.

Amaç: Çalışmamızda EMV kullanan çocuk hastalarda mortalite oranının ve mortaliteyi etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif kohort çalışmamıza kliniğimizde takipli EMV kullanan 114 hasta dahil edildi. Mortalite risk faktörleri Cox regresyonu analizi ile değerlendirildi. Sağkalım analizleri için olaya kadar geçen süre EMV başlanmasından tüm nedenlere bağlı ölüme (olay) kadar geçen süre (ay cinsinden) olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmamıza alınan hastaların ortanca ventilasyon başlama yaşı 35.5 ay (IQR: 12-99.5 ay) olup, %40.4'ü (n=46) kadındı. 114 hastadan 31'inin hayatını kaybettiği görüldü (kümülatif mortalite oranı %27). Post-EMV ortanca takip süresi 4,1 yıl (IQR: 2,7–7,1 yıl) olup, toplam 614,9 hasta-yılı takip süresince genel mortalite hızı 100 hasta-yılında 5,04 ölüm olarak hesaplandı (%95 GA: 3,55–7,17). Primer tanıya göre kontrol edildiğinde ambulasyon durumunun (ambule hasta grubunda HR = 0.133, 95% GA:[0.029, 0.599], p =.009) ve ventilatör başlama yaşının (6-12 yaş HR = 2.823, 95% GA [1.189, 6.702], p =.019) mortalite için bağımsız risk faktörü olduğu saptandı.

Sonuç: Fonksiyonel kısıtlılık düzeyinin EMV kullanan hastalarda mortalite için bağımsız risk faktörü olduğu görüldü. Ambulasyon durmuna göre düzeltildikten sonra dahi geç EMV başlangıç yaşının (0-6 yaş vs. 6-12 yaş) daha yüksek mortalite ile ilişkili bulunması bu hastalarda EMV başlama endikasyonunun gecikmesi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Bunun için EMV başlangıcında pulmoner fonksiyonel kapasite ölçümlerini de hesaba katan çalışmalara gerek vardır.

Tanımlayıcı istatistikler

Değişken		% (n)
Yaş	10.2 yıl (IQR 2.6-7 yıl)	
Cinsiyet	Kadın Erkek	40.4 (46) 59.6 (68)
Tanı	Yapısal1 Nörolojik Primer pulmoner Multisistem hastalık2 Uyku apnesi Nöromusküler Missing	4.4 (5) 20.2 (23) 10.5 (12) 34.2 (39) 6.1 (7) 20.2 (23) 4.4 (5)

Hareket kısıtlılığı	Yatağa bağımlı Oturabiliyor Ev içi ambule Dışarıda kısıtlı ambule Yaşına göre normal	46.5 (53) 11.4 (13) 11.4 (13) 13.2 (15) 17.5 (20)
Beslenme şekli	PO NG/ND PEG PO+enteral	52.6 (60) 16.7 (19) 21.9 (25) 8.8 (10)
Endikasyon	 Ekstübasyon başarısızlığı Klinik endikasyon Klinik ve laboratuar endikasyon Laboratuar endikasyon - PSG çekilmiş olan	29.8 (34) 20.2 (23) 21.9 (25) 28.1 (32) 36.8(435.1(40) 64.9 (74) 2)*
Ventilasyon başlanma yeri	YBÜ Servis Uyku çalışması sonrası Poliklinik	35.1 (40) 33.3 (38) 30.7 (35) 0.9 (1)
Ventilasyon türü	IV NIV	35.1(40) 64.9 (74)
Ventilasyon modu	CPAP BPAP PCV	8.8 (10) 56.1 (64) 35.1 (40)
Ventilasyon süresi	Tam Kısmi Missing	21.9 (25) 77.2 (88) 0.9 (1)
Oksijen ihtiyacı	Var Yok Missing	43 (49) 56.1 (64) 0.9 (1)
Toplam		100 (114)

*1Göğüs deformitesi, kifoskolyoz, havayolu anomalileri 2Genetik ve sendromik,metabolik hastalıklar *Klinik ve laboratuar endikasyon ve tek laboratuar endikasyon olan hatsaların bir kısmı*

SS-65

MEKANİK VENTİLASYONUN TRAKEOSTOMİLİ ÇOCUKLARDA HAVA YOLU MİKROBİYOLOJİSİ İLE İLİŞKİSİ: KARŞILAŞTIRMALI KOHORT ÇALIŞMASI

Gülcan Yılbaş Kara, Gökçen Kartal Öztürk, Kübra Özkaya, Hazal Gacemer, Neslihan Halavurt, Mustafa Mutlu Öklü, Figen Gülen
Ege Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Trakeostomili çocuklarda mekanik ventilasyonun hava yolu mikrobiyolojisi üzerindeki etkisine ilişkin verilerin sınırlı olması nedeniyle, kronik invaziv mekanik ventilasyon (MV) desteği alan ve almayan çocukların mikroorganizma izolasyonlarının, kronik kolonizasyon sıklığının ve solunum yolu enfeksiyonu hızlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Aralık 2020-Haziran 2026 arasında EÜTF Çocuk Göğüs Hastalıkları Evde Uzun Süreli Solunum Desteği veri tabanına kayıtlı 180 trakeostomili çocuk olgularının dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Trakeostomi ile izlenen olgular MV bağımlılığına göre iki gruba ayrılarak MV bağımlılığının kronik kolonizasyon sıklığı ve solunum yolu enfeksiyonu hızları gibi özellikler üzerine etkileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların 91'i (%50,6) erkek, ortanca yaş 77,5 ay (44,0-149,5), trakeostomi yaşı 18,0 ay (4,0-61,3), izlem süresi 24,5 ay (10,0-56,5) idi ve 111'i (%61,7) MV bağımlıydı. MV bağımlı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, trakeostomi yaşı, trakeostomi süresi ve izlem süresi açısından fark saptanmadı; altta yatan hastalık dağılımı farklıydı (p=0,001). Kronik kolonizasyon 84 çocukta (%46,7) mevcuttu ve her iki grupta sıklığı benzerdi. MV bağımlılığı Staphylococcus aureus (aOR 2,03; %95 GA 1,01-4,07; p=0,046) ve Stenotrophomonas maltophilia (aOR 3,80; %95 GA 1,55-9,35; p=0,004) kolonizasyonu ile pozitif, Streptococcus pneumoniae ile negatif ilişkiliydi (aOR 0,26; %95 GA 0,08-0,82; p=0,021). Pseudomonas aeruginosa, MRSA ve karbapenem dirençli Gram-negatif basil izolasyonu ile anlamlı ilişki saptanmadı. Solunum yolu enfeksiyonu hızları benzerdi (3,07 ve 2,89/1000 trakeostomi günü).

Sonuç: Kronik invaziv MV desteği, genel kolonizasyon veya enfeksiyon artışından belirli mikroorganizmaların farklı sıklıkta izole edildiği bir hava yolu mikrobiyolojisi ile ilişkiliydi. Trakeal aspirat kültürleri klinik bulgular ve önceki mikrobiyolojik sonuçlarla birlikte yorumlanmalıdır.

Tablo 1

Tablo 1. Mekanik ventilasyon bağımlı ve bağımlı olmayan trakeostomili çocukların demografik, klinik ve mikrobiyolojik özellikleri ile solunum yolu enfeksiyonları ve mortalite açısından karşılaştırılması

Özellik	MV bağımlı (n=111)	MV bağımlı değil (n=69)	p
Yaş, ay	84,0 (44,0-153,0)	70,0 (43,0-136,0)	0,613
Erkek cinsiyet, n (%)	55 (49,5)	36 (52,2)	0,761
Trakeostomi yaşı, ay	25,0 (5,0-90,5)	12,0 (4,0-40,0)	0,110
Trakeostomi süresi, ay	26,0 (10,0-62,5)	27,0 (13,0-57,0)	0,656
İzlem süresi, ay	26,0 (8,5-59,0)	24,0 (14,0-51,0)	0,444
Altta yatan hastalık dağılımı			**0,001**
Nörolojik/nöromusküler/nörometabolik	60 (54,1)	23 (33,3)	
Uzamış entübasyon/travma/edinsel	29 (26,1)	16 (23,2)	
Yapısal/obstrüktif üst hava yolu	9 (8,1)	17 (24,6)	
Kronik akciğer/BPD/aspirasyon/göğüs duvarı	6 (5,4)	11 (15,9)	
Diğer sendromik/immünolojik	7 (6,3)	2 (2,9)	
Oksijen desteği, n (%)	102 (91,9)	22 (31,9)	**<0,001**
Tüple beslenme, n (%)	105 (94,6)	53 (76,8)	**<0,001**
Kronik kolonizasyon, n (%)	51 (45,9)	33 (47,8)	0,878
S. aureus, n (%)	68 (61,3)	29 (42,0)	**0,014**
S. maltophilia, n (%)	36 (32,4)	8 (11,6)	**0,001**
S. pneumoniae, n (%)	7 (6,3)	11 (15,9)	**0,043**
P. aeruginosa, n (%)	76 (68,5)	51 (73,9)	0,503
Karbapenem dirençli GNB, n (%)	37 (33,3)	19 (27,5)	0,508
MRSA, n (%)	14 (12,6)	8 (11,6)	1,000
Solunum yolu enfeksiyonu atağı, ortanca (IQR)	2,0 (1,0-5,0)	3,0 (1,0-4,0)	0,979
Solunum yolu enfeksiyonu hızı /1000 trakeostomi-günü	3,07	2,89	0,464
Mortalite*, n/N (%)	31/100 (31,0)	14/61 (23,0)	0,285

*Mortalite, yaşam durumu bilinen olgular üzerinden hesaplandı. Sürekli değişkenler ortanca (IQR), kategorik değişkenler n (%) olarak verilmiştir. BPD: bronkopulmoner displazi; GNB: Gram-negatif basil; IQR: çeyrekler arası aralık; MRSA: metisiline dirençli Staphylococcus aureus; MV: mekanik ventilasyon.

Mekanik ventilasyon bağımlı ve bağımlı olmayan trakeostomili çocukların demografik, klinik ve mikrobiyolojik özellikleri ile solunum yolu enfeksiyonları ve mortalite açısından karşılaştırılması

SS-66

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA MOTOR FONKSİYON DÜZEYİ VE SPASTİSİTE ŞİDDETİ UYKU BOZUKLUĞUNU ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Gülay Bilgin[1], Şeyma Sönmez Şahin[2], Sinem Can Oksay[3], Yadigar Öztürk[3], Özge Ülgen[3], Eda Gürler[3], Begüm Yörük[3], Saniye Girit[3]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi;Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Göğüs hastalıkları Kliniği,İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi,Çocuk Nöroloji Kliniği,İstanbul
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi,Çocuk Göğüs hastalıkları Kliniği,İstanbul

Giriş: Serebral palsili (SP) çocuklarda uykuda solunum bozukluğu (USB) sıklığı genel pediatrik popülasyondan belirgin olarak yüksektir. Ancak tanıda polisomnografinin (PSG) tüm SP'li çocuklara tarama amacıyla uygulanması pratik değildir. Klinik izlemde rutin kullanılan Modifiye Ashworth Skalası (MAS), Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (GMFCS) ve Manuel Yetenek Sınıflama Sistemi(MACS) düzeylerinin objektif PSG bulgularını öngörmedeki değeri yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmada spastisite şiddeti ve motor fonksiyon düzeyi ile PSG ile saptanan USB şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Ocak 2021-Aralık 2025 arasında USB semptomları nedeniyle tanısal PSG uygulanan, trakeostomili olgular dışlanarak 34 SP'li çocuk retrospektif incelendi. GMFCS ve MACS IV-V ile I-III, maksimum MAS 0-2 ile 3-4 olarak gruplandı. AASM kriterlerine göre skorlanan PSG parametreleri dört uyku anketiyle karşılaştırıldı; Spearman korelasyon ve yaş, BKİ, tonsil derecesine göre düzeltilmiş regresyon analizleri uygulandı.

Bulgular: Otuz dört olgunun %67,6'sı erkek, yaş ortalaması 103,0±54,7 aydı; %67,6'sı GMFCS IV-V, %61,8'i MACS IV-V idi. Ortanca OAHI 6,70, minimum SpO2 %82,0; AHI≥1 oranı %97,1, orta-ağır USB oranı %58,8 idi.GMFCS ve maksimum MAS; AHI, OAHI, ODI ve anket skorlarıyla anlamlı korele iken ($p<0,05$), yaş, BKİ ve tonsil derecesine göre düzeltildiğinde bu ilişki bağımsızlığını kaybetti. Yalnızca MACS IV-V grubunda AHI, OAHI ve ODI anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$).

Sonuç: SP'li çocuklarda USB neredeyse evrensel olup, motor kısıtlılıkla ilişkisi doğrusal değil, yaş ve BKİ gibi kofaktörler üzerinden aracılı görünmektedir ve bulgular, motor kısıtlılık ile USB şiddeti arasındaki ilişkinin daha çok eşik tipinde olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle semptomatik SP'li çocuklarda PSG gereksinimi hastalık veya spastisite derecesiyle sınırlandırılmamalı; klinik belirtiler ve bireysel risklerle birlikte değerlendirilmelidir.

SS-67

KİSTİK FİBROZİSLİ BİR ÇOCUKTA ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR TEDAVİSİ SIRASINDA ASEMPTOMATİK EVRE III PAPİLÖDEM

Dilara Demirel[1], Deniz Doğru[1], Ayşe Pelin İnci[2], Meltem Yıldız Kayaoğlu[1], Güliz Fatma Yavaş[1], Hande Taylan Şekeroğlu[2], Aykut Demir[3], Halil İbrahim Öncel[3], Ceren Günbey[3], Nagehan Emiralioğlu[1], Ebru Yalçın[1], Uğur Özçelik[1]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI), kistik fibrozisli (KF) çocuklarda klinik sonuçları belirgin olarak iyileştirmektedir. Bununla birlikte papilödem ve intrakraniyal basınç artışı nadir yan etkiler olarak bildirilmiştir. Bu olguda ETI tedavisi sırasında asemptomatik olarak ilerleyen papilödemin klinik seyri ve tedavi yaklaşımı sunuldu.

Gereçler ve Yöntem: F508del homozigot, KF tanılı 11 yaşındaki kız hastanın ETI öncesi ve sonrası solunum fonksiyonları, ter klorür düzeyleri, göz muayeneleri, optik koherens tomografi bulguları ve nörolojik değerlendirmeleri incelendi.

Sonuçlar: ETI öncesinde yüzde beklenen birinci saniye zorlu ekspiratuvar hacim (ppFEV1) %50, ter klorür düzeyi 96 mmol/L ve göz dibi muayenesi normaldi. Tedavinin üçüncü ayında ppFEV1 %62'ye yükseldi, ter klorür 23 mmol/L'ye düştü. Dokuzuncu ayda rutin göz muayenesinde asemptomatik evre I papilödem saptandı; bulgu 12. ayda evre II'ye, 19. ayda evre III'e ilerledi. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme ve venografi normaldi. Lomber ponksiyon açılış basıncı 29 cmH_2O olup sekonder psödotümör serebri sendromuyla uyumluydu. Serum A vitamini normaldi. A vitamini desteği kesildi ve asetazolamid başlandı. Yeterli gerileme olmaması üzerine pulmoner yararı korumak amacıyla ETI tamamen kesilmeden bireyselleştirilmiş doz azaltımı yapıldı. Yirmi dördüncü ayda papilödem tamamen gerilerken ppFEV1 %59 ve ter klorür 30 mmol/L olarak korundu.

Tartışma: ETI ilişkili papilödem, normal A vitamini düzeylerinde ve nörolojik veya görsel yakınma olmaksızın ilerleyebilir. Modülatör tedavi öncesinde ve sırasında optik sinir değerlendirmesini içeren düzenli göz dibi muayeneleri yapılmalıdır. Ciddi pulmoner yarar bulunan hastalarda multidisipliner izlem ve bireyselleştirilmiş doz düzenlemesi, etkinlik ile güvenlik arasında denge sağlayabilir.

SS-68

KİSTİK FİBROZİS TAŞIYICISI BİREYLERDE KLİNİK ÖZELLİKLER VE EŞLİK EDEN DURUMLAR

Fatma Gül Ersan[1], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1], Ezgi Erdem Deniz[2], Ali Buğra Çetinkaya[1], Ayşe Tana Aslan[1]
[1]Gazi Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

Giriş: Kistik fibrozis (KF) taşıyıcılığı uzun yıllar klinik açıdan sessiz kabul edilmiştir. Ancak son yıllarda bu bireylerde KF ilişkili bazı klinik bulguların ve çeşitli sistemik hastalıkların daha sık görülebileceğine dair veriler artmaktadır. Ülkemizde genetik çeşitlilik ve nadir mutasyon sıklığı fazladır. Çalışmamızda CFTR genindeki farklı mutasyonların klinik etkisinin araştırılması amacıyla KF taşıyıcılarının klinik özellikleri değerlendirildi.

Yöntem: Çalışmaya merkezimizde izlenen KF taşıyıcısı çocuklar ile KF hastalarının taşıyıcı oldukları genetik tetkikle gösterilmiş olan ebeveynleri ve kardeşleri dahil edildi. Solunum, gastrointestinal, hepatobiliyer ve ürogenital sistem bulguları ve katılımcıların birinci derece akrabalarının kanser öyküsü retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Medyan yaşı 39 yıl olan, %45'i kadın 80 KF taşıyıcısı değerlendirildi. Taşıyıcıların 7'si çocuktu. En sık solunum sistemi bulguları tekrarlayan sinüzit (%12,5), adenoid hipertrofisi (%13,8), nazal polip (n=4), astım (n=4) ve tekrarlayan pnömoniydi (n=3). Gastrointestinal sistemde gastroözofageal reflü (n=15), karın ağrısı (n=8) ve kabızlık (n=8) öne çıkarken; hepatobiliyer sistemde hepatosteatoz (n=10) ve koledok taşı (n=3) sık saptandı. Ürogenital sistem sorgulamasında 6 taşıyıcıda nefrolitiyazis öyküsü varken, bir erkek taşıyıcının yardımcı üreme teknikleri kullanılarak çocuk sahibi olduğu öğrenildi. Çocuk taşıyıcıların 1'inde koledok kisti, 1'inde tekrarlayan pnömoni öyküsü vardı. Taşıyıcıların 21'inin (%26,3) birinci derece akrabalarında kanser öyküsü vardı; en sık mide (n=9), akciğer (n=4) ve kolon kanseri (n=2) bildirildi. CFTR mutasyon sınıfına göre semptom sıklığı veya ailede kanser öyküsü arasında fark saptanmadı.

Sonuç: KF taşıyıcılarında çeşitli solunum, gastrointestinal, hepatobiliyer ve ürogenital sistem bulguları saptanmıştır. Bu bulgular, özellikle kronik sinüzit, gastroözofageal reflü ve ailede gastrointestinal sistem kanseri öyküsü olanlarda KF taşıyıcılığının rolü ayrıntılı incelenmelidir.

SS-69

PEDİATRİK HASTALARDA EVDE UZUN SÜRELİ NONİNVAZİV SOLUNUM DESTEĞİ UYGULAMALARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sule Bektas, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Ozdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Busra Ozgunay, Emre Ugurlu, Gulzar Alishbayli, Ömer Uysal, Seyda Karabulut, Cansu Yilmaz Yegit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gokdemir, Ela Erdem Eralp, Faziletf Karakoç, Bülent Karadağ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Evde uzun süreli noninvaziv solunum desteği (CPAP/BPAP-ST), geniş hasta popülasyonunda artan sıklıkta kullanılmakta olup, başlanma endikasyonu ve hasta özellikleri açısından merkezler arası farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışmada, Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde CPAP/BPAP-ST başlanan hastaların demografik özellikleri, tanı dağılımları, başlama endikasyon ve yerleri ile klinik özelliklerinin retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2005–2025 yılları arasında noninvaziv solunum desteği başlanan 147 hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Cinsiyet, solunum desteği başlanma yaşı ve türü, tanı grubu, başlanma endikasyonu ve yeri, oksijen ihtiyacı, günlük kullanım süresi, beslenme şekli ve vücut kitle indeksi (VKİ) kaydedilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Fisher'ın kesin testi ve Chi-square testi kullanılmış olup $p<0,05$ istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %58,5'i (n=86) erkek, solunum desteğinin başlanma yaşı medyan 6,0 yıl (IQR: 1,7–10,6), en sık görülen tanı grubu ise genetik ve sendromik hastalıklar (%22,4) olarak belirlenmiştir. Olguların %82,9'una (n=122) BPAP-ST, %17,0'sine (n=25) CPAP başlanmış; BPAP-ST grubunun CPAP grubuna kıyasla anlamlı derecede daha erken yaşta ve daha düşük vücut kitle indeksi değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Başlanma endikasyonu olguların %37,4'ünde yalnızca uyku testi, %38,1'inde klinik, %24,5'inde her iki bulgunun birlikteliğine dayanmaktaydı; başlama yeri sırasıyla uyku laboratuvarı (%46,9), servis (%45,6) ve yoğun bakımdı (%7,5). VKİ medyanı 16,5 kg/m² olup, NG/PEG yoluyla beslenme desteği gereksinimi nöromusküler tanı gruplarında (%33,3–%50,0), uyku apnesi grubuna kıyasla (%4,8) anlamlı derecede yüksekti.

Sonuç: Evde noninvaziv solunum desteği başlanan hastalar geniş bir tanı yelpazesini kapsamakta olup; CPAP/BPAP-ST tercihi ve başlanma koşullarının hastanın yaşına, VKİ'sine ve altta yatan hastalığına göre belirgin farklılıklar gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Tanı gruplarının dağılımı (N=147)

TANI GRUBU	N	%
Genetik ve sendromik hastalıklar	33	22,4
Uyku apnesi	21	14,3
Diğer	16	10,9
Metabolik hastalıklar	12	8,2
Diğer nörolojik hastalıklar	12	8,2
Spinal müsküler atrofi (SMA)	12	8,2
Kistik fibrozis (KF)	9	6,1
Diğer nöromusküler hastalıklar	9	6,1
Bronkopulmoner displazi (BPD)	6	4,1

Havayolu problemleri	5	3,4
Duchenne müsküler distrofi (DMD)	3	2
İnterstisyel akciğer hastalığı (ILD)	2	1,4
Bronşiolitis obliterans (BO)	2	1,4
Santral hipoventilasyon sendromu	2	1,4
Kardiyak hastalıklar	2	1,4
Toraks deformitesi	1	0,7

Başlanma endikasyonu ve başlama yerine göre hasta dağılımı, n (%)

BAŞLANMA ENDİKASYONU	UYKU LABORATUVARI	SERVİS	YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	TOPLAM
Uyku çalışması bulgusu	49 (33,3)	5 (3,4)	1 (0,7)	55 (37,4)
Klinik bulgu	0 (0,0)	49 (33,3)	7 (4,8)	56 (38,1)
Klinik ve uyku çalışması bulgusu	20 (13,6)	13 (8,8)	3 (2,0)	36 (24,5)

Solunum desteği türüne göre dağılım ve oksijen kullanım durumu, n (%)

SOLUNUM DESTEĞİ TÜRÜ	N (%)	Oksijen: Evet	Oksijen: Hayır	Oksijen: Bilinmiyor
CPAP	25 (17,0)	2 (8,0)	23 (92,0)	0 (0,0)
BPAP-ST	122 (83,0)	41 (33,6)	76 (62,3)	5 (4,1)

SS-70

ÇOCUKLARDA KARDİYOVASKÜLER YAPILARA BAĞLI HAVA YOLU BASISININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE ALT HAVA YOLU MALAZİSİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Deniz Yasar, Emine Semra Küçük Öztürk, Fazılcan Zirek, Gizem Özcan, Nazan Çobanoğlu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Trakeobronşiyal sistem ile kardiyovasküler yapıların anatomik komşuluğu çocuklarda hava yolu (HY) basılarına zemin hazırlamakta, ancak bu durum klinik süreçte gözden kaçabilmektedir. Çalışmamızda kardiyovasküler sebepli HY basısı saptanan olguların klinik-radyolojik özelliklerinin ve alt HY malazisiyle (HYM) ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereçler ve Yöntem: Ocak 2014 – Aralık 2025 tarihleri arasında kardiyovasküler yapılara bağlı HY basısı tanısı alan 18 yaş altı hastalar retrospektif olarak incelendi. HY basısı toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya fleksibl fiberoptik bronkoskopi (FFB) ile kardiyovasküler yapılara ikincil dıştan daralma saptanan olgular olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların 22'si erkekti (%64,7); medyan tanı yaşı 6 ay (0–177) ve medyan gestasyon haftası 38 (30–41) idi. Olguların 24'ünde (%70,6) konjenital kalp hastalığı (KKH), 11'inde (%45,8) ise kompleks KKH tanısı mevcuttu. En sık bası nedeni brakiosefalik arter kompresyonu (%29,4) ve vasküler halka (%26,5) idi. Toraks BT'de olguların %76,5'inde (n=26) bası doğrulandı. FFB yapılan 29 hastanın 28'inde (%96.6) HY basısı, 17'sinde (%58,6) alt HYM (15 bronkomalazi, 6 trakeomalazi) izlendi (Tablo 1). Karşılaştırmalı analizde, alt HYM grupta eşlik eden KKH oranı (%88,2 vs. %41,7; p=0,014), kompleks KKH oranı (%66,7 vs. %0; p=0,033) ve solunum desteği ihtiyacı (%41,2 vs. %0; p=0,023) anlamlı derecede yüksekti (Tablo 2). HYM tanı yaşı anlamlı şekilde daha küçüktü (p=0,034). Medyan 19 aylık (4,5–96) olan takipte hastaların %67,6'sında semptomlarda iyileşme, 3 hastada (%8,8) mortalite gözlendi.

Sonuçlar ve Tartışma: Kardiyovasküler kaynaklı HY basılarında KKH varlığı, kompleks KKH ve erken başvuru yaşı HYM gelişimiyle ilişkili ana faktörlerdir. Bu olgularda HYM erken dönemde FFB ile gösterilmesi, takip-tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından kritik önem taşır.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet, n (%)	
• Kız	12 (35.3)
• Erkek	22 (64.7)
Gestasyon haftası (hafta), median (min-max)	38 (30-41)
Tanı yaşı (ay), median (min-max)	6 (0-177)
Eşlik eden KKH durumu, n (%)*	24 (70.6)
• Basit	13 (54.2)
• Kompleks	11 (45.8)
KKH dışı eşlik eden hastalık, n (%)	25 (73.5)
• SS ve HY hastalığı	13 (38.2)
Kardiyovasküler bası tipleri, n (%)	
• Brakiosefalik arter kompresyonu	10 (29.4)
• Vasküler halka	9 (26.5)
• Pulmoner arter ilişkili bası	5 (14.7)

• Postoperatif/Kompleks ilişkili bası	3 (8.8)
• Diğer aortik /arkus ilişkili bası	7 (20.6)
BT'de HY bası varlığı, n(%)	26 (76.5)
FB uygulaması, n (%)	29 (85.3)
• FB'de HY bası varlığı**	28 (96.6)
• Alt HYM varlığı**	17 (58.6)
- TM varlığı***	6 (35.3)
Cerrahi tedavi varlığı, n (%)	5 (14.7)
Solunum desteği varlığı, n (%)	8 (23.5)
Takip süresi (ay), median (min-max)	19 (4.5-96)

*BT: Bilgisayarlı tomografi, FB: Fleksibl bronkoskopi, HY: Hava yolu, HYM: Hava yolu malazisi, KKH: Konjenital Kalp Hastalığı, SS: Solunum sistemi, TM: Trakeomalazi. *KKH saptanan hasta grubu (n=24) üzerinden hesaplanmıştır. **FB yapılan hasta grubu (n=29) üzerinden hesaplanmıştır. ***Alt HYM saptanan hasta grubu (n=17) üzerinden hesaplanmıştır.*

Tablo 2. Alt hava yolu malazisi varlığına göre hastaların demografik özellikleri, klinik ve radyolojik özelliklerinin karşılaştırılması

	Alt HYM olmayan (n: 12)	Alt HYM olan (n: 17)	Toplam hasta (N: 29)	p değeri
Cinsiyet, n (%)				0,234
• Kız	2 (16,7)	7 (41,2)	9 (31)	
• Erkek	10 (83,3)	10 (58,8)	20 (69)	
Gestasyon haftası (hafta), median (min-max)	38 (32-40)	38 (30-41)	38 (30-41)	0,948
Tanı yaşı (ay), medyan, (min-max)	9,5 (2,7-172,0)	2 (0-177)	7 (0-177)	0,034
Eşlik Eden KKH varlığı, n (%)				0,014
• Var	5 (41.7)	15 (88.2)	20 (69,0)	
• Yok	7 (58.3)	2 (11.8)	9 (31,0)	
Eşlik eden KKH tipi, n (%)				0,033
• Basit KKH	5 (60.0)	5 (29.4)	10 (34.5)	
• Kompleks KKH	0 (0.0)	10 (58.8)	10 (34.5)	
Vasküler halka varlığı, n (%)				0,092
• Var	5 (41.7)	2 (11.8)	7 (24.1)	
• Yok	7 (58.3)	15 (88.2)	22 (75.9)	
BT'de HY basısı varlığı, n (%)				1
• Var	9 (75,0)	12 (70.6)	21 (72.4)	
• Yok	3 (25,0)	5 (29.4)	8 (27.6)	
Solunum desteği varlığı, n (%)				0,023
• Var	0 (0.0)	7 (41.2)	7 (24.1)	
• Yok	12 (100.0)	10 (58.8)	22 (75.9)	
Cerrahi tedavi varlığı, n (%)				1
• Var	2 (16,7)	2 (11,8)	4 (13,8)	
• Yok	10 (83,3)	15 (88,2)	25 (86,2)	

BT: Bilgisayarlı tomografi, HY: Hava yolu, HYM: Hava yolu malazisi, KKH: Konjenital Kalp Hastalığı

SS-71

ÇOCUKLARDA POSTİNFEKSİYÖZ BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF OLGU SERİSİ

Begüm Yörük, Yasemin Mocan Çağlar, Nesrin Havare, Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Postinfeksiyöz bronşiolitis obliterans (PIBO), ağır alt solunum yolu enfeksiyonu sonrası gelişen, nadir ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır.Bu çalışmada merkezimizde izlenen PIBO olgularının klinik, radyolojik, mikrobiyolojik, tedavi ve izlem özelliklerini tanımlamak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2018–2025 yılları arasında PIBO tanısıyla izlenen 21 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Diğer kronik akciğer hastalıkları dışlanarak tanı, tipik öykü ve HRCT bulguları (mozaik perfüzyon, hava hapsi) temelinde konuldu.

Bulgular: Hastaların 12'si (%57,1) erkekti. İlk belirti yaşı medyan 0,72 yıl, tanı yaşı 1,36 yıl, ilk belirti–tanı aralığı 5,1 ay idi; bir olguda bu süre 7,98 yıla ulaştı. Tetikleyici patojen 13 hastada (%61,9) belirlendi; adenovirüs en sık etkendi (9/21, %42,9). Akut dönemde 11 hasta (%52,4) solunum desteği, 8 hasta (%38,1) invaziv mekanik ventilasyon aldı. HRCT'de 19/21 hastada (%90,5) mozaik perfüzyon ve/veya hava hapsi mevcuttu. BAL sitolojisi değerlendirilebilen 11 hastanın 8'inde (%72,7) nötrofilik patern izlendi. VKİ z-skoru <–2 olan hasta oranı %47,6 idi. İnhale kortikosteroid ve FAM tedavisi sırasıyla %95,2 ve %71,4 hastada kullanıldı. Yeniden yatış %57,1, devam eden oksijen bağımlılığı %9,5 idi. Genetik panel çalışılan 12 hastanın %66,7'sinde anlamlı varyant belirlendi.

Sonuç: PIBO'da ateşin yokluğu ve ral varlığı, kronik evrede astım ile akut infeksiyondan ayrımda güçlü klinik ipuçlarıdır. HRCT'de mozaik perfüzyon ve hava hapsi birlikteliği tanısal değerini korumaktadır. Nötrofilik BAL profili ve yüksek malnütrisyon oranı (%47,6), antiinflamatuar tedavinin ve beslenme desteğinin tedavi protokolünde yer almasının önemini vurgulamaktadır. Ağır solunum enfeksiyonu geçiren çocuklarda persistan solunum bulgularının varlığında PIBO akla getirilmeli, multidisipliner değerlendirme erken planlanmalıdır.

Genetik bulgular ve 1 yıllık takip sonuçları

Genetik Bulgular

Hasta	Varyant	Yolak	Not
P3	DNAH11 heterozigot	Siliopati	Hafif OSAS eşlik ediyor
P5	TAP1 homozigot	İmmün defisit	Atopi eşlik ediyor
P7	TNFRSF9 het.pat. + MS4A1 het.VUS	İmmün defisit	İki immün varyant
P8	MUC5B homozigot	Mukus geni	FAN 4 — en ağır
P9	HMOX1 het. + FLG het.	Oksidatif / Bariyer	
P11	INPP5E homo. + MUC5B het.	Siliopati / Mukus	OSAS eşlik ediyor
P12	MEFV varyantı	Otoinflamatuar	RSV tetikleyici
P21	CDC42 heterozigot	Siliyer hareket	FAN 4 — halen O_2 bağımlı

1 Yıllık Takip Sonuçları (n=21/21)

Follow-up Parametresi	n / N (%)	Klinik Ayrıntı
Oksijen Bağımlılığı		
Herhangi oksijen gereksinimi	6/21 (%28,6)	
Halen oksijen bağımlı	2/21 (%9,5)	P8 (MUC5B hom.) · P21 (CDC42 het.)
Çözülen oksijen bağımlılığı	4/21 (%19,0)	P2:16ay · P3:4ay · P15:35gün · P16:42gün
Yeniden Hastane Yatışı		
Herhangi yeniden yatış	12/21 (%57,1)	
MV gerektiren yeniden yatış	2/21 (%9,5)	
MV gerektirmeyen yeniden yatış	10/21 (%47,6)	P1:3, P2:4, P3:3, P4:2, P7:3, P11:2, P15:5, P16:2, P19:2, P22:1
Komorbidite		
OSAS (PSG — tümü hafif evre)	4/21 (%19,0)	P1, P3, P7, P11
Pulmoner hipertansiyon (EKO)	0/21 (%0,0)	İzlem boyunca saptanmadı
Malnütrisyon (VKİ z < −2)	10/21 (%47,6)	Kronik hastalık + uzun süreli steroid etkisi

tablo1-2-3

Tablo 1. Demografik Özellikler ve Tanı Zamanlaması (n=21/21)

Değişken		İstatistik	n (%)
Cinsiyet	Erkek	—	12/21 (%57,1)
	Kız	—	9/21 (%42,9)
Yaş	İlk belirti yaşı (yıl)	Medyan 0,72 (IQR:0,81) Ort±SS: 1,00±0,91	21/21
	Tanı yaşı (yıl)	Medyan 1,36 (IQR: 1,65) Ort±SS: 2,01±1,80 Aralık: 0,47–8,31	21/21
	Tanı gecikmesi (yıl)	Medyan 0,43 (IQR:0,77) Aralık: 0,08–7,98	21/21
Risk Faktörleri	Sigara maruziyeti	—	12/21 (%57,1)
	Komorbid astım	—	2/21 (%9,5)
	Atopi	—	2/21 (%9,5)

Tablo 2. VKİ (BMI) Z-Skoru Özeti — WHO LMS Yöntemi (n=21/21)

VKİ Z-Skoru Parametresi	
Medyan (IQR)	−1,87 (1,58)
Aralık	−3,80 – +2,12
Z < −2 Malnütrisyon (zayıflık + ağır zayıflık)	**10/21 (%47,6)**
Zayıflık (−3 ≤ z < −2)	7/21 (%33,3)
Ağır zayıflık (z < −3)	3/21 (%14,3)
Normal (−2 ≤ z ≤ +1)	9/21 (%42,9)
Fazla kilolu / Obez (z ≥ +1)	2/21 (%9,5)

Tablo 3. Tetikleyici Patojen (n=21/21)

Etken	n (%)	Not
Etken belirlenen — TOPLAM	13/21 (%61,9)	
Adenovirüs (tek / H. influenzae ko-infeksiyonu)	9/21 (%42,9)	En sık etken
Mycoplasma pneumoniae ★	2/21 (%9,5)	P6 ve P21
RSV	1/21 (%4,8)	
COVID-19 ★	1/21 (%4,8)	
Etken bilinmiyor	8/21 (%38,1)	Geniş viral panel taraması önerilir

★ Mikoplazma 2 farklı yaşta (19 ay, 39 ay), COVID-19 18 aylık bir olguda PIBO etkeni olarak saptandı.

demografik veriler ve tetikleyici etken

tablo4

Tedavi	n (%)	Medyan Süre	En Uzun
İnhale KS (IKS)	**20/21 (%95,2)**	14 ay (IQR: 6–26)	72 ay (P3)
FAM	15/21 (%71,4)	6 ay (IQR: 3–12)	18 ay (P5)
Oral prednizolon	13/21 (%61,9)	—	
Pulse steroid	12/21 (%57,1)	—	
IVIG	6/21 (%28,6)	—	17 ay (P21)
Klorokin	3/21 (%14,3)	6 ay (IQR: 2–24)	24 ay (P8)
İmmünsüpresif tedavi	1/21 (%4,8)	—	P21
FAN skoru 4 (ağır hastalık)	3/21 (%14,3)	—	P8, P17, P21

Tedavi

SS-72

DUCHENNE MUSKÜLER DİSTROFİ TANILI ÇOCUKLARDA UYKU ANKETLERİ İLE SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ VE POLİSOMNOGRAFİ PARAMETRELERİNİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşen Başaran[1], Muhammed Gültekin Kutluk[2], Hülya Eyigör[3], Ömer Tarık Selçuk[3]
[1]SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları,Antalya
[2]SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji, Antalya
[3]SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı,Antalya

Amaç: DMD'li pediatrik olgularda PSQ ile değerlendirilen uyku kalitesi ve Pediatrik Gündüz Uykululuk Ölçeği skorlarının; yaş, antropometrik ölçümler, solunum fonksiyon testleri, kan gazı ve polisomnografi parametreleri ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: 8-17 yaş arası 162 DMD tanılı olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaşı, antropometrik ölçümleri (kilo, boy, BMI), solunum fonksiyon testleri (FEV1, FVC), CO2 düzeyi ve polisomnografik parametreleri (AHİ, ODİ, minimum O2 satürasyonu) kaydedildi; uyku kalitesi PSQ ile, gündüz uykululuğu Pediatrik Gündüz Uykululuk Ölçeği ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre ortalama±SD veya medyan (IQR) ile sunuldu; ilişkiler Spearman rho ile analiz edildi, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş ve boy ile FEV1 ve FVC arasında zayıf-orta düzeyde negatif korelasyon saptandı. AHİ ile ODİ arasında çok güçlü pozitif korelasyon ($r=0,943$) izlendi; her ikisi de FEV1, FVC ve minimum O2 satürasyonu ile güçlü negatif, kilo ile pozitif korelasyon gösterdi. Ortalama PSQ skoru; AHİ, ODİ ve BMI ile anlamlı pozitif korelasyon gösterirken, yaş, solunum fonksiyonları, antropometri ve CO2 ile ilişkili bulunmadı. Gündüz uykululuk toplam skoru solunum, antropometrik veya polisomnografik parametrelerle anlamlı korelasyon göstermedi; yalnızca ortalama PSQ ile orta düzeyde pozitif ilişkili bulundu ($r=0,509$).

Sonuç: DMD'li çocuklarda gece uykusuyla ilişkili solunum bozukluğu şiddeti ve BMI, algılanan uyku kalitesini olumsuz etkilerken, gündüz uykululuğu bu parametrelerden bağımsız seyretmektedir. Solunum fonksiyonlarının izlemi, uyku sağlığı açısından önem taşımaktadır. Kısıtlı örneklem büyüklüğü ve kesitsel tasarım nedeniyle daha geniş çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

SS-73

YENİ TANIMLANAN FOXA1 VARYANTI İLE İLİŞKİLİ BİR KLİNİK TRİAD: BRONŞİEKTAZİ, KOREOATETOZ VE ANOREKTAL-AKSİYAL ANOMALİLER

Erdi Çağrı Dağdelen[1], Betül Cansever Akay[1], Melih Hangul[1], Habibe Koç Uçar[2], Merve Özkaya[2], Ayse Selcan Koc[3], Eyyup Uctepe[4]
[1]Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Adana
[2]Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji, Adana
[3]Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyoloji, Adana
[4]Acıbadem Labgen Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi, Tıbbi Genetik, Ankara

Amaç: FOXA1, santral sinir sistemi, aksiyel sistem ve akciğer epitelinde NKX2-1 ile fiziksel ve fonksiyonel etkileşim gösteren bir transkripsiyon faktörüdür. Homozigot FOXA1 varyantı taşıyan akraba 3 olguda gözlenen ortak bronşiektazi, koreoatetoz ve anorektal-aksiyal Anomaliler fenotipik spektrumun tanımlanması amaçlandı. Klinik özellikleri, solunum fonksiyon testleri, toraks BT bulguları, mikrobiyolojik ve immünolojik incelemeleri ile WES sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

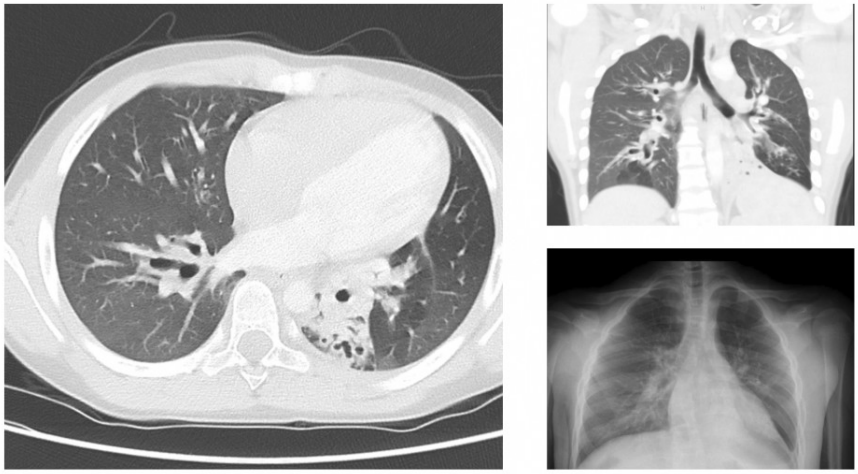
Olgu 1: 14 yaşındaki erkek hastada solunum semptomları yaşamın ilk yılında başlamıştı. Kronik balgamlı öksürük, tekrarlayan sinüzit/otit ve bronşiektazi mevcuttu. BT'de sol alt lob bronşiektazisi, atelektazi (Resim-1). Tekrarlayan P.aeruginosa üremesi vardı. Koreatetoz, skolyoz ve halluks valgus eşlik ediyordu.

Olgu 2: 8 yaşındaki kız hastada 3,5 yaşından itibaren kronik balgamlı öksürük ve tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar vardı. BT'de sol alt lob bronşiektazisi ve konsolidasyon (Resim-2), FEV_1 %82 saptandı; balgam/BAL'da P.aeruginosa üredi. Koreatetoz ve anal atrezi eşlik ediyordu

Olgu 3: 22 yaşındaki kadın hastada yaşamın ilk yılından itibaren tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ve kronik balgamlı öksürük vardı. 5 yaşında bronşiektazi tanısı almış, hızlı progresyon nedeniyle sol pnömonektomi uygulanmıştı. BT'de sağ orta lobda kistik bronşiektazi (Resim-3). Koreatetoz, kifoskolyoz, işitme kaybı ve anal atrezi eşlik ediyordu.

Tartışma: Bu 3 vaka ile literatürde daha önce tanımlanmamış bronşiektazi, hiperkinetik hareket bozukluğunun ve anorektal-aksiyal anomaliler birlikteliği, yeni bir fenotip tanımlanmıştır. FOXA1'in Odf2 promotörünü doğrudan aktive eden bir transkripsiyon faktörü olması nedeniyle buradaki ilişkisinde siliyer disfonksiyon ve bronşiektazi ilişkisi açıklanmış ve ayrıca da FOXA1 embriyonik notokord ve nöral tüpte ve daha sonra ventral omurilik/zemin plakasında eksprese edilmesi de hastaların nörolojik ve iskelet sistemi problemleri ilişkilendirilmiştir.

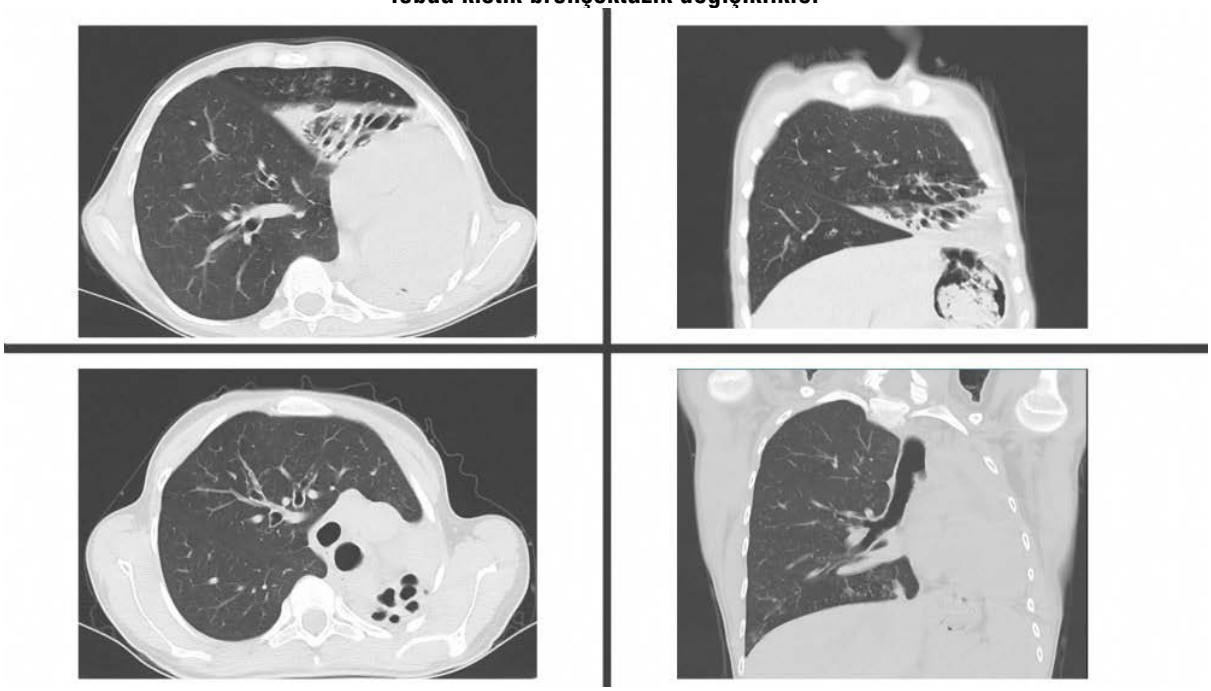
Resim-1. Her iki akciğerde yama tarzında hava hapis alanlarının yanı sıra sol alt lobda bronşektazi ve atelektazi



Resim-2. Sol akciğer alt lobda konsolidasyon ve bronşiektazi



Resim-3. Sol akciğerde ciddi hacim kaybı ve kistik bronşektazi, sağ akciğerde kompensatuar hipertrofi ve sağ orta lobda kistik bronşektazik değişiklikler



SS-74

ÇOCUKLUK ÇAĞI PNÖMONİLERİNDE KOMPLİKASYON GELİŞİMİNİ VE GİRİŞİMSEL TEDAVİ İHTİYACINI ÖNGÖREN BELİRTEÇLER

Ayşen Başaran
SBÜ Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Antalya

Amaç: Toplum kaynaklı pnömoni nedeniyle yatarak izlenen çocuklarda komplikasyon gelişimini öngören klinik-laboratuvar faktörlerin ve komplike olgularda girişimsel tedavi gerekliliğini belirleyen değişkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Şubat 2023-Mayıs 2026 tarihleri arasında Çocuk Göğüs Hastalıkları servisinde yatan komplike olan ve olmayan olgular karşılaştırılmış ve ayrıca komplike olgular girişimsel işlem uygulanan ve uygulanmayan alt gruplara ayrılarak incelenmiştir. Hastaların demografik verileri, ateş, labotuar tetkikleri, yatış süresi, oksijen desteği, kültür üremeleri değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 91 pnömoni olgusu komplikasyon durumuna göre (komplike n=38, komplike olmayan n=53) değerlendirildi. Komplike olgular ayrıca girişimsel işlem uygulanan (n=24) ve uygulanmayan (n=14) alt gruplara ayrılarak incelendi. Komplikasyon gelişen olgularda yaş daha büyük, ateş varlığı ve süresi daha fazla, başvuru SpO2 daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). CRP, 48-72. saat CRP, prokalsitonin, sedimentasyon, CRP/Albumin oranı ve PLR anlamlı yüksek; albumin ve hemoglobin anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Multilober tutulum ve YBÜ ihtiyacı komplikasyonlu grupta belirgin fazlaydı ($p<0,001$); viral etken pozitifliği ise komplikasyonsuz grupta daha sıktı ($p=0,018$). Girişimsel işlem uygulanan komplike olgularda başvuru SpO2 daha düşük, plevral sıvı derinliği, lökosit, nötrofil, monosit, CRP ve CRP/Albumin oranı daha yüksekti; oksijen desteği ve YBÜ ihtiyacı anlamlı olarak fazlaydı. İntravenöz antibiyotik süresi ve toplam yatış süresi girişim grubunda anlamlı olarak uzundu (her ikisi için $p<0,05$).

Sonuç: Yüksek CRP/Albumin oranı, düşük SpO2, multilober tutulum ve düşük albumin düzeyi, pnömonili çocuklarda komplikasyon gelişimini ve girişimsel tedavi ihtiyacını öngörmede kullanılabilecek pratik, erişilebilir belirteçler olarak öne çıkmaktadır. Bu bulguların erken risk sınıflamasında klinik karar sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

SS-75

ÇOCUKLARDA PARAPNÖMONİK EFÜZYON: BAŞVURU BULGULARINDAN KLİNİK SONLANIMA

Aslı Yeter Baş Can[1], Erdem Gönüllü[1], Ebru Köstereli[1], Hacer Aktürk[2], Evrim Ozmen[3], Mehmet Ali Özen[4], Nigar Pelin Oğuzkurt[4], Zeynep Seda Uyan[1]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[4]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Parapnömonik efüzyon, çocukluk çağı pnömonilerinin en sık görülen komplikasyonudur. Bu çalışmada, kliniğimizde parapnömonik efüzyon tanısıyla izlenen çocukların klinik özellikleri, uygulanan girişimler ve klinik seyrin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2018–2026 yılları arasında kliniğimizde parapnömonik efüzyon tanısı ile izlenen yirmi olgunun klinik, laboratuvar ve mikrobiyolojik verileri ile uygulanan girişimler ve klinik sonlanımları retrospektif olarak incelendi. Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Fisher kesin testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 45,5 aydı; %55'i kızdı. Yedi olgu (%35), COVID-19 pandemisi sonrası normalleşme döneminde solunum yolu enfeksiyonlarında görülen artışla uyumlu olarak 2021–2022 yıllarında başvurmuştu. Olguların %90'ı kliniğimize başvuru öncesi antibiyotik almıştı; medyan CRP 130,9 mg/L idi. Üç olguda (%15) plevral sıvıda bakteriyel etken gösterildi, sekiz olguda viral solunum yolu panelinde (%40) viral etken saptandı. Olguların %35'inde nekrotizan pnömoni gözlendi. Olguların %80'ine tüp torakostomi, %55'ine fibrinolitik (tPA) uygulandı (medyan 3 doz), bunların üçünde (%27,3) kanama gözlendi. Medyan toraks tüpü kalış süresi 7 gündü. Bir olguda VATS uygulandı. Yoğun bakım izlemi olguların %30'unda gerekti. Ateş, antibiyotikten medyan 5, tüp torakostomiden 1 gün sonra düştü. Medyan yatış süresi 25 gün, toplam antibiyotik süresi 31,5 gündü. Oksijen ihtiyacı 11 olguda (%55) görüldü; bu olgularda CRP daha yüksek ($p = 0,011$), ikinci tüp gereksinimi daha sıktı ($p = 0,034$). Yatış ve ateşin düşme süreleri farklı değildi.

Sonuç: Tüp torakostomi ve intraplevral tPA içeren yaklaşımın uygulandığı serimizde yalnızca bir olguda VATS gerekmiş, mortalite görülmemiştir. Başvuru CRP yüksekliği ağır seyirle ilişkili bulunurken, ateşin düşme hızı hastalık ağırlığını yansıtmamıştır. Sevk öncesi yaygın antibiyotik kullanımı görülmüş, bu durum kültür verimini düşürmüştür.

SS-76

PEDİATRİK ŞİLOTORAKS VAKALARINDA ETYOLOJİK SPEKTRUM VE TEDAVİ YÖNETİMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ali Buğra Çetinkaya[1], Ayşe Tana Aslan[1], Cem Kaya[2], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi BD, Ankara

Amaç: Şilotoraks, çocuklarda nadir görülen ancak ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir plevral efüzyon nedenidir. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde takip edilen pediatrik şilotoraks vakalarının demografik özelliklerini, etiyolojik nedenlerini ve tedavi sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: 2012-2026 yılları arasında merkezimizde şilotoraks tanısı alan tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Tanı plevral sıvının analizi ve klinik bulgularla konuldu. Hastaların demografik verileri, plevral sıvı özellikleri, uygulanan medikal ve cerrahi tedaviler ile klinik seyirleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 9 hastanın (6 erkek, 3 kız) tanı anındaki ortanca yaşı 11 ay (1 gün–14 yıl 11 ay) idi. Vakaların %33,3'ü (n=3) yenidoğan olup, tamamında antenatal dönemde plevral efüzyon/hidrotoraks saptanmıştır. Olguların 4'ü postoperatif (VSD onarımı, skolyoz cerrahisi, pulmoner arter bant operasyonu, pulmoner sekestrasyon cerrahisi), 2'si konjenital (geniş PDA, PİEZO1 mutasyonu), birinde malignite (AML), birinde travma (yataktan düşme) ve birinde idiopatik nedenlerle şilotoraks gelişmiştir. Vakaların tamamına göğüs tüpü takılmış, orta zincirli trigliserid diyeti (MCT) ve oktreotid tedavisi uygulanmıştır. Ortanca göğüs tüpünün kullanım süresi 12 gündür (5-20). Ortanca oktreotid kullanım süresi 30 gün (17-50) olarak saptanmıştır. Vakaların 5'i TPN desteği almış, 7'sinde nüks gözlenmiş ve bu hastaların 4'üne plörodezis uygulanmıştır. Şilöz drenajın gerileme süresi ortanca 12 gün (2-46), toplam hastanede yatış süresi ise ortanca 60 gün (14-190) olarak izlenmiştir.

Sonuç: Pediatrik şilotoraks vakalarında kardiyotorasik cerrahi girişimler en sık etiyolojik faktördür, ancak travma ve genetik mutasyonlar da akılda tutulmalıdır. Bulgularımız göğüs tüpü uygulaması sonrasında medikal yönetimde MCT diyeti ve oktreotid kombinasyonunun, bazı vakalarda invaziv cerrahi işlemlere ihtiyacı azalttığı ve şilöz kaçağı durdurmada etkili bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

SS-77

ÇOCUKLUK ÇAĞI HEMOPTİZİSİNDE BRONKOSKOPİNİN TANISAL KATKISI VE KLİNİK YÖNETİM ÜZERİNE ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Irmak Tanal Şambel, Abdurrahman Erdem Başaran, Didar Ağca Cengiz, Ayşen Bingöl
Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi Çocuk Göğüs hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Çocukluk çağında hemoptizi nadir görülmekle birlikte, altta yatan etiyolojinin belirlenmesi ve uygun tedavi yaklaşımı açısından kritik öneme sahiptir. Fleksibl bronkoskopi(FB), kanama odağının saptanması ve endobronşiyal patolojilerin değerlendirilmesinde değerli bir tanısal yöntemdir. Bu çalışmada hemoptizi nedeniyle bronkoskopi uygulanan çocuk hastalarda bronkoskopinin tedavi yönetim üzerindeki etkisi değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: 1 Ocak 2020–1 Haziran 2026 arasında Akdeniz Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bronkoskopi Ünitesi'nde hemoptizi nedeniyle FB uygulanan <18 yaş hastaların demografik, klinik, radyolojik ve bronkoskopik bulguları ile BAL sonuçları ve bronkoskopinin tedavi yönetimine etkisi retrospektif olarak değerlendirildi.

Results: Çalışmaya toplam 27 hasta dahil edildi; hastaların 14'ü erkek (%51,9), 13'ü kız (%48,1); medyan yaşı 14,6 yıl (IQR: 8,2–16,5 yıl) olarak bulundu. Hemoptizi süresi medyan 32 gün (IQR: 10–60 gün) idi. Ortalama hemoglobin düzeyi 13,0±2,2 g/dL olarak saptandı. Başvuru semptomları değerlendirildiğinde en sık bulgu öksürük olup 25 hastada (%92,6) saptandı. Diğer sık eşlik eden semptomlar kusma (%37,0) ve bulantı (%29,6) olarak belirlendi. Hemoptizi şiddeti değerlendirildiğinde olguların %85,2'sinde orta, %14,8'inde ağır hemoptizi mevcuttu. Toraks BT'de en sık saptanan bulgular pulmoner nodül ve buzlu cam opasiteleri (%33,3), ardından atelektazi (%22,2) ve konsolidasyon (%14,8) idi. Bronkoskopide en sık bulgu kronik inflamatuvar değişiklikler (%44,4) olup, eski kanama bulguları %22,2, aktif kanama ise %7,4 oranında saptandı.Bronkoskopi sonrası 20 hastada (%74,1) tedaviye katkı sağlanırken, eski kanama bulgusu saptanan hastaların tamamında (%100) ve saptanmayan hastaların %66,7'sinde klinik yönetimde değişiklik yapılmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Fisher exact test, p=0,155).

Sonuç: Bulgularımız, seçilmiş pediatrik hemoptizi olgularında bronkoskopinin tanısal ve terapötik karar sürecine anlamlı katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

SS-78

TRAKEOSTOMİLİ ÇOCUKLARDA BESLENME VE BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe Ünlü[1], Ayşe Tana Aslan[1], Gamzegül Gözen Bayramoğlu[1], Süleyman Cebeci[2], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Trakeostomili çocuklarda beslenme sorunları, büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyen önemli klinik problemlerdendir. Bu çalışmada, trakeostomili hastaların büyüme parametrelerinin değerlendirilmesi ve büyümeyi etkileyebilecek klinik faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: 2010–2025 yılları arasında izlenen trakeostomili hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, ilk ve son vizitteki büyüme parametreleri, yutma testi sonuçları, beslenme şekli, enteral beslenme ürünü kullanımı, son bir yıldaki pulmoner alevlenme sayısı ve solunum yolu kolonizasyonu kaydedildi. Hastalar altta yatan hastalık ve solunum desteğine göre gruplandırılarak büyüme parametreleri ve pulmoner alevlenme açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 15'i (%53,6) kız olmak üzere 28 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 11,2±5,6 yıl, trakeostomi yaşı 6,3±5,6 yıl ve takip süresi 2,1±1,9 yıl idi. Yirmi iki hasta (%78,6) enteral beslenme ürünü kullanıyordu. Ortalama ilk ve son ağırlık SDS değerleri sırasıyla –3,1±3 ve –2,8±3,1, boy SDS değerleri –3,1±3,4 ve –2,8±3,19 idi. Ortalama VKİ 17,4±7,6'dan 18,9±7,7'ye yükseldi. Büyüme parametrelerinde sayısal iyileşme izlenmesine rağmen, ağırlık, boy ve VKİ SDS değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmadı (p>0.05). Son bir yıldaki ortalama pulmoner alevlenme sayısı 0,7±1,5 (0–8) idi. Beslenme yöntemi, enteral beslenme ürünü kullanımı, altta yatan hastalık grubu ve solunum desteğine göre pulmoner alevlenme ile ağırlık SDS, boy SDS ve VKİ SDS değişimleri arasında anlamlı fark bulunmadı (tüm p>0,05).

Tartışma: Trakeostomili hastalarda büyüme parametreleri takip süresince düşük seyretmiş ve incelenen klinik faktörlere göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgular, bu hasta grubunda düzenli beslenme ve büyüme izleminin önemini vurgulamaktadır.

SS-79

KONJENİTAL BRONŞİYAL ATREZİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ — KONSERVATİF İZLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin Yüksel Güdek[1], Ayca Laçin Tekin[1], Çelebi Yıldırım[1], Hande Yetişgin[1], Ayyüce Ünlü[1], Işıl Bilgiç[1], Gamze Akca Dinç[1], Meltem Kürtül Çakar[1], Sanem Eryılmaz Polat[1], Dilber Ademhan Tural[2], Gökçen Dilşa Tuğcu[1], Güzin Cinel[2]
[1]Ankara Şehir Hastanesi
[2]Ankara Şehir Hastanesi; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Konjenital bronşiyal atrezi, lobar, segmental veya subsegmental bir bronşun fokal obliterasyonuyla karakterize konjenital akciğer malformasyonudur.Asemptomatik olgularda hasta yönetimi konusunda standardize edilmiş bir kılavuz bulunmamaktadır.Bu çalışmada, konjenital bronşiyal atrezi tanısı ile izlenen olguların demografik, klinik, radyolojik bulguları ile izlem sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde Eylül-2019, Haziran-2026 yılları arasında başvuran periferik konjenital bronşiyal atrezi tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 14 hastanın 8'i (%57,1) erkek olup ortanca tanı yaşı 19 ay (3 – 157) idi. Olguların 11'i (%78,6) prenatal ultrasonografi ile, 2'si (%14,3) alt solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile çekilen akciğer grafisi ile 1'i (%7,1) insidental olarak saptandı.En sık tutulan lokalizasyonun 5 hastada akciğerin sağ alt lob olduğu görüldü (%35,7).Tanı anında olguların 2'si semptomatikti.Solunum fonksiyon testi ile değerlendirilebilen 3 hastanın 2'si normal solunum paterninde, 1 hasta ise restriktif solunum paterninde izlendi.Ortanca izlem süresi 15 ay(3-64) olup, izlem boyunca 6 hastada semptom (öksürük, hışıltı, dispne) geliştiği görüldü.8 hastaya fiberoptik fleksible bronkoskopi yapıldı, 4 hastada bronşiyal atrezi ve 1 hastada sekresyon saptandı.Hastaların 2'sine dış merkezde prenatal ultrasonografi bulgularının konjenital kistik adenomatoid malformasyon lehine yorumlanması nedeniyle operasyon planlanmış ancak Toraks BT bulguları ile bronşiyal atrezi tanıları kesinleşmesi ve kliniklerinin stabil olması nedeniyle takibe alındı.Hiçbir hastaya cerrahi rezeksiyon uygulanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada periferik konjenital bronşiyal atrezili hastaların büyük bir kısmının yapılandırılmış bir multidisipliner izlem protokolü altında güvenle konservatif olarak takip edilebildiği gösterilmiştir.Tüm hastaların cerrahi tarafından değerlendirilmesi, semptom gelişimi veya radyolojik ilerlemenin erken saptanması açısından önemlidir; buna karşın asemptomatik olgularda rutin cerrahi rezeksiyon gerekli görünmemektedir.

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Tanısal Özellikleri

Hasta No	Cinsiyet	Tanı Yaşı	Tanı Endikasyonu	Eşlik Eden Anomali/ Komorbidite	Tekrarlayan Enfeksiyon Öyküsü
1	E	2 Yaş, 6 Ay	Tekrarlayan bronşiolit	YOK	Var
2	E	10 Yaş, 1 Ay	Prenatal USG	Yok	Var
3	E	10 Yaş, 11 Ay	Pnömoni	Yok	Var
4	E	2 Yaş, 1 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
5	K	10 Yaş, 9 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
6	K	1 Yaş, 1 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
7	K	7 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
8	E	10 Ay	Prenatal USG	Yok	Var

9	E	8 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
10	K	3 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
11	K	4 Ay	Prenatal USG	Yok	Yok
12	E	4 Yaş, 1 Ay	Prenatal USG	Yok	Var
13	E	13 Yaş, 1 Ay	İnsidental	Pektus Ekskavatum	Yok
14	K	1 Yaş, 1 Ay	Prenatal USG	Yok	Var

USG: Ultrasonografi

Tablo 2. Hastaların Radyolojik Görüntüleme Bulguları

Hasta No	Taraf	Lokalizasyon (Lob/Segment)	Mukosel / Bronkosel Boyutu (mm)	Hiperinflasyon	Eşlik Eden Bulgu
1	Sağ ve Sol	Alt Lob Posterior Bazal Segment	Yok	Yok	Yok
2	Sağ	Üst lob anterior segment	Yok	Var	Yok
3	Sol	Alt lob	Yok	Var	Yok
4	Sağ	Alt lob medial paramediastinal	Bronkosel	Var	Yok
5	Sol	Alt lob	Bronkosel mukosel	Var	Yok
6	Sağ	Alt lob mediobazal segment	Yok	Var	Yok
7	Sağ	Üst lob anterior segment ve alt lob mediobazal segment	Yok	Var	Atelektazi
8	Sol	Alt lob süperior segment	Yok	Var	Yok
9	Sol	Üst lob apikoposterior segment	Bronkosel 20*10 mm	Var	Atelektazi
10	Sağ	Alt lob süperior segment	Mukosel 10 mm	Var	Yok
11	Sağ	Üst lob apikal segment	Yok	Yok	Atelektazi
12	Sağ	Alt lob posterior mediobazal segment	Yok	Var	Nodül
13	Sol	Alt lob	Mukus tıkaçları	Var	Yok
14	Sağ	Alt lob	Bronkosel	Var	Atelektazi

SS-80

SENDROMİK KRANİYOSİNOSTOZLU ÇOCUKLARDA POLİSOMNOGRAFİ BULGULARI: KRANİYOPLASTİ SONRASINDA UYKU APNESİ DEVAM EDİYOR MU?

Emine Altay Tanyer, Nagehan Emiralioğlu, Dilara Demirel, Pelin Özçilingir Hakverdi, Ebru Yalçın, Deniz Doğru, Uğur Özçelik
Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Sendromik kraniyosinostoz, erken sütür kapanması ve maksiller hipoplazi ile karakterize kraniyofasiyal malformasyonlardır. Üst hava yolu darlığına bağlı obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS) sık görülür ve ciddi morbiditeye yol açabilir. Bu çalışmada, sendromik kraniyosinostozlu çocukların polisomnografi (PSG) bulgularının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2017–2026 yılları arasında PSG uygulanan sendromik kraniyosinostozlu 8 çocuk hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar Apert (n=4) ve Crouzon (n=4) gruplarına ayrıldı. Demografik veriler, semptomlar, cerrahi öyküsü, kan gazı ve PSG parametreleri değerlendirildi. Küçük örneklem nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılmadı; veriler tanımlayıcı olarak sunuldu.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı Apert grubunda 5,97 ± 3,42 yıl, Crouzon grubunda 7,69 ± 3,59 yıl idi. Apert grubunda 2 hastada (%50) horlama, 2 hastada (%50) horlama ve tanıklı apne; Crouzon grubunda 1 hastada (%25) horlama, 2 hastada (%50) horlama ve tanıklı apne bildirildi. Uykuda toplam AHI ortalaması Apert grubunda 5,05 ± 1,74, Crouzon grubunda 6,83 ± 6,04 olay/saat bulundu. Apert grubunda 2 hasta (%50) hafif, 2 hasta (%50) orta; Crouzon grubunda 2 hasta (%50) hafif, 2 hasta (%50) ağır OUAS olarak sınıflandırıldı. Ortalama en düşük spO_2 Apert grubunda %80,50 ± 5,57, Crouzon grubunda %83,00 ± 8,98 idi. Sekiz hastanın 7'si (%87,5) PSG öncesinde kraniyoplasti geçirmiş olup, tamamında uyku ile ilişkili solunum bozukluğu saptandı. Ağır OUAS'lı iki hastadan birine BPAP, diğerine CPAP; orta OUAS'lı iki hastadan birine CPAP başlandı, diğer hasta KBB değerlendirmesine yönlendirildi.

Sonuç: Sendromik kraniyosinositozda kraniyoplasti sonrasında da uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ve hipoksemi devam edebilmektedir. Bu nedenle bu grup çocuklarda cerrahi öyküsünden bağımsız olarak PSG ile değerlendirme ve yakın klinik izlem önemlidir.

Tablo 1. Gruplara Göre Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Bulguları

Parametre	Apert Sendromu (n=4)	Crouzon Grubu (n=4)
Yaş (yıl)	5,97 ± 3,42	7,69 ± 3,59
Cinsiyet, n (%) Kız Erkek	 3 (%75) 1 (%25)	 1 (%25) 3 (%75)
VKİ (kg/m²)	17,78 ± 6,29	15,53 ± 1,93
SpO_2 (%)	97,50 ± 0,58	97,25 ± 0,50
Uyku ile ilişkili semptomlar, n (%) Yok Horlama Horlama + tanıklı apne	 0 2 (%50) 2 (%50)	 1 (%25) 1 (%25) 2 (%50)
Adenotonsillektomi	0	3 (%75)
Kraniyoplasti	3 (%75)	4 (%100)

Opere yarık damak	1 (%25)	0
Kan gazı		
pH	7,38 ± 0,03	7,35 ± 0,01
pCO_2 (mmHg)	40,58 ± 5,99	46,25 ± 8,91
HCO_2 (mEq/L)	23,50 ± 2,79	24,80 ± 3,97

Sayısal veriler ortalama ± standart sapma, kategorik veriler n (%) olarak sunulmuştur. VKİ: Vücut Kitle İndeksi; SpO_2: oksijen satürasyonu.

Tablo 2. Gruplara Göre Polisomnografi Bulguları

Parametre	Apert Sendromu (n=4)	Crouzon Grubu (n=4)
Toplam uyku süresi (dk)	327,25 ± 77,01	293,00 ± 58,53
Uyku etkinliği (%)	70,28 ± 16,08	66,48 ± 16,72
Uyku latansı (dk)	19,00 (3–62)	18,00 (10–45,5)
REM latansı (dk)	109,00 (27,5–185)	117,00 (101–277)
N1 (%)	1,05 (1,0–3,8)	2,00 (1,4–12,9)
N2 (%)	53,43 ± 5,75	54,05 ± 5,20
N3 (%)	30,95 ± 4,39	30,35 ± 9,92
REM (%)	14,75 (9,4–16,6)	10,00 (0–24,0)
Ortalama SpO_2 (%)	93,25 ± 0,96	95,50 ± 1,29
En düşük SpO_2 (%)	80,50 ± 5,57	83,00 ± 8,98
SpO_2 <%90 geçen süre (dk)	34,95 (2,2–61,3)	6,60 (1,0–12,5)
Arousal indeksi (olay/saat)	8,00 ± 5,43	4,85 ± 3,36
Obstrüktif apne indeksi (olay/saat)	0,65 (0,2–1,6)	0,00 (0–3,0)
Santral apne indeksi (olay/saat)	0,50 (0,3–1,4)	1,25 (0–11,0)
Miks apne indeksi (olay/saat)	0,00 (0–0)	0,00 (0–2,1)
Hipopne indeksi (olay/saat)	3,15 (1,6–6,4)	4,30 (0,2–11,5)
AHI REM (olay/saat)	10,60 (4,8–12,9)	3,30 (0–37,3)
AHI NREM (olay/saat)	4,40 (1,6–6,0)	3,90 (1,3–12,0)
AHI toplam (olay/saat)	5,05 ± 1,74	6,83 ± 6,04
AHI'ye göre OUA ağırlık sınıflaması, n (%)		
Normal (0)	0	0
Hafif (1–<5)	2 (%50)	2 (%50)
Orta (5–<10)	2 (%50)	0
Ağır (≥10)	0	2 (%50)

Tablo 2. Gruplara Göre Polisomnografi Bulguları

Parametre	Apert Sendromu (n=4)	Crouzon Grubu (n=4)
Toplam uyku süresi (dk)	327,25 ± 77,01	293,00 ± 58,53
Uyku etkinliği (%)	70,28 ± 16,08	66,48 ± 16,72
Uyku latansı (dk)	19,00 (3–62)	18,00 (10–45,5)
REM latansı (dk)	109,00 (27,5–185)	117,00 (101–277)
N1 (%)	1,05 (1,0–3,8)	2,00 (1,4–12,9)
N2 (%)	53,43 ± 5,75	54,05 ± 5,20
N3 (%)	30,95 ± 4,39	30,35 ± 9,92
REM (%)	14,75 (9,4–16,6)	10,00 (0–24,0)
Ortalama SpO_2 (%)	93,25 ± 0,96	95,50 ± 1,29
En düşük SpO_2 (%)	80,50 ± 5,57	83,00 ± 8,98
SpO_2 <%90 geçen süre (dk)	34,95 (2,2–61,3)	6,60 (1,0–12,5)
Arousal indeksi (olay/saat)	8,00 ± 5,43	4,85 ± 3,36
Obstrüktif apne indeksi (olay/saat)	0,65 (0,2–1,6)	0,00 (0–3,0)
Santral apne indeksi (olay/saat)	0,50 (0,3–1,4)	1,25 (0–11,0)
Miks apne indeksi (olay/saat)	0,00 (0–0)	0,00 (0–2,1)
Hipopne indeksi (olay/saat)	3,15 (1,6–6,4)	4,30 (0,2–11,5)
AHI REM (olay/saat)	10,60 (4,8–12,9)	3,30 (0–37,3)
AHI NREM (olay/saat)	4,40 (1,6–6,0)	3,90 (1,3–12,0)
AHI toplam (olay/saat)	5,05 ± 1,74	6,83 ± 6,04
AHI'ye göre OUA ağırlık sınıflaması, n (%)		
Normal (0)	0	0
Hafif (1–<5)	2 (%50)	2 (%50)
Orta (5–<10)	2 (%50)	0
Ağır (≥10)	0	2 (%50)

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur. Kategorik veriler n (%) olarak ifade edilmiştir. REM: Rapid Eye Movement; NREM: Non-Rapid Eye Movement; AHI: Apne-Hipopne İndeksi; OUA: Obstrüktif Uyku Apnesi.

SS-81

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖĞÜS AĞRISI: KLİNİK VE ETİYOLOJİK ÖZELLİKLER İLE SEVK PATERNLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Merve Selçuk Balcı
Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antakya, Hatay

Giriş: Çocukluk çağında göğüs ağrısı sık görülmekle birlikte ciddi kardiyopulmoner nedenler nadirdir; bu çalışmada çocuk göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların klinik ve etiyolojik özellikleri ile sevk süreçlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereçler ve Yöntem: Haziran 2025–Eylül 2026 tarihleri arasında Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliniğine göğüs ağrısıyla başvuran 101 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. İdiopatik ve psikiyatrik nedenlerle ilişkili olgular nonorganik, altta yatan patoloji saptananlar organik grup olarak sınıflandırıldı.

Sonuçlar: Çalışma hastaların ortanca yaşı 13,0 yıl (25p-75p: 10,0–16,0) olup, 57'si (%56,4) kızdı. 67 hastada (%66,3) nonorganik [idiopatik n=58 (%57,4), psikiyatrik nedenlerle ilişkili n=9 (%8,9)], 34 hastada (%33,7) organik neden saptandı. Organik nedenler arasında astım [n=10 (%9,9)], pnömoni [n=8 (%7,9)], kas-iskelet sistemi nedenleri [n=5 (%4,9)], gastroözofageal reflü [n=5 (%4,9)] ve üst solunum yolu enfeksiyonu [n=4 (%3,9)], bir hastada (%1,0) plevral efüzyon ve bir hastada (%1,0) yabancı cisim aspirasyonuna sekonder bronşektazi saptandı (Tablo 1). Ağrı süresi bilinen 89 hastanın 66'sında (%74,2) ağrı ≥1 aydı; süre etiyoloji ile ilişkili değildi (p=0,225). Öksürük organik etiyolojiyle ilişkiliyken (9/11, %81,8; *p<0,001*), nefes darlığı ve eforla ilişkisiz bulundu (p=0,672; p=0,144). Psikiyatrik nedenlerle ilişkili olguların tamamı kızdı; ortanca ağrı süresi 365 gündü (min–maks: 30–1095). Elli hasta (%49,5) başvuru öncesinde kardiyolojik olarak değerlendirilmişti. Sevklerin 84'ü (%83,2) çocuk hekimleri tarafından yapılmıştı; tetkik bilgisi bulunan 96 hastanın 63'ünde (%65,6) sevk öncesi göğüs ağrısına yönelik tetkik yapılmamıştı. Yalnızca 11 hasta (%10,8) çocuk göğüs hastalıkları takibine alındı.

Tartışma: Olguların çoğunluğunda göğüs ağrısı nonorganik kökenliydi ve yalnızca %10,9'u çocuk göğüs hastalıkları takibine alındı. Sevk öncesi standart değerlendirme algoritmalarının kullanılması, üçüncü basamak başvuru yükünün azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve etiyolojik özellikleri ile sevk süreçleri

Bulgular	**n (%) / Ortanca (25p-75 p)**
Yaş, yıl	13,0 (10,0–16,0)
Cinsiyet	
Kız	57 (56,4)
Erkek	44 (43,6)
Etiyolojik sınıflandırma	
Nonorganik göğüs ağrısı	**67 (66,3)**
Nonspesifik/idiopatik	58 (57,4)
Psikojenik/anksiyete ilişkili	9 (8,9)

Organik göğüs ağrısı	**34 (33,7)**
Alt solunum yolu enfeksiyonu/diğer pulmoner nedenler*	10 (9,9)
Astım	10 (9,9)
Kas-iskelet sistemi kaynaklı	5 (4,9)
Gastroözofageal reflü	5 (4,9)
Üst solunum yolu enfeksiyonu	4 (3,9)
Kardiyojenik neden	0 (0)
Göğüs ağrısının klinik özellikleri	
Ağrı süresi ≥1 ay†	66/89 (74,2)
Nefes darlığı	38 (37,6)
Öksürük	11 (10,9)
Eforla ilişkili ağrı‡	17/100 (17,0)
Başvuru/sevk özellikleri	
Başvuru öncesi kardiyoloji değerlendirmesi	50 (49,5)
Çocuk hekimi tarafından sevk	84 (83,2)
Acil servis tarafından sevk	9 (8,9)
Aile hekimi tarafından sevk	8 (7,9)
Sevk öncesi tetkik yapılmamış§	63/96 (65,6)
Çocuk göğüs hastalıkları takibine alınan	11 (10,9)

*Alt solunum yolu enfeksiyonu/diğer pulmoner nedenler grubunda 8 pnömoni, 1 olduga CVID zemininde plevral efüzyon ve 1 hastada 10 yıl öncesinde kalem kapağı aspirasyonuna sekonder sol alt lob bronşektazisi saptandı, hasta rijid bronkoskopiye yönlendirildi. †Ağrı süresi kaydedilen 89 hasta üzerinden hesaplanmıştır.
‡ Efor ilişkisi kaydedilen 100 hasta üzerinden hesaplanmıştır. § Sevk öncesi tetkik bilgisi bulunan 96 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

SS-82

ÇOCUKLUK ÇAĞI PULMONER ALVEOLER PROTEİNOZİSİNDE KLİNİK ÖZELLİKLER, TERAPÖTİK AKCİĞER LAVAJI VE SONUÇLAR: TEK MERKEZLİ OLGU SERİSİ

Seyhan Çelik, Eren Birinci Özcan, Fazılcan Zirek, Gizem Özcan, Nazan Çobanoğlu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Pulmoner alveolar proteinozis (PAP), alveolar boşluklarda surfaktan birikimi ile karakterize, çocukluk çağında nadir görülen heterojen bir akciğer hastalığıdır. Çocuk olgularda etiyoloji, klinik seyir ve tedavi yaklaşımları erişkinlerden farklılık göstermekte olup, bu alandaki deneyimler sınırlıdır.

Gereçler ve Yöntem: Merkezimizde PAP tanısıyla izlenen çocuk hastaların demografik, klinik, laboratuvar, radyolojik, bronkoskopik, tedavi ve izlem verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam altı hasta dahil edildi; tanı yaşı medyan 58 ay, tanı sonrası takip süresi medyan 29,5 aydı. Hastaların %83,3'ünde anne-baba akrabalığı, %50'sinde ailede PAP öyküsü mevcuttu. İlk semptom yaşı medyan 52,5 ay, semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süre medyan 3,5 ay olarak saptandı. En sık başvuru yakınmaları hipoksemi ve solunum sıkıntısı (%50) olup, hastaların %66,7'sinde gelişme geriliği mevcuttu. Tanı anında hastaların yarısında hipoksemi saptandı. Toraks BT'de tüm hastalarda bilateral kaldırım taşı manzarası izlendi. Bronkoalveoler lavaj (BAL) uygulanan beş hastanın tamamında süt renginde/opak BAL sıvısı elde edildi; sitolojik incelemede PAS pozitif materyal gösterildi ve mikrobiyolojik incelemelerde enfeksiyöz etken saptanmadı. Etiyolojik değerlendirme ve terapötik total akciğer lavajına ilişkin bulgular tablo 1-2'de sunuldu. İzlem sonunda iki hastada tam, üç hastada kısmi düzelme, bir hastada ise progresyon izlendi; mortalite gözlenmedi.

Tartışma: Merkez deneyimimiz, multidisipliner yaklaşım eşliğinde gerçekleştirilen sistematik etiyolojik değerlendirme ve total akciğer lavajının çocukluk çağı PAP yönetiminde etkili ve uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu desteklemektedir.

Hastaların etiyolojik değerlendirme sonuçları ve pulmoner alveolar proteinozis (PAP) sınıflaması

Hasta	Anti- GM CSF otoantikoru	İmmünolojik değerlendirme	Metabolik değerlendirme	Genetik değerlendirme	PAP sınıflaması
1	Çalışılmadı	Normal	Lizinürik protein intoleransı	LPI ilişkili varyant	Sekonder
2	Çalışılmadı	Hipogammaglobinemi	Normal	WES değerlendirmesi nonspesifik	Etiyolojisi belirlenemeyen
3	Negatif	Normal	Normal	WES değerlendirmesi nonspesifik	Etiyolojisi belirlenemeyen
4	Negatif	Normal	Normal	CSF2RA ilişkili varyant	Genetik (Herediter)
5	Çalışılmadı	ADA enzim eksikliği	Normal	ADA enzim eksikliği ilişkili varyant	Sekonder
6	Negatif	Normal	Normal	WES değerlendirmesi nonspesifik	Etiyolojisi belirlenemeyen

Anti- GM CSF: Anti–Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor, LPI: Lizinürik protein intoleransı, ADA: Adenosine Deaminase, WES: Whole Exome Sequencing, CSF2RA: Colony Stimulating Factor 2 Receptor Alpha

Total akciğer lavajı (TAL) uygulamalarının özellikleri

Toplam TAL sayısı	23
TAL uygulanan hasta sayısı, n (%)*	5 (83,3)
Tek TAL uygulanan hasta sayısı, n (%)#	1 (20,0)
Birden fazla TAL uygulanan hasta sayısı, n (%)#	4 (80,0)
Hasta başına TAL sayısı, medyan (min–maks) #	5 (1–9)
İlk TAL yaşı (ay), medyan (min–maks)	34 (3–113)
Son TAL yaşı (ay), medyan (min–maks)	44 (9–130)
Lavaj hacmi (cc/kg), medyan (min–maks)	35 (8–177)
TAL uygulamaları arasındaki süre (gün), medyan (min–maks)	22 (1–510)
İşlem sırasında hipoksemi varlığı, n (%)&	12 (52,2)
İşlem sırasında hiperkapni varlığı, n (%)&	4 (17,4)
Komplikasyonsuz işlem, n (%)&	11 (47,8)
İşlem sonrası YBÜ gereksinimi, n(%)&	8 (34,8)
En az bir komplikasyon gelişen hasta, n (%)#	4 (80,0)
En az bir kez YBÜ gereksinimi olan hasta, n(%)#	3 (60,0)

**Tüm altı hasta üzerinden hesaplama yapılmıştır. #TAL işlemi yapılan beş hasta üzerinden hesaplama yapılmıştır. &Toplam TAL sayısı (23) üzerinden hesaplama yapılmıştır. TAL: Total akciğer lavajı, YBÜ: yoğun bakım ünitesi*

SS-83

ÇOCUKLARDA REFRAKTER PERSİSTAN HAVA KAÇAĞINDA ENDOBRONŞİYAL VALF UYGULAMASI: ECMO DESTEKLİ İKİ OLGU

Zeynep Demir[1], Marisa Eve Schwab[3], Karthik Balakrishnan[4], Doug Sidell[4], Brian Shaller[5], Dwayne Free[6], Kubra Melike Bozkanat[2]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

[2]Stanford University School of Medicine, Division of Pediatric Pulmonology, Asthma and Sleep Medicine, Stanford, California, ABD

[3]Stanford University School of Medicine, Division of Pediatric Surgery, Stanford, California, ABD

[4]Lucile Packard Children's Hospital Stanford, Aerodigestive and Airway Reconstruction Center, Stanford, California, ABD

[5]Stanford University School of Medicine, Division of Pulmonary, Allergy and Critical Care Medicine, Stanford, California, ABD

[6]Stanford Health Care, Department of Respiratory Care Services, Stanford, California, ABD

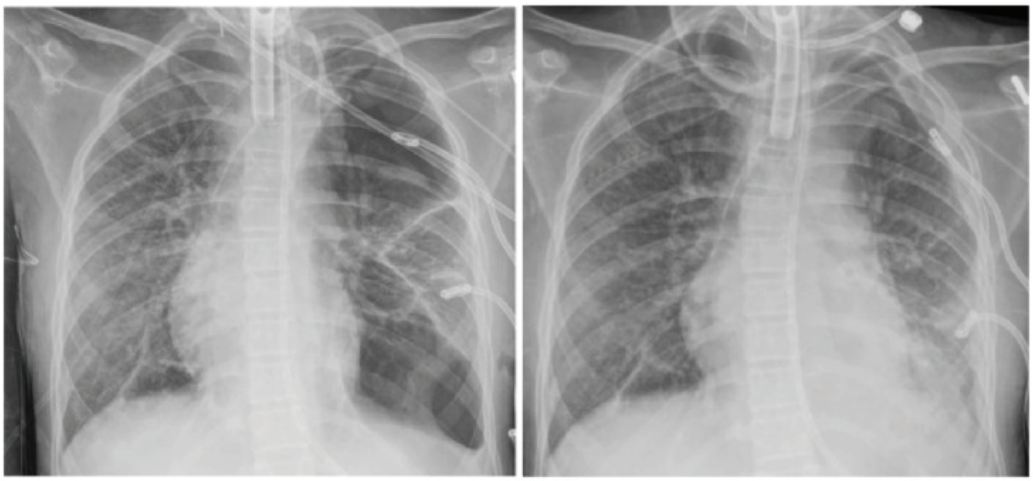
Giriş: Persistan hava kaçağı (PHA), çocuklarda nekrotizan pnömoni, travma veya torasik cerrahi sonrasında gelişebilen; uzamış ventilasyon, ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) ve cerrahi gereksinimine yol açabilen ciddi bir komplikasyondur. Endobronşiyal valfler (EBV), girişimsel pulmonoloji kapsamında bronkoskopik yerleştirilen, inspiratuvar hava girişini engelleyerek fistül iyileşmesine olanak sağlayan minimal invaziv bir seçenektir. Pediatrik deneyim oldukça sınırlıdır.

Gerekçe: Refrakter PHA ve uzamış göğüs tüpü drenajı olan, ECMO desteği almış iki çocukta EBV uygulamasının klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Stanford University School of Medicine/Lucile Packard Children's Hospital Stanford'da nekrotizan pnömoni sonrası refrakter PHA gelişen iki hastanın klinik seyri, görüntüleme bulguları, bronkoskopik lokalizasyonu, valf tipi, göğüs tüpü süresi ve sonuçları retrospektif değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografi ile fistül lokalizasyonu öngörüldü; fleksibl bronkoskopi sırasında Fogarty balon oklüzyonu ile sorumlu bronş doğrulandı ve uygun çapta Zephyr EBV yerleştirildi.

Sonuç: Altı yaşındaki hastada RSV ve *Streptococcus pneumoniae* pnömonisi sonrası sol üst lob bronkoplevral fistül nedeniyle 34 gün drenaj sonrası Zephyr 4.0 düşük profilli EBV uygulandı. Hava kaçağı anında sonlandı, tüp üçüncü günde çıkarıldı ve valf altıncı haftada nükssüz alındı. On iki yaşındaki hastada influenza ve *S. pneumoniae* ilişkili ARDS sonrası sol alt lob kaynaklı PHA için Zephyr 4.0 düşük profilli ve 5.5 EBV yerleştirildi. Kaçak anında kesildi; tüpler altıncı ve yedinci günlerde çıkarıldı, valfler sekizinci haftada komplikasyonsuz alındı. Bu olgular, BT ile planlama, balon oklüzyonu ile hedef bronşun doğrulanması ve hava yolu çapına uygun valf seçimini içeren girişimsel pulmonoloji yaklaşımının, çocuklarda refrakter PHA'da cerrahiye minimal invaziv bir alternatif sunabileceğini göstermektedir.

Endobronşiyal valf uygulaması öncesi ve sonrası akciğer grafileri: Sol pnömotoraksta ve intraplevral hava miktarında belirgin gerileme



| Chest X-rays pre and post EBV placement.

Sol üst lob bronkoplevral fistül ile uyumlu toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü

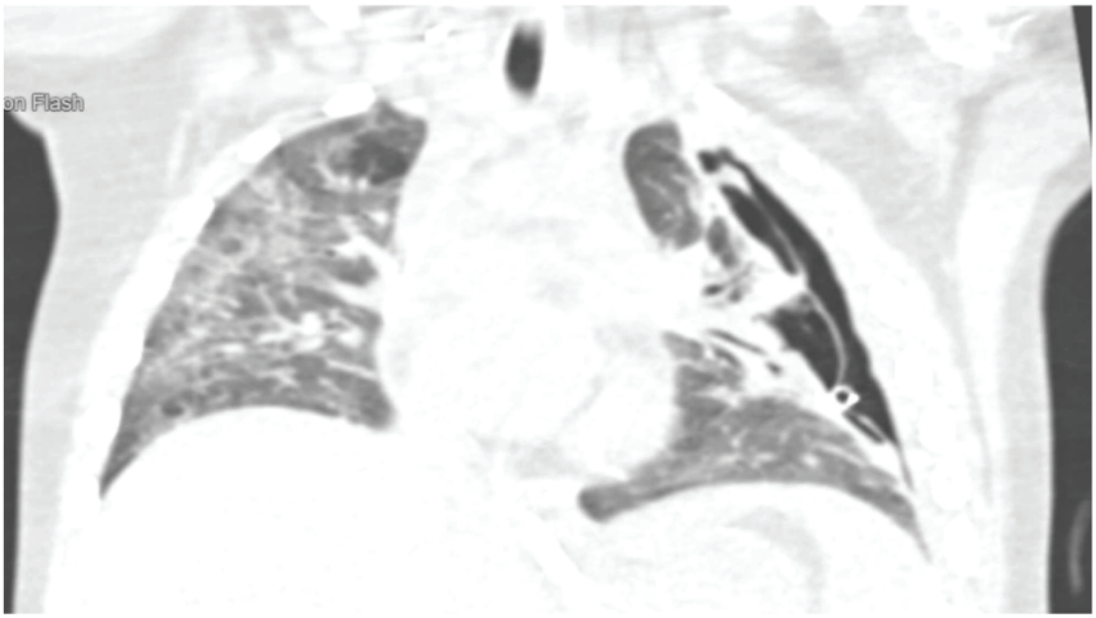


FIGURE 1 | Chest CT concerning for left upper lobe bronchopleural fistula.

Sol üst lob bronşuna yerleştirilen Zephyr 4.0 mm düşük profilli endobronşiyal valfin bronkoskopik görüntüsü



FIGURE 2 | Zephyr 4.0 mm EBV in the left upper lobe bronchus. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

SS-84

KİSTİK FİBROZİSLİ ADÖLESAN VE GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERDE ÜROGENITAL ANOMALİ SPEKTRUMU: ULTRASONOGRAFİ VE PELVİK MRG İLE SEGMENTAL DEĞERLENDİRME

Aleyna Yılmaz, Furkan Yılmaz Çiğdem Korkmaz , Abdurrahman Zarif Güney ,Berrak Öztosun, Elif Altınay Kırlı, Ayşe Uçar, Sebuh Kuruğoğlu, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

Giriş ve Amaç: Kistik fibrozisli (KF) erkeklerin büyük bir bölümünde konjenital bilateral vas deferens yokluğuna (CBAVD) bağlı obstrüktif azospermi görülür; ancak adölesan ve genç erişkin dönemde ürogenital anatomiyi ayrıntılı olarak tanımlayan görüntüleme verileri sınırlıdır. Bu çalışmada KF'li genç erkeklerde ürogenital sistemin ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile segmental olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Prospektif kesitsel çalışmaya 12–26 yaş arası 18 KF'li erkek hasta alındı. Skrotal USG ile testis hacmi, rete testis ve epididim morfolojisi; üriner USG ile renal anomaliler değerlendirildi. Kontrastsız 3T pelvik MRG'de vas deferensin skrotal, inguinal ve pelvik-ampuller segmentleri ile seminal veziküller (SV) bilateral olarak incelendi. CBAVD, skrotal ve inguinal segmentlerin bilateral yokluğu olarak tanımlandı. Görüntüler iki radyolog tarafından konsensüsle yorumlandı.

Bulgular: MRG'de 12 hastada (%66,7) vas deferens anomalisi saptandı; bunların 11'i (%61,1) CBAVD idi. CBAVD'li hastaların 7'sinde tüm segmentlerde komplet bilateral agenezi izlenirken, 4'ünde (%36,4) skrotal ve inguinal ageneziye karşın rezidüel, kistik dilate ampuller segmentler korunmuştu (Şekil 1). SV anomalisi 10 hastada (%55,6), SV agenezisi 8 hastada (%44,4) saptandı. Testis hacimleri tüm hastalarda yaş ve pubertal evreyle uyumluydu; hiçbir hastada renal anomali saptanmadı. USG'de 7 hastada (%38,9) rete testis ve/veya epididim anomalisi izlendi; rete testis ektazisi 6 (%33,3), epididimal tübüler ektazi 4 (%22,2) hastada mevcuttu (Tablo 1). Rete testis ve/veya epididim anomalisi bulunan 7 hastanın tamamında MRG'de eşlik eden vas deferens anomalisi vardı.

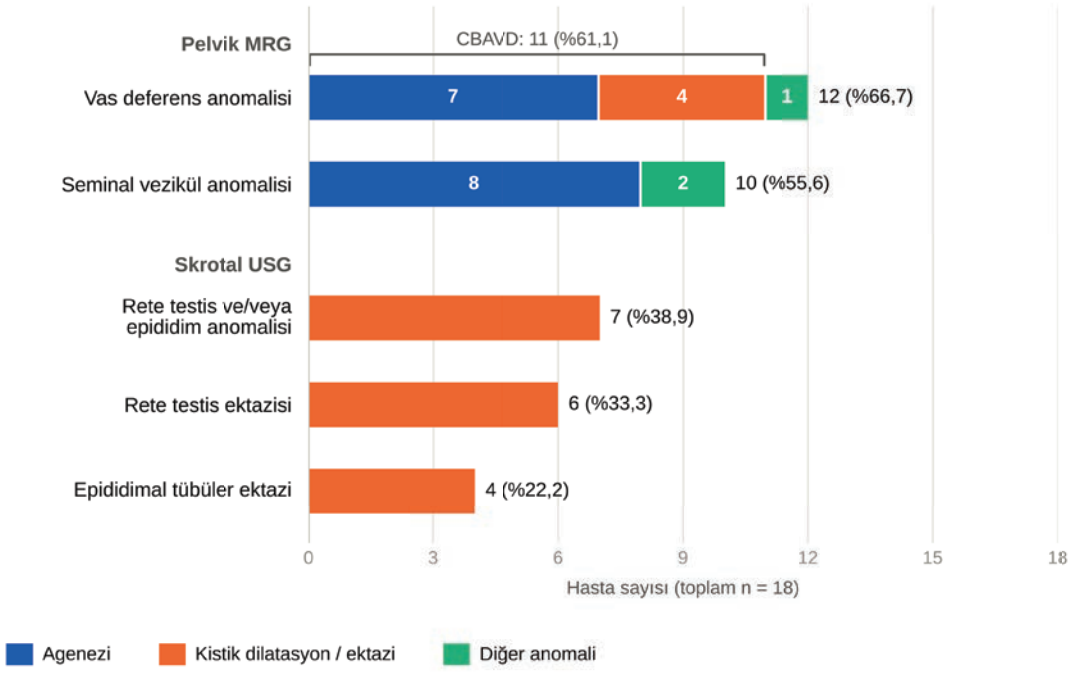
Sonuç: KF'li genç erkeklerde vas deferens ve SV anomalileri sıktır. CBAVD, komplet ageneziden rezidüel kistik dilate ampuller segmentlere uzanan segmental bir spektrum gösterir. Normal testis hacimleri obstrüktif infertilite fenotipiyle uyumludur; rete testis ve epididimal ektazilerin vas deferens anomalileriyle birlikteliği distal obstrüksiyonun dolaylı göstergesi olabilir. Radyasyonsuz ve non-invaziv USG–MRG kombinasyonu, ürogenital anomalilerin segmental değerlendirilmesini sağlar ve erken fertilite danışmanlığına yol gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis; konjenital bilateral vas deferens yokluğu; seminal vezikül; manyetik rezonans görüntüleme; erkek infertilitesi

Tablo 1. Pelvik MRG ve skrotal USG bulguları (n = 18)

Bulgu	n (%)
Vas deferens (MRG)	
Vas deferens anomalisi	12 (66,7)
CBAVD	11 (61,1)
Komplet bilateral agenezi	7 (38,9)
Rezidüel kistik dilate ampuller segment*	4 (22,2)
CBAVD dışı vas deferens anomalisi	1 (5,6)
Seminal vezikül (MRG)	
SV anomalisi	10 (55,6)
SV agenezisi	8 (44,4)
Testis, epididim ve böbrek (USG)	
Yaş ve pubertal evreyle uyumlu testis hacmi	18 (100)
Renal anomali	0
Rete testis ve/veya epididim anomalisi	7 (38,9)
Rete testis ektazisi	6 (33,3)
Epididimal tübüler ektazi	4 (22,2)
Eşlik eden vas deferens anomalisi (MRG)†	7/7 (100)

*CBAVD'li hastaların %36,4'ü (4/11); skrotal ve inguinal ageneziye karşın korunmuş. †Rete testis ve/veya epididim anomalisi bulunan hastalar arasında. CBAVD: konjenital bilateral vas deferens yokluğu; MRG: manyetik rezonans görüntüleme; SV: seminal vezikül; USG: ultrasonografi.



Şekil 1. Pelvik MRG ve skrotal USG bulgularının dağılımı (n = 18). Vas deferens çubuğunda mavi segment komplet bilateral ageneziyi, turuncu segment skrotal ve inguinal ageneziye karşın korunmuş rezidüel kistik dilate ampuller segmenti (birlikte CBAVD), yeşil segment CBAVD dışı vas deferens anomalisini; seminal vezikül çubuğunda mavi segment ageneziyi, yeşil segment agenezi dışı anomaliyi göstermektedir. Hiçbir hastada renal anomali saptanmamıştır.

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI DERNEĞİ

Poster Bildiriler





PS-01

PROLİDAZ EKSİKLİĞİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI AKCİĞER TUTULUMU: ÜÇ OLGULUK SERİ

Sıla Tarkan[1], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1], Ayşe Tana Aslan[1], Avniye Kübra Baskın[2], Nihal Karaçayır[3], Leyla Tümer[4]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Prolidaz eksikliği, interstisyel akciğer hastalığına neden olabilen, pulmoner tutulumun bildirildiği nadir kalıtsal bir metabolik hastalıktır. Bu çalışmada prolidaz eksikliği tanısıyla izlenen üç olgunun pulmoner klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1: Kronik dermatit ve astım tanılarıyla izlenen, ebeveynleri arasında akraba evliliği bulunan 13 yaşındaki erkek hastanın solunum sistemi ile ilişkili herhangi bir yakınması bulunmamaktaydı. Solunum fonksiyon testi ve karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) normal sınırlarda saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ alt lob süperior segmentte plevraya komşu, septasyonlar içeren hava dansitesinde kistik lezyon ile sol akciğerde nodüler lezyon izlendi. İzlem sırasında dupilumab tedavisi ve trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlandı. Takip süresince solunumsal semptom gelişmedi.

Olgu 2: EBV ilişkili hemofagositik lenfohistiyositoz nedeniyle izlenen 9 yaşındaki erkek hastada sabahları balgamlı öksürük, uykuda ağızdan soluma ve tekrarlayan pnömoni öyküsü mevcuttu. Ebeveynleri arasında ikinci derece akraba evliliği bulunan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde kistik bronşektazi, buzlu cam opasiteleri ve pulmoner nodül saptandı. Solunum fonksiyon testinde FEV_1 z-skoru –1,76, FVC z-skoru –1,88 olarak bulunurken, karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) %97 olarak saptandı. Olgu 3:Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği ve psöriyatik artrit tanılarıyla izlenen, solunumsal yakınması bulunmayan 12 yaşındaki erkek hastanın ebeveynleri arasında akraba evliliği öyküsü mevcuttu. Metotreksat ve adalimumab tedavisi alan hastanın solunum fonksiyon testi, karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ve toraks bilgisayarlı tomografisi normal saptandı.

Sonuç: Prolidaz eksikliğinde pulmoner tutulum klinik olarak sessiz seyredebileceği gibi, kistik bronşektazi, buzlu cam opasiteleri ve pulmoner nodüller gibi radyolojik bulgularla da karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle prolidaz eksikliği tanısı alan hastaların pulmoner tutulum açısından kapsamlı şekilde değerlendirilmesi ve düzenli aralıklarla izlenmesi önem taşımaktadır.

PS-02

ZAP-70 EKSİKLİĞİNDE PULMONER NODÜLLERLE PREZENTE OLAN B HÜCRELİ LENFOMA

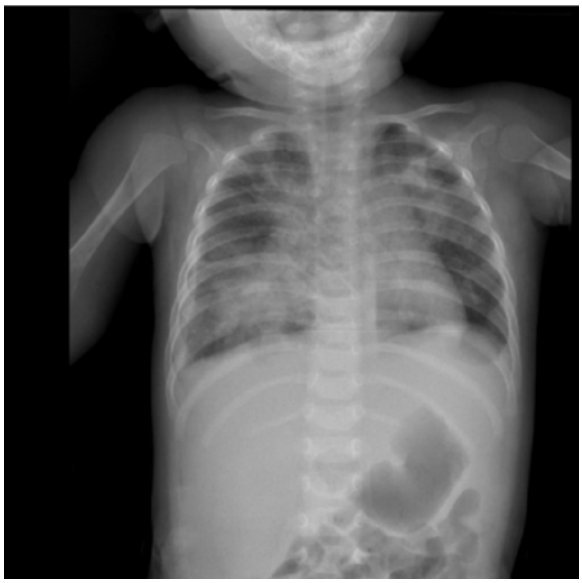
Yasemin Mocan Çağlar, Özge Ülgen, Begüm Yörük, ZELİHA BAŞAK POLAT, Aslıhan Tunçlar Özçağlar, Uğur Girgiç, Nesrin Havare, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Çocuklarda akciğerde multipl nodüler lezyonların ayırıcı tanısında enfeksiyonlar, immün yetmezlikler ve nadiren maligniteler yer almaktadır. Bu olguda, pnömoni bulgularıyla başvuran ve ileri değerlendirme sonucunda altta yatan nadir bir sistemik hastalık saptanan bir infant sunulmaktadır.

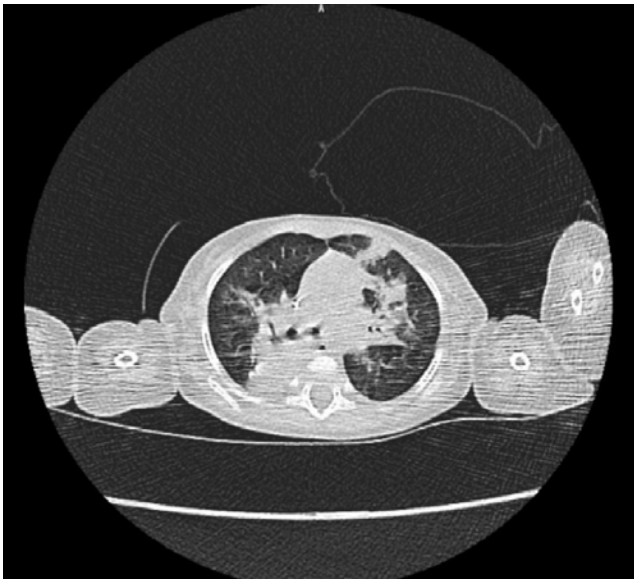
Olgu: Daha önce bilinen hastalığı olmayan 7 aylık kız hasta ateş, öksürük ve burun tıkanıklığıyla başvurdu.Fizik muayenesinde yaygın krepitan raller, lenfopeni ve CRP yüksekliği, akciğer grafisinde(Resim1) bilateral konsolidasyon saptanarak pnömoni tanısıyla yatırıldı. Solunum yolu viral panelinde RSV ve rinovirüs, gaitada ise rotavirüs tespit edildi. Antibiyotik tedavisine rağmen ateş ve inflamatuvar belirteçlerde yeniden artış görüldü. Yatışının altıncı gününde makroskopik rektal kanama ve hemoglobin düzeyinde düşüş saptandı. Ultrasonografisinde karaciğerde ve dalakta multipl hipoekoik nodüller ile bilateral inguinal lenfadenopatiler saptandı. Toraks BT'de, en büyüğü sol alt lobda 2 cm olan çok sayıda solid pulmoner nodül ve sağ plevral efüzyon saptandı.(Resim2) Kemik iliği aspirasyonu ve periferik yaymada blast saptanmadı. İnguinal lenf nodu eksizyonel biyopsisinde yaygın nekroz içeren difüz büyük B hücreli non-germinal tip lenfoma saptandı. Lenfopeni(Resim3) CD8 düşüklüğü(Resim 4), anemi, hipogammaglobulinemi, hepatosplenomegali, büyüme gelişme geriliği olan hastada immünolojik konsültasyon sonrasında ZAP-70 eksikliğine (CD8 T hücrelerinin seçici eksikliği)sekonder SCID saptandı. Geniş spektrumlu antibiyotik ve antifungal tedavi, BCG aşısı ve immün yetmezliği nedeniyle antitüberküloz tedavi verildi. İVİG tedavisi aldı, hematopoetik kök hücre nakli sonrası kemoterapi planlandı; ancak solunum yetmezliği nedeniyle entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Ağır pnömoni, akut respiratuvar distres sendromu ve sepsis gelişen hasta kardiyak arrest sonrası exitus oldu.

Sonuç: Tedaviye dirençli pnömoni, pulmoner nodüller, hepatosplenik lezyonlar ve lenfadenopati birlikteliğinde primer immün yetmezlik ve lenfoproliferatif maligniteler düşünülmelidir.

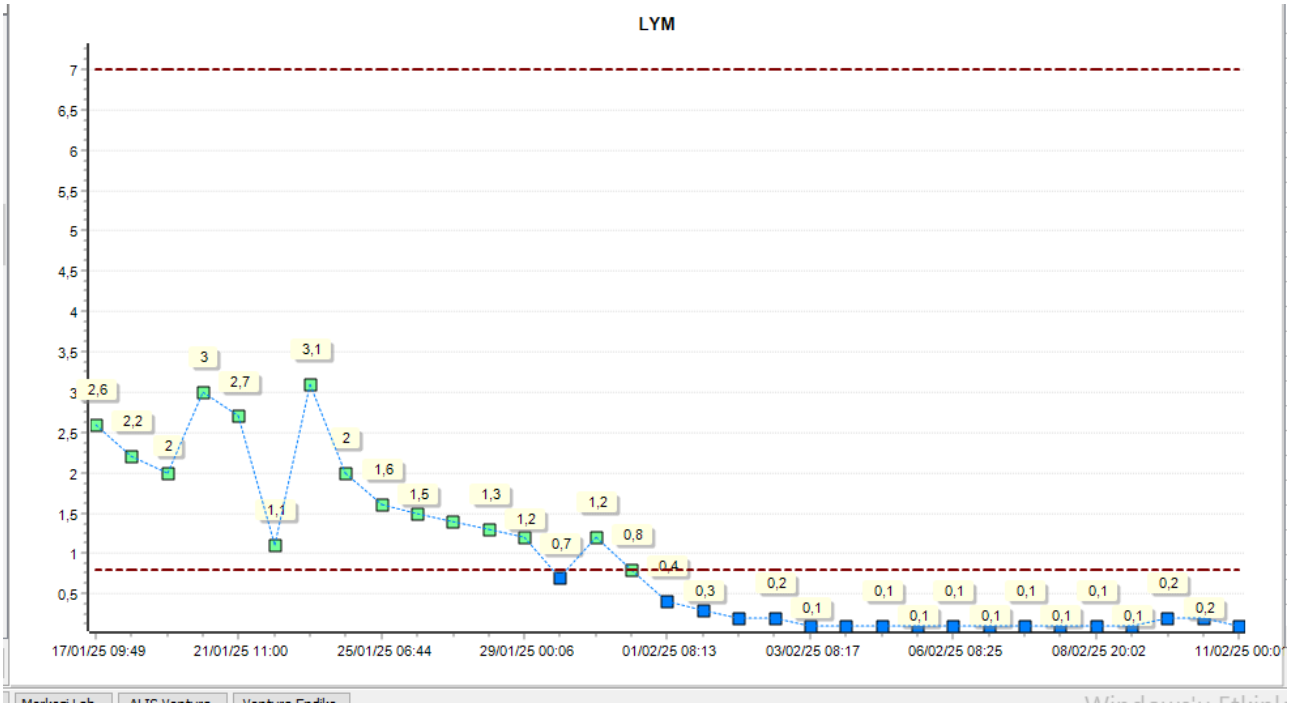
Resim 1: *Olguya ait başvuru akciğer grafisi*



Resim 2: *Olguya ait toraks bilgisayarlı tomografisi kesiti*

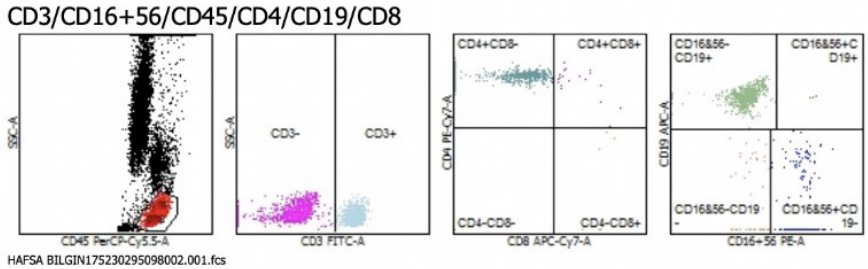


Resim 3



Hastanın lenfosit eğrisi

Resim 4



Parameter	Percent	Value/AbsCnt
Lymph Events		3780
CD3+	73.31	0
CD3+CD8+	0.82	0
CD3+CD4+	73.12	0
CD3+CD4+CD8+	0.66	0
CD16+CD56+	6.19	0
CD19+	19.34	0
CD45+		0
4/8 Ratio		89.16

QC Messages
Manual Gate is in effect.
% T-Sum is: 0.63
Lymphosum is: 98.84
4/8 ratio is: 89.16

Olguya ait lenfosit alt grubu analizi

PS-03

ÇOCUKLARDA İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞININ NADİR NEDENİ FARSA MUTASYONU; VAKA SUNUMU

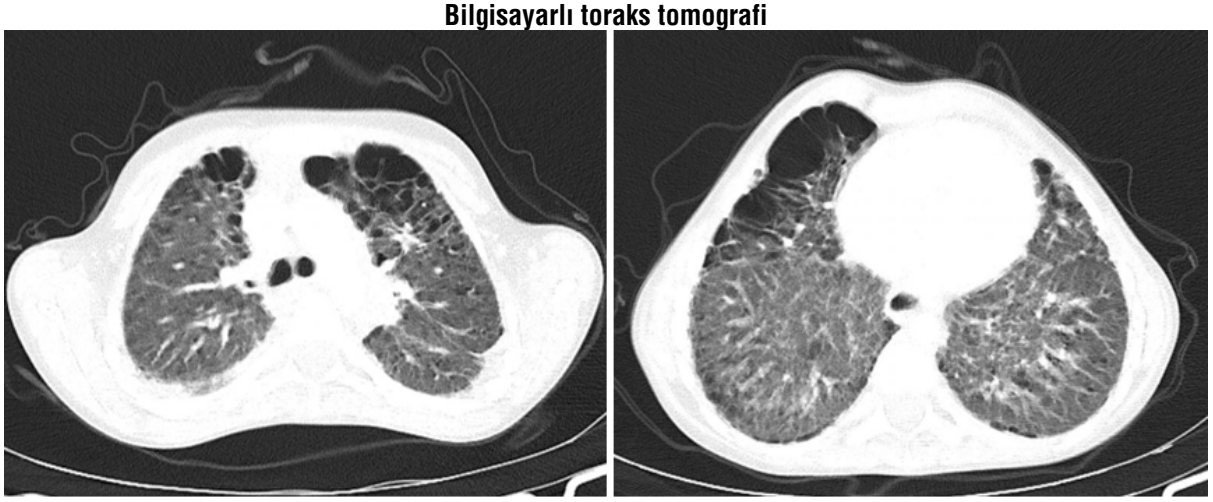
Fatma Nur Ayman, Suat Savaş, Nagihan Erol Kızılelma, Sevgi Pekcan
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları (ILD), heterojen klinik ve genetik özelliklere sahip nadir bir hastalık grubudur. FARSA geni, sitoplazmik fenilalanil-tRNA sentetazın (FARS1) katalitik αalt birimini kodlamakta ve protein sentezinde önemli rol oynamaktadır. FARSA genindeki biallelik patojenik varyantlar, otozomal resesif geçişli, nadir ve multisistemik bir hastalık tablosuna neden olmaktadır[1,2]. FARSA ilişkili hastalıkta en sık ve erken bulgulardan biri interstisyel akciğer hastalığı olup, nörolojik ve hepatik tutulum, büyüme geriliği, hipoalbüminemi ve dismorfik özellikler eşlik edebilmektedir[2,3]. Biz genetik olarak doğrulanan FARSA mutasyonu ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı vakasını sunuyoruz.

Olgu: Büyüme geriliği, pektus karinatum ve lomber lordozu olan 12 yaşındaki erkek hasta çomak parmak nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın infantil dönem başlangıçlı ILD tanısının olduğu öğrenildi. Başvuru sırasında oksijen satürasyonu %85'ti. Çomak parmak ve bilateral ral mevcuttu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde paraseptal ve sentrilobüler amfizem alanları, plevral yüzeylerde ve fissürlerde düzensiz nodüler kalınlaşmalar izlendi. FEV1 %47, FVC %56, FEV1/FVC %118'di ve restriktif tip bozuklukla uyumluydu. Ekokardiyografide pulmoner arter basıncı 35mmHg idi ve sürekli oksijen ihtiyacı mevcuttu. Fan şiddet skoru 5'ti. Nörolojik özellik olarak her iki frontal ve pariyetel bölgelerde yaygın milimetrik kalsifikasyon saptandı. Takibinde sürekli hipoalbüminemi ve aralıklı karaciğer enzim yükselmeleri gelişti. Tüm ekzon dizilemesinde homozigot FARSA mutasyonu saptandı. Kortikosteroid ve nintedanib tedavisine klinik olarak yanıt alınamaması üzerine ruksolitinib tedavisi başlanması planlandı.

Sonuç: FARSA mutasyonu çocuklarda ILD'nin nadir nedenlerinden biri olmasına karşın multisistemik tutuluma, şiddetli erken başlangıçlı ILD'ye neden olması ve mevcut tedavilere yanıtın zayıf olması nedeniyle erken tanımlanması önemlidir. Kapsamlı prospektif çalışmalar ile hedefe yönelik tedavi stratejilerini araştırmak ve prognoz tayini için şarttır.

Bilgisayarlı toraks tomografi



Bilateral akciğer parankiminde üst loblarda yaygın paraseptal ve sentrilobüler amfizem alanları, plevral yüzeylerde ve fissürlerde düzensiz nodüler kalınlaşmalar

PS-04

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR BİR PULMONER-RENAL SENDROM: ANTİ-GLOMERÜLER BAZAL MEMBRAN HASTALIĞI OLGUSU

Satı Özkan Tabakçı[1], Salih Uytun[1], Murat Yasin Gençoğlu[1], Meltem Akgül Erdal[1], Bahriye Uzun Kenan[2], Deniz Karakaya[2], Tuğba Taştemel Öztürk[2], Kıvanç Terzi[3], Emrah Gün[3]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, Ankara
[3]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Bu olguda, çocuklukta nadir görülen ve pulmoner hemoraji ve kronik böbrek hastalığına yol açabilen antiglomerüler bazal membran (anti-GBM) hastalığının (Goodpasture Sendromu) klinik, radyolojik ve laboratuvar özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, toplu taşımada bayılma nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Öyküsünde 1 aydır halsizlik ve haftada 2-3 kez hemoptizi olduğu öğrenilmiş. Derin anemi ve toraks BT'de yaygın buzlu cam görünümü saptanarak hasta ileri tetkik için hastanemize sevk edildi. Başvuruda kreatinin 0.99 mg/dL, proteinüri 3+, corrDLCO %112 idi. Bronkoskopide hemorajik sekresyon saptandı. Romatolojik markerlar negatif, anti-GBM antikoru >200 saptanarak anti-GBM hastalığı tanısı konuldu. Pulse metilprednizolon (30 mg/kg/gün- 5 gün, idame 2 mg/kg/gün), plazmaferez (albümin/TDP dönüşümlü, sonrasında IVIG ile fermuar yöntemi) ve siklofosfamid tedavisi başlandı; klinik kötüleşme nedeniyle rituksimab eklendi. Böbrek biyopsisinde 8 glomerülün 5'inde selüler kresent, 2'sinde segmental fibrinoid nekroz saptandı.Toplam 14 seans plazmaferez, 2 doz siklofosfamid, 2 doz rituksimab ve 2 kür pulse metilprednisolon sonrası hemoptizisi ve solunum sıkıntısı gerileyen, anti-GBM antikoru negatifleşen hasta idame prednizolon ile taburcu edildi. Taburculukta corrDLCO %91, proteinüri 1+ idi.

Sonuç Ve Tartışma: Anti-GBM hastalığı, glomerüler ve alveolar bazal membranlara karşı gelişen otoantikorların yol açtığı nadir bir vaskülittir; çocukluk çağı RPGN olgularının yaklaşık %20'sinden sorumludur. Tanı, anti-GBM antikoru pozitifliği ve/veya biyopside lineer IgG birikimi ile konur. Sunulan olguda ağır pulmoner tutulum, pulse steroid, plazmaferez, siklofosfamid ve rituksimabı içeren agresif tedaviyle kontrol altına alınmış, hasta stabil taburcu edilmiştir. Erken tanı ve zamanında başlanan kombine immünsupresif tedavi, bu nadir hastalıkta yaşam kurtarıcı olabilir.

Figure 1. Hastanın akciğer grafi ve toraks bilgisayarlı tomografi bulguları



a:başvuruda; b:solunum sıkıntısı geliştiğinde; c:solunum sıkıntısı arttığında,yoğun bakım takiplerinde; d:pulse steroid ve siklofosfamid tedavileri sonrası; e:taburculuk öncesi çekilen akciğer grafileri. f,g: Taburculuk öncesi çekilen toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü

PS-05

NEKROTİZAN PNÖMONİ VE KOMPLİKE PARAPNÖMONİK EFÜZYON: VATS İLE TEDAVİ EDİLEN BİR ÇOCUK OLGUSU

Merve Tetik[1], *Tuğba Kazlı*[2]
[1]*Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı*
[2]*Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları*

Nekrotizan pnömoni, çocukluk çağında toplum kökenli pnömoninin nadir ancak ciddi bir komplikasyonudur. Akciğer parankiminde nekroz ve kavitasyon ile karakterize olup parapnömonik efüzyon ve ampiyemle seyredebilir. Erken tanı ve uygun multidisipliner yaklaşım morbiditenin azaltılmasında önemlidir.

Beş yaşında erkek hasta beş gündür ateş ve öksürük, üç gündür karın ağrısı ve balgamlı kusma yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede takipne ve sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma saptandı. Akciğer grafisinde sol akciğerde konsolidasyon ve sinüs küntleşmesi, ultrasonografide minimal plevral sıvı izlendi. Orta-ağır pnömoni ve parapnömonik efüzyon düşünülerek intravenöz seftriakson başlandı. Laboratuvar incelemelerinde nötrofilik lökositoz ve akut faz yüksekliği mevcuttu. Nazofarengeal PCR'da Streptococcus pneumoniae ve Rhinovirus pozitifti.

Tedavinin 72–96. saatinde ateş ve akut faz yanıtı gerilemesine rağmen solunum sıkıntısı, oksijen ihtiyacı ve göğüs ağrısı gelişti. Kontrol görüntülemelerinde konsolidasyon içerisinde hava odakları ve septasyonlar içeren artmış plevral efüzyon saptandı. Kontrastlı toraks BT'de nekrotizan pnömoni ve komplike parapnömonik efüzyon ile uyumlu bulgular izlendi. Antibiyotik tedavisi teikoplanin ile genişletildi. Toraks tüpü drenajı ve intraplevral fibrinolitik tedavi uygulandı. Üç kür fibrinolitiğe rağmen düzelme sağlanamaması üzerine uniportal VATS ile plevral debridman ve dekortikasyon gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde klinik ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelme izlendi.

Bu olgu, pnömonide klinik-radyolojik kötüleşme ve tedaviye yanıtsızlık durumunda nekrotizan pnömoni ile komplike parapnömonik efüzyonun akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Zamanında multidisipliner yaklaşım ve cerrahi tedavi başarılı sonuç sağlayabilir.

PS-06

ADÖLESAN HASTADA E-SİGARA İLİŞKİLİ BÜLLÖZ AKCİĞER HASTALIĞI ZEMİNİNDE TEKRARLAYAN SPONTAN PNÖMOTORAKS: OLGU SUNUMU

Aslıhan Özçağlar, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Elektronik sigaranın (e-sigara) uzun dönem pulmoner etkileri henüz bilinmemekle birlikte,akut pulmoner toksisite ve pnömotoraks ile ilişkili olgular giderek daha sık bildirilmektedir.Özellikle adölesanlarda e-sigara kullanımının spontan pnömotoraks gelişimi ve nüksündeki olası rolü dikkat çekicidir.Burada, e-sigara maruziyeti bulunan ve tekrarlayan spontan pnömotoraks ile apikal büllöz değişiklikler saptanan 17 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: On yedi yaşındaki erkek hasta, iki gündür devam eden göğüs ağrısı ve öksürük nedeniyle başvurduğu dış merkezde sol pnömotoraks saptanması üzerine çocuk cerrahisine sevk edildi.Tüp torakostomi uygulanmasının ardından çocuk göğüs kliniğimizde değerlendirildi.Özgeçmişinde çocukluk döneminde birkaç kez nebülizasyon tedavisi kullanımı dışında özellik yoktu.Ayrıntılı anamnezinde e-sigara kullanımı olduğu öğrenildi.Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol pnömotoraks, komşuluğunda konsolidasyon ve apikal büllöz değişiklikler izlendi.Plörodez sonrasında taburcu edilen hasta, yaklaşık 10 gün sonra tekrarlayan göğüs ağrısı ve dispne nedeniyle yeniden başvurdu.Sol pnömotoraks nüksü saptandı, tüp torakostomi uygulandı; ancak pnömotoraksın gerilememesi nedeniyle sol akciğer wedge rezeksiyonu yapıldı.Histopatolojik incelemede bül formasyonu; bül duvarı ve çevresinde mezotelyal proliferasyon, hyalinizasyon, hemoraji ve fokal mikrokalsifikasyon;çevre akciğer parankiminde fokal interstisyel kanama, amfizematöz değişiklikler ve konjesyon saptandı.Bulgular, bül oluşumu zemininde kronik mekanik ve inflamatuvar hasarın yanı sıra tekrarlayan pnömotoraks ataklarının etkisini düşündürdü.Altıncı ayda yapılan solunum fonksiyon testlerinde FEV_1 %120, FVC %118, TLC %89 ve DLCO %110 bulundu.

Sonuç: Adölesanlarda spontan ve özellikle tekrarlayan pnömotoraks değerlendirilirken sigara ve e-sigara kullanımı ile çevresel ve mesleki inhalasyon maruziyetleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.Apikal büllöz değişikliklerin eşlik ettiği ve erken dönemde nüks gelişen olgularda,konservatif tedaviye rağmen devam eden pnömotoraks açısından cerrahi tedavi gündeme alınmalıdır. Bu olgu,e-sigara ve diğer inhalasyon maruziyetlerinin büllöz akciğer hastalığı zemininde pnömotoraksın gelişimi ve nüksüne katkıda bulunabileceğine dikkat çekmektedir.

Resim 1: *İlk pnömotoraks; PAAC grafisi*



Resim 2: *İlk Pnömotoraks, plörodez sonrası;PAAC grafisi*

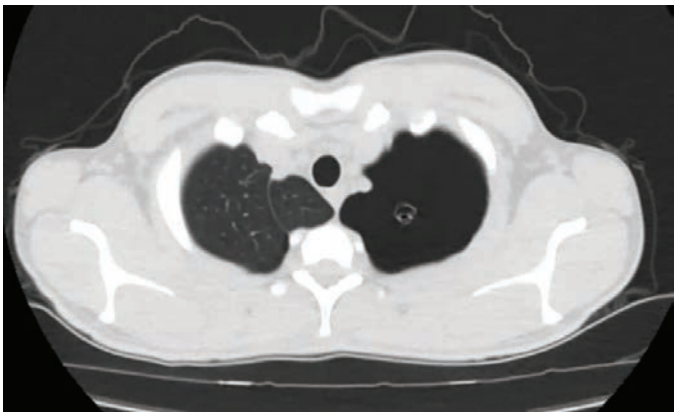


Resim 3



İlk Pnömotoraks Bilgisayarlı Toraks BT görüntüsü; aksiyal kesit, pnömotoraks ve komşuluğunda atelektazi, konsolidasyon

Resim 4



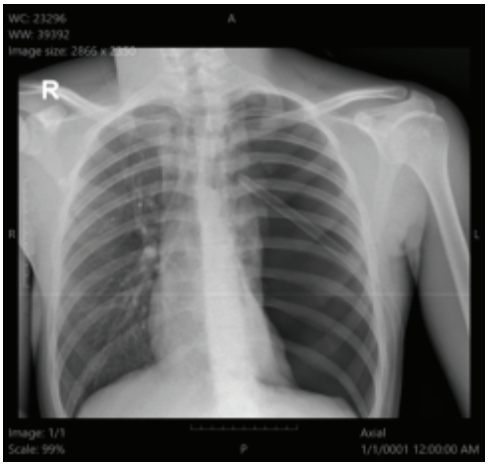
Bilgisayarlı Toraks BT görüntüsü, aksiyal kesit, apikal bül formasyonu

Resim 5



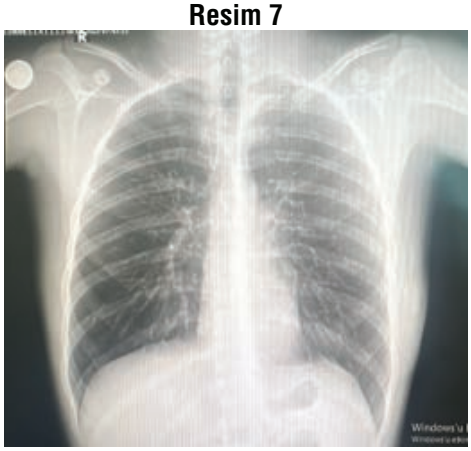
Nüks Pnömotoraks, PA AC grafisi

Resim 6



Nüks pnömotoraks, PAAC Grafisi, Sol tüp torakostomi

Resim 7



Nüks Pnömotoraks, wedge rezeksiyon sonrası normal PA AC grafisi

PS-07

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SELİM ÇÖREMEN KİSTİK FİBROZİS MERKEZİNDE KİSTİK FİBROZİS HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN KARDEŞLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Sule Bektas[1], Ahmet Birhan Birtane[2], Emir Kaan Atakan[2], Metin Ege Görgülü[2], Kadir Alp Türker[2], Enes Kayra Bayram[2], Burcu Uzunoglu[3], Gamze Taştan[3], Yasemin Gokdemir[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3 Öğrencisi, İstanbul, Türkiye
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Kistik Fibrozis (KF), birden fazla organ sistemini etkileyen ve multidisipliner yönetim gerektiren genetik bir hastalıktır. Güncel tedavi yükü, hasta ve ebeveynlerin yanı sıra sağlıklı kardeşleri de psikososyal açıdan etkilemektedir. Çalışmamızda, KF tanılı çocukların sağlıklı kardeşlerindeki yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerini değerlendirerek aile merkezli bakımın geliştirilmesine katkı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Kesitsel çalışmaya 7-18 yaş aralığında 32 KF kardeşi ve 72 sağlıklı kontrol (N=104) dahil edildi. Veriler Sosyodemografik Veri Formu, Spence Çocuk ve Ergen Anksiyete Ölçeği (SCAS) ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) ile elektronik ortamda toplandı. SCAS toplam puanı 0-114, PedsQL toplam puanı 0-100 aralığında değişmekte olup; SCAS'ta yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini, PedsQL'de ise yüksek puan iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Analizde Ki-Kare, Mann-Whitney U ve Pearson korelasyon testleri kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ($p=0,095$) ve cinsiyet dağılımı ($p=0,533$) açısından anlamlı fark saptanmamıştır. KF kardeşlerinin SCAS puan ortalaması (34,2±16,9), kontrol grubundan (30,1±11,0) yüksek olup fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,226$). PedsQL toplam puanı KF kardeşlerinde (70,7±15,9), kontrol grubuna göre (75,9±13,3) daha düşük olup anlamlı fark yoktur ($p=0,084$). Anksiyete düzeyi ile yaşam kalitesi arasında güçlü düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0,638$; $p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda KF tanılı çocukların kardeşlerinin anksiyete düzeylerinin sağlıklı akranlarına göre daha yüksek, yaşam kalitelerinin ise daha düşük olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Anksiyete artışının yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz etkilediği saptanmıştır. KF hastalarının kardeşlerinin psikososyal açıdan desteklenmesi gereken hassas bir grup olduğu ve daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

PS-08

MARFAN TANISININ ÖTESİNDE: CUTİS LAXA FENOTİPİ, BRONŞEKTAZİ VE AMFİZEM İLE İZLENEN BİR ADOLESAN

Uğur Girgiç, Eda Gürler, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kalıtsal bağ dokusu ve elastik lif hastalıklarında pulmoner tutulum; göğüs duvarı deformiteleri, amfizem, pnömotoraks ve bronşektazi gibi farklı yapısal akciğer bulgularıyla ortaya çıkabilir. Özellikle belirgin ekstrapulmoner fenotipin eşlik ettiği olgularda, mevcut genetik tanının klinik bulgularla uyumunun yeniden değerlendirilmesi alternatif nadir hastalıkların tanınmasını sağlayabilir. Bu olguda, Marfan sendromu tanısıyla izlenen ancak pulmoner ve sistemik bulguları farklı bir kalıtsal hastalığı düşündüren bir adölesan sunulmuştur.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, çocukluktan beri süren ve son sekiz ayda artan yaş öksürük ve tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle değerlendirildi. Toraks BT'de her iki alt lobda kistik bronşektazi ve paraseptal amfizem saptandı. Fizik muayenede çomak parmak, uzun ekstremiteler, mikrosefali, hipotelorizm, belirgin cilt gevşekliği ve ağır malnütrisyon vardı; Beighton skoru 0'dı. Anne-baba arasında akrabalık ve kardeşte benzer fenotip mevcuttu. İmmünoglobulinler, lenfosit alt grupları, alfa-1 antitripsin düzeyi ve ter testi normaldi. Bronkoskopide bronşektatik değişiklikler izlendi; BAL kültürü ve mikobakteriyolojik incelemeler negatifti. Daha önce FBN1 c.4270C>G (p.Pro1424Ala) varyantının patojenik olarak yorumlanması nedeniyle Marfan sendromu tanısıyla izlenen hastada, güncel fenotip değerlendirmesinde varyant patojenik kabul edilmedi ve BT anjiyografisinde aort patolojisi saptanmadı. Cutis laxa fenotipi ve amfizematöz akciğer tutulumu nedeniyle otozomal resesif cutis laxa (ARCL) spektrumu ön planda düşünülerek WES planlandı.

Sonuç: Bronşektazi, amfizem ve cutis laxa birlikteliği, bu olguda önceden konulmuş Marfan sendromu tanısının sorgulanmasına ve alternatif bir kalıtsal elastik lif hastalığının araştırılmasına yol açmıştır. Fenotip ile genetik bulguların birlikte ve güncel veriler eşliğinde değerlendirilmesi tanısal yaklaşımın temelini oluşturmalıdır.

PS-09

KİSTİK FİBROZİSLİ İKİ PEDİYATRİK OLGUDA NADİR BİR KOMPLİKASYON: OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ

Elif Işik[1], Asuman Demirhan[1], Ali Özdemir[2], Funda Erkasar[3]
[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Mersin, Türkiye
[2]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Mersin, Türkiye
[3]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji Kliniği, Mersin, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozis (KF), KFTR gen mutasyonuna bağlı gelişen, kronik havayolu enfeksiyonları ve ilerleyici akciğer hasarıyla karakterize genetik bir hastalıktır. Havayollarında vizkoz sekresyonlar mukoklirensi bozmakta, bakteriyel ve başta Aspergillus, Candida türleri gibi fungal enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmaktadır. Hastalık yönetiminde kullanılan antimikrobiyal ve antifungal tedaviler, nadiren yaşamı tehdit edebilen immünolojik komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. Bu sunumda, antifungal tedavi sürecinde Otoimmün Hemolitik Anemi (OİHA) gelişen iki KF olgusu üzerinden klinik farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Olgu 1: İzleminde Alerjik Bronkopulmoner Aspergilloz (ABPA) tanısı alan altı yaşında KF erkek hasta; Laboratuvarda tanıyı destekleyen total IgE düzeyi 2700 IU/mL, Aspergillus fumigatus spesifik IgE düzeyi 23,7 kU/L ve ABPA uyumlu radyolojik bulgular saptanması üzerine pulse steroid ve itrakonazol tedavisi başlandı. Tedavinin altıncı ayında hemoglobin düzeyi 6,9 g/dL saptanması üzerine, gelişen anemi durumunun nedenine yönelik yapılan laboratuvar değerlendirmesinde direkt Coombs testi 3+ pozitif saptandı. OİHA tanısıyla eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ve günlük prednizolon tedavisi uygulanan hastada hematolojik yanıt elde edildi.

Olgu 2: Onyedi yaşında ileri dönem KF kız hasta, 4 yıldır Mycobacterium abscessus akciğer enfeksiyonu nedeniyle izlenmekteydi. Hastane yatışında balgam kültüründe Candida tropicalis üremesi saptanması üzerine flukonazol tedavisi başlandı. Antifungal tedavinin üçüncü gününde hemoglobin düzeyi 4 g/dL'ye düşen hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoliz bulguları ve direkt coombs testinde 3+ pozitiflik saptandı. OİHA tanısı ile eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ve günlük prednizolon tedavisi sonrası hematolojik düzelme sağlanıp hemoliz tablosu geriledi.

Sonuç: Antifungal tedaviye bağlı OİHA, KF'li çocuklarda nadir ancak yaşamı tehdit edebilen bir komplikasyondur. Antifungal tedavi sırasında gelişen,nedeni açıklanamayan anemi olgularında ilaca bağlı immün hemoliz akılda tutulmalı, erken tanı ve tedaviyle morbidite önlenmelidir.

PS-10

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA KRONİK ÖKSÜRÜĞÜN NADİR BİR NEDENİ: PULMONER MUKOEPİDERMOİD KARSİNOM

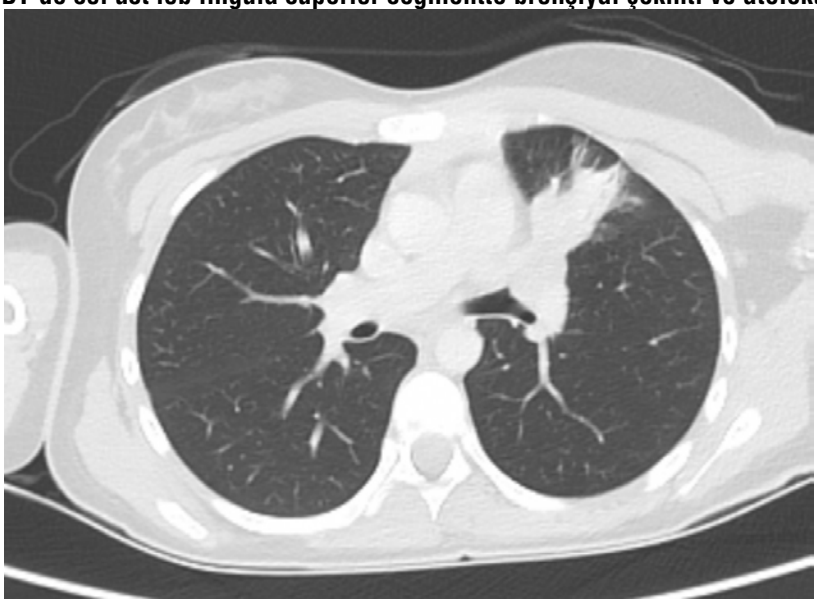
Erdi Çağrı Dağdelen[1], Betül Cansever Akay[1], Melih Hangul[1], Zerrin Özçelik[2]
[1]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Adana
[2]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, Adana

Amaç: Pediatrik yaş grubunda primer akciğer tümörleri oldukça nadirdir. Öksürük, hışıltı ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları gibi özgül olmayan bulgularla seyretmeleri tanıda gecikmeye yol açabilir. Bu olgu ile uzun süreli kronik öksürükte endobronşiyal lezyonların ayırıcı tanıdaki önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: 13 yaş kız hasta, 3 yıldır olan öksürük şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Öksürüğü kuru vasıfta olup özellikle gece ve sabah kalktığında daha fazla oluyormuş. Daha önceleri öksürüğü kuru vasıfta olduğundan astım ön tanısı ile inhale steroid tedavisi verilmiş ancak fayda görmemiş. Solunum sistemi muayenesinde ral ve ronküs yoktu, akciğer sesleri her iki hemitoraksta eşit duyuluyordu. Hastanın akciğer grafisi çekildiğinde solda kardiyak konturların belirginliğinin azaldığı tespit edildi. Bu sebeple çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sol üst lob lingula süperior segmentte bronşiyal çekinti ve atelektatik değişiklikler saptandı (Resim-1). Hastanın ek olarak Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ile takip olduğu ve kolşisin kullandığı öğrenildi. Miadında doğum olup yenidoğan yoğun bakım öyküsü yoktu. Anne-baba arasında akrabalık yoktu. İzlemde yapılan fleksibl bronkoskopide sol üst lob bronş girişini tamamen obstrükte eden polipoid lezyon saptandı (Resim-2). Hastaya sol üst lobektomi ve bronşiyal sleeve rezeksiyon uygulandı. Histopatolojik inceleme düşük dereceli mukoepidermoid karsinom ile uyumluydu. PET/BT'de metastaz lehine bulgu saptanmadı. Hastanın postoperatif dönemde solunumsal şikayetleri tamamen düzeldi.

Tartışma Ve Sonuç: Çocuklarda inhaler tedaviye yanıtsız uzun süreli veya tekrarlayan öksürüğe lokalize ve persistan radyolojik değişikliklerin eşlik etmesi durumunda endobronşiyal lezyonlar akılda tutulmalıdır. Bu noktada bronkoskopi tanıda kritik role sahiptir. Düşük dereceli pulmoner mukoepidermoid karsinomda tam cerrahi rezeksiyon, parankim koruyucu yaklaşımlar gözetilerek uygulandığında yüz güldürücü sonuçlar sağlamaktadır.

Resim-1. Toraks BT'de sol üst lob lingula süperior segmentte bronşiyal çekinti ve atelektatik değişiklikler



Resim-2. Fleksible bronkoskopide sol üst lob girişini tamamen oblitere eden lezyon



PS-11

İNHALE SEVOFLURAN ANESTEZİSİNE BAĞLI DİFFÜZ ALVEOLER HEMORAJİ

Fatma Gül Ersan[1], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1], Ercan Yıldırım[2], Merve Yazol[3], Ebru Azapağası[4], Ayşe Tana Aslan[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Radyoloji, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

Giriş: Diffüz alveoler hemoraji (DAH), hemoptizi, hemoglobin düzeyinde düşüş, hipoksi ve yaygın pulmoner infiltrasyonlarla karakterize, yaşamı tehdit edebilen nadir bir klinik tablodur. Vaskülitler, otoimmün hastalıklar, koagülasyon bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar ve ilaçlara bağlı akciğer hasarı gibi çeşitli nedenlerle gelişebilir. Bu vakada sevofluran anestezisi sonrası DAH gelişen bir çocuk olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilacı olmayan 15 yaşındaki erkek hasta, alkol alımı sonrası düşmeye bağlı sağ üçüncü parmak kesisi nedeniyle başvurdu. Kan etanol düzeyi 50 mg/dL'nin altına düştükten sonra Plastik Cerrahi tarafından sevofluran anestezisi altında dijital sinir onarımı yapıldı. Operasyondan yaklaşık 3 saat sonra solunum sıkıntısı gelişti, oda havasında oksijen satürasyonu %65'e düştü ve üç kez hemoptizi görüldü. Preoperatif akciğer grafisi normal iken, postoperatif grafide sağ parakardiyak infiltrasyon, toraks bilgisayarlı tomografisinde ise DAH ile uyumlu yaygın buzlu cam opasiteleri saptandı. Hemoglobin düzeyi 14 g/dL'den 12 g/dL'ye geriledi. KBB değerlendirmesi, ekokardiyografi, koagülasyon testleri ve romatolojik incelemeler normal bulundu. Çocuk yoğun bakım ünitesinde oksijen tedavisi ve yakın izlem uygulanan hastada hemoptizi tekrarlamadı, infiltrasyonlar geriledi ve oksijen ihtiyacı 24 saat içinde sonlandı. Hasta iki gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Literatürde sevoflurana bağlı DAH nadir olarak, çoğunlukla genç erişkinlerde bildirilmiştir. Olgumuz, çocuk yaş grubunda sevoflurana bağlı DAH bildirilen ilk olgudur. Sevofluran metabolitlerinin alveolokapiller membran hasarını ve inflamatuvar yanıtı tetiklemiş olabileceği düşünülmüştür. Yakın zamanda alınan alkol de alveolokapiller hasara katkıda bulunmuş olabilir. Sevofluran inhalasyonu sonrası gelişen hipoksemi, hemoptizi, hemoglobin düzeyinde düşüş ve yaygın pulmoner infiltrasyonlar varlığında DAH ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

PS-12

YABANCI CİSİM ASPİRASYONUNUN NADİR BAŞVURU NEDENİ: YAYGIN SERVİKOTORASİK CİLT ALTI AMFİZEM VE PNÖMOMEDİASTİNUM

Hülya Keleş[1], Asuman Demirhan[1], Ali Özdemir[2]
[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Yabancı cisim aspirasyonu çocukluk çağının önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir. En sık ilk 3 yaş ve erkek cinsiyette görülmektedir. Hastalar öksürük, ani solunum sıkıntısı, hışıltılı solunum, stridor gibi değişken bulgularla başvurabileceği gibi asemptomatik de olabilir. Yaygın cilt altı amfizem ve pnömomediastinum ile başvuru ise oldukça nadirdir. Kesin tanı aracı bronkoskopidir. Burada tanısı geciken ve ilk başvuru bulgusu yaygın servikotorasik cilt altı amfizemi olan bir yabancı cisim aspirasyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Dört yaş erkek hasta boyunda şişlik nedeniyle acil servise başvurdu. Bir hafta önce fıstık yerken ani başlayan öksürüğü olduğu öğrenildi. Ateş, travma, başka hastalık öyküsü yoktu. Boyun ve göğüs ön duvarında yaygın palpabl krepitasyon vardı. Solunum sesleri solda sağa göre oldukça azalmış duyuldu. Radyolojik görüntülemelerde boyun ve göğüs duvarına uzanan yaygın cilt altı amfizem ve pnömomediastinum, solda havalanma fazlalığı izlendi (Görsel 1 ve Görsel 2). Yabancı cisim aspirasyonu düşünülerek rijid bronkoskopi uygulandı; sol ana bronşta fıstık parçası saptanarak başarılı şekilde çıkarıldı (Görsel 3). İşlem sonrasında hasta sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma: Subkutan amfizem ve pnömomediastinum çocuklarda yabancı cisim aspirasyonunun nadir görülen komplikasyonlarıdır. Bu olguda dikkat çekici nokta yabancı cisim aspirasyon öyküsünün aile tarafından başlangıçta önemsenmemesi ve hastanın bir hafta sonra boyunda şişlik nedeniyle başvurmasıdır. Travma öyküsü olmayan, ani gelişen servikal veya göğüs duvarı şişliği ile başvuran çocuklarda aile öyküsü belirgin olmasa bile yabancı cisim aspirasyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

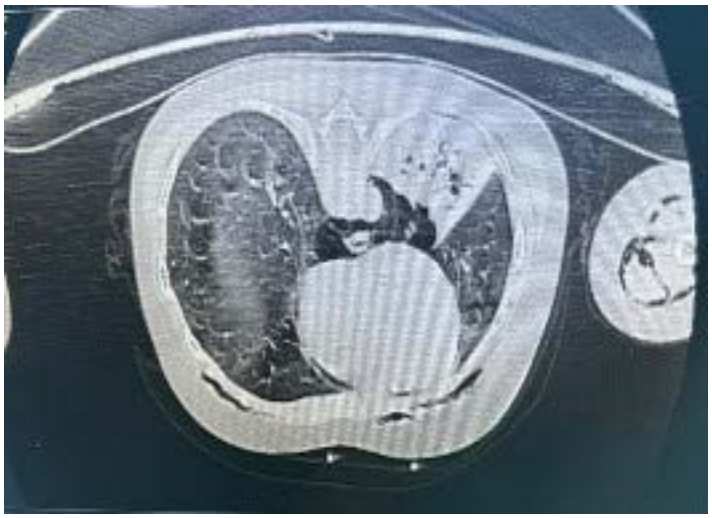
Sonuç: Yaygın cilt altı amfizemi ve pnömomediastinum yabancı cisim aspirasyonunun nadir başvuru şeklidir. Kuşkulu olgularda gecikmeden fleksibl veya kesin tanıda rijid bronkoskopi planlanmalıdır. Erken bronkoskopi tanı ve tedavide hayati öneme sahiptir.

Görsel 1



Görsel 1: Akciğer grafisinde her iki servikal juguler zincirde yaygın amfizem, sol akciğerde havalanma fazlalığı

Görsel 2a



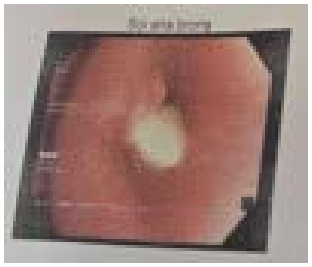
Görsel 2a: Kontrastlı toraks bt'de mediastinal kompartmanda pnömomediastinuma ait yaygın hava dansiteleri, sol akciğer alt lobda atelektatik konsolide yoğunluk artışı

Görsel 2b



Görsel 2b: Kontrastlı toraks bt'de mediastinal kompartmanda pnömomediastinuma ait yaygın hava dansiteleri, sol akciğer alt lobda atelektatik konsolide yoğunluk artışı

Görsel 3



Görsel 3: Bronkoskopide sol ana bronşta yabancı cisim görünümü

PS-13

SES KISIKLIĞININ ARDINDAKİ MEDİASTİNAL KİTLE

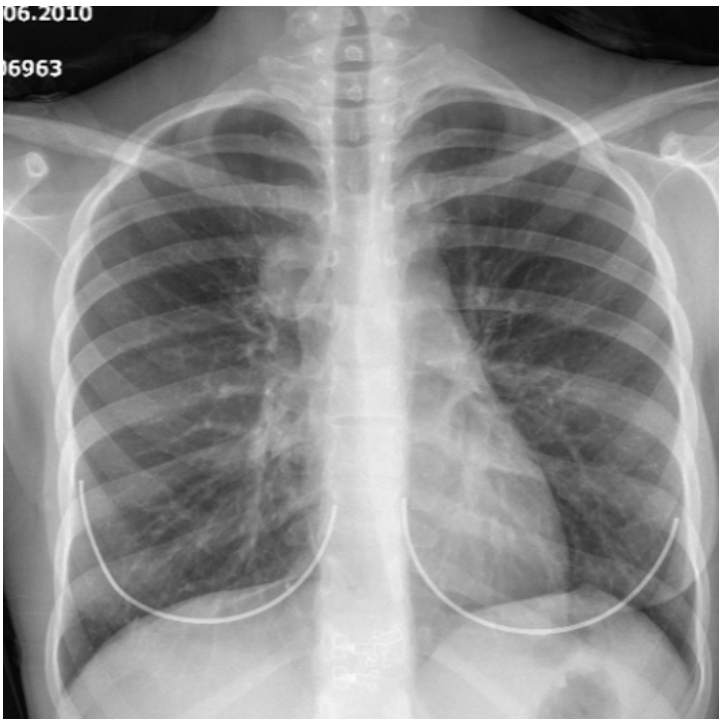
Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Nesrin Havare, Saniye Girit
Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Çocukluk çağında ses kısıklığı çoğunlukla benign ve kendini sınırlayan laringeal nedenlere bağlı olmakla birlikte, persistan veya progresif ses kısıklığında vokal kord hareket bozukluğu ve daha nadir intratorasik nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Rekürren laringeal sinir tutulumu, mediastinal kitlelerin nadir bir bulgusu ve altta yatan malignitenin ilk belirtisi olabilir. Bu olguda ses kısıklığı ile başvuran bir adölesan olgusu sunulmuştur.

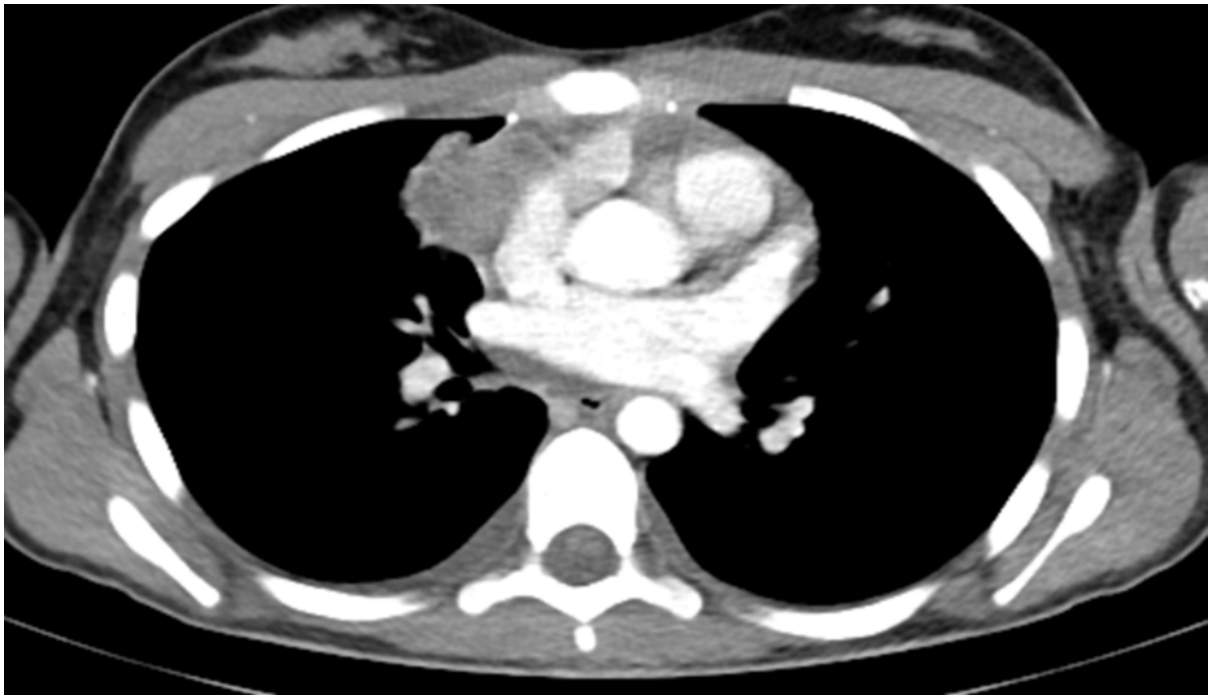
Olgu: 15 yaşında kız hasta, 3 aydır devam eden ses kısıklığı nedeniyle başvurdu. Laringoskopide sol vokal kord paralizisi saptanması nedeniyle çekilen BT'de anterior mediastinal kitle ile mediastinal lenfadenopatiler izlendi. Ardışık iki biyopside idiopatik sklerozan mediastinit ön tanısı konulan hasta antiödem amacıyla 2 hafta prednizolon tedavisi aldıktan sonra tarafımıza yönlendirildi. Tüberküloz, sarkoidoz ve mediastinal kitle ön tanılarıyla değerlendirdiğimiz hastanın görüntüleme ve patoloji preparatları yeniden değerlendirildi. İmmünohistokimyasal incelemeler sonucunda Klasik Hodgkin Lenfoma, Nodüler Sklerozan Tip tanısı düşünüldü. İleri görüntülemelerde bilateral supraklaviküler konglomere lenfadenopatiler, toraks MRG'de lenfoma lehine bulgular ve PET-BT'de Evre II lenfoma ile uyumlu tutulum saptandı. Hasta çocuk onkoloji bölümüne yönlendirildi ve tedavisi planlandı.

Tartışma-Sonuç: Bu olgu, çocukluk çağında ses kısıklığının rekürren laringeal sinir basısına bağlı olarak olan mediastinal malignitenin ilk bulgusu olabileceğini göstermektedir. Mediastinal kitlelerde multidisipliner değerlendirme ve tanısal güçlük yaşanan olgularda patoloji preparatlarının yeniden incelenmesi doğru tanıya ulaşmada kritik öneme sahiptir. Malignite şüphesinin sürdüğü durumlarda, yeterli doku tanısı elde edilmeden kortikosteroid kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Figür 1



Figür 2



PS-14

YABANCI CİSİM ASPİRASYONLARINDA HER NEGATİF BRONKOSKOPİYE GÜVENELİM Mİ? GÖÇ EDEN YABANCI CİSİM VAKASI: OLGU SUNUMU

Oğuzhan Turan[1], Didem Alboğa[2], Mehmet Akif Ekici[1], EMRE Gedik[1], Enes Fatih Çelik[1], Turgut Seber[3]
[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Kayseri
[3]Kayseri Şehir Hastanesi, Radyoloji, Çocuk Radyolojsii, Kayseri

Giriş: Çocukluk çağında aspire edilen yabancı cisimler çoğunlukla endobronşiyal yerleşimli olup bronkoskopi ile saptanabilmektedir.Ancak *Hordeum murinum*(pisipisi otu/yalancı arpa) gibi sivri uçlu, çengelimsi tüylere sahip bitkisel materyaller, sadece ileri doğru hareket edebilir, asla geri çıkamaz (cırcır mekanizması (ratchet) prensi). Bu da bronş mukozasını penetre ederek akciğer parankimi,plevra ve göğüs duvarına ilerlemesini sağlar.Bu migrasyonlar; pnömoni, plevral efüzyon, fistülizasyon ve göğüs duvarı apsesi gibi tanısal güçlük oluşturan komplikasyonlara neden olabilir. Burada,bronkoskopide yabancı cisim saptanmamasına rağmen arka göğüs duvarına migrasyon göstererek apse oluşumuna yol açan pisipisi otu aspirasyonu olgusu sunulmuştur.

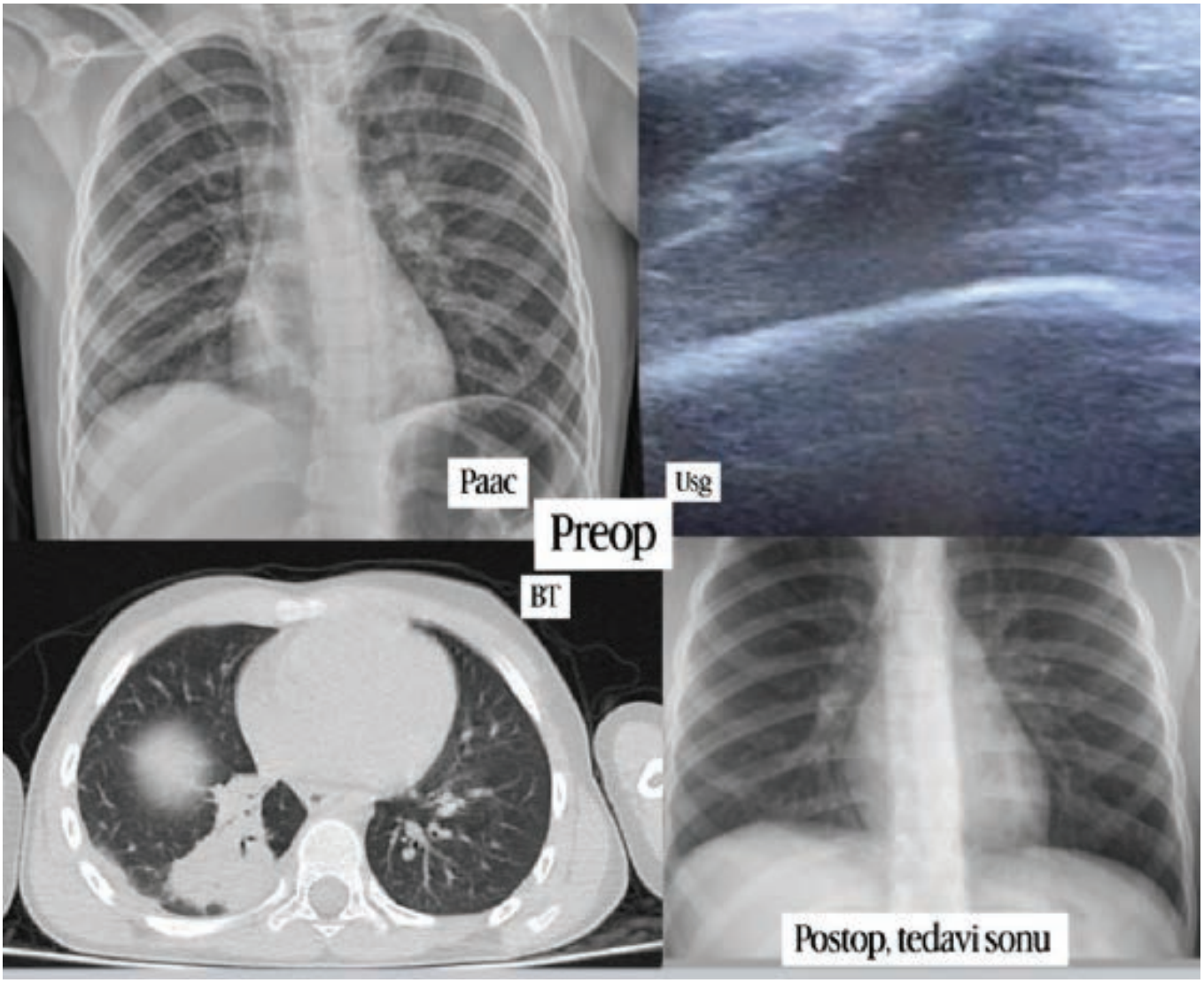
Olgu: Daha önceden sağlıklı,7 yaşında kız hasta oyun sırasında pisipisi otunu inhale etmesi nedeniyle dış merkeze başvurduğu, ancak öksürük ya da kusmayla çıkmadığı ve kısa süreli nefes tutma hissi geliştiği öğrenildi. İzlemde kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisi çekilmiş,sağ alt lobda hava bronkogramları içeren konsolidasyon,minimal plevral efüzyon ve posterolateral göğüs duvarına uzanan, gaz içeren lineer trakt izlenmştir. Klinik olarak pnömoni ve enfeksiyonun fistülizasyonu düşünülerek akut faz yüksekliği olması nedeniyle de dış merkezde oral amoksisilin klavulanik asit tedavisi başlanmış.Sonrasında merkezimize refere edilen hastanın başvurusunda ateş, balgam/ belirgin öksürük yoktu.Olası aspirayon için rijit bronkoskopi yapıldı,yabancı cisim saptanmadı.İzlemde sağ skapula inferiorunda şişlik gelişti;yüzeyel ultrasonografide cilt düzeyinden posterior kostaya uzanan hiperekojen, lineer yabancı cisim görünümü ve inflamatuvar değişiklikler izlendi.Cerrahi drenajda apseden pisipisi otu çıkarıldı;izlemde tam klinik yanıt alındı,komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Pisipisi otu gibi sivri ve çengelimsi bitkisel yabancı cisimler, fark edilmeyen aspirasyon sonrasında tek yönlü olarak bronştan akciğer parankimine, plevraya ve göğüs duvarına ilerleyebilir. Persistan ateş, akciğer konsolidasyonu ve göğüs duvarı koleksiyonu birlikteliğinde, bronkoskopi negatif olsa dahi torakopulmoner migrasyon olasılığı akılda tutulmalıdır;klinik-radyolojik uyumsuzlukta erken multidisipliner değerlendirme geciktirilmemelidir.

Resim 1. Pisipisi otu {Hordeum murinum}



Resim 2.Radyolojik görüntülemeler



Resim 3. Yabancı cisim çıkarımı



PS-15

GEÇ TANI ALMIŞ NADİR BİR OLGU: BRONKOJENİK KİST

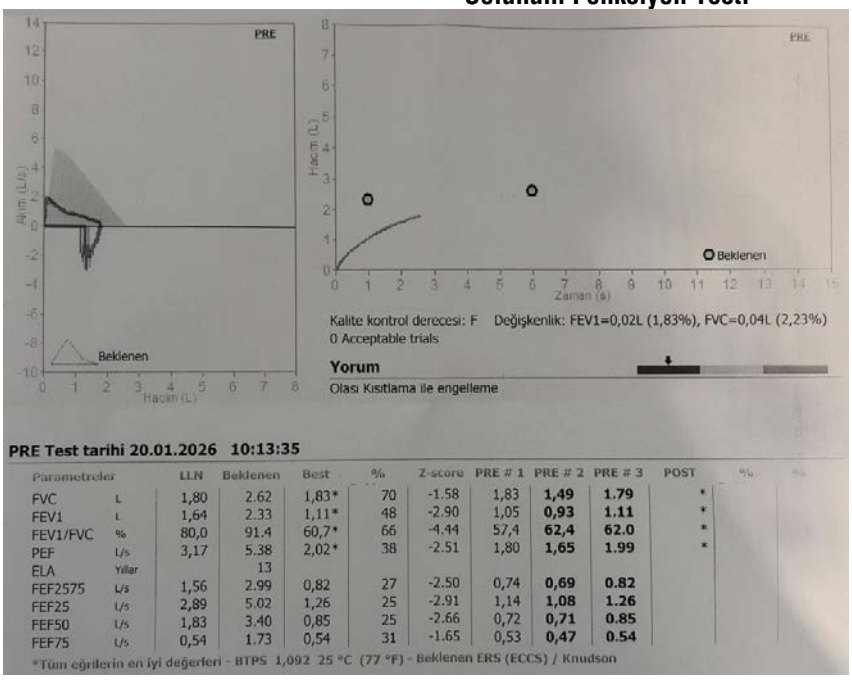
Meyra Nisani Ünveren[1], Can Uğuz[1], Asuman Demirhan[1], Ali Özdemir[1], Ali Özdemir[2]
[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Bronkojenik kistler, embriyonik ön barsağın anormal tomurcuklanmasıyla gelişen nadir konjenital anomalilerdir. Sıklıkla karinanın arka kısmına yerleşirler. Asemptomatik olabilecekleri gibi, çevre yapılara bası nedeniyle tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik öksürük, wheezing ve nefes darlığına yol açabilirler. Bu sunumda, astım ön tanısıyla tedavi edilen ancak solunumsal yakınmaları süren, ileri tetkikler neticesinde bronkojenik kist tanısı alan adölesan bir hasta aktarılmaktadır.

Olgu: On üç yaşında kız hastanın öyküsünden, erken çocukluk döneminde atopik astım tanısıyla inhale kortikosteroid ve bronkodilatatör kullandığı öğrenildi. Son 5 yıldır şikayeti olmayan ve tedavisiz izlenen hasta, son 1 aydır süren öksürük ve eforla solunum güçlüğüyle başvurdu. Solunum fonksiyon testinde ileri derecede obstrüktif patern (FVC: %70, FEV1: %48, FEV1/FVC: %66, PEF: %38, FEF25-75: %27) saptandı. Astım relapsı düşünülerek yatırılan hastanın şikayetleri medikal tedaviyle tam düzelmeyince fleksibl bronkoskopi uygulandı. İşlemde ve ardından çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde karina düzeyinde trakeaya dıştan belirgin bası yapan kistik yapı gözlendi. Dış merkezde göğüs cerrahisi tarafından kistin total eksizyonu ve trakeoplasti gerçekleştirildi. Histopatolojik inceleme bronkojenik kist tanısını doğrularken, cerrahi sonrası hastanın solunumsal semptomları belirgin şekilde düzeldi.

Tartışma ve Sonuç: Bronkojenik kistler santral hava yollarına bası oluşturarak astımı taklit eden değişken şikayetlere neden olabilirler. Astım tedavisine rağmen kontrol altına alınamayan, persistan wheezing veya atipik seyirli hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda konjenital anomaliler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Hastamız, tedaviye direnç ve atipik klinik seyir sonucu ileri tetkiklerle geç bronkojenik kist tanısı alan klinik açıdan öğretici bir olgu özelliğindedir.

Solunum Fonksiyon Testi



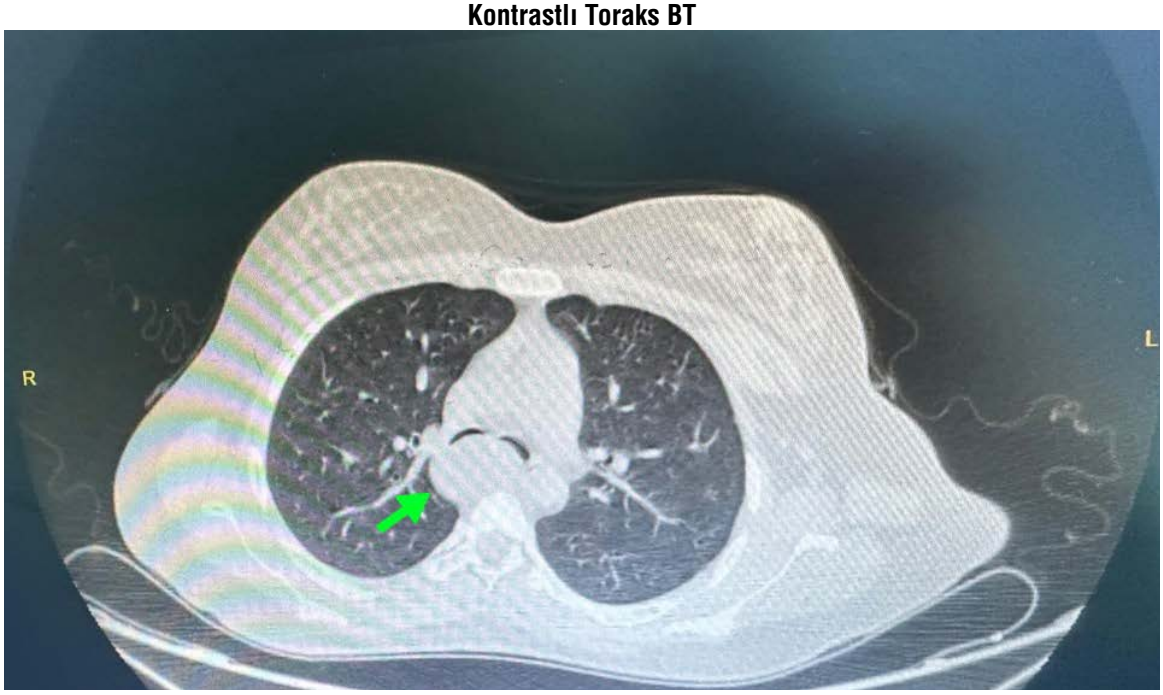
Şekil 1. Solunum fonksiyon testi

Fleksibl bronkoskopi



Şekil 2. Fleksibl bronkoskopide trakea distalinde hava yoluna dıştan bası görünümü

Kontrastlı Toraks BT



Şekil 3. Kontrastlı toraks BT'de distal santral hava yolu komşuluğundaki kistik lezyon

PS-16

PİSİPİSİ OTU ASPİRASYONU ÖYKÜSÜ İLE BAŞVURAN FARKLI YAŞ GRUPLARINDAKİ HASTALARIN KLİNİK SEYRİ

Ruken Gizem Yavuz[1], Ayşe Tana Aslan[1], Zafer Türkyılmaz[2], İsmail Akdulum[3], Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Pisipisi otu (Hordeum murinum) aspirasyonu nadir görülen bir durum olmasına karşın dikenli, kancalı yapısıyla solunum yollarının derinliklerine ilerleyerek ciddi doku hasarına, akciğer enfeksiyonlarına ve yaşamı tehdit eden fistüllere neden olabilir. Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı'na Pisipisi otu aspirasyonu ile başvuran üç hastanın özellikleri sunulmuştur.

Olgu 1: 10 aylık, bahçede Pisipisi otunu aspire eden; öksürük, ateş şikayetleri devam eden hasta, aspirasyondan iki hafta sonra bronkoskopi için tarafımıza yönlendirildi. Rijid bronkoskopide yabancı cisim saptanamayan hastanın klinik bulguları düzelmediği için yapılan toraks ultrasonografi ve toraks bilgisayarlı tomografisinde akciğer parankiminde yabancı cisim ile uyumlu bulgular olması üzerine torakotomi yapılarak Pisipisi otu çıkarıldı. Klinik bulguları normale dönen hastanın takibine devam edilmektedir.

Olgu 2: Bilinen hastalığı olmayan, öyküsünde yabancı cisim aspirasyonu tariflemeyen 14 yaşındaki erkek hasta, ateş, öksürük şikayetleriyle merkezimize başvurdu. Pnömoni tedavisinin izlemi sırasında, şiddetli öksürükle birlikte Pisipisi otunu çıkarmasıyla tanı aldı. Hastanın öyküsü tekrar alındığında dört ay önce Pisipisi otunu aspire ettiği öğrenildi. Şikayetleri gerileyen hastanın takibinde sorun gelişmedi.

Olgu 3: Yanlışlıkla Pisipisi otunu aspire eden, ateş, öksürük, kusma şikayetleriyle hastane başvuruları olan 15 yaşındaki erkek hasta merkezimize aspirasyondan dört gün sonra nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde yabancı cismin distal ve periferik parankim yerleşimli olduğu görüldüğünden torakotomi yapıldı. Klinik bulguları normale dönen hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Pisipisi otu havayollarında ve akciğer parankiminde hızlı ilerlemesi nedeniyle, bronkoskopilerde saptanamayabilir. Solunum yollarında yabancı cisim saptanamayan hastalarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi görüntülemeleri yapılacak girişimsel işlemlerin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

PS-17

TEDAVİYE DİRENÇLİ KOMPLİKE PARAPNÖMONİK EFÜZYON ZEMİNİNDE TANI ALAN ÇOCUKLUK ÇAĞI PLEVRA VE YAYGIN AKCİĞER TÜBERKÜLOZU: OLGU SUNUMU

Sinem Abasız[1], Tuğba Kazlı[2]
[1]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Zonguldak

Giriş-Amaç: Parapnömonik efüzyon, çocukluk çağı pnömonisinin standart antibiyoterapi ve drenaj ile genellikle başarıyla tedavi edilebilen bir komplikasyonudur. Ancak tedaviye dirençli olgularda ayırıcı tanıda tüberküloz gibi nadir etiyolojiler akılda tutulmalıdır. Bu posterde, standart tedaviye yanıtsız komplike parapnömonik efüzyon zemininde yaygın akciğer ve plevra tüberkülozu tanısı alan bir adölesan olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta, komplike pnömoni ve parapnömonik efüzyon tanılarıyla yatırılmış; intravenöz antibiyoterapi, torakostomi ve intraplevral fibrinolitik tedaviye yanıt alınamaması üzerine sağ hemitoraksa VATS uygulandı. Plevral sıvısında lenfosit hakimiyeti olması, babasının işyerinde yakın zamanda akciğer tüberkülozlu birey olması nedeniyle tanıya yönelik olarak yapılan IGRA (Quantiferon) negatif, PPD 12 mm/skarlı ölçüldü. Plevral sıvı ve açlık mide sıvısından gönderilen mikobakteri kültürde üreme olmayıp, PCR ve ARB negatif saptandı. VATS işleminde temizlenen fibrin bantlardan gönderilen doku biyopsisinde nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptandı, kesin tanı fibrin bantların biyopsi örneklerinin kültüründe M. tuberculosis üremesi ile konulabildi. 28 gün servis ve çocuk yoğun bakım yatışı sırasında nonspesifik antibiyotik tedavisi uygulanan hastaya, taburculuktan 20 gün sonra yaygın akciğer tüberkülozu tanısı konulup 6 aylık anti-tüberküloz tedavisi ile kür sağlanmıştır. Hasta şu anda klinik ve radyolojik olarak stabil izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Bu olguda dikkat çekici nokta, açlık mide suyu plevral sıvı tbc kültür, ARB ve PCR ile IGRA ve PPD negatifliğine rağmen tanının ancak invaziv doku örneklemesi ile konulabilmesidir. Standart tedaviye dirençli parapnömonik efüzyon/ampiyem olgularında, non-invaziv testler negatif olsa dahi, ayırıcı tanıda tüberküloz düşünülmeli ve gerektiğinde erken doku tanısına (biyopsi) başvurulmalıdır. Bu yaklaşım, erken ve doğru tanı ile uygun tedavinin zamanında başlanmasını sağlayarak morbiditeyi azaltabilir.

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI DERNEĞİ

Dizin



- A -

ABASIZ Sinem SS-17, PS-17
ACUN Büşra SS-30
ADA TARKAN Nevin SS-40
ADEMHAN TURAL Dilber SS-05, SS-10, SS-51, SS-57, SS-79
AĞBAŞ Ayşe SS-41
AĞIRTICI Mukaddes SS-59
AKÇA Başak SS-55
AKCA DİNÇ Gamze SS-04, SS-05, SS-10, SS-57, SS-79
AKDULUM İsmail PS-16
AKGÜL ERDAL Meltem SS-46, PS-04
AKKAYNAK Ece SS-17
AKKİTAP YİĞİT Müge Merve SS-02, SS-03, SS-09, SS-14, SS-19, SS-22, SS-26, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
AKKUŞ Maksut Akkuş SS-17
AKPINAR Osman Talha SS-42
AKTÜRK Hacer SS-75
AKYOL Başak SS-04
ALBOĞA Didem SS-04, PS-14
ALCA Dilara SS-17
ALIŞBEYLİ Gülzar SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-64, SS-69
ALPAT Şafak SS-55
ALTAS Uğur SS-15
ALTAY TANYER Emine SS-80
ANIL Hülya SS-04
ARSLAN Hüseyin SS-04
ASFUROĞLU Pelin SS-04, SS-33
ASLAN Ayşe Tana SS-04, SS-07, SS-30, SS-51, SS-68, SS-76, SS-78, PS-01, PS-11, PS-16
ATAKAN Emir Kaan PS-07
ATALAY Furkan SS-45
AYMAN Fatma Nur SS-04, SS-06, PS-03,
AYPAR Ebru SS-55
AZAPAĞASI Ebru PS-11

- B -

BAKKALOĞLU EZGÜ Sevcan Azime SS-30
BALAKRİSHNAN Karthik SS-83
BARLAK KETİ Didem SS-16
BARLIK Meral SS-04
BAŞ CAN Aslı Yeter SS-24, SS-75
BAŞ İKİZOĞLU Nilay SS-04
BAŞARAN Abdurrahman Erdem SS-04, SS-77
BAŞARAN Ayşen SS-13, SS-72, SS-74
BAŞKAN Azer Kılıç SS-04, SS-31, SS-53
BASKIN Avniye Kübra PS-01
BAYRAM Enes Kayra PS-07
BAYRAMOĞLU Elvan SS-42
BAYSAL Eda Esra SS-02, SS-03, SS-09, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
BEKTAŞ Şule SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-28, SS-44, SS-58, SS-64, SS-69, PS-07
BİLDİK Olgay SS-60
BİLGİÇ IŞIL SS-05, SS-07, SS-10, SS-57, SS-79
BİLGİN Gülay SS-04, SS-48, SS-49, SS-62, SS-66
BİNGÖL Ayşen SS-04, SS-51, SS-77
BİRİNCİ ÖZCAN Eren SS-59, SS-82
BİRTANE Ahmet Birhan PS-07
BÖREKÇİ Şermin SS-04
BOZKANAT Kubra Melike SS-83
BUYRUKBİLEN İrem Zeynep SS-17
BÜYÜKCAVLAK Nazife PS-18

- C -

CAN OKSAY Sinem SS-25, SS-36, SS-45, SS-48, SS-49, SS-62, SS-66, SS-71, PS-02, PS-06, PS-08, PS-13
CANBAZ Aylin Tugba SS-61
CANITEZ Yakup SS-04
CANPOLAT Nur SS-41
CANSEVER AKAY Betül SS-11, SS-32, SS-40, SS-73, PS-10
ÇAPRAZ YAVUZ Burcu SS-23
CAVILDAK KARAASLAN Gözde SS-24, SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
CEBECİ Süleyman SS-78
CENGİZ Didar Ağca SS-77
CİNEL Güzin SS-05, SS-10, SS-51, SS-57, SS-79

- Ç -

ÇAĞAN Mehmet Emre SS-07
ÇAKIR Erkan SS-04, SS-51
ÇAKIR Eylül Pınar SS-04
ÇELİK Enes Fatih PS-14
ÇELİK Seyhan SS-82
ÇETİNKAYA Ali Buğra SS-68, SS-76
ÇİMŞİT Nuri Çağatay SS-12
ÇINAR Hasibe Gökçe SS-46
ÇOBANOĞLU Nazan SS-04, SS-51, SS-59, SS-70, SS-82
ÇÖL Tuğçe Aras SS-31
ÇOLLAK Abdulhamit SS-01, SS-21, SS-31, SS-42

- D -

DAĞ Pelin SS-20
DAĞDELEN Erdi Çağrı SS-04, SS-11, SS-32, SS-40, SS-73, PS-10
DAYANGAÇ ERDEN Didem SS-23
DEĞERMENCİ Elif SS-28
DEMİR Aykut SS-67
DEMİR Duygu SS-50
DEMİR Hakan SS-41
DEMİR Zeynep SS-83
DEMİRCİOGLU Serap SS-61
DEMİRDÖĞEN Ezgi SS-04
DEMİREL Dilara SS-04, SS-23, SS-55, SS-67, SS-80
DEMİRHAN Asuman PS-09, PS-12, PS-15
DİKME Güldane SS-47
DİNÇER KARTKAYA Serap SS-01
DOĞRU ERSÖZ Deniz SS-04, SS-23, SS-37, SS-51, SS-55, SS-67, SS-80
DOMRUK Ömer Faruk SS-12
DURMUŞ Ebubekir SS-45

- E -

EFE Ali İhsan SS-08
EKİCİ Mehmet Akif PS-14
EMİRALİOĞLU ORDUKAYA Nagehan SS-04, SS-23, SS-37, SS-51, SS-55, SS-67, SS-80
ERDEM DENİZ Ezgi SS-68
ERDEM ERALP Ela SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-50, SS-51, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
ERGENEKON Almala Pınar SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
ERKASAR Funda PS-09
EROL KIZILELMA Nagihan SS-06, PS-03
ERSAN Fatma Gül SS-68, PS-11

ERSOY Ali SS-16
ERYILMAZ POLAT Sanem SS-05, SS-10, SS-51, SS-57, SS-79
ESEN Fehim SS-45
EVLİYAOĞLU Olcay SS-42
EVREN KEMER Özlem SS-10
EYİGÖR Hülya SS-72

- F -

FREE Dwayne SS-83

- G -

GACEMER Hazal SS-08, SS-43, SS-63, SS-65
GAFAROVA Fatma SS-09
GEDİK EMRE PS-14
GENÇOĞLU Murat Yasin SS-46, PS-04
GİRGİÇ Uğur SS-36, SS-62, PS-02, PS-08
GİRİT Saniye SS-25, SS-36, SS-45, SS-48, SS-49, SS-51, SS-62, SS-66, SS-71, PS-02, PS-06, PS-08, PS-13
GÖKALP Ela Erdem SS-26
GÖKAY Nahide SS-47
GÖKÇE Şule SS-08
GÖKDEMİR Yasemin SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-22, SS-26, SS-28, SS-44, SS-50, SS-51, SS-54, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69, PS-07
GÖKDEN Meltem SS-42, SS-53
GÖKNAR Nilüfer SS-41
GÖNÜLLÜ Erdem SS-24, SS-54, SS-75
GÖRGÜLÜ Metin Ege PS-07
GÖZEN BAYRAMOĞLU Gamzegül SS-30, SS-78
GÜLEN Figen SS-04, SS-08, SS-43, SS-51, SS-63, SS-65
GÜLER Pelin SS-34
GÜMÜŞ Ayşe SS-44
GÜN Emrah PS-04
GÜNBEY Ceren SS-67
GÜNENDİ Tansel SS-40
GÜNEŞ YALÇIN Ebru SS-04, SS-23, SS-37, SS-51, SS-55, SS-67, SS-80
GÜNEY Abdurrahman Zarif SS-01, SS-04, SS-21, SS-31, SS-42, SS-53
GÜRLER Eda SS-36, SS-49, SS-51, SS-66, PS-08

- H -

HALAVURT Neslihan SS-08, SS-43, SS-63, SS-65
HAMURCU Mualla SS-10
HANGÜL Melih SS-04, SS-11, SS-16, SS-32, SS-40, SS-73, PS-10
HAVAN Merve SS-59
HAVARE Nesrin SS-25, SS-49, SS-62, SS-71, PS-02, PS-13
HEPKAYA Evrim SS-04, SS-34, SS-35, SS-56
HIZAL Mina SS-04
HOCOĞLU Zeynep İlkşen SS-04
HÜSREVOGLU ESEN Feyza SS-15

- I/İ -

IŞİK Elif PS-09
İNCİ Ayşe Pelin SS-67
İPEK Ömer Faruk SS-51, SS-55

- K -

KACIR Yusuf Can SS-17
KAHVECİ Ahmet SS-61
KANTEMİR Tuğçe SS-37
KAPLAN KİLİC Sevval SS-01
KARAASLANLI Naif SS-47

KARABAĞ YILMAZ Esra	SS-41
KARABULUT Şeyda	SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-18, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
KARACA Emine Esra	SS-10
KARACA Serap	SS-45
KARAÇAYIR Nihal	PS-01
KARAÇUHA SAĞLAMCI Banu Bahar	SS-25, SS-62, SS-71
KARADAĞ Bülent Taner	SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-26, SS-28, SS-44, SS-50, SS-54, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
KARADAĞ SAYGI Evrim	SS-02
KARAGÖZ Tevfik	SS-55
KARAHAN İbrahim Halil	SS-04
KARAKAYA Deniz	PS-04
KARAKOÇ Fazilet	SS-02, SS-03, SS-09, SS-14, SS-19, SS-22, SS-26, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
KARAKÖSE Miray Gamze	SS-17
KARAKUŞ SERT Tuba	SS-24, SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
KARCIOĞLU Oğuz	SS-04
KARGIN Tuğçe	SS-17
KARTAL ÖZTÜRK Gökçen	SS-08, SS-43, SS-63, SS-65
KARTKAYA Serap	SS-53
KASAPÇOPUR Özgür	SS-31
KAVGACI Umay	SS-37
KAYA Cem	SS-76
KAZLI Tuğba	SS-17, PS-05, PS-17
KEKEÇ Handan	SS-51
KEKEÇ Hatice Nur	SS-44
KELES Seda	SS-15
KELEŞ Hülya	PS-12
KENDİRLİ Tanıl	SS-59
KENİŞ COŞKUN Özge	SS-02, SS-14
KEŞKEKOĞLU Burak Taha	SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
KESKİN Özlem	SS-04
KILIÇ BAYAR Özge	SS-58
KILIÇ ÇİL Merve	SS-47
KILIÇ Mehmet	SS-04
KILINÇ SAKALLI Ayşe Ayzıt	SS-01, SS-04, SS-21, SS-31, SS-41, SS-42, SS-51, SS-5, SS-84
KİPER Nural	SS-51
KIRAN TAŞÇI Ezgi	SS-43
KIYAN Gürsu	SS-58
KIYKIM Ayça	SS-31
KOC Ayse Selcan	SS-73
KOÇ Yeliz	SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
KOÇ UÇAR Habibe	SS-73
KOCAMAN Damla	SS-14
KODALAK Merve	SS-04
KÖKER Yusufcan	SS-45
KORKMAZ Çiğdem	SS-01, SS-21, SS-31, SS-42, SS-51, SS-53
KORKMAZLİ Alperen	SS-23
KÖSE Mehmet	SS-04, SS-16
KÖSTERELİ Ebru	SS-75
KÜÇÜK ÖZTÜRK Emine Semra	SS-70
KUL Müslüm	SS-20
KUNBAZ Ahmad	SS-45
KURTOĞLU Fırat	SS-20
KÜRTÜL ÇAKAR Meltem	SS-05, SS-10, SS-57, SS-79
KURUOĞLU Sebuh	SS-31
KUTBE Elif Duygu	SS-04
KUTLUK Muhammed Gültekin	SS-72

- L -

LAÇİN TEKİN Ayca	SS-57, SS-79

- M -

MAVİ TORTOP Deniz SS-04
MERAL Özge SS-04, SS-60
METİN ÇAKAR Neval SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-64, SS-69
MOCAN ÇAĞLAR Yasemin SS-38, SS-48, SS-71, PS-02

- N -

NARİN TONGAL Sedef SS-04
NAYIR BÜYÜKŞAHİN Halime SS-04
NERSE Fatma SS-39
NİSANİ ÜNVEREN Meyra PS-15
NURHAN Ekin SS-53

- O -

OCAK Ece SS-04
OĞUZKURT Nigar Pelin SS-75
ONAY Şevval SS-17
ONEN Mehmet SS-10
ORAL Erva Sıla SS-17

- Ö -

ÖKLÜ Mustafa Mutlu SS-08, SS-43, SS-63, SS-65
ÖKTEM Sedat SS-24, SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
ÖLKER Şebnem SS-53
ÖNCEL Halil İbrahim SS-67
ÖRNEK Zuhal SS-17
ÖZASLAN Mehmet Mustafa SS-04
ÖZÇAĞLAR Aslıhan PS-06
ÖZCAN Gizem SS-46, SS-51, SS-59, SS-70, SS-82
ÖZÇELİK Uğur SS-04, SS-23, SS-37, SS-51, SS-55, SS-67, SS-80
ÖZÇELİK Zerrin SS-40, PS-10
ÖZÇİLİNGİR HAKVERDİ Pelin SS-80
ÖZÇİVİT ASFUROĞLU Bengisu SS-20
ÖZDEMİR Ali SS-04, SS-20, PS-09, PS-12, PS-15, PS-15
ÖZDEMİR YAŞAR Pınar SS-55
ÖZDEMİRCİOĞLU Fulya SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
ÖZEN Mehmet Ali SS-75
ÖZEN Samim SS-08
ÖZGÜNAY Büşra SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
ÖZGÜR Julide SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
ÖZKAN TABAKÇI Satı SS-46, PS-04
ÖZKARA Zeliha SS-17
ÖZKAYA Kübra SS-08, SS-63, SS-65
ÖZKAYA Merve SS-73
ÖZKOZACI Tamay SS-35
ÖZMEN Evrim SS-24, SS-75
ÖZSEZEN Beste SS-04
ÖZTOSUN Berrak Nevin SS-01, SS-21, SS-31, SS-42, SS-51, SS-53
ÖZTÜRK Hacer SS-56
ÖZTÜRK Yadigar SS-25, SS-36, SS-45, SS-66
ÖZZEYBEK Kübra SS-43

- P -

PEKCAN Sevgi SS-04, SS-06, SS-51, PS-03
POLAT Zeliha Başak SS-36, PS-02, PS-06, PS-13

- Q -

QAFAROVA Fatma SS-02, SS-03, SS-12, SS-19, SS-28, SS-58, SS-64

- R -

RAMASLI GÜRSOY Tuğba SS-04, SS-51

- S -

SARCAK Erdem SS-04
SAVAŞ Suat SS-06, PS-03
SAYGILI Seha Kamil SS-41
SCHWAB Marisa Eve SS-83
SEBER Turgut PS-14
SELÇUK Ömer Tarık SS-72
SELÇUK BALCI Merve SS-22, SS-81
SELİMOĞLU ŞEN Hadice SS-04
SERİN ESER Semire SS-40
SEZAİOĞLU Cerennaz SS-17
SHALLER Brian SS-83
SİDELL Doug SS-83
SOYSAL ACAR Şebnem SS-07
SÖNMEZ ŞAHİN Şeyma SS-66

- Ş -

ŞEN Velat SS-04
ŞİMŞEK MULLAOĞLU Meriç Esen SS-04
ŞİŞMANLAR EYÜBOĞLU Tuğba SS-07, SS-30, SS-51, SS-68, SS-76, SS-78, PS-01, PS-11, PS-16

- T -

TANAL ŞAMBEL Irmak SS-77
TARKAN Sıla PS-01
TASA Ömür SS-06
TAŞTAN Gamze SS-09, SS-12, SS-22, SS-28, PS-07
TAŞTEMEL ÖZTÜRK Tuğba PS-04
TAYLAN ŞEKEROĞLU Hande SS-67
TAZEGÜL ÇOKGEZER Eylem SS-43
TENGİZ Aslı Sevinç SS-07
TERZİ Kıvanç PS-04
TETİK Merve PS-05
TOPAL Erdem SS-04
TUĞCU Gökçen Dilşa SS-04, SS-05, SS-10, SS-57, SS-79
TÜMER Leyla PS-01
TUNÇLAR ÖZÇAĞLAR Aslıhan PS-02
TURAN Hande SS-42
TURAN Oğuzhan PS-14
TÜRKER Kadir Alp PS-07
TÜRKYILMAZ Zafer PS-16

- U -

UÇAR Ayşe Kalyoncu SS-31
UCTEPE EYYUP SS-73
UGURLU Emre SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
UĞUZ Can PS-15
USUBOVA Aisha SS-31
UYAN Zeynep Seda SS-24, SS-54, SS-75
UYSAL Ömer SS-09, SS-12, SS-28, SS-58, SS-64, SS-69
UYTUN Salih SS-46, PS-04
UZUN KENAN Bahriye PS-04
UZUNOĞLU Burcu SS-03, SS-09, SS-12, SS-22, SS-28, SS-50, PS-07

- Ü -

ÜLGEN Özge SS-48, SS-66, PS-02
ÜNAL Füsun SS-26
ÜNLÜ Ayyüce SS-05, SS-10, SS-57, SS-79
ÜNLÜ Tuğçe SS-04, SS-07, SS-30, SS-78

- Y -

YANAZ Mürüvvet	SS-04
YASAR Deniz	SS-70
YAVAŞ Güliz Fatma	SS-67
YAVUZ Ruken Gizem	PS-16
YAZAN Hakan	SS-26, SS-27, SS-39, SS-52
YAZOL Merve	PS-11
YEL Yusuf	SS-17
YESİL Edanur	SS-47
YETİŞGİN Hande	SS-05, SS-10, SS-51, SS-57, SS-79
YILBAŞ KARA Gülcan	SS-04, SS-08, SS-43, SS-63, SS-65
YILDIRIM Çelebi	SS-05, SS-10, SS-57, SS-79
YILDIRIM Ercan	PS-11
YILDIZ Ceren Ayça	SS-02, SS-09, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-29, SS-44
YILDIZ KAYAOĞLU Meltem	SS-04, SS-67
YILMAZ Furkan	SS-01, SS-04, SS-21, SS-31, SS-42, SS-53
YILMAZ YEGİT Cansu	SS-02, SS-03, SS-09, SS-12, SS-14, SS-19, SS-22, SS-28, SS-44, SS-58, SS-61, SS-64, SS-69
YÖRÜK Begüm	SS-38, SS-66, SS-71, PS-02
YÜKSEL Göktuğ	SS-02
YÜKSEL GÜDEK Yasemin	SS-57, SS-79

- Z -

ZİREK Fazılcan	SS-04, SS-59, SS-70, SS-82

İLETİŞİM

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI DERNEĞİ

Ziverbey Mah. Abdi Bey Sok. Sercan Apartmanı
No: 1 Daire: 7 Kadıköy / İstanbul
Telefon: 0216 576 02 00
Faks: 0216 576 88 80

KONGRE ORGANİZASYON SEKRETARYASI

PRIME Kongre Yönetimi ve Turizm Ltd. Şti.
Op. Cemil Topuzlu Cad. TİBAŞ Dalyan Konutları
F Blok K.4 D.8 Fenerbahçe/Kadıköy 34726 İstanbul - Turkey
Tel: 0216 357 23 23 / **Faks:** 0216 357 23 33
E-posta: pco@primeqm.com

