

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand Istanbul Ataşehir



PROGRAM VE ÖZET KİTABI

2025cocukgogus.org



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



DAVET

Değerli Meslektaşımız,

Çocuk Göğüs Hastalıkları 9. Kongresi'ni 09– 11 Ekim 2025 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 2024'de 300'den fazla çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları ile birinci basamakta çalışan aile hekimleri katıldı.

2025 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. 2024 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, yasadıkları sorunlar ve çözüm yollarını içeren oturumlar da olacaktır.

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

Sizlerin de katkıları ile kongremizin, ülkemizde bilimsel faaliyetlerin paylaşılmasına katkı sağlayacağını, katılımcı meslektaşlarımızın akademik anlamda geliştireceğini ve mesleklerini icra ederken bilgi kaynağı olacağını umuyoruz ve desteklerinizi bekliyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla,



Prof. Dr. Zeynep Seda Uyan
Kongre Sekreteri



Prof. Dr. Yasemin Gökdemir
Kongre Başkanı



Prof. Dr. Fazilet Karakoç
Çocuk Göğüs Hastalıkları
Derneği Başkanı



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



KOMİTELER

BİLİMSEL PROGRAM KOMİTESİ

Prof. Dr. Erkan ÇAKIR

Prof. Dr. Elif DAĞLI

Prof. Dr. Ela ERDEM ERALP

Prof. Dr. Saniye GİRİT

Prof. Dr. Bülent KARADAĞ

Prof. Dr. Gürsu KIYAN

Prof. Dr. Arif KUT

Prof. Dr. Sedat ÖKTEM

Prof. Dr. Ayten PAMUKÇU

Doç. Dr. Emine ATAĞ

Doç. Dr. Pınar ERGENEKON

Doç. Dr. Ayşe Ayzıt SAKALLI KILINÇ

Dr. Öğr. Üy. Nilay BAŞ İKİZOĞLU



Bilimsel Program





ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025
Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



BİLİMSEL PROGRAM

9 Ekim 2025, Perşembe

SALON A

08:30-10:00	Çocukluk Çağı Astımında Merak Edilenler - I <i>Oturum Başkanları: Elif Dağlı Güner, Remziye Tanaç</i>	
08:30-08:50	Hışiltılı Çocuklarda Astım Tanısı ve Ayırıcı Tanısı	Nilay Baş İkizoğlu
08:50-09:10	Risk Grubunda Olan Çocuklarda Astımı Önleyebilir miyiz?	Demet Can
09:10-09:30	Astımda Çevresel Risk Faktörleri	Ayşen Bingöl
09:30-09:50	Astım Büyüyünce İyileşir Mi?	Pınar Ergenekon
09:50-10:00	Tartışma	
10:00-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:30	Çocukluk Çağı Astımında Merak Edilenler-II <i>Oturum Başkanları: Ayten Pamukçu, Figen Gülen</i>	
10:30-10:45	Astım Tedavisinde Genel Prensipler	Arif Şahin Kut
10:45-11:00	İnhale İlaçların Akciğerlere Ulaştırılması	Özlem Keskin
11:00-11:15	Akut Astım Atağı ve Tedavisi	Cansın Saçkesen
11:15-11:30	Hangi Çocukta Ağır Astım Düşünelim? Nasıl Tedavi Edelim?	Ela Erdem Eralp
11:30-12:15	UYDU SEMPOZYUMU Pediatrik Solunum Tedavilerinde Nefes Açıcı Çözümler <i>Oturum Başkanı: Erkan Çakır</i> <i>Konuşmacı: Bülent Taner Karadağ</i>	
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
13:15-14:00	Sunay Akın Söyleşisi "Teb Kentinin Kapısı"	
14:00-14:45	UYDU SEMPOZYUMU Okul Çağı Astım Yönetimi: Uzun Dönemde ve Semptom Kontrolünde Kullanılan Tedaviler <i>Oturum Başkanı: Arif Şahin Kut</i> <i>Konuşmacı: Fazilet Karakoç</i>	AstraZeneca 



BİLİMSEL PROGRAM

9 Ekim 2025, Perşembe

SALON B

08:30-10:00	KİSTİK FİBROZİS ÇALIŞTAYI - I <i>Oturum Başkanları: Fazilet Karakoç, Sevgi Pekcan</i>	
08:30-08:50	Dünyada ve Bölgemizde Kistik Fibrozis	Bülent Taner Karadağ
08:50-09:10	Kalite İyileştirme Projeleri	Samya Nasr
09:10-09:30	Kistik Fibrozis Tanısında Zorluklar	Deniz Doğru Ersöz
09:30-09:50	Kistik Fibroziste Modülatör Tedavilerin Kullanımı ve Dikkat Edilmesi Gerekenler	Yasemin Gökdemir
09:50-10:00	Tartışma	
10:00-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:30	KİSTİK FİBROZİS ÇALIŞTAYI - II <i>Oturum Başkanları: Sait Karakurt, Bülent Taner Karadağ, Evrim Karadağ Saygı</i>	
10:30-10:50	Erişkinlerde Sık Karşılaşılan Solunumsal Sorunlar ve Yönetimi	Derya Kocakaya
10:50-11:10	Kistik Fibroziste Mental Sağlık	Fazilet Karakoç
11:10-11:30	Kistik Fibroziste Havayolu Temizliği Yöntemleri ve Takibi Çalıştayı	Özge Keniş Coşkun
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
14:45-15:45	Vakalar Eşliğinde Pediatrik Pulmonolojide Tanı ve Takipte Kullanılan Testler ve Yorumlanması <i>Oturum Başkanları: Ebru Yalçın, Zeynep Seda Uyan</i>	
14:45-15:00	Beta Adrenerjik Test	Mine Yüksel Kalyoncu
15:00-15:15	Nazal ve Ekshale Nitrik Oksit	Nagehan Emirlioğlu
15:15-15:30	İmpuls Osilometri	Gökçen Kartal Öztürk
15:30-15:45	Akciğer Temizleme İndeksi	Ayça Yıldız
15:45-16:15	Kahve Arası	
16:15-17:15	Çocuklarda Toraks Görüntüleme Yöntemleri ve Değerlendirilmesi – Radyolojik Olgular <i>Oturum Başkanları: Saniye Girit, Sebuğ Kuruoğlu</i>	
16:15-16:35	Akciğer Grafisi	Tuğba Ramaslı Gürsoy
16:35-16:55	Toraks BT	Ayşe Ayzıt Sakallı
16:55-17:15	Toraks Ultrasonografisi	Güzin Cinel



BİLİMSEL PROGRAM

9 Ekim 2025, Perşembe

SALON B

17:15-18:15	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2 <i>Oturum Başkanları: Şirin Güven, Deniz Mavi Tortop</i> SS-10 / SS-18
-------------	---

SALON C

08:30-10:00	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ
-------------	--



10:00-10:30	Kahve Arası
-------------	--------------------

10:30-11:30	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ
-------------	--



12:15-13:15	Öğle Yemeği
-------------	--------------------

12:30-13:15	ELEKTRONİK POSTER BİLDİRİ OTURUMU-1 <i>Oturum Başkanları: Emel Torun, Füsun Ünal</i> EPS-01 / EPS-13
-------------	---

14:45-15:45	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ
-------------	--



15:45-16:15	Kahve Arası
-------------	--------------------

16:15-17:15	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ
-------------	--





BİLİMSEL PROGRAM

10 Ekim 2025, Cuma

SALON A

08:30-09:00	AÇILIŞ KONUŞMALARI	
09:00-10:00	ANA OTURUM <i>Oturum Başkanları: Emine Nural Kiper, Yasemin Gökdemir</i>	
09:00-09:30	Nikotin Bağımlılığı: Bir Çocuk Hastalığı	Elif Dağlı Güner
09:30-10:00	Kistik Fibrozis Tedavisindeki Gelişmeler	Samya Nasr
10:00-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:30	Solunum Sıkıntısı ile Doğan Term Bebeğin Yönetimi <i>Oturum Başkanları: Kıvılcım Karadeniz Cerit, Sedat Öktem</i>	
10:30-10:50	Yenidoğan Yaklaşımı	Hülya Özdemir
10:50-11:10	Çocuk Göğüs Hastalıkları Yaklaşımı	Cansu Yılmaz Yeğit
11:10-11:30	Konjenital Nedenlerin Çocuk Cerrahisi Tarafından Yönetimi	Gürsu Kıyan
11:30-12:15	UYDU SEMPOZYUMU Astım ile Yaşamak: Okul Öncesi Dönemde Takip ve Tedavi <i>Oturum Başkanı: Fazilet Karakoç</i> <i>Konuşmacı: Yasemin Gökdemir</i>	
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
13:15-14:00	UYDU SEMPOZYUMU Kronik Akciğer Hastalıklarında Malnütrisyon ve Beslenme Yönetimi <i>Oturum Başkanı: Yasemin Gökdemir</i> <i>Konuşmacı: Sedat Öktem</i>	
14:00-15:00	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Zorluklar <i>Oturum Başkanları: Yakup Canitez, Ayten Pamukçu</i>	
14:00-14:20	Ağır Pnömoni - Komplikasyonlar	Merve Selçuk
14:20-14:40	Ağır Bronşiyolit	Melih Hangül
14:40-15:00	Boğmaca	Azer Kılıç Başkan
15:00-15:15	Kahve Arası	





ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



BİLİMSEL PROGRAM

10 Ekim 2025, Cuma

SALON B

10:30-11:30	Primer Siliyer Diskinezi: Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar <i>Oturum Başkanları: Hasan Bayram, Bülent Taner Karadağ</i>	
10:30-10:50	PSD ve Deneysel Modeller	<i>Elif Nur Fırat Karalar</i>
10:50-11:10	PSD'de Tarama ve Tanıda Kullanılan Testleri Hangi Sıra ile Yapalım?	<i>Emine Gök</i>
11:10-11:30	PSD Tedavisindeki Yenilikler	<i>Hayriye Uğur Özçelik</i>
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
14:00-15:00	Yabancı Cisim Aspirasyonu ve İnvaziv Bronkoscopi <i>Oturum Başkanları: Gürsu Kıyan, Arif Şahin Kut</i>	
14:00-14:20	Yabancı Cisim Aspirasyonu Kimde Düşünülmeli ve Nasıl Tedavi Edilmeli?	<i>Erkan Çakır</i>
14:20-14:40	İnvaziv Bronkoscopi Endikasyonları ve Yöntemleri	<i>Dirk Schramm</i>
14:40-15:00	Tartışma	
15:00-15:15	Kahve Arası	
15:15-16:15	Türkiye'de Çocuk Göğüs Hastalıkları Uzmanı Olmak <i>Oturum Başkanları: Çağlar Çuhadaroğlu, Ela Erdem Eralp</i>	
15:15-15:30	Çocuk Göğüs Hastalıklarında Son Durum	<i>Erdem Gönüllü</i>
15:30-15:45	Özlük Hakları	<i>Fazlıcan Zirek</i>
15:45-16:00	Günlük Pratikte Yaşanılan Sorunlar	<i>Meral Barlık</i>
16:00-16:15	Akademik Sorunlar	<i>Şeyda Karabulut</i>



BİLİMSEL PROGRAM

10 Ekim 2025, Cuma

SALON C

08:30-10:00	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ	
10:00-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:30	GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ VE PEKTUS DERNEĞİ 1. ULUSAL KONGRESİ	
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
14:00-16:15	TER TESTİ ÇALIŞTAYI	



BİLİMSEL PROGRAM

11 Ekim 2025, Cumartesi

SALON A

08:00-09:00	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 3 <i>Oturum Başkanları: Meltem Erol, Abdurrahman Erdem Başaran</i> SS-19 / SS-27	
09:00-10:00	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 6 <i>Oturum Başkanları: Sami Hatipoğlu, Merve Nur Tekin</i> SS-45 / SS-52	
10:00-10:45	UYDU SEMPOZYUMU Eski Yolculuktan Yeni Ufuklara: KfİBROGEN <i>Oturum Başkanı: Bülent Taner Karadağ</i> <i>Konuşmacı: Zeynep Seda Uyan</i>	
10:45-11:15	Kahve Arası	
11:15-12:15	TÜRK PEDIATRİ KURUMU OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Haluk Cezmi Çokuğraş, Erkan Çakır</i>	
11:15-11:35	Postenfeksiyöz Bronşiolitis Obliteransı Nasıl Önleriz? Tanı ve Tedavisi Nasıl Yapılır?	Saniye Girit
11:35-11:55	İnfluenza Enfeksiyonlarının Tanı, Tedavi ve Önlenmesi	Abdurrahman Erdem Başaran
11:55-12:15	Solunum Yolu Enfeksiyonlarından Korunmada Yeni Aşıların Yeri	Velat Şen
12:15-13:15	Doğumdan Yetişkinliğe Prematür Akciğer Hastalığı <i>Oturum Başkanları: Tuğba Gürsoy, Güzin Cinel</i>	
12:15-12:35	Pretermelerde Akciğer Hastalığını Önlemek ve Akciğer Gelişimini Desteklemek İçin Perinatal Stratejiler	Zeynep İnce
12:35-12:55	Bebeklikten Yetişkinliğe Prematüriteye Bağlı Kronik Solunum Yolu Hastalıklarının Yönetimi	Zeynep Seda Uyan
12:55-13:15	BPD'li Bebeklerin Taburculuk Sonrası Multidisipliner Takibi	Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu
13:15-14:30	Öğle Yemeği	



BİLİMSEL PROGRAM

11 Ekim 2025, Cumartesi

SALON B

08:00-09:00	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 4 <i>Oturum Başkanları: Nazan Dalgıç, Yasemin Mocan</i> SS-28 / SS-35	
09:00-10:00	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 7 <i>Oturum Başkanları: Abdülkadir Bozaykut, Gülay Baş Bilgin</i> SS-53 / SS-60	
10:45-11:15	Kahve Arası	
11:15-12:15	Değişen Dünyaya Ayak Uydurmak <i>Oturum Başkanları: Bülent Taner Karadağ, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu</i>	
11:15-11:35	Çocuk Göğüs Hastalıkları ve Yapay Zeka	Mustafa Kemal Arslantaş
11:35-11:55	Giyilebilir Teknolojiler	Bülent Taner Karadağ
11:55-12:15	İnhalasyon Tekniklerindeki Gelişmeler	Ayça Yıldız Peköz
12:15-13:15	Uyku Oturumu <i>Oturum Başkanları: Hayriye Uğur Özçelik, Ayşe Tana Aslan</i>	
12:15-12:35	Evde OSAS Tanısı Mümkün Mü?	Ayşe Tana Aslan
12:35-12:55	İki Yaşından Küçük Çocuklarda Uykuda Solunum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi	Ela Erdem Eralp
12:55-13:15	Nöromüsküler Hastalıklarda Uykuda Solunum Bozuklukları	Sedat Öktem
15:45-17:15	Çocuk Göğüs Hastalıklarında Zor Konular <i>Oturum Başkanları: Velat Şen, Burcu Hişmi</i>	
15:45-16:05	Tüberküloz Tanı ve Tedavisinde Zorluklar	Figen Gülen
16:05-16:25	Çocuklarda Pulmoner Nodül Tanı ve Takibi	Ebru Yalçın
16:25-16:45	Ev Ventilatörlü Hasta Yönetimi	Sevgi Pekcan
16:45-17:05	Mukopolisakkaridoz Hastalarında Akciğer Tutulumu Tanı ve Takibi	Cansu Yılmaz Yeğit
17:05-17:15	Tartışma	



SÖZLÜ BİLDİRİLER

9 Ekim 2025, Perşembe

17:15-18:15 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 1

SALON A

SS-01 / SS-09 Oturum Başkanları: Yasemin Akın, Mürüvvet Cenk Yanaz

- SS-01 Kistik Fibrosis'te Akut Alevlenme ve Sonrası: CRISS Skoru, Üremeler ve Kronik Kolonizasyonların FEV1 ile Korelasyonu**
Şeyda 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-02 Normal Spirometri Ölçümleri olan Kistik Fibrozisli Çocuklarda Akciğer Tutulumunun Gösterilmesinde İmpuls Osilometri Kullanımı**
Gülcan Yılbaş Kara, Gökçen Kartal Öztürk, Kübra Özkaya, Hazal Arıkan Gacemer, Şükrü Atacan Öğütçü, Ece Halis, Figen Gülen
- SS-03 İRT Yüksekliği ile Başvuran Hastaların Tanı ve Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi**
Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Yedigir Öztürk, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-04 Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor (ETİ) Tedavisinin Kistik Fibrozisli Bireyler ve Ebeveynlerinde Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkileri: 1 Yıllık İzlem**
Merve Selçuk Balcı, Burcu Uzunoğlu, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Ceren Ayça Yıldız, Merve Müge Akkitap Yiğit, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Gamze Taştan, Elif Değermenci, Damla Kocaman, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-05 Kistik Fibroziste Tip 2 İnflamasyonun Prognozadaki Yeri**
Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Azer Kılıç Başkan, Aysel Kılıç, Serap Dinçer, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı
- SS-06 Kistik fibrozisli çocuklarda akut pulmoner alevlenmelerin klinik, laboratuvar ve solunum fonksiyonları açısından değerlendirilmesi**
İsmahan Celep, Burcu Çapraz Yavuz, Meltem Yıldız Kayaoğlu, Deniz Doğru, Nagehan Emirlioğlu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik
- SS-07 Kistik Fibrozis Tanılı Çocuklarda Serum İrisin Düzeyleri ile Klinik Parametreler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**
Elif Duygu Kutbe, Ali Ersoy, Didem Barlak Ketici, Nihal Hatipoğlu, Mehmet Köse
- SS-08 Kistik Fibrozis Tarama Sonucu Pozitif Kesin Olmayan Tanı (KFKOT) Tanılı Çocukların Gözden Geçirilmesi**
Tuğçe Ünlü, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Ayşe Tana Aslan
- SS-09 Kistik fibrozis ilişkili Karaciğer Hastalığının Sıklığı ve Genotip ile İlişkisinin İncelenmesi**
Fatma Gafarova, Ceren Ayça Yıldız, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ



SÖZLÜ BİLDİRİLER

9 Ekim 2025, Perşembe

17:15-18:15 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 2

SALON B

SS-10 / SS-18 Oturum Başkanları: Şirin Güven, Deniz Mavi Tortop

- SS-10 Çocukluk Çağı İnterstitiyel Akciğer Hastalıklarında, Uykuda Solunum Bozukluğu ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma**
Sinem Can Oksay, Özge Ülgen, Eda Gürler, Zeliha Başak Polat, Yasemin Mocan Çağlar, Saniye Girit
- SS-11 Kistik Fibrozisli Çocuklarda Erken Gelişim Profili: EGE Envanteri Bulguları ve Etkileyen Faktörler**
Emine Altay Tanyer, Nafiye Ünsal, Ebru Yalçın, Elif Nursel Özmert, Burcu Çapraz Yavuz, Nagehan Emirlioğlu, Deniz Doğru, Uğur Özçelik
- SS-12 Çocuk Göğüs Hastalıkları ÇÖZGER Polikliniğine Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri ve Süreçte Karşılaşılan Sorunlar**
Salih Uytun, Murat Yasin Gençoğlu, Gizem Özcan, Satı Özkan Tabakçı
- SS-13 Kistik Fibrozisli Bireyler İçin Geliştirilmiş Cfabd Score (Kistik Fibrozis Abdominal Semptom Skoru) Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması**
Damla Kocaman, Merve Selçuk, Şeyda Karabulut, Ayça Ceren Yıldız, Neval Metin Çakar, Fulya Özdemircioğlu, Eda Esra Baysal, Merve Akkitap, Büşra Demirel Özgünay, Emre Uğurlu, Burcu Uzunoğlu, Gamze Taştan, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-14 Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Kistik Fibrozisli Çocuklarda Erken Dönem Psikososyal Tarama**
Neval Metin Çakar, Burcu Uzunoğlu, Şeyda Karabulut, Ceren Ayça Yıldız, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alishbeyli, Fatma Gafarova, Gamze Taştan, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-15 Kistik Fibrozisli Çocuklar ve Ebeveynlerinde Tıbbi İşlem Anksiyetesi: CFPAS ve Spence ile Değerlendirme**
Fulya Özdemircioğlu, Hatice Nur Kekeç, Ayşe Gümüş, Şeyda Karabulut, Ayça Ceren Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Müge Merve Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gulzar Alishbeyli, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Taner Karadağ
- SS-16 Evde Sağlık Hizmeti Personelinin Kistik Fibrozis Bilgi Düzeyi: Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirme**
Gülzar Alishbeyli, Şeyda Karabulut, Elif Değermenci, Rüya Açınan, Burak Hoş, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Müge Merve Akkitap Yiğit, Fulya Özdemircioğlu, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SÖZLÜ BİLDİRİLER

9 Ekim 2025, Perşembe

- SS-17 Kistik Fibrozisli Adolesanlarda Psikososyal ve Davranış Sorunları Taraması: PSC-17-Adolesan Türkçe Versiyonunun Uygulanabilirliği ve Bulgular**
Neval Metin Çakar, Burcu Uzunoğlu, Şeyda Karabulut, Ceren Ayça Yıldız, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Fatma Gafarova, Gamze Taştan, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-18 Uykuda solunum bozukluğu şüphesi olan çocukların evde uyku çalışması ile değerlendirilmesi**
Gamzegül Gözen Bayramoğlu, Ayşe Tana Aslan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Tuğçe Ünlü



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

08:00-09:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 3

SALON A

SS-19 / SS-27 Oturum Başkanları: Meltem Erol, Abdurrahman Erdem Başaran

- SS-19 Kistik Fibrozis Yenidoğan Taraması Sonrası Yönlendirilen Bebeklerin Değerlendirilmesi: İki Yıllık Tek Merkez Deneyimi**
Murat Yasin Gençoğlu
- SS-20 Kistik Fibrozis İlişkili Karaciğer Hastalığının Belirleyicileri: Ulusal Kistik Fibrozis Kayıt Sistemi Verileri**
Birce Sunman, Ersin Gümüş, Ömer Faruk İpek, Velat Şen, Hadice Selimoğlu Şen, Furkan Yılmaz, Berrak Öztosun, Ayşe Ayzıt Kılınç, Suat Savaş, Fatma Nur Ayman, Oğuz Karcioğlu, Başak Akyol, Gökçen Kartal Öztürk, Ece Halis, Yeşim Keskin, Yakup Canitez, Erkan Çakır, Elif Duygu Kutbe, Mehmet Köse, Meltem Kürtül Çakar
- SS-21 Kistik Fibroz Tanılı Hastalarda Elexakaftor-Tezakaftor-İvakaftor Tedavisinin Lipid Profili Üzerine Etkisi**
Berrak Öztosun, Özge Kalmaz, Esra Çelebi, Çiğdem Korkmaz, İpek Ülkersoy, Abdulhamit Çollak, Furkan Yılmaz, Oğuzhan Tin, Nursena Koloğlu Ateş, Ömer Faruk Beşer, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı
- SS-22 Kistik Fibrozis'te Bağışıklamada Neredeyiz? Aşılama Durumu ve Tutumlar**
Eda Esra Baysal, Gamze Taştan, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Ceren Ayça Yıldız, Müge Merve Akkitap Yiğit, Fulya Özdemircioğlu, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Burcu Uzunoğlu, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Yasemin Gökdemir, Ela Erdem Eralp, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-23 Kistik Fibrozis Tanılı Hastalarda Çok İlaça Dirençli ve Tedavisi Zor Pseudomonas Aeruginosa: Ulusal Kistik Fibrozis Kayıt sistemi verileri**
Hazal Gacemer, Gökçen Kartal Öztürk, Ebru Yalçın, Dilara Demirel, Emine Altay, Ayşe Ayzıt Kılınç, Berrak Öztosun, Furkan Yılmaz, Sevgi Pekcan, Bahar Ece Tokdemir, Fatma Nur Ayman, Oğuz Karcioğlu, Başak Akyol, Yakup Canitez, Yeşim Keskin, Mehmet Köse, Elif Duygu Kutbe, Özlem Keskin, İbrahim Karahan, Ayşen Bingöl, Erdem Başaran, Ali Özdemir, Demet Polat Yuluğ, Tuğba Ramaslı Gürsoy, Nazan Çobanoğlu, Gönül Çaltepe, Mehmet Kılıç
- SS-24 CFTR Modülatör Tedavilerine Bağlı Yan Etkiler: Üçüncü Basamak Bir Merkezden Deneyimler**
Dilara Demirel, Ebru Yalçın, Hanife Avcı, Tuğçe Kantemir, Ömer Faruk İpek, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya, Deniz Doğru Ersöz, Uğur Özçelik
- SS-25 Kistik Fibrozis Yenidoğan Tarama Pozitif Olguların Ter Testi ve Genetik Analiz ile Birlikte Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi**
Özge Meral, Hamza Polat
- SS-26 Kistik Fibrozisli Çocuklarda Modülatör Tedavilerin İnflamasyon Üzerine Etkileri**
Kübra Özkaya, Gökçen Kartal Öztürk, Hazal Gacemer, Bahar Dindar, Gülcan Yılbaş Kara, Atacan Öğütcü, Figen Gülen
- SS-27 Kistik fibrozisli hastalarda CFTR modülatörlerinin Metisilin Dirençli Staphylococcus Aureus enfeksiyonu üzerine etkisi**
Ceren Ayça Yıldız, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

08:00-09:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 4

SALON B

SS-28 / SS-35 Oturum Başkanları: Nazan Dalgıç, Yasemin Mocan

- SS-28 KL-6'ya Eleştirel Bir Bakış: Pediatrik Bağ Dokusu Hastalıklarında İnterstisyel Akciğer Hastalığını Ayırt Etmede Yetersiz mi?**
Birce Sunman, Ebru Güneş Yalçın, Havva İpek Demir, Hülya Ercan Emreol, Erdal Sag, Nagehan Emiralioglu, Deniz Dogru, Uğur Özçelik, Seza Özen
- SS-29 Kemik İliği Transplantasyonu Sonrası Bronşiolitis Obliterans Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri**
Begüm Yörük, Yadiğar Öztürk, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-30 Kolşisin-dirençli Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında Pulmoner Bulguların Değerlendirilmesi**
Evrin Hepkaya, Nebahat Zeynep Özslan, Törehan Özer, Betül Öksel, Yonca Anık, Nihal Şahin, Hatice Emine Sönmez
- SS-31 Pulse Steroid Tedavisinin Antropometrik ve Solunumsal Yankıları: İnterstisyel Akciğer Hastalıklı Çocuklarda Gözlemsel Bir Değerlendirme**
Eda Gürler, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-32 Post-infeksiyöz bronşiolitis obliterans vakaları – Klinik Veri Analizi**
Erdem Gönüllü, Ebru Köstereli, Evrim Özmen, Zeynep Seda Uyan
- SS-33 Sessiz Solukla Başlayan Sistemik Bir Fırtına: Çocukluk Çağı Lupusunda Akciğer Tutulumu**
Yasemin Mocan Çağlar, Özge Ülgen, Begüm Yörük, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-34 Hematopoietik Kök Hücre Nakli Sonrası Bronşiolitis Obliterans Gelişen Olgularımız**
Tuba Karakuş Sert, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Yeliz Koç, Burak Taha Keşkekoğlu, Füsun Ünal, Hale Elhamet, Hakan Yazan, Işık Odaman Al, Yöntem Yaman, Murat Elli, Sema Anak, Sedat Öktem
- SS-35 Türkiye'de Çocukluk Çağı İnterstisyel Akciğer Hastalıklarının Güncel Durumu: ChILD-TR'den 5 Yıllık Veriler**
Handan Kecec, Ayse Tana Aslan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Sinem Can Oksay, Yasemin Mocan Çağlar, Özge Ülgen, Fatma Nur Ayman, Fatih Erkan, Gökçen Ünal, Çiğdem Korkmaz, Azer Kılıç Başkan, Abdulhamit Çollak, Uğur Özçelik, Deniz Doğru, Raziye Atan, Figen Gülen, Bahar Girgin Dindar, Ece Halis, Esin Gizem Olgun, Fazılcan Zirek, Secahatin Bayav, Meltem Kürtül Çakar, Sanem Eryılmaz Polat, Dilber Ademhan Turhal, Ayşen Bingöl, Abdurrahman Erdem Başaran, Betül Bankoğlu Parlak



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

08:00-09:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 5

SALON C

SS-36 / SS-44 Oturum Başkanları: Çağatay Nuhoglu, Gizem Özcan

SS-36 Çocuklarda Plöroparenkimal Fibroelastozis: Vaka Serisi

Dilara Demirel, Deniz Doğru Ersöz, Havva İpek Demir, Raziye Atan, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya, Ebru Yalçın, Diclehan Orhan, Hatice Nursun Özcan, Uğur Özçelik

SS-37 Kistik Fibrozis Dişi Bronşektazili Çocuklarda IGG-NLR Temelli Klinik Risk Sınıflaması: Hipoimmün-Hiperenflamatuvar Fenotip

Zeynep Demir, Merve Korkmaz, Yeşim Keskin, Erdem Sarcak, Yakup Canitez

SS-38 Nadir Bir Hava Yolu Hikâyesi: Çocuklarda Plastik Bronşit Olgu Serisi

Özge Ülgen, Sinem Can Oksay, Begüm Yörük, Gülay Bilgin, Saniye Girit

SS-39 Primer siliyer diskinezide tanı yaşının klinik sonuçlara etkisi

Nilgün Kula, Ayşe Tana Aslan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Volkan Medeni

SS-40 Genetik Ortaklık, Klinik Farklılık: Primer Silier Diskinezi Tanılı Altı Kardeşin Sunumu

Salih Uytun, Melike Ataseven Kulalı, Elifcan Taşdelen, Murat Yasin Gençoglu, Satı Özkan Tabakçı

SS-41 CCDC15'in fare trake epitel hücrelerinde hareketli silya oluşumundaki rolünün karakterizasyonu

Alper İbrahim Özkan, Melis Dilara Arslanhan Gül, Elif Nur Fırat Karalar

SS-42 Primer Siliyer Diskinezili Çocuklarda Akciğer Ultrasonu Skorlamasının Solunum Fonksiyonları ve Klinik Parametreler ile İlişkisi

Ömer Faruk İpek, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya, Meltem Akgül Erdal, Dilara Demirel, Ebru Yalçın, Deniz Doğru Ersöz, Uğur Özçelik

SS-43 Primer Siliyer Diskinezili Çocuk Hastalarda SPEC skorlaması: Akciğer Yapısındaki Değişikliklerin Solunum Fonksiyonları ile İlişkisi

Gamze Akca Dinç, Ezgi Yağız Ertuna, Işıl Bilgiç, Meltem Kürtül Çakar, Ayyüce Ünlü, Hande Yetişgin, Çelebi Yıldırım, Gökçen Dilşa Tuğcu, Dilber Ademhan Tural, Sanem Eryılmaz Polat, Avni Merter Keçeli, Güzin Cinel

SS-44 Bronşektazi Tanılı Çocuklarda Önemli Bir Etiyolojik Faktör “Doğuştan Bağışıklık Kusurları”: 20 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Ozan Kapçay, Filiz Demir Şahin, Mehmet Kılıç



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

09:00-10:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 6

SALON A

SS-45 / SS-52 Oturma Başkanları: Sami Hatipoğlu, Merve Nur Tekin

- SS-45 Çocuklarda yoğun bakım ünitelerinde uygulanan fleksibl bronkoskopiler: Zor koşullarda güvenilir bir araç**
Barış Kaygısız, Erdem Gönüllü, Ebru Köstereli, Ömer Özden, Murat Tanyıldız, Tuğba Gürsoy, Zeynep Seda Uyan
- SS-46 Juvenil İdiopatik İnflamatuvar Miyopati de DLCO ve Spirometri ile İnterstisyel Akciğer Hastalığının Tanısal Değeri**
Furkan Yılmaz, Azer Kılıç Başkan, Berrak Öztosun, Aybuke Günel, Elif Kılıç Könte, Ayşe Kalyoncu Uçar, Sebu Kuruoğlu, Özgür Kasapçopur, Ayşe Ayzit Kılınç Sakallı
- SS-47 Juvenil İdiopatik Artrit'li Çocuklarda Otoantikör Pozitifliğinin Solunum Fonksiyon Testleri Üzerine Etkisi**
Yasemin Mocan Çağlar, Özge Dinçer, Aslıhan Tunçlar Özçağlar, Sinem Can Oksay, Özge Ülgen, Begüm Yörük, Kübra Öztürk, Saniye Girit
- SS-48 Çocuklarda akciğer loblarına göre bronkoalveolar lavaj geri dönüş oranlarının değerlendirilmesi**
Irmak Tanal Şambel, Abdurrahman Erdem Başaran, Betül Bankoğlu Parlak, Didar Ağca Cengiz, Ayşen Bingöl
- SS-49 Sistemik Juvenil İdiopatik Artritte Akciğer Tutulumu Sıklığı ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi**
Alperen Eravsar, Ayşe Ayzit Kılınç Sakallı, Mehmet Yıldız, Ece Aslan, Nergis Akay, Ümit Gül, Esmâ Aslan, Elif Kılıç Könte, Aybuke Günel, Berrak Nevin Öztosun, Çiğdem Korkmaz, Azer Kılıç Başkan, Mehtap Doğruel, Ayşe Kalyoncu Uçar, Erkan Yılmaz, Sezgin Şahin, Özgür Kasapçopur, Kenan Barut
- SS-50 Duchenne Muskuler Distrofi Tanılı Çocuk Hastalarda Solunum Fonksiyonlarına Etki Eden Klinik Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Ayşen Basaran, Muhammed Gültekin Kutluk, Yusuf Alioğlu, Aylin Yaman, Hanife Hale Hekim, Füsün Toraman
- SS-51 Aspirasyonu Göstermede Lipid Yüklü Makrofaj Kullanılabilir mi?**
Gözde Cavıldak Karaaslan, Füsün Ünal, Julide Özgür, Yeliz Koç, Tuba Karakuş Sert, Burak Taha Keşkekoğlu, Büşra Dudu, Hakan Yazan, Sedat Öktem
- SS-52 İki Yaşından Küçük chILD Hastalarımızın Gözden Geçirilmesi**
Fatma Gül Ersan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Handan Kekeç, Ayşe Tana Aslan



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

09:00-10:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 7

SALON B

SS-53 / SS-60 Oturum Başkanları: Abdülkadir Bozaykut, Gülay Baş Bilgin

- SS-53 Spinal müsküler atrofi tanılı hastalarda solunum yolu viral enfeksiyonlarının klinik değerlendirmesi**
Burak Taha Keşkekoğlu, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Yeliz Koç, Tuba Karakuş Sert, Hakan Yazan, Sedat Öktem
- SS-54 Türkiye’de Adölesanların E-Sigaraya Yönelik Tutum ve İnançlarının Değerlendirilmesi: Yeni Bir Ölçek Deneyimi**
Sinem Can Oksay, Gülay Bilgin, Eda Gürler, Deniz Mavi Tortop, Zeynep Reyhan Onay, Saniye Girit
- SS-55 Plevral Efüzyon; Transudatif ve Eksudatif Efüzyon Ayrımında Toraks Tomografisi Atenüasyon Değerlerinin Etkinliği**
Fatma Nur Ayman, Hanife Tuğçe Çağlar, Sevgi Pekcan
- SS-56 Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarında RSV’nin Klinik ve Ekonomik Yükü: İki Merkezli Retrospektif Çalışma**
Erdem Gönüllü, Sıla Yılmaz, Elvan Zengin, Seda Günhar Duman, İsmail Yıldız, Zeynep Seda Uyan
- SS-57 Toplum Kökenli Pnömonili Çocuklarda Solunum Yolu Patojeni Dinamikleri Pandemi Dönemi ve Sonrasında Değerlendirilmesi**
Emre Aygun, Senem Behsat Ulukaya, Nazan Dalgıç
- SS-58 Beslenmede Kalite İyileştirme Projesinin Etkisi: Yaşamın İlk 1000 Günü**
Damla Kocaman, Merve Selçuk, Şeyda Karabulut, Ayça Ceren Yıldız, Neval Metin Çakar, Fulya Özdemircioğlu, Eda Esra Baysal, Merve Akkitap, Büşra Özgünay Demirel, Emre Uğurlu, Burcu Uzunoğlu, Gamze Taştan, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ
- SS-59 Çocuklarda Yoğun Bakımda Rinovirüse Bağlı Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi**
Fatih Ercan, Nefise Betül Ercan, Sevgi Pekcan
- SS-60 Ev Ventilasyonlu Çocuklara Evde Bakım Hizmeti Veren Hekim ve Yardımcı Sağlık Personelinin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Eğitim Öncesi ve Sonrası Sonuçlar**
Emre Uğurlu, Şeyda Karabulut, Ceren Ayça Yıldız, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Müge Merve Akkitap Yeğit, Fulya Özdemircioğlu, Büşra Özgünay, Gülzar Alışbeyli, Rüya Açınan, Burak Hoş, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pinar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ



SÖZLÜ BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

09:00-10:00 SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 8

SALON C

SS-61 / SS-68 Oturum Başkanları: İlke Mungan, Sanem Eryılmaz Polat

- SS-61 Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniğimize Başvurup Tümör Tanısı Alan Hastaların Değerlendirilmesi**
Uğur Girgiç, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-62 Konjenital Kistik Akciğer Hastalıklarının İzlem ve Değerlendirilmesi**
Eda Gürler, Yadigar Öztürk, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- SS-63 Görünenden Biraz Daha Fazla: Pektus Ekskavatumun Çocuklarda Psikososyal ve Klinik Etkileri**
Yadigar Öztürk, Begüm Yörük, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Alperen Bıkmazer, Saniye Girit
- SS-64 Özofagus Atrezisi Tanısı Konulan Hastalarda Pulmoner Komplikasyonların Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Bir Çalışma**
Büşra Özgünay, Özge Kılıç Bayar, Şeyda Karabulut, Merve Selçuk Balcı, Neval Metin Çakar, Ceren Ayça Yıldız, Ayten Ceren Bakır, Müge Merve Akkitap Yiğit, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Almala Pınar Ergenekon, Kıvılcım Karadeniz Cerit, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Gürsu Kıyan, Bülent Karadağ
- SS-65 Pektus Ekskavatum ve Pektus Karinatum Tanısıyla İzlenen Olguların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**
Betül Bankoğlu Parlak, Irmak Tanal Şambel, Didar Ağca Cengiz, Abdurrahman Erdem Başaran, Ayşen Bingöl
- SS-66 Konjenital akciğer malformasyonu olan çocukların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi**
Pelin Asfuroğlu, Secahattin Bayav
- SS-67 Neonatal ARDS'de Sürfaktan ile Budesonid İntratrakeal Uygulaması**
Meryem Güzel Kaya, Funda Yavanoğlu Atay, İlke Mungan Akın
- SS-68 Çocuklarda Konjenital Kistik Ön Barsak Malformasyonları**
Özge Kılıç Bayar, Ayten Ceren Bakır, Sadık Abidoğlu, Kıvılcım Karadeniz Cerit, Gürsu Kıyan



E-POSTER BİLDİRİLER

9 Ekim 2025, Perşembe

13:15-14:00 ELEKTRONİK POSTER OTURUMU-1

POSTER ALANI

EPS-01 / EPS-13 Oturum Başkanları: Emel Torun, Füsun Ünal

- EPS-01 Tanısal Güçlük Yaratın Nadir Bir Birliktelik: Primer Siliyer Diskinezi, Konjenital Kalp Anomalisi ve Plastik Bronşit**
Aslıhan Tunçlar Özçağlar, Mocan çağlar yasemin, Özge Ülgen, Begüm Yörük, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- EPS-02 Trakeobronkomalazi ile giden Pierre Robin Sekanslı bir olgu**
Emine Semra Küçük Öztürk, Mukaddes Ağirtıcı, Esin Gizem Olgun, Seyhan Çelik Merteşe, Gizem Özcan, Nazan Çobanoğlu
- EPS-03 Hematopoietik kök hücre transplantasyonunun çocukluk çağında görülen nadir bir komplikasyonu: Plevroparankimal fibroelastozis**
Esin Gizem Olgun, Mukaddes Ağirtıcı, Semra Küçük Öztürk, Suat Fitöz, Nazan Çobanoğlu
- EPS-04 Tekrarlayan Krup semptomları ile takip edilen hastada gelişen yabancı cisim aspirasyonu**
Yeşim Keskin, Yakup Canitez, Merve Korkmaz, Zeynep Demir, Erdem Sarcak
- EPS-05 Hışıltılı çocuklarda fırsatçı enfeksiyonların rolü, etkenlerinin sıklığı ve atopi ilişkisi**
Maleyka Karimova, Hatice Mollayeva
- EPS-06 Akut respiratuar viral enfeksiyonlarla sık hastalanan çocukların sitokin durumundaki değişikliklerin solunum sistem hastalıklarına etkisi**
Maleyka Karimova, Hatice Mollayeva
- EPS-07 Stridorun Nadir Bir Nedeni: Benign Larengeal Skuamöz Papilloma**
Ali Özdemir, Hülya Keleş, Edanur Yeşil, Onur İsmi, Ferah Tuncel
- EPS-08 Sessiz plevral efüzyon: Kazdıkça ulaşılan sır**
Burak Arslan, Ayça Uğur Kaval, Erdem Gönüllü, Nilay Baş İkizoğlu, Hacer Aktürk, Mert Bayramoğlu, Evrim Özmen, Zeynep Seda Uyan
- EPS-09 Genetik Geçişli İnterstisyel Akciğer Hastalığı: Çocukluk Çağında UIP Paterni ile Seyreden Nadir Bir Olgu ve Nintedanib Tedavi Deneyimi**
Zeliha Başak Polat, Yedigir Öztürk, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit
- EPS-10 Kompleks Klinik Seyirli Nadir Bir PIBO Olgusunda Mikofenolat Mofetil Tedavisi: "Klinik Yanıt ve Takip"**
Zeliha Başak Polat, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Uğur Girgiç, Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



E-POSTER BİLDİRİLER

9 Ekim 2025, Perşembe

EPS-11 Astım Maskesi Altında Double Aortik Ark

Salih Uytun, Murat Yasin Gençoğlu, Satı Özkan Tabakçı, Çiğdem Üner, Özkan Kaya

EPS-12 Mukopolisakkaridoz Tip 4A Tanılı Bir Olguda İleri Düzey Solunum Yolu Tutulumu: Klinik ve Radyolojik Değerlendirme

Salih Uytun, Halil Tuna Akar, Hasibe Gökçe Çınar, Murat Yasin Gençoğlu, Satı Özkan Tabakçı

EPS-13 Trakeostominin nadir bir komplikasyonu:trakeo-innominat arter fistülü

Sinan Turgut



E-POSTER BİLDİRİLER

11 Ekim 2025, Cumartesi

13:15-14:30 ELEKTRONİK POSTER OTURUMU-2

POSTER ALANI

EPS-14 / EPS-26 Oturum Başkanları: Sinem Can Oksay, Ayşen Başaran

- EPS-14 Esrar Kullanımına Bağlı Diffüz Alveolar Hemoraji: Olgu Sunumu**
Bahar Girgin Dindar, Ece Halis, Fevziye Çoksüer, Gökçen Kartal Öztürk, Figen Gülen
- EPS-15 Çocukluk Çağında Aquajenik Palmoplantar Keratoderma: CFTR ilişkili Hastalık için Bir İpucu**
Murat Yasin Gençoğlu
- EPS-16 Prenatal Tanıdan Uzun Dönem Takibe: Konjenital Pulmoner Hava Yolu Malformasyonu Tip 1**
Murat Yasin Gençoğlu
- EPS-17 CCR2 Eksikliğine Bağlı Multikistik İnterstisyel Akciğer Hastalığı**
Didar Ağca Cengiz, Abdurrahman Erdem Başaran, Irmak Tanal Şambel, Betül Bankoğlu Parlak, Ayşen Bingöl
- EPS-18 Ağır eozinofilik astım vakasında ek tedavi olarak Mepolizumab kullanımı**
Elif Yaycı, Deniz Özçeker, Betül Büyüktiryaki, Cansın Saçkesen
- EPS-19 Pediatrik Pulmoner Alveoler Proteinozis: Nadir Bir Vaka ve Zorlu Tedavi Süreci**
Işıl Bilgiç, Meltem Kürtül Çakar, Gamze Akça Dinç, Ayyüce Aktemur Ünlü, Hande Yetiştn, Çelebi Yıldırım, Dilber Ademhan Tural, Sanem Eryılmaz Polat, Gökçen Dilşa Tuğcu, Güzin Cinel
- EPS-20 Pediatrik Hastalarda Astım Tedavisine Dirençli Semptomlarda Nadir Bir Tanı: Trakeal Schwannoma Olguları**
Erdem Sarcak, Yakup Canitez, Zeynep Demir, Merve Korkmaz, Yeşim Keskin
- EPS-21 Tekrarlayan pulmoner hemoraji olgusunda multidisipliner yaklaşım ve coil embolizasyonun rolü**
Ece Halis, Gökçen Kartal Öztürk, Kübra Özkaya, Hazal Gacemer, Gülcan Yılbaş Kara, Atacan Öğütçü, Ömür Ballı, Figen Gülen
- EPS-22 Çocuklarda Laparoskopi Yardımlı Morgagni Hernisi Onarımı**
Özge Kılıç Bayar, İlayda Başar Aksu, Ayten Ceren Bakır, Kıvılcım Karadeniz Cerit, Gürsu Kıyan
- EPS-23 Yenidoğan Döneminde Lobektomi Uygulanan Hibrit Lezyon Olgusu**
Burak Bozkurt, İlke Mungan Akın
- EPS-24 Yenidoğanda Hayatı Tehdit Eden Mediastinal Teratom**
Özge Kılıç Bayar, Ayten Ceren Bakır, Sadık Abidoğlu, Elif Demirbaş, Koray Ak, Gürsu Kıyan
- EPS-25 Torakoabdominal Duplikasyon Kistinde Nadir Bir Bulgu**
Özge Kılıç Bayar, Ayten Ceren Bakır, Sadık Abidoğlu, Kıvılcım Karadeniz Cerit, Gürsu Kıyan
- EPS-26 Yenidoğan Döneminde Tanı Almış ITGA3 Mutasyonu İle ilişkili ILNEB Sendromlu Olgu**
Bilgin Azrak, İlke Mungan Akın, Funda Yavanoğlu Atay, Burcu Yeter, Merve Alphan



Sözlü Bildiriler





ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-01

KİSTİK FİBRÖSİS'TE AKUT ALEVLENME VE SONRASI: CRISS SKORU, ÜREMELER VE KRONİK KOLONİZASYONLARIN FEV1 İLE KORELASYONU

Şeyda Karabulut¹, Gamze Taştan², Merve Selçuk Balcı¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Neval Metin Çakar¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alışbeyli¹, Burcu Uzunoğlu², Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Ela Erdem Eralp¹, Yasemin Gökdemir¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışma, kistik fibrozisli (KF) bireylerde kronik respiratuvar enfeksiyon semptom skoru (CRISS) anketinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemeyi amaçlamaktadır. İkincil amaç KF'li bireylerde akut alevlenme dönemlerinde CRISS ile kronik kolonizasyonların FEV1pp değerleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

METHOD: Marmara Üniversitesi KF merkezinde 2 Eylül 2024 ile 2 Eylül 2025 tarihleri arasında pulmoner alevlenme (PEx) yaşayan 6 yaş üstü KF'li hastalar çalışmaya dahil edildi. Chris Goss ve Seattle Quality of Life grubundan anketin valide edilmesi için izin alındı. İki bağımsız çevirmen anketi İngilizce'den Türkçe'ye çevirdi. Türkçe'ye çevrilen anketi iki farklı çevirmen tekrar İngilizce'ye çevirildi. PEx'nin 1. - 7. ve 14 ve/veya 21. Günü KF'li bireyler tarafından dolduruldu. Geçerlilik çalışması kapsamında, daha önce valide edilmiş olan CFQR ile karşılaştırma yapıldı. PEx'in 1. günü, 14. günü ve/veya 21. gününde solunum fonksiyon testi uygulandı.

BULGULAR: Toplam 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplam hasta yaş ortalaması ($\pm$ SD) 15.6 ($\pm$ 5.5) yıl idi. Bireylerin %50'si Pseudomonas Aeruginosa kolonize idi. Bir önceki yıl en iyi FEV1 pp; ortalama ($\pm$ SD) %67 ($\pm$ 15.3) idi. Akut alevlenme dönemlerinde CRISS skorundaki artışın FEV1pp'deki düşüşle paralel seyrettiği gözlemlendi ($r=-0.52$ $p=0.006$). Bir yıl takibin sonunda bireylerin FEV1 pp değeri +9 ($\pm$ 7.4) ile $p=0.01$ olarak arttı.

SONUÇ: CRISS KF'li hastalarda PEx dönemlerinde FEV1pp değişimini öngörmeye potansiyel bir belirleyici olabilir. Bu çalışma ile hastalık yönetiminde klinik karar süreçlerine katkı sağlayabilecek önemli bir değerlendirme aracı olarak kullanılan CRISS anketinin Türkçe versiyonunun KF'li Türk çocuklar için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılması sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrosis, Pulmoner Alevlenme, FEV1, Semptom skoru, CRISS



SS-02

NORMAL SPIROMETRİ ÖLÇÜMLERİ OLAN KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA AKCİĞER TUTULUMUNUN GÖSTERİLMESİNDE İMPULS OSİLOMETRİ KULLANIMI

Gülcan Yılbaş Kara, Gökçen Kartal Öztürk, Kübra Özkaya, Hazal Arıkan Gacemer, Şükrü Atacan Öğütçü, Ece Halis, Figen Gülen

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Kistik fibrozis (KF), akciğer tutulumu ile morbidite ve mortaliteye yol açan bir hastalıktır. Solunum fonksiyon testleri hastalığın izleminde kritik öneme sahiptir (1,2). Spirometri yaygın kullanılan bir yöntem olsa da küçük havayolu değişikliklerini saptamada yetersiz kalabilir. İmpuls osilometri (İOS), hastanın pasif olarak katılımını gerektiren solunum sisteminin mekanik özelliklerini ölçen bir yöntemdir (3,4,5). Bu çalışmada, normal spirometri değerlerine sahip KF tanılı çocuklarda İOS'un akciğer tutulumunu ortaya koymadaki rolü araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ege Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniğinde takip edilen, 0–18 yaş arası, z-skoru normal FEV₁ değerlerine sahip 57 KF hastası toraks BT normal ve anormal şekilde gruplandırılarak benzer yaş, vücut ağırlığı, boy, vücut kitle indeksi ve cinsiyet özelliklerine sahip 57 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: KF grubunda 21 hastada BT normal, 36 hastada anormal bulgular mevcuttu. Spirometri parametreleri gruplar arasında benzer iken, akciğer tutulumu olan KF olguların İOS parametrelerinden Z5, R5, X10, Ax ve deltaR5-20'de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 1).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Normal spirometri değerlerine sahip kistik fibrozisli çocuk olgularda İOS akciğer tutulumunun değerlendirilmesinde kullanılabilir bir yöntem olarak görülmektedir. Bulgularımız, İOS'un KF tanılı çocuklarda spirometriye göre daha duyarlı ve tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: impuls osilometri, kistik fibrozis, küçük havayolu, spirometri

Tablo 1. Demografik, Spirometrik ve İmpuls Osilometri (İOS) Parametrelerinin Karşılaştırılması

Parametre	BT Normal KF (n=21)	BT Anormal KF (n=36)	Sağlıklı Kontrol (n=57)	p
Demografik özellikler				
Yaş (yıl)	9.47 ± 4.27	9.72 ± 3.77	10.80 ± 3.00	0.05
Cinsiyet (K/E)	5/16	12/24	28/29	0.08
Vücut ağırlığı (kg)	33.72 ± 17.05	38.66 ± 23.34	36.49 ± 14.03	0.30
Boy (cm)	138.28 ± 21.92	135.94 ± 22.11	139.80 ± 16.86	0.47
VKİ (kg/m ²)	18.42 ± 4.52	17.24 ± 3.44	17.96 ± 3.31	0.34
Spirometri				
FVC (%)	91.38 ± 11.62	89.08 ± 11.18	88.57 ± 9.34	0.59
FVC z skoru	-0.67 ± 0.93	-1.05 ± 0.86	-1.00 ± 0.76	0.21
FEV1 (%)	103.80 ± 13.28	99.77 ± 12.01	101.15 ± 9.96	0.41



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



FEV1 z skoru	0.01 ± 1.04	-0.51 ± 0.87	-0.25 ± 0.76	0.07
FEF25-75 (%)	112.66 ± 23.70	108.58 ± 24.19	115.52 ± 7.39	0.12
FEF25-75 z skoru	0.57 ± 0.92	0.22 ± 0.86	0.58 ± 0.94	0.24
İmpuls Osilometri				
Z5 (kPa·s/L)	0.97 ± 0.27	1.18 ± 0.41	0.79 ± 0.20	0.03*
R5 (kPa·s/L)	0.93 ± 0.25	1.11 ± 0.37	0.76 ± 0.19	0.04*
R10 (kPa·s/L)	0.80 ± 0.20	0.91 ± 0.26	0.65 ± 0.16	<0.01
R15 (kPa·s/L)	0.74 ± 0.16	0.81 ± 0.22	0.61 ± 0.14	<0.01
R20 (kPa·s/L)	0.70 ± 0.13	0.74 ± 0.19	0.57 ± 0.12	<0.01
X5 (kPa·s/L)	-0.26 ± 0.12	-0.35 ± 0.26	-0.20 ± 0.08	<0.01
X10 (kPa·s/L)	-0.14 ± 0.11	-0.25 ± 0.18	-0.11 ± 0.07	0.03*
X15 (kPa·s/L)	-0.10 ± 0.09	-0.17 ± 0.14	-0.06 ± 0.07	<0.01
X20 (kPa·s/L)	-0.02 ± 0.07	-0.07 ± 0.10	0.00 ± 0.06	<0.01
Rezonans frekansı (Hz)	20.58 ± 5.59	21.66 ± 5.45	19.02 ± 4.65	<0.01
Ax (kPa/L)	2.20 ± 1.54	3.47 ± 2.64	1.51 ± 0.99	0.02*
$\Delta R5-20$ (kPa·s/L)	24.20 ± 7.50	28.91 ± 13.89	21.62 ± 10.28	0.04*

*BT anormal KF ile sağlıklı kontrol ve BT normal KF grupları arasındaki istatistiksel anlamlılığı göstermektedir.



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-03

İRT YÜKSEKLİĞİ İLE BAŞVURAN HASTALARIN TANI VE KLİNİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Banu Bahar Karaçuha Sağlamcı, Yadigar Öztürk, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

AMAÇ: İmmün Reaktif Tripsinojen (IRT) düzeyi ile kistik fibrozis (KF) taraması, ülkemizde 2015'ten itibaren yenidoğan tarama programına dâhil edilmiştir. Bu çalışmada kliniğimize IRT yüksekliği ile başvuran bebeklerin ileri tanı süreçleri ve nihai tanıları değerlendirilmiş, IRT'nin tanısal değeri ve tarama programının etkinliği incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2019–Mayıs 2025 arasında IRT yüksekliği nedeniyle yönlendirilip ileri tetkikleri tamamlanan 100 olgu retrospektif incelendi. Demografik veriler, ter testi, fekal elastaz, genetik analiz sonuçları ve son tanı kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 100 olgunun %57'si kız olup, başvuru yaşı ortancası 1,5 aydı. Ağırlık medyan (IQR); -0.72 (1.75), boy medyan (IQR); -0.76 (1.20) SDS olarak bulundu. Olguların %5'inin ailesinde KF öyküsü mevcuttu. İlk başvuruda fekal elastaz <200 µg/g oranı %22 idi. Ortalama IRT düzeyleri, ter testi parametrelerinden Cl ve NaCl ile pozitif, fekal elastaz ile negatif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon gösterdi. Ter testi sonuçları %49 normal, %24 ara değer, %22 yüksek değer ve %5'inde yetersiz ter şeklindeydi. Gen analizi yapılanların oranı %50 idi. Final tanıda %28 KF, %4 KF ilişkili hastalık (KFİB), %4 KF kesin olmayan tanı (KFKOT), %64 sağlıklı olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Çalışmamızda IRT yüksekliğiyle yönlendirilen olguların büyük çoğunluğu sağlıklı bireyler olarak değerlendirilmiş olsa da, anlamlı oranda KF, KFİB ve KFKOT tanısı alan olgular da mevcuttu. Kistik fibrozis tanısı için ileri değerlendirmede ter testi kritik ve öncelikli yöntemdir fakat ülkemizde her sağlık merkezinde uygulanamamaktadır. Test merkezlerinin ve genetik analizlerin erişilebilirliğinin artması tanıdaki belirsizlikleri azaltacaktır. Sonuç olarak, yenidoğan tarama programının dikkatli yürütülmesi ve ileri değerlendirmelerin uygun merkezlerde yapılması erken ve doğru tanıya ulaşmak açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: irt yüksekliği, kistik fibrozis tarama, ter testi



Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

n:100			
Kız, n (%)	57 (57)	Antropometrik ölçümler, medyan (IQR)	
		Kilo SDS	-0.72 (1.75)
		Boy SDS	-0.76 (1.20)
Başvuru yaşı (ay)	1.5 (1.8)	Fekal elastaz <200 µg/g (Başvuruda), n (%)	22 (22)
Median (IQR)		Fekal elastaz (µg/g), median (IQR)	153 (371)
IRT 1., median (IQR)	110 (48)	Gen analizi, n (%)	50 (50)
IRT 2., median (IQR)	94.5 (43.3)		
Ter Testi, n (%)		Son Tanı, n (%)	
Normal	49 (49)	KF	28 (28)
Ara değer	24 (24)	KFİB	4(4)
Yüksek	22(22)	KKOT	4(4)
Yetersiz terleme	5 (5)	Sağlıklı	64(64)
Ter Testi, median (IQR)		Ter Testi, median (IQR)	
1.Cl	25 (24)	1.NaCl	47 (45.5)
2.Cl	18 (25)	2.NaCl	46.5 (60)
Ailede KF Öyküsü, n (%)	5 (5)		

Tablo 2: IRT ile ter testi (NaCl, Cl) ve fekal elastazın korelasyonu

	Korelasyon Kat Sayısı	p Değeri
Cl (ter testi)	0,350	0,023
NaCl (ter testi)	0,341	0,004
Fekal elastaz (µg/g)	-0,625	<0,001



SS-04

ELEXACFTOR/TEZACFTOR/IVACFTOR (ETİ) TEDAVİSİNİN KİSTİK FİBROZİSLİ BİREYLER VE EBEVEYNLERİNDE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİLERİ: 1 YILLIK İZLEM

Merve Selçuk Balcı¹, Burcu Uzunoğlu², Şeyda Karabulut¹, Neval Metin Çakar¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Merve Müge Akkitap Yiğit¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alışbeyli¹, Gamze Taştan², Elif Değermenci², Damla Kocaman³, Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selim Cöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyetetik ve Beslenme Bölümü, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmada, elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETİ) tedavisi alan kistik fibrozisli (KF) bireyler ile genetik olarak modülatör tedaviye uygun olmayan bireyler ve ebeveynlerinde, anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimin bir yıllık izlem süresince değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışma 2023–2025 yılları arasında Marmara Üniversitesi KF Merkezinde yürütüldü. Katılımcılar iki gruba ayrıldı: Grup 1, ETİ tedavisi alanlar; Grup 2, modülatör tedaviye uygun olmayanlar. KF'li bireylerin ve ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri Hasta Sağlığı Anketi-9 (PHQ-9) ve Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD-7) ölçekleriyle başlangıçta ve 12. ayda değerlendirildi (Şekil 1). ETİ tedavisine genetik olarak uygun olup tedavi almayanlar ve 12. ayda anketi reddedenler çalışma dışı bırakıldı.

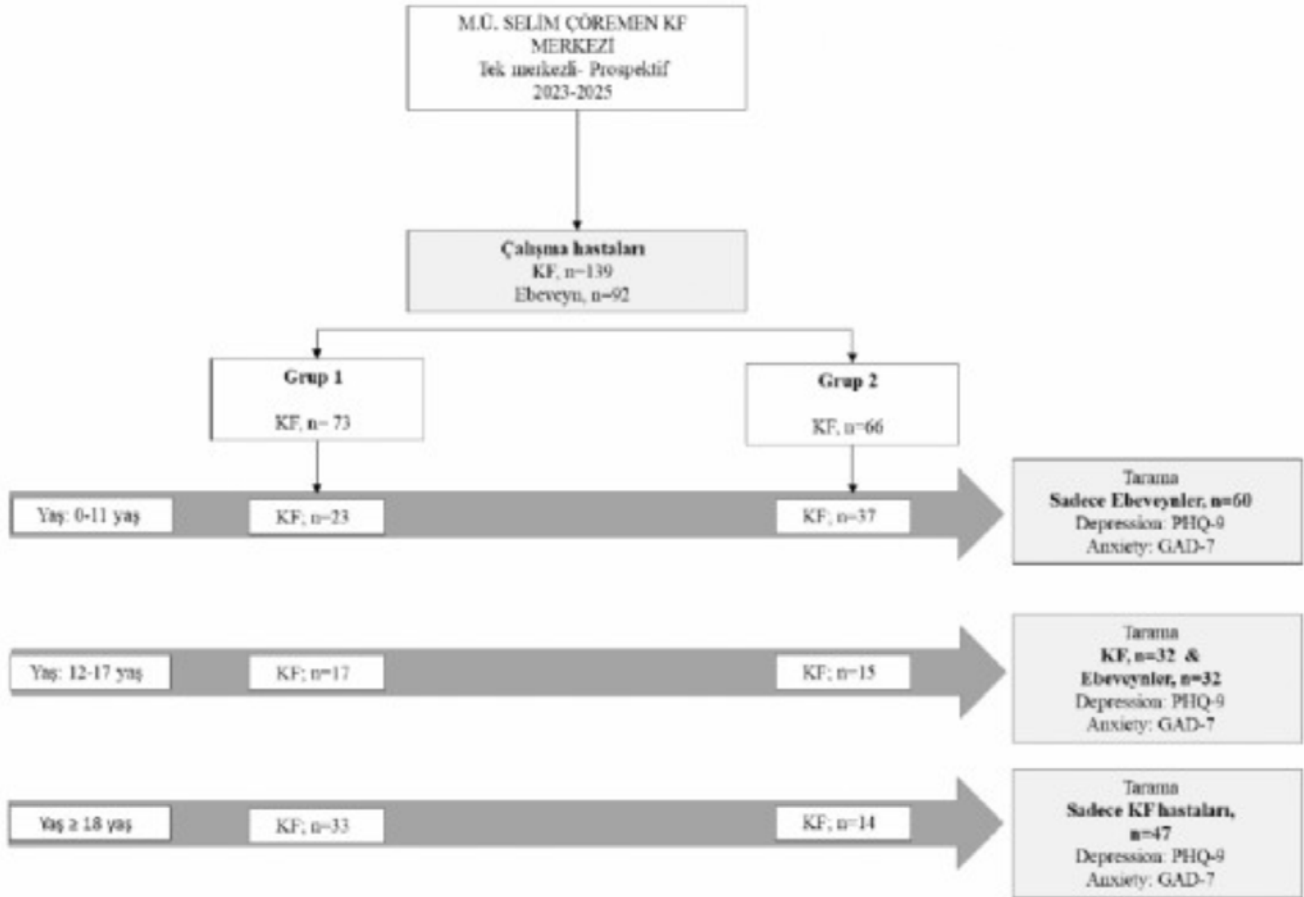
BULGULAR: Toplam 139 KF'li birey çalışmaya dahil edildi (Grup 1: 73; Grup 2: 66) (Tablo 1). Başlangıçta Grup 1'in PHQ-9 (4.0 [2.75–7.0] ve 6.0 [4.0–9.5], $p=0,030$) ve GAD-7 skorları (3.0 [2.0–5.25] ve 6.0 [3.5–10.0], $p=0,001$) Grup 2'den anlamlı olarak daha düşüktü. Bir yıl sonunda da Grup 1'deki ortalama PHQ-9 ve GAD-7 skorları Grup 2'ye kıyasla düşük seyretti (sırasıyla $p=0,021$ ve $p=0,044$) (Tablo 2). Ancak grup içi karşılaştırmalarda her iki grupta da başlangıç ile 1. yıl sonuçları arasında anlamlı değişiklik saptanmadı. Ebeveynlerde Grup 1'de GAD-7 skorlarında 1 yılın sonunda anlamlı azalma görüldü ($p=0,010$), PHQ-9 skorlarında ise değişiklik izlenmedi ($p=0,337$). Grup 2 ebeveynlerinde her iki ölçümde de anlamlı fark bulunmadı (Tablo 3).

SONUÇ: ETİ tedavisi alan KF'li bireylerde depresyon ve anksiyete skorları genetik olarak tedaviye uygun olmayan bireylere göre daha düşük izlenmiştir. Ayrıca modülatör tedavi alan KF'li bireylerin ebeveynlerinde kaygı düzeylerinde tedavinin 1.yılında belirgin iyileşme gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis, KFTR modülatör tedavi, Anksiyete, Depresyon



Şekil 1: Çalışma Akış Şeması



Hasta Dağılımı ve Tarama Süreci



Tablo 1: Çalışma hastalarının demografik özellikleri, n=139.

Tablo 1: Çalışma hastalarının demografik özellikleri, n=139.

	Grup 1	Grup 2	p
Hasta sayısı, n (%)	73 (52.5%)	66 (47.5 %)	-
Cinsiyet, kız n (%)	38 (52.1 %)	32 (48.5 %)	0.674
Yaş (yıl), ortalanca (25-75p)	16.7 (9.2-24.3)	10.25 (6.2-17.9)	0.001
Tanı yaşı (yıl), ortalanca (25-75p)	0.3 (0.15-4.8)	0.35 (0.20-0.60)	0.339
Mutasyon, n (%)			-
ΔF508del homozigot	29 (39.7 %)	0 (0 %)	
ΔF508del heterozigot	26 (35.6 %)	0 (0 %)	
Diğerleri	18 (24.6 %)	66 (100 %)	
% FEV beklenen, ortalanca (25-75p)	73.81 (50.63-101.35) n=71	85.99(71.85-99.36) n=53	0.089
BMI, ortalanca (25-75p)	19.05 (15.9-22.37)	16.86 (15.13-18.99)	0.003
Kolonizasyon, n (%)			
MSSA	13 (17.8 %)	15 (22.7 %)	0.657
PsA	21 (38.2 %)	13 (25.5 %)	0.234
MRSA	2 (3.4 %)	1 (1.7 %)	0.549
<i>Burkholderia cepacia</i>	-	-	-
ABPA, n (%)	2 (2.74 %)	2 (3.0 %)	1.0
KFDH, n (%)	7 (9.6 %)	8 (12.1 %)	0.631
KFKH, n (%)	9 (12.3 %)	20 (30.3 %)	0.009
NIPPV, n (%)	5 (6.8 %)	0 (0 %)	0.060
Oksijen desteği, n (%)	9 (12.3 %)	1 (1.5 %)	0.019

Kısaltmalar ABPA, Allerjik Bronkopulmoner Aspergillozis; VKİ, Vücut Kitle İndeksi; KF, Kistik Fibrozis; KFDH, KF ile ilişkili diyabet hastalığı; KFKH, KF ile ilişkili karaciğer hastalığı; FEV1%, Zorlu Ekspiratuvar Volüm (1. saniye); MSSA, *Methicillin-Duyarlı Staphylococcus Aureus*; MRSA, *Methicillin-Dirençli Staphylococcus Aureus*; NIPPV, non-invasive positive pressure ventilation; PsA, *Pseudomonas Aeruginosa*



Tablo 2: Gruplara göre hastaların başlangıç ve 1. yıl PHQ-9 ve GAD-7 skorları ile depresyon ve anksiyete şiddet düzeyleri

Tablo 2: Gruplara göre hastaların başlangıç ve 1. yıl PHQ-9 ve GAD-7 skorları ile depresyon ve anksiyete şiddet düzeyleri

	Başlangıç değerlendirmesi Grup 1 (Uygun) N=50	Başlangıç değerlendirmesi Grup 2 (Uygun Değil) N=29	p	1.yıl değerlendirme Grup 1 (Uygun) N=50	1.yıl değerlendirme Grup 2 (Uygun Değil) N=29	p
PHQ-9 skor, ortanca (25-75 p)	4.0 (2.75-7.0)	6.0 (4.0-9.5)	0.030	4.5 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-8.0)	0.021
Semptomsuz, n (%)	27 (54.0 %)	8 (25.6 %)	-	26 (52 %)	5 (17.2 %)	
Hafif, n (%)	17 (34.0 %)	14 (48.26 %)	-	21 (42 %)	19 (65.5 %)	
Orta, n (%)	5 (10 %)	6 (20.7 %)		8 (16 %)	2 (6.8 %)	
Ağır, n (%)	1 (2 %)	1 (3.4 %)		1 (3.4 %)	3 (10.3 %)	
GAD-7 skor, ortanca (25-75 p)	3.0 (2.0-5.25)	6.0 (3.5-10.0)	0.001	3.0 (1.25-6.0)	4.0 (3.0-8.0)	0.044
Semptomsuz, n (%)	35 (70 %)	11 (37.9 %)	-	31 (62 %)	17 (58.6 %)	
Hafif, n (%)	10 (20 %)	10 (34.4 %)	-	15 (30 %)	7 (24.1 %)	
Orta, n (%)	3 (6 %)	7 (24.1 %)		4 (8 %)	4 (13.8 %)	
Ağır, n (%)	2 (4 %)	1 (3.4 %)		0 (0 %)	1 (3.4 %)	

Not: PHQ-9 ve GAD-7 Skorlama: 1-4: Belirti yok; 5-9: Hafif belirtiler; 10-14: Orta düzeyde belirtiler; 15 ve üzeri: Şiddetli belirtiler. Kısaltmalar: GAD-7, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği; PHQ-9, Hasta Sağlık Anketi.

Tablo 3: Gruplara göre ebeveynlerin başlangıç ve 1. yıl PHQ 9 ve GAD-7 skorları ile depresyon ve anksiyete şiddet düzeyleri

	Başlangıç Grup 1 (Uygun) N=40	Başlangıç Grup 2 (Uygun Değil) N=52	p	1.yıl Grup 1 (Uygun) N=37	1.yıl Grup 2 (Uygun Değil) N=46	p
PHQ-9 skor, ortanca (25-75 p)	6.0 (3.25-10.0)	8.0 (6.0-9.0)	0.248	6.0 (2.0-8.0)	6.5 (4.0-9.25)	0.201
Semptomsuz, n (%)	12 (30 %)	10 (19.2 %)	-	13 (35.1 %)	16 (24.8 %)	-
Hafif, n (%)	16 (40 %)	30 (57.7 %)	-	18 (48.6 %)	19 (41.3 %)	
Orta, n (%)	6 (15 %)	10 (19.2 %)		6 (16.2 %)	8 (17.4 %)	
Ağır, n (%)	6 (15 %)	2 (3.8 %)		0 (0 %)	3 (6.5 %)	
GAD-7 skor, ortanca (25-75 p)	6.5 (3.0-11.0)	6.0 (4.0-8.75)	0.491	4.0 (2.5-7.5)	5.5 (2.0-8.0)	0.661
Semptomsuz, n (%)	12 (30 %)	17 (32.7 %)	-	22 (59.5 %)	21 (45.7 %)	-
Hafif, n (%)	13 (32.5 %)	23 (44.2 %)	-	9 (24.3 %)	17 (36.9 %)	
Orta, n (%)	9 (22.5 %)	9 (17.3 %)		3 (8.1 %)	7 (15.2 %)	
Ağır, n (%)	6 (15 %)	3 (5.8 %)		3 (8.1 %)	1 (2.2 %)	



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-05

KİSTİK FİBROZİSTE TİP 2 İNFLAMASYONUN PROGNOZDAKİ YERİ

Çiğdem Korkmaz, Berrak Öztosun, Azer Kılıç Başkan, Aysel Kılıç, Serap Dinçer, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı

IUC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Kistik Fibrozis (KF), CFTR genindeki mutasyon sonucu gelişen, başta akciğerler ve pankreas olmak üzere birçok organı etkileyen kronik, multisistemik bir hastalıktır. Patogenezinde nötrofilik inflamasyonun önemli rolü bilinmekle birlikte, son yıllarda Tip 2 inflamasyon ile CFTR protein fonksiyon bozukluğu arasında ilişki olabileceği ve bunun prognozu etkileyebileceği öne sürülmektedir. Bu çalışmada KF'li çocuklarda Tip 2 inflamasyon varlığı ile klinik ve mikrobiyolojik parametrelerin ilişkisi incelendi.

YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD'de takipli KF tanılı 110 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Modülatör tedavi alan, organ transplantasyonu veya ABPA öyküsü olanlar dışlandı. Ortalama IgE ≥ 100 IU/mL ve/veya eozinofil $\geq 400/\mu\text{L}$ olanlar Tip2 (+), diğerleri Tip2 (–) olarak tanımlandı. Gruplar; demografik, antropometrik ölçümler, solunum fonksiyon testleri (SFT), mikrobiyolojik veriler ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 46'sı Tip2 (+) (%41.8) ve 64'ü Tip2 (–) (%58.2) olarak tespit edildi. Cinsiyet dağılımı benzerdi. Tip2 (+) grubun medyan yaşı 7.9 yıl, Tip2 (–) grubun 10.5 yıl olup fark anlamlıydı ($p=0.035$). Tanı yaşında fark yoktu. Tip2 (+) hastaların kilo ve BMI z skorları anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$), boy z skorları ve SFT sonuçları farklılık göstermedi. Mikrobiyolojik özellikler ve klinik değişkenler açısından da anlamlı fark bulunmadı. Ancak Tip2 (+) hastalarda Aspergillus dışı fungal enfeksiyonlar daha sık görüldü ($p=0.006$). Yaş için düzeltilmiş analizlerde sonuçlar değişmedi.

SONUÇ: KF'de Tip 2 inflamasyon pozitifliği özellikle küçük yaş grubunda daha sık izlenmekte, beslenme parametreleri ve fungal enfeksiyonlarla ilişkili olabilmektedir. Solunum fonksiyonları ile ilişki gösterilememesi, hasta sayısının sınırlılığı ve yaş uyumsuzluğundan kaynaklanabilir. Daha geniş, prospektif çalışmalar Tip 2 inflamasyonun prognozdaki rolünü aydınlatacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, tip 2 inflamasyon, prognoz



SS-06

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA AKUT PULMONER ALEVLENMELERİN KLİNİK, LABORATUAR VE SOLUNUM FONKSİYONLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İsmahan Celep, Burcu Çapraz Yavuz, Meltem Yıldız Kayaoğlu, Deniz Doğru, Nagehan Emiralioğlu, Ebru Yalçın, Uğur Özçelik

Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kistik fibrozisli(KF) çocuklarda görülen akut pulmoner alevlenmeler(APA), hastalığın ilerlemesine ve akciğer fonksiyon kaybına yol açan önemli olaylardır.Bu çalışmanın amacı, KF'li çocuklarda geçirilen APA'ların klinik, mikrobiyolojik, radyolojik ve solunum fonksiyon testlerinin(SFT) değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu retrospektif çalışma, 2021 - 2024 yılları arasında hastanemizde izlenen ve APA nedeniyle yatırılan 18 yaş altı KF'li hastaları kapsamaktadır.APA epizotlarındaki klinik, laboratuvar özellikler ve FEV₁ değerleri hasta kayıtlarından incelenmiştir. FEV₁ değerleri “bazal”(son 6 ayda en yüksek ölçüm), “başlangıç”(tedavi öncesi ± 4 gün), “tedavi sonu”(bitiminden sonraki ± 3 gün) ve “izlem”(taburculuk sonrası 3 ay içinde, yeni alevlenme olmaksızın) olarak tanımlanmıştır.“Erken düzelme” tedavi sonu FEV₁'in, “geç düzelme” ise izlem FEV₁'inin bazal FEV₁'in ≥ 90 'ına ulaşması olarak tanımlanmıştır.

SONUÇ: Çalışmaya 70 hasta ve 352 APA epizodu dahil edilmiştir.Ortalama yaş $12,4 \pm 4,9$ yıl olup, %36'sında en az bir F508del mutasyonu vardı.APA'ların %93,1'i semptomatikti;en sık öksürük(%87,5) ve balgam artışı(%65,54) izlendi. Radyolojide bronşektazi(%42,5) ve bilateral infiltrasyon(%37,8) öne çıktı.Kültürlerde en sık MSSA(%46,1) ve Pseudomonas aeruginosa(%45,2) izole edildi.Epizotların %32,9'unda antibiyotik değişikliği yapıldı.FEV₁ ortanca değerleri bazal %67(minimum:16, maksimum:134, IQR:35), başlangıç %47,5(minimum:16, maksimum:108, IQR:29), tedavi sonu %61(minimum:18, maksimum:128, IQR:38,25) ve izlem %58,5(minimum:16, maksimum:131, IQR:38,5) idi.SFT yapılan 127 APA'nın 82'sinde erken, 79'unda geç düzelme izlendi. BMI z-skoru ile FEV₁ düzelmesi arasında anlamlı ilişki bulundu.

TARTIŞMA: KF'li çocuklarda APA'lar belirgin klinik, radyolojik ve fonksiyonel değişikliklerle seyretmekte, FEV₁'de tam toparlanma her zaman sağlanamamaktadır.Bulgular, APA yönetiminde düzenli takip ve taburculuk sonrası izlemin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, akut pulmoner alevlenme, solunum fonksiyon testleri



SS-07

KİSTİK FİBROZİS TANILI ÇOCUKLARDA SERUM İRİSİN DÜZEYLERİ İLE KLİNİK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Duygu Kutbe¹, Ali Ersoy⁴, Didem Barlak Ket², Nihal Hatipoglu³, Mehmet Köse⁴

¹Erciyes Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Kayseri

³Erciyes Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Kayseri

⁴Erciyes Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ: Kistik fibroziste (KF) beslenme durumu ve akciğer fonksiyonları prognozu etkiler. Egzersizle ilişkili bir miyokin olan irisin, erişkin akciğer/kalp hastalıklarında klinik parametrelerle pozitif ilişki gösterebilse de, çocuk akciğer hastalıklarındaki veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, KF tanılı çocuklarda serum irisin düzeyi ile klinik parametreler (beslenme göstergeleri, akciğer fonksiyonları) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı; ek olarak beslenme durumu, metabolizma ve kas kütlesi ile ilişkili miyokinler olan myonektin ve myostatin de değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Eylül 2024–Eylül 2025 arasında yürütülen tek merkezli çalışmamızda; hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), triseps cilt kıvrımı kalınlığı, albümin, total kolesterol düzeyleri ve solunum fonksiyon testi (SFT) parametresi olan FEV1% değerleri kaydedildi. Serum irisin (pg/mL), myonektin (pg/mL) ve myostatin (ng/mL) düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.

BULGULAR: Çalışmaya 6–18 yaş aralığında toplam 60 olgu (KF=30, kontrol=30) dâhil edildi. Yaş dağılımları gruplar arasında benzerdi. İrisin düzeyi KF grubunda daha düşük olma eğilimindeydi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,0991$) (Tablo 1). Kistik fibrozis grubunda albümin düzeyleri ile irisin düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0,363$). İrisin ile beslenme göstergeleri arasında (VKİ, VKİ-SDS, triseps cilt kıvrımı kalınlığı ve total kolesterol) anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 2). FEV1%'e göre yapılan analizlerde ise irisin ($p=0,622$), myonektin ($p=0,102$) ve myostatin ($p=0,099$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Tablo 3).

TARTIŞMA: Kistik fibrozisli çocuklarda serum irisin ile albümin arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmış olup, bu bulgu irisinin beslenme/katabolik durum ile ilişkili potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. FEV1% ile irisin, myonektin ve myostatin arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. İrisinin beslenme parametreleriyle ilişkisinin ve olası prognostik değerinin aydınlatılabilmesi için, daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: irisin, kistik fibrozis, myonektin, myostatin



Tablo 1. Kistik Fibrozis ve Kontrol Gruplarında Antropometrik, Biyokimyasal ve Fonksiyonel Parametreler

Değişken	Kontrol	Kistik Fibrozis	Test İst.	p
Yaş (Yıl)	14 (5)	12.5 (5)	-1.405	0.160 [†]
Antropometrik Değerleri				
Vücut Ağırlığı (kg)	46.9 (15.61)	36.33 (13.33)	2.82	0.007[‡]
Vücut Ağırlığı SDS	-0.41 (1.15)	-1.35 (1.28)	2.985	0.004[‡]
Boy (cm)	154.2 (14.2)	142.53 (17.32)	2.852	0.006[‡]
Boy SDS	-0.1 (1.1)	-1.09 (1.19)	3.329	0.002[‡]
Vücut Kitle İndeksi	19.04 (3.75)	17.16 (3.23)	2.08	0.042[‡]
Vücut Kitle İndeksi SDS	-0.49 (1.11)	-1.06 (1.29)	1.817	0.074 [‡]
Cilt-triseps (mm)	10.53 (2.86)	5.08 (1.5)	9.243	<0.001[‡]
Biyokimya Parametreleri				
Trigliserid (mg/dl)	68.5 (44)	94 (64)	-1.922	0.055 [†]
Total Kolesterol (mg/dl)	146.0 (27.87)	119.5(19.17)	4.302	<0.001[‡]
HDL-Kolesterol (mg/dl)	52.77 (13.72)	40.93 (8.76)	3.982	<0.001[‡]
LDL-Kolesterol (mg/dl)	70 (29)	57.5 (30)	-2.928	0.003[†]
Kreatinin (mg/dl)	0.5 (0.20)	0.5 (0.20)	-0.713	0.476 [†]
Albümin (g/dl)	4.69 (0.4)	4.36 (0.27)	3.683	<0.001[‡]
Miyokinler				
İrisin (pg/mL)	7151 (570)	6791 (1022)	1.684	0.099 [‡]
Myostatin (ng/mL)	12.19 (6.74)	16.5 (9.99)	-1.966	0.049[†]
Myonektin-Eritroferron (pg/mL)	191.5 (169.8)	182.04 (191.2)	-0.444	0.657 [†]
SFT				
SFT-FEV1 (%)	130.13 (16.38)	103.48 (24.41)	4.965	<0.001[‡]

Mann-Whitney U testi; değerler medyan (IQR) olarak, ‡ Bağımsız örneklem t-testi; değerler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.



Tablo 2. Kontrol ve Kistik Fibrozis Gruplarında Miyokinler ile Klinik/Biyokimyasal Parametreler Arasındaki Korelasyonlar

	Kontrol			Kistik Fibrozis			
	İrisin	Myostatin [†]	Myonektin-Eritroferon [†]	İrisin	Myostatin [†]	Myonektin-Eritroferon [†]	
Yaş	0.249	-0.137	0.054	-0.021	-0.131	-0.167	1.00
Trigliserid [†]	0.136	0.173	0.284	-0.020	-0.006	-0.393	0.75
Total Kolesterol	0.366	0.036	0.296	-0.156	-0.212	-0.242	0.50
HDL	-0.020	-0.001	-0.042	0.176	0.052	-0.021	0.25
LDL [†]	0.302	-0.141	0.195	-0.140	-0.276	-0.053	0.00
Kreatinin*	0.113	-0.038	0.170	-0.037	0.117	0.082	-0.25
Albümin	-0.030	-0.122	-0.051	0.363	0.133	0.261	-0.50
Vücut Ağırlığı SDS	0.021	0.078	0.370	-0.253	0.153	0.219	-0.75
Boy SDS	-0.109	-0.211	0.022	-0.164	0.261	0.289	-1.00
Vücut Kitle İndeksi SDS	0.101	0.197	0.209	-0.205	0.066	-0.011	
Cilt-triseps	-0.105	0.048	0.201	0.090	0.040	-0.267	
SFT-FEV1	-0.030	0.054	-0.211	-0.046	-0.076	-0.235	

Koyu olarak gösterilen değerler $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı korelasyon katsayılarını göstermektedir.

[†] Spearman korelasyon katsayısı; diğerleri Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

Tablo 3. FEV1 ve Triseps Cilt Kıvrımı Persentiline Göre Miyokin Düzeylerinin Karşılaştırılması

	İrisin (pg/mL)	Myostatin (ng/mL)	Myonektin-Eritroferon (pg/mL)
FEV1			
<80%	7217 (1015)	17.84 (5.50)	319.2 (519.9)
≥80%	6954 (1099)	13.39 (9.57)	179.8 (177.5)
Test İst.	0.605	0.227	0.239
p [†]	0.622	0.099	0.102
Triseps Cilt Kıvrımı Persentili			
<5%	6872 (1061)	14.42 (11.5)	156.1 (213.6)
≥ 5%	7052 (609)	13.63 (8.22)	227.7 (185.8)
Test İst.	0.781	-0.423	-0.884
p	0.440 [‡]	0.672 [†]	0.377 [†]

[†] Mann-Whitney U testi; değerler medyan (IQR) olarak, [‡] Bağımsız örneklem t-testi; değerler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.



SS-08

KİSTİK FİBROZİS TARAMA SONUCU POZİTİF KESİN OLMAYAN TANI (KFKOT) TANILI ÇOCUKLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Tuğçe Ünlü, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Ayşe Tana Aslan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Merkezimizde kistik fibrozis (KF) tarama sonucu pozitif kesin olmayan tanı (KFKOT) ile takip edilen hastaların özelliklerini incelemeyi amaçladık.

METHOD: 2017-2025 yılları arasında merkezimizde izlenen KFKOT tanılı hastaların yaşları, cinsiyetleri, klinik bulguları, ter testi sonuçları, genetik analizleri, pankreas yeterlilik düzeyleri ve izlemde son tanıları incelendi.

SONUÇLAR: Toplamda 23 (%69,5 kız) hasta KFKOT tanısı ile izlenmiştir. Güncel yaş $20,2 \pm 10,9$ aydı. Ter testi ortalama $38,7 \pm 7,1$ mmol/L'dü. Son tanısı KF olan bir hastada pankreatik yetmezlik ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonu mevcuttu. Diğer hastalarda Psödo-Bartter sendromu, pankreatik yetmezlik ve ek klinik bulgu saptanmadı. İlk başvuruda günlük kilo alımı ortalama $27,1 \pm 7,8$ (11-39) gram/gündü. On sekiz hastanın ter testi ve genetik sonuçları ile izleminde tanısı KFKOT olarak, 1 hastanın ter testinin pozitifleşmesi ile KF, 4 hastanın ise varyant saptanmaması ve ter testinin normalleşmesi ile son tanısı sağlıklı olarak sonuçlanmıştır. Yalnızca 3 hasta düzenli takiplere devam etti. Altı hastada mutasyon saptanmazken 12 hastada tek varyant (4 disease-causing-CF causing, 1 disease-causing-CFTR-RD causing, 3 Variants classified as unknown significance(VUS), 3 non-disease causing, 1 mutasyon veri tabanlarında saptanmadı), 5 hastada 2 varyant (2 hastada VUS/non-disease causing, 1 hastada non-disease causing/non-disease causing, 1 hastada disease causing-CF causing/ disease causing-CF causing, 1 hastada disease causing-CFTR-RD causing/veri tabanlarında saptanmayan) saptandı.

TARTIŞMA: İzlem süresince KF gelişen bir hasta olmakla birlikte literatür bu çocukların gereksiz medikal müdahaleden kaçınılarak izlenmesini önermektedir. KFKOT tanısı alan bebeklerin takibi olası KF tanısının erken dönemde yakalanabilmesi açısından önemlidir ancak tanı kesinliği olmayan hastaların büyük bölümünün izlemde çıktığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: KF, KFKOT, Kistik Fibrozis Tarama, Ter Testi



SS-09

KİSTİK FİBROZİS İLİŞKİLİ KARACİĞER HASTALIĞININ SIKLIĞI VE GENOTİP İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Fatma Gafarova, Ceren Ayça Yıldız, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Cansu Yılmaz Yiğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kistik fibrozis (KF) ilişkili karaciğer hastalığı, çocukluk ve adölesan dönemde önemli morbidite nedenlerindendir. Genotip ve karaciğer hastalığı arasındaki ilişki açıklığa kavuşmamıştır. Çalışmamızda KF ilişkili karaciğer hastalığının sıklığı ve genotip ile ilişkisi değerlendirildi.

YÖNTEM: Çalışmaya genetik tanısı doğrulanmış 457 KF'li birey dahil edildi. Karaciğer tutulumu, Avrupa KF Derneği kayıt sistemi sınıflamasına uygun olarak; ileri evre karaciğer hastalığı (portal hipertansiyonlu siroz, portal hipertansiyonsuz siroz, portal hipertansiyon durumu bilinmeyen siroz) ve siroz dışı karaciğer hastalığı şeklinde sınıflandırıldı. Genotip dağılımı ile klinik ve demografik özelliklerin karaciğer tutulumu ile ilişkisi analiz edildi.

BULGULAR: KF'li bireylerin %12.9'unda (n=59) karaciğer tutulumu saptandı. En sık görülen form siroz dışı karaciğer hastalığıydı (%10.1, n=46). Hastaların %2.8'inde (n=13) ileri evre karaciğer hastalığı izlendi. Tüm grubun genotip dağılımında en yüksek oran Class II (%42.1) ve I (%30.1) varyantlara aitti. Varyant sınıfları ile karaciğer hastalığı olan/olmayan bireyler arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Sınıflandırılmayan varyantlar grubunda karaciğer tutulumu sınırlı anlamlılıkla daha yüksekti (p=0.051). Class IV veya V homozigot olan 22 hastada tutulum gözlenmedi. Karaciğer tutulumu olan hastalarda tanı yaşı daha erken (sırasıyla 0.2 ve 0.4 yıl, p=0.004), ortalama şimdiki yaş daha ileri (sırasıyla 15.6 ve 12.2 yıl, p=0.03) ve kadın oranı daha düşüktü (p=0.03). Boy Z skorları tutulumu olanlarda anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.008). Mekonyum ileusu öyküsü, BMI Z skorları veya son bir yıldaki en iyi %FEV1 açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla p=0.46, 0.66, 0.65).

SONUÇ: KF'li bireylerde karaciğer tutulumu literatürde bildirilen oranla uyumlu saptanmıştır. Sınıflandırılmayan varyant taşıyanlarda karaciğer tutulumunun daha yüksek olması, bu grubun dikkatli izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis, Karaciger Tutulumu, Genotip

Kistik Fibrozis tanılı hastalarda karaciğer tutulumu ile ilişkili klinik ve demografik bilgilerin karşılaştırılması

	Karaciğer tutulumu var (N=59)	Karaciğer tutulumu yok (N=398)	P
Yaş (yıl)	15.6 ±6.2	12.2(0.3-50.9)	0.03
Tanı yaşı (yıl)	0.2(0-13.8)	0.4(0-43)	0.004
Cinsiyet (kadın)	21(35.6)	202(50.7)	0.03
Mekonyum ileusu varlığı	7(11.9)	30(7.5)	0.46
Boy (Z skoru)	-0.7±1.01	-0.3±1.06	0.008
Kilo (Z skoru)	-0.41(-3.1-1.6)	-0.2(-5.7-2.97)	0.11
BMI (Z skoru)	-0.2±0.9	-0.1±1.2	0.66
%FEV1	85.3±19.5	87.4(20-135)	0.65



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand Istanbul Ataşehir



SS-10

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA, UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUĞU VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: PILOT ÇALIŞMA

Sinem Can Oksay, Özge Ülgen, Eda Gürler, Zeliha Başak Polat, Yasemin Mocan Çağlar, Saniye Girit

SB Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Çocuklarda interstisyel akciğer hastalığı (chILD), genelde restriktif solunum paternlerine neden olan heterojen nadir bir hastalık grubudur ve tahmini prevalansı milyonda 1,6-46'dır. Restriktif akciğer hastalıkları, azalmış akciğer hacmi ve üst hava yolu instabilitesi nedeniyle uykuda solunum bozukluğu (USB) riskini artırabilir. İAH olan yetişkin hastaların kötü uyku kalitesinden şikayet ettikleri ve polisomnografide (PSG) anormal uyku mimarisi, artmış uyku bölünmeleri ve uykuda solunum bozukluğu (USB) sergiledikleri bilinmektedir. Çalışmamız, pediatrik yaş grubunda chILD ve USB ilişkisine dair mevcut literatürdeki sınırlı veriler göz önüne alındığında, bu konunun önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

MATERYAL-METOD: Çalışmamız prospektif kohort olarak tasarlandı. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ve Pediatrik Uyku Anketi (PUA) skorları, PSG parametreleri ve USB sonuçları, radyolojik görüntüleme sonuçları kaydedildi ve pulmoner fibrozis olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırılmıştır. USB sonucunu etkileyebilecek ek risk faktörü ile üst havayolu fibroendoskopisinde patoloji tespit edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: 30 hastanın (%36,7'si kız, ortalama yaş $115 \pm 59,3$ ay) %77'sinde OSAS tanısı konmuş olup (%63,3 hafif, %13,3 orta OSAS), %20'sinde uyku verimliliği %85'in altında ve %90'ında REM uykusu azalmıştır. Medyan AHI değeri 1,8 bulunmuştur. Uyku anketlerine göre hastaların %80'inde uyku kalitesi bozulmuş, %60'ında USB riski artmıştı. Pulmoner fibrozis ile SDB arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

SONUÇ: Yaygın kanının aksine, chILD'de USB nadir değildir; takiplerde PSG ve uyku anketlerinin birlikte kullanılması, tarama ve tanının iyileştirilmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: intersitisyel akciğer hastalığı, çocuk, polisomnografi



SS-11

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA ERKEN GELİŞİM PROFİLİ: EGE ENVANTERİ BULGULARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Emine Altay Tanyer¹, Nafiye Ünsal², Ebru Yalçın¹, Elif Nursel Özmer², Burcu Çapraz Yavuz¹, Nagehan Emiralioğlu¹, Deniz Doğru¹, Uğur Özçelik¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı, Ankara

Kistik fibrozis (KF), multisistemik, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. KF'li çocuklarda malnütrisyon, tekrarlayan enfeksiyonlar ve hastane yatışları, gelişimi olumsuz etkileyebilir. Erken Gelişim Evreleri Envanteri (EGE), çocuklarda iletişim, kaba motor, ince motor, problem çözme ve kişisel-sosyal alanları değerlendiren güvenilir bir tarama aracıdır. Bu çalışmada, EGE envanteri ile değerlendirilen KF'li çocuklarda gelişim ve demografik-klinik veriler arasındaki ilişkiler incelendi.

Ocak 2019-Temmuz 2025 arasında Gelişimsel Pediatri polikliniğinde değerlendirilen 20 KF hastasının dosyaları incelendi. EGE alan puanları, demografik, antropometrik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Spearman korelasyon analizi ile ilişkiler incelendi; anlamlı değişkenler için basit ve çoklu doğrusal regresyon analizleri yapıldı.

Hastalarımızın 11'i (%55) kızdı; medyan yaş 4,59 yıl, medyan vücut kitle indeksi 15,6 kg/m² idi. EGE alanlarından iletişimde 1, ince motorda 5, problem çözmede 3, kişisel-sosyalde 2 çocuk yaşitlarına göre gecikmeliydi. Anne eğitim düzeyi ile problem çözme puanı arasında güçlü pozitif korelasyon saptandı ($r_s = 0.632$, $p = 0.003$). Kreşe devam edenlerin ince motor skorları daha yüksekti ($r_s = 0.452$, $p = 0.045$). Vitamin D düzeyi ile problem çözme puanı pozitif korelasyon gösterdi ($r_s = 0.494$, $p = 0.027$). Regresyon analizinde anne eğitim düzeyi ($\beta = 0.724$, $p = 0.006$) ve çocuğun vitamin D düzeyinin ($\beta = 0.529$, $p = 0.009$) problem çözme puanını anlamlı şekilde etkilediği saptandı.

KF'li çocukların gelişimi, anne eğitim düzeyi, kreş eğitimi ve D vitamini düzeyinden etkilenmektedir. Kreş eğitimi, beslenmenin düzenlenmesi ve vitamin destekleri çocukların gelişiminde önemli rol oynar. KF'li çocuklarda gelişimin her yönüyle erken değerlendirilmesi ve izlenmesi; gecikmelerin zamanında saptanması ve destek süreçlerinin erken başlatılması açısından çok önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, EGE envanteri, D vitamini, anne eğitim düzeyi



Tablo 1. Çalışma Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellik	Medyan	Min-Max	n (%)
Cinsiyet			
- Kız			11 (%55)
- Erkek			9 (%45)
Yaş (yıl)	4,59	3 – 6	
Vücut ağırlığı (kg)	17,5	12 – 22	
Boy (cm)	105,5	91 – 119	
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	15,6	12,9 – 17,9	
Tanı yaşı (ay)	1	1 – 30	
Hastaneye yatış sayısı	1	0 – 4	
Toplam hastanede yatış günü	9	0 – 26	
Anne yaşı (yıl)	34	25 – 39	
Baba yaşı (yıl)	37	26-47	

Değerler medyan (minimum–maksimum) olarak verilmiştir. Cinsiyet değişkeni n (%) şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 2: Demografik ve Klinik Değişkenlerin Erken Gelişim Evreleri Alanları ile Korelasyonları

Değişken	İletişim (rs / p)	Kaba Motor (rs / p)	İnce Motor (rs / p)	Problem Çözme (rs / p)	Kişisel-Sosyal (rs / p)
Yaş	0.243 / 0.303	-0.511 / 0.021	0.085 / 0.722	0.208 / 0.380	0.051 / 0.831
Tanı Yaşı	0.076 / 0.752	0.180 / 0.448	0.352 / 0.128	0.490 / 0.028	0.232 / 0.325
VA	0.006 / 0.980	-0.425 / 0.062	-0.022 / 0.926	0.095 / 0.690	0.035 / 0.885
Boy	0.208 / 0.380	-0.308 / 0.186	0.006 / 0.979	0.082 / 0.733	0.057 / 0.811
VKİ	-0.398 / 0.082	-0.163 / 0.493	-0.074 / 0.756	0.061 / 0.799	0.069 / 0.774
Anne Yaşı	0.133 / 0.577	0.103 / 0.667	0.075 / 0.755	-0.219 / 0.354	-0.218 / 0.355
Anne Eğitimi	0.059 / 0.804	0.095 / 0.691	0.316 / 0.174	0.632 / 0.003	0.093 / 0.698
Anne Çalışma	-0.020 / 0.935	-0.024 / 0.920	0.384 / 0.095	0.084 / 0.725	0.049 / 0.838
Baba Yaşı	0.161 / 0.497	-0.127 / 0.594	-0.239 / 0.310	-0.141 / 0.553	-0.245 / 0.298
Baba Eğitimi	0.154 / 0.517	0.086 / 0.720	0.388 / 0.091	0.234 / 0.321	-0.030 / 0.900
Kreş	0.150 / 0.528	-0.328 / 0.158	0.452 / 0.045	0.353 / 0.127	0.423 / 0.063
Özel Eğitim	-0.257 / 0.275	0.235 / 0.318	-0.021 / 0.931	0.083 / 0.729	0.215 / 0.363
Vitamin A	0.240 / 0.309	0.247 / 0.294	0.151 / 0.526	0.218 / 0.357	-0.066 / 0.783
Vitamin E	0.070 / 0.768	-0.069 / 0.773	-0.101 / 0.673	0.142 / 0.551	-0.277 / 0.237
Vitamin D	0.022 / 0.927	0.065 / 0.786	-0.099 / 0.678	0.494 / 0.027	0.033 / 0.889
Modülatör kullanım	0.009 / 0.969	0.317 / 0.173	0.243 / 0.302	0.063 / 0.792	0.300 / 0.199

VA: Vücut ağırlığı, VKİ: Vücut kitle indeksi, rs: Spearman korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi (p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi).



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-12

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI ÇÖZGER POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SÜREÇTE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Salih Uytun, Murat Yasin Gençoğlu, Gizem Özcan, Satı Özkan Tabakçı

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları

GİRİŞ: Kronik solunum sistemi hastalıkları, çocukların işlevselliğini kısıtlayan önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu hastalıkların takibi ve çocukların desteklenmesi açısından Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) önemli bir değerlendirme aracıdır. Bu çalışmada, solunum sistemi alanından ÇÖZGER polikliniğine başvuran hastaların tanı ve özel gereksinim dağılımlarının belirlenmesi, süreçte karşılaşılan zorlukların tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ekim 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları ÇÖZGER polikliniğine başvuran 0–18 yaş arası 132 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirmeler, ilgili yönetmelik çerçevesinde yapılmıştır.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $5,27 \pm 4,96$ yıl olup, %46,2'si kız, %53,8'i erkektir. En sık tanılar kronik solunum yetmezliği (n=72) ve kistik fibrozis (n=18) idi. Kronik solunum yetmezliği tanısı olan 72 hastanın 38'i (%52,7) trakeostomi ve ev tipi mekanik ventilatör kullanmakta, 19'u (%26,3) sürekli nazal oksijen, 9'u (%12,5) BiPAP-ST ve 5'i (%6,9) CPAP tedavisi almaktaydı. Özel gereksinim durumu değerlendirmelerinde, 97 hasta için "özel koşul gereksinimi var", 32 hasta için "özel gereksinimi yok", 3 hasta için ise "özel gereksinimi var" şeklinde raporlanmıştır.

SONUÇ: ÇÖZGER süreci, solunum desteği alan çocukların ihtiyaçlarının belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Ancak belge eksiklikleri, tanı değişiklikleri ve takip merkezleri ile değerlendirme merkezleri arasında görüş ayrılıkları süreci zorlaştırmaktadır. Ailelerin süreç hakkında erken bilgilendirilmesi ve hastane içi özel birim uygulamaları bu sorunların azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik solunum sistemi hastalıkları, Özel Gereksinim, ÇÖZGER



SS-13

KİSTİK FİBROZİSLİ BİREYLER İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ CFABD SCORE (KİSTİK FİBROZİS ABDOMİNAL SEMPTOM SKORU) ANKETİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Damla Kocaman¹, Merve Selçuk², Şeyda Karabulut², Ayça Ceren Yıldız², Neval Metin Çakar², Fulya Özdemircioğlu², Eda Esra Baysal², Merve Akkitap², Büşra Demirel Özgünay², Emre Uğurlu², Burcu Uzunoğlu¹, Gamze Taştan¹, Cansu Yılmaz Yeğit², Almala Pınar Ergenekon², Ela Erdem Eralp², Yasemin Gökdemir², Fazilet Karakoç², Bülent Karadağ²

¹Marmara Üniversitesi, Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Kistik fibrozis'te (KF) hasta tarafından bildirilen abdominal semptomlar beslenme ve enzim replasman tedavisi izlemi için oldukça önemlidir. Literatürdeki mevcut anketler, sağlıklı veya kronik hastalığı olan bireylere odaklanırken, CFAbd Score (Kistik Fibrozis Abdominal Semptom Skoru) KF'li bireyler için geliştirilmiş abdominal semptomların tespit edilmesini sağlayan, yaşam kalitesi göstergelerini de kapsayan bir ölçüm aracı olarak öne çıkmaktadır.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, CFAbd Score anketinin Türkçe versiyonunun KF'li Türk çocuklar ve yetişkinler için geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir.

METOD: CFAbd Score anketinin kullanım izni Brandenburg Tıp Fakültesi'nden alınmıştır. Anket, bağımsız çevirmen tarafından Almanca'dan Türkçe'ye çevrilmiş, ardından başka çevirmen tarafından geri çeviri yapılmıştır. KF'li ve sağlıklı bireylere yüzyüze KF diyetisyeni tarafından uygulanmıştır. Sorulara yetişkin bireylerin kendisi, çocuklar için ebeveynleri cevap vermiştir. Çocukların soruları dinlemeleri ve cevaplara dahil olmaları istenmiştir. Kronik hastalıkları olanlar, son 1 ay içerisinde antibiyotik kullanımı olanlar ve KF'li kardeşi olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 100 KF'li ve 100 sağlıklı bireyin 75'i çocuk, 25'i yetişkindir. Katılımcıların yaş ortalaması 14,1±6,1 yıl iken; %46'sı erkek, %54'ü kızdır. KF'li bireylerin FEV1 pp; ortalama (±SD) değeri %89.1 (±22.5) olarak bulunmuştur. KF'li hastaların %47'si modülatör tedavi alırken, %76'sının pankreatik yetmezliği mevcuttur. CFAbd Skor ortanca (min-max) değerleri sağlıklı bireylerde 3.5(0.0-38.0), KF'li bireylerde 9.0 (0.0-65.0)'dır. Hastaların %24'ünde bir besine karşı intolerans veya alerji varken bu oran sağlıklı bireylerde %15'tir.

SONUÇ: CFAbd Score anketinin Türkçe versiyonu, KF'li Türk çocuklarının, gastrointestinal semptomlarını tespit etmek ve klinik karar süreçlerini yönetmek için önemli bir araç olacaktır.

Anahtar Kelimeler: CFAbd Score anketi, Beslenme, Gastrointestinal semptom, Kistik fibrozis



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-14

PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PPSC) TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI: KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA ERKEN DÖNEM PSİKOSOSYAL TARAMA

Neval Metin Çakar¹, Burcu Uzunoğlu², Şeyda Karabulut¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alishbeyli¹, Fatma Gafarova¹, Gamze Taştan², Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi

AMAÇ: Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC), 18–72 ay arası çocuklarda sosyal, duygusal ve davranışsal problemleri taramak amacıyla geliştirilmiş, kısa ve geçerli bir ankettir. Bu çalışmanın amacı, PPSC'nin Türkçe versiyonunun uygulanabilirliğini, güvenilirliğini ve klinik yararını değerlendirmektir.

YÖNTEM: PPSC, geri çeviri yöntemiyle Türkçeye çevrildi ve pilot uygulama sonrasında 18–72 ay arası çocuğu olan ailelere çevrim içi olarak sunuldu. PPSC, 18 maddeden oluşmakta; her madde “hiç değil”, “biraz”, “oldukça çok” seçenekleriyle 0,1,2 puanlanmaktadır. Toplam skor 9 ve üzeri olanlar tarama açısından pozitif kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya kistik fibrozis (KF) tanılı 67 çocuk dahil edildi. Katılımcıların %50,7'si kız (n=34) olup, ortalanca yaş 4,7 (3,4–6,0) yılı. Vücut Kitle İndeksi z-skoru ortalaması $-0,09 \pm 0,23$ idi. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi ($\alpha=0,85$). Total PPSC skorunun ortalanca değeri 7 (4–12) bulundu. Katılımcıların %44,8'inde (n=30) davranışsal sorun açısından risk saptandı. En sık bildirilen problemler öfke kontrolünde güçlük, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve sosyal etkileşimde zorluklardı.

SONUÇ: Türkçeye uyarlanan PPSC, erken çocukluk döneminde sosyal, duygusal ve davranışsal sorunların taranmasında geçerli ve güvenilir bir araçtır. KF'li çocuklarda yüksek risk oranı, bu alanda erken müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: PPSC, kistik fibrozis, mental sağlık



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-15

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNDE TIBBİ İŞLEM ANKSİYETESİ: CFPAS VE SPENCE İLE DEĞERLENDİRME

Fulya Özdemircioğlu¹, Hatice Nur Kekeç², Ayşe Gümüş², Şeyda Karabulut¹, Ayça Ceren Yıldız¹, Neval Metin Cakar¹, Eda Esra Baysal¹, Müge Merve Yiğit¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gulzar Alishbeyli¹, Cansu Yılmaz Yegit¹, Almala Pınar Engenekon¹, Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Taner Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selim Cöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Kistik fibrozisli çocuklar, yaşam boyu tekrarlayan tıbbi prosedürlere maruz kalmaları nedeniyle artmış anksiyete riski taşımaktadır. Bu durum yalnızca çocukların değil, ebeveynlerin de psikososyal yükünü artırarak tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada, KF'li çocuklar ve ebeveynlerinde işlemsel anksiyetenin değerlendirilmesi amacıyla Children's Fear of Medical Procedures Scale (CFPAS) ve Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METHOD: Kistik fibrozis tanılı çocuk ve ebeveynler çalışmaya dahil edildi. İşlemsel anksiyete düzeyleri Children's Fear of Medical Procedures Scale (CFPAS) ve Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği (SCAS) kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistikler IBM SPSS Statistics yazılımı kullanılarak yapıldı.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, anksiyete, tıbbi girişim anksiyetesi



SS-16

EVDE SAĞLIK HİZMETİ PERSONELİNİN KİSTİK FİBROZİS BİLGİ DÜZEYİ: EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI DEĞERLENDİRME

Gülzar Alışbeyli¹, Şeyda Karabulut¹, Elif Değermenci², Rüya Açınan³, Burak Hoş⁴, Ceren Ayça Yıldız¹, Neval Metin Çakar¹, Eda Esra Baysal¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Ela Erdem Eralp¹, Yasemin Gökdemir¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

³Tuzla Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimlik, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Tıptaki son gelişmeler ve yeni tedavi yöntemleri sayesinde kistik fibrozis (KF) hastalarında erken tanı alma oranı artmış ve yaşam süresi uzamıştır. Bu durum KF'li bireylerin bakımında birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini ve gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır.

AMAÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından olan evde sağlık hizmeti personelinin KF ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve kısa süreli bir eğitim sonrası bilgi kazanımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 35 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara, KF ile ilgili 22 soruluk anket uygulanmıştır. Ardından teorik ve pratik eğitim verilmiş ve anket tekrar uygulanarak sonuçlar karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %54'ü (n=19) kadın olup, yaş ortalaması 32.7±8.5 yıl idi. Katılımcıların %34'ü hekim, %40'ı hemşire ve %17'si acil tıp teknikeriydi. Katılımcıların %32.4'ü (n=11) mesleki eğitimleri sırasında KF hakkında formal eğitim almıştı. Eğitim öncesi ve sonrası doğru cevap oranları karşılaştırıldığında; Genel bilgi (%66.6 α%91), Beslenme (%33.3 α%100), İlaç bilgisi (0 α%75), Havayolu temizliği (%25 α%50), Alevlenme yönetimi (%50 α%75) alt başlıklarında anlamlı artış saptandı (p<0.05). Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde eğitim öncesi toplam doğru cevap oranı hekimlerde %63.6, hemşirelerde %45.5, teknikerlerde %40.9 iken; eğitim sonrası sırasıyla %93.1, %72.7 ve %68.2'ye yükselmiştir. Hekimlerin bilgi düzeyi, hemşire ve teknikerlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

SONUÇ: Birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler, KF gibi daha nadir görülen hastalıkların takibinde bilgi düzeyini artırmakta ve hasta bakımına olumlu katkı sağlamaktadır. Bu tür eğitim programlarının yaygınlaştırılması, evde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak sağlık hizmetleri, evde sağlık, kistik fibrozis



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-17

KİSTİK FİBROZİSLİ ADOLESANLARDA PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞ SORUNLARI TARAMASI: PSC-17-ADOLESAN TÜRKÇE VERSİYONUNUN UYGULANABİLİRLİĞİ VE BULGULAR

Neval Metin Çakar¹, Burcu Uzunoğlu², Şeyda Karabulut¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alışbeyli¹, Fatma Gafarova¹, Gamze Taştan², Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Selim Çöremen Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Kistik fibrozis (KF) hastalarında yaşam boyu süren tedavi yükü ve günlük yaşamdaki kısıtlılıklar, adolesan dönemde mental sağlık sorunlarını artırabilir. Bu çalışmada, PSC-17-Adolesan (Pediatric Symptom Checklist- 17- Youth: PSC-17-Y) ölçeği Türkçeye uyarlanarak KF'li adolesanlarda uygulanabilirliği ve mental sağlık sorunlarının sıklığı araştırıldı.

YÖNTEM: PSC-17-Y, geri çeviri yöntemi ile Türkçeye çevrildi ve pilot uygulama sonrasında 11–18 yaş arası KF hastalarına çevrim içi olarak uygulandı. Ölçek, 17 maddeden oluşmakta olup yanıtlar 0–2 puanla değerlendirilmiştir. Toplam ≥ 15 puan mental sağlık sorunu açısından pozitif kabul edildi. Alt başlıklar için dikkat sorunları ve dışsallaştırma ≥ 7 , içselleştirme ≥ 5 puan eşik değer olarak alındı.

BULGULAR: Çalışmaya merkezimizde izlenen 150 KF hastasından 87'si katıldı. Katılımcıların %63,2'si erkek (n=55), ortalama yaş 14,6 (12,4–16,3) yıl idi. Ortalama ppFEV1 %93,9 (79,7–101,5), VKİ z-skoru ortalaması $-0,14 \pm 0,10$ idi. PSC-17-Y ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.80 saptanarak güvenilirliği sağlandı. Toplam puan medianı 8 (6–12) idi. Katılımcıların %9,2'sinde (n=8) toplam puana göre mental sağlık açısından risk saptandı. Alt başlıklarda ise %20,7'sinde (n=18) dikkat sorunu, %19,5'inde (n=17) içselleştirme sorunu ve %3,4'ünde (n=3) dışsallaştırma sorunu gözlemlendi. En az bir alt başlıkta sorun saptananların oranı %34,5 (n=30) idi.

SONUÇ: PSC-17-Y'nin Türkçe versiyonu, KF'li ergenlerde psikososyal sorunların taranmasında güvenilir ve uygulanabilir bir araçtır. Alt başlıklarda belirlenen yüksek oranlar, hedefe yönelik psikolojik destek ihtiyacını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, PSC-17-Y, mental health



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-18

UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUĞU ŞÜPHESİ OLAN ÇOCUKLARIN EVDE UYKU ÇALIŞMASI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamzegül Gözen Bayramoğlu, Ayşe Tana Aslan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Tuğçe Ünlü

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Çocuklarda uykuda solunum bozukluklarında evde tanı, zaman ve cihaz kısıtlılıkları nedeniyle avantaj sağlamaktadır. Bölümümüzde tip 3 poligrafi (ApneaLink®) ile değerlendirilen hasta sonuçları sunulmuştur.

YÖNTEM: 2018-2025 yılları arasında takip edilen, 0-18 yaş hastaların demografik bilgileri, büyüme parametreleri, altta yatan hastalıkları, tanıları, poligrafi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 350 hasta dahil edildi. 247 hastanın $AHI < 5$, 103 hastanın $AHI \geq 5$ saptandı. Ortalama poligrafi yapılıma yaşı $8,64 \pm 5,09$, ortalama VKİ $20,87 \pm 8,83$ 'di. $AHI \geq 5$ ortalaması $17,30 \pm 23,76$; ortalama OAI: $4,77 \pm 11,8$; ortalama CAI: $7,18 \pm 20,65$; $AHI > 10$ $30,89 \pm 31,41$ izlendi. Hastaların %38,7'inde santral apne sendromu, %54,9 obstrüktif apne sendromu, %6,3'ünde laboratuvar tetkikleri ile birlikte obezite-hipoventilasyon sendromu saptandı. Hastaların %20 ,3'ü (21/103) aşırı kilolu (VKİ>25) olup; AHI daha yüksek görüldü ($p:0,013$); %79,7'si (82/103) normal kilo sınırlarında ve santral apne indeksi bu grupta daha yüksek izlendi ($p<0,001$).

SONUÇ: Uykuda solunum bozukluğu şüphesi olan hastaların taramasında kullanılan poligrafi, polisomnografi yapılamayan merkezlerde tarama testi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: uyku, apne, santral, obstrüktif, poligrafi, polisomnografi



SS-19

KİSTİK FİBROZİS YENİDOĞAN TARAMASI SONRASI YÖNLENDİRİLEN BEBEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: İKİ YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Murat Yasin Gençoğlu

Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara

GİRİŞ: Kistik fibrozis (KF), CFTR gen mutasyonları sonucu gelişen, morbidite ve mortaliteyi artıran otozomal resesif bir hastalıktır. Erken tanı ile yaşam süresi ve kalitesi belirgin şekilde artmakta, yenidoğan tarama programları bu süreçte kritik rol oynamaktadır. Türkiye’de 2015 yılından itibaren ulusal tarama programı kapsamında yüksek IRT değerleri olan olgular ter testi ve gerekirse CFTR analizi ile doğrulanmaktadır.

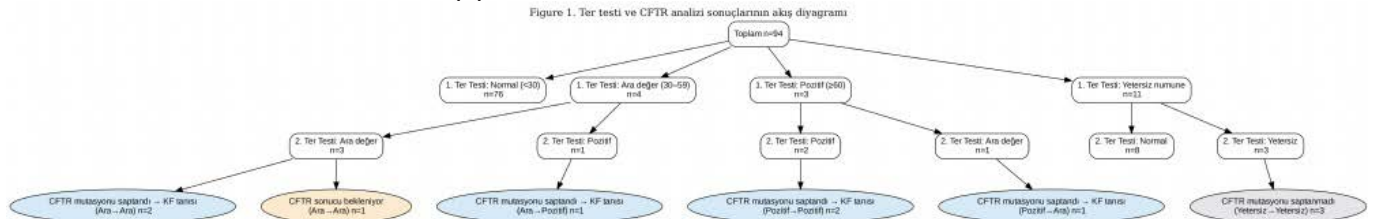
BULGULAR: Eylül 2023–2025 tarihleri arasında pozitif yenidoğan taraması nedeniyle merkezimize yönlendirilen 108 bebekten 94’ü çalışmaya dahil edildi. Hastaların %60.6’sı kız, %39.4’ü erkekti. Medyan başvuru yaşı 25.5 gündü ve %38.3’ü postnatal 30 günden sonra başvurdu. Ortalama gestasyonel yaş 37.8±2.2 hafta, doğum kilosu 2971.7±699.4g, anneyaşı ise 28.5±5.9 yılıdı. Klinik bulgu 21 hastada (%22.3) saptandı ve en sık konjenital anomaliler, prematürite, enfeksiyonlar ve genetik sendromlarla ilişkiliydi. Hastaların %9.6’sı yabancı uyruklu, %20.2’sinde akrabalık öyküsü mevcuttu.

Birinci ter testi sonuçlarında 76’sı normal, 4’ü ara değer, 3’ü pozitif, 11’i yetersizdi. İkinci testlerde ara değer grubundan 1 hasta pozitif, 3 hasta ara değer; pozitif grubundan 2 hasta pozitif, 1 hasta ara değer; yetersiz grubundan 8 hasta normal, 3 hasta yine yetersiz sonuçlandı. CFTR analizinde toplam 6 hastada mutasyon saptanarak kistik fibrozis tanısı konuldu. Bir hastanın sonucu beklenmekte olup, yetersiz sonuçlanan 3 hastada mutasyon saptanmadı.

TARTIŞMA: Çalışmamız, yenidoğan tarama programının KF tanısındaki etkinliğini göstermektedir. Ara değerli olgularda CFTR analizinin tanısal katkısı belirgindir. Ayrıca, tarama sonrası yönlendirmelerin bir kısmının 30 günden sonra gerçekleşmesi, sürecin hızlandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bulgularımız, ulusal verilerle uyumlu olup, ter testi standardizasyonu ve genetik doğrulamanın önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, Ter testi, Yenidoğan taraması

Yönlendirilen bebeklerin ter testi ve akış şeması





Kistik fibrozis tanısı alan hastaların özellikleri

Hastalar	1. ter testi sonuçları (mmol/l)	2. ter testi sonucu (mmol/l)	CFTR mutasyon	Akraba Evliliği	Fekal Elastaz Düzeyi	Mekonyum İleusu Öyküsü	Ek Özellik
1	42.1	62	Patojenik birleşik heterozigot	yok	normal	yok	IVF Gebelik
2	57.8	57.1	Patojenik birleşik heterozigot	yok	düşük	var	yok
3	60.7	52.5	F508del homozigot	yok	düşük	var	yok
4	104	63	Patojenik birleşik heterozigot	yok	düşük	yok	yok
5	57.6	58	homozigot c.50 delesyonu	var	düşük	yok	aort koarktasyonu operasyon öyküsü
6	87	90	c.1624G>T homozigot (legacy name:G542X)	var	düşük	yok	yok

CFTR: Cystic fibrosis transmembrane regulator



SS-20

KİSTİK FİBROZİS İLİŞKİLİ KARACİĞER HASTALIĞININ BELİRLEYİCİLERİ: ULUSAL KİSTİK FİBROZİS KAYIT SİSTEMİ VERİLERİ

Birce Sunman¹, Ersin Gümüş², Ömer Faruk İpek¹, Velat Şen³, Hadice Selimoğlu Şen⁴, Furkan Yılmaz⁵, Berrak Öztosun⁵, Ayşe Ayzıt Kılınç⁵, Suat Savaş⁶, Fatma Nur Ayman⁶, Oğuz Karcıoğlu⁷, Başak Akyol⁷, Gökçen Kartal Öztürk⁸, Ece Halis⁸, Yeşim Keskin⁹, Yakup Canitez⁹, Erkan Çakır¹⁰, Elif Duygu Kutbe¹¹, Mehmet Köse¹², Meltem Kürtül Çakar¹³

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye.

⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye.

⁵İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

⁶Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

⁸Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

⁹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye.

¹⁰İstinye Üniversitesi, Liv Hospital, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye.

¹¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye.

¹²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye.

¹³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

GİRİŞ: Kistik Fibrozis (KF), akciğerler dışında karaciğerin de etkilenebildiği ve KF ilişkili karaciğer hastalığına (KFKH) yol açabilen multisistemik bir hastalıktır. Bu çalışmada, Ulusal KF Kayıt Sistemi (UKKS) verileri kullanılarak KFKH sıklığı ve bağımsız belirleyicileri araştırıldı.

YÖNTEM: Retrospektif, çok merkezli çalışmaya 2023 yılında UKKS'ye kayıtlı tüm KF hastaları dahil edildi. Hastalar KFKH olanlar ve olmayanlar şeklinde gruplandırıldı. KFKH grubundaki hastalar ayrıca sirozu olan ve olmayanlar olarak ikiye ayrılarak risk faktörleri analiz edildi.

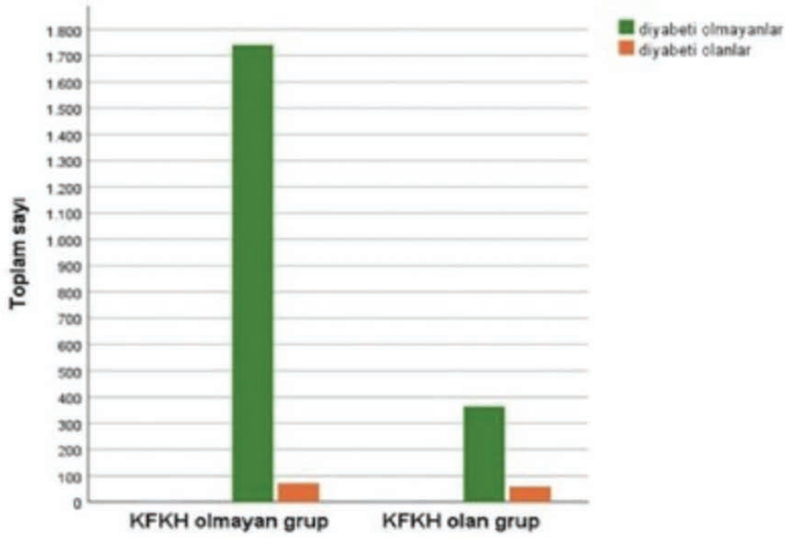
SONUÇLAR: UKKS'ye kayıtlı 2258 hastadan 17'si eksik veri nedeniyle dışlandı. Kalan 2241 hastanın 425'inde KFKH saptandı (ortalanca yaş 13,97 yıl), 1816'sında karaciğer tutulumu yoktu (ortalanca yaş 10,59 yıl). KFKH sıklığı %19 bulundu. KFKH grubunda vücut kitle indeksi (VKİ) z-skorumları daha düşük, terde klor düzeyleri daha yüksek, yenidoğan tarama pozitifliği daha nadirdi ($p < 0,005$). Hafif mutasyonlar (sınıf IV-V) KFKH olmayanlarda daha sık, ağır mutasyonlar (sınıf I-II-III) KFKH ile ilişkiliydi. Mekonyum ileusu, pankreatik yetmezlik, düşük zorlu vital kapasite (FVC%) oranı, mortalite ve komplikasyonlar (alerjik bronkopulmoner aspergillozis, distal intestinal obstrüksiyon sendromu, diyabet, hemoptizi) KFKH grubunda daha fazlaydı ($p < 0,005$). Lojistik regresyonda mutasyon şiddeti, terde klor düzeyi ve diyabet bağımsız belirleyiciler iken, hafif mutasyon varlığı koruyucu bulundu. İkinci aşamada 343 KFKH hastası incelendi, 27'sinde siroz vardı. Siroz grubunda tanıyaşı daha geç, erkek oranı yüksek, zorlu ekspiratuar volüm (FEV1%) düşük, hepatosplenomegali ve nodülerite daha sık saptandı ($p < 0,005$). GGT, ALP, INR, total bilirubin, AST/trombosit oranı indeksi (APRI), albümin-bilirubin skoru (ALBI) ve GGT/trombosit oranı (GPR) yüksek, albümin ve trombositler düşük bulundu. Regresyonda yüksek ALBI, düşük FEV1% ve düşük lökosit sirozu öngören bağımsız belirleyicilerdi.

TARTIŞMA: Sınıf I-III mutasyonlar, diyabet gelişimi ve terde yüksek klor düzeyleri karaciğer hastalığına yol açan ciddi fenotipin gelişimini gösterebilir. Bunun yanı sıra düşük FEV1% düzeyleri, azalmış lökosit sayısı ve yüksek ALBI skorları KFKH'nın daha ağır seyredeceğini öngörebilir.



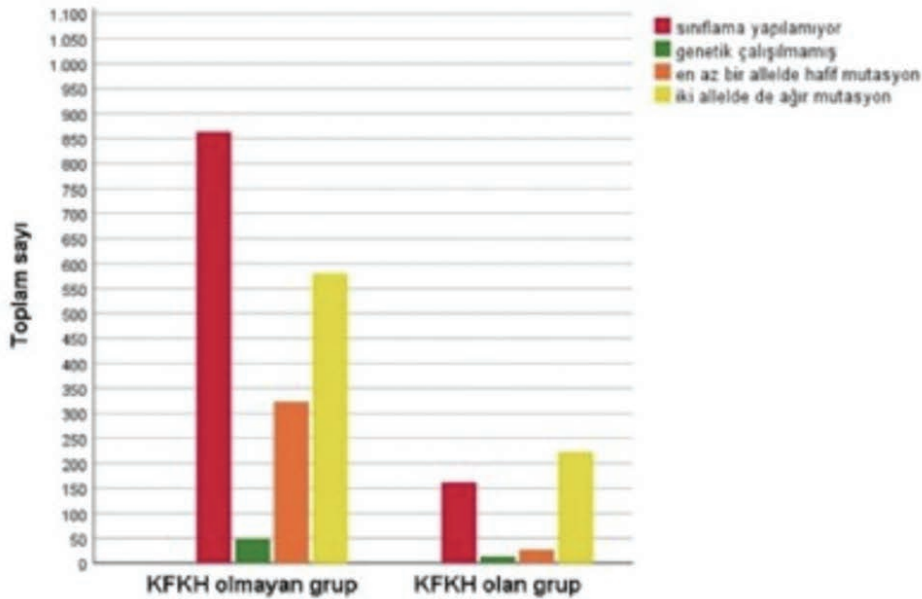
Anahtar Kelimeler: ALBI, karaciğer hastalığı, Kistik Fibrozis, siroz

Figür1



Figür 1. KFKH olan ve KFKH olmayan gruptaki diyabet tanısı olan hastaların sayıları (KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı)

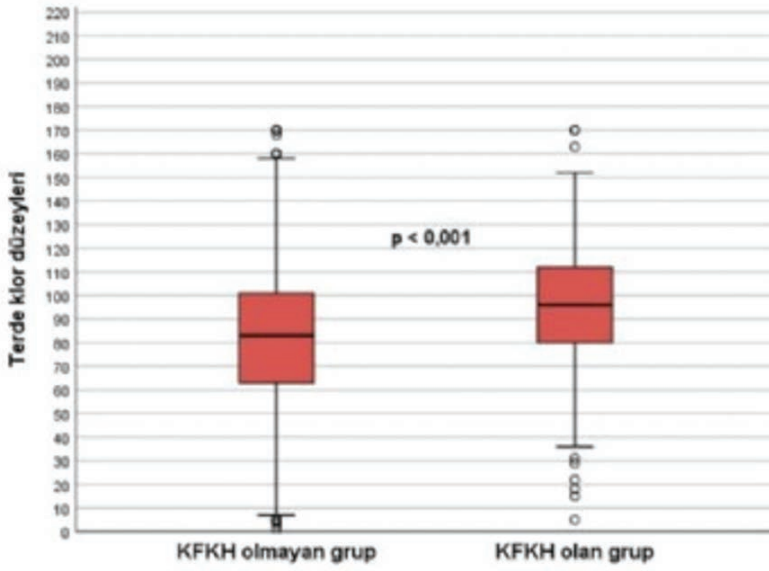
figür2



Figür 2. KFKH olan ve KFKH olmayan gruptaki mutasyon özellikleri (KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı)

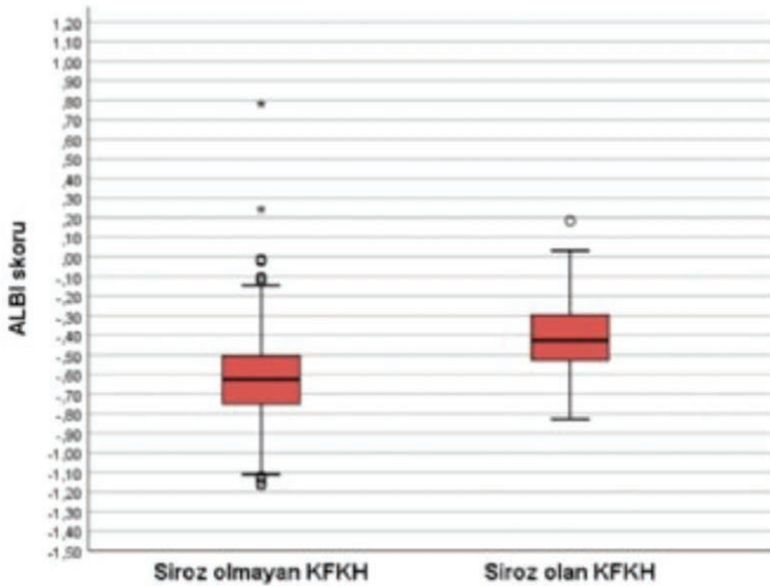


figür3



Figür 3. KFKH olan ve KFKH olmayan gruplar arasında terde klor düzeylerinin karşılaştırılması (KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı)

figür4



Figür 4. Siroz olan KFKH ve siroz olmayan KFKH gruplarındaki ALBI skorlarının karşılaştırılması (KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı)



Tablo 1

Tablo 1. Kistik Fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması			
Özellikler	KFKH yok (n=1816)	KFKH var (n= 425)	p
Güncel yaş (yıl), ortalanca (IQR)	10.59 (6.71-16.30)	13.97 (8.92-18.31)	<0.001
Cinsiyet			
Kadın, n (%)	859 (47.3%)	189 (44.5%)	0.305
Erkek, n (%)	957 (52.7%)	236 (55.5%)	
Ağırlık (kg), ortalanca (IQR)	25.0 (16.40-44.0)	33.5 (19.90-50.25)	<0.001
z-skoru, ortalanca (IQR)	-0.12 (-0.65-0.59)	-0.25 (-0.82-0.41)	0.001
Boy (cm), ortalanca (IQR)	127.10 (105.0-155.0)	142.5 (115.5-160)	<0.001
z-skoru, ortalanca (IQR)	0.05 (-0.65-0.71)	-0.11 (-0.73-0.47)	0.001
VKI (kg·m ⁻²), ortalanca (IQR)	16.40 (14.78-19.02)	16.56 (14.70-19.80)	0.212
z-skoru, ortalanca (IQR)	-0.13 (-0.65-0.56)	-0.22 (-0.81-0.36)	0.005
Hastalığın başlangıcı (ay), ortalanca (IQR)	0.33 (0.17-1)	0.33 (0.17-0.85)	0.097
Yenidoğan taraması, n (%)			
Pozitif	688 (37.9%)	112 (26.4%)	<0.001*
Negatif	97 (5.3%)	11 (2.6%)	1.000*
Sonucu bilinmeyen	57 (3.1%)	4 (0.9%)	1.000*
Test yapılmayan	974 (53.6%)	298 (70.1%)	<0.001*
KFTR mutasyonları, n (%)			
En az bir hafif mutasyon	323 (17.8%)	27 (6.4%)	<0.001*
İki ağır mutasyon	580 (31.9%)	223 (52.5%)	<0.001*
Sınıflama yapılamayanlar	864 (47.6%)	162 (38.1%)	0.052*
Genetik çalışılmayanlar	49 (2.7%)	13 (3.1%)	1.000*
Terde klor düzeyi (meq/L), ortalanca (IQR)	83 (63-101)	96 (80-112.25)	<0.001
Mekonyum ileus hikayesi, n (%)			
Evet	100 (5.5%)	49 (11.5%)	<0.001
Hayır	1630 (89.8%)	356 (83.8%)	
Bilinmiyor	86 (4.7%)	20 (4.7%)	
Fekal elastaz, n (%)			
Düşük	228 (12.6%)	71 (16.7%)	<0.001
Normal	183 (10.1%)	20 (4.7%)	
Bilinmiyor	1405 (77.4%)	334 (78.6%)	
Solunum fonksiyon testleri			
FEV ₁ lt, ortalanca (IQR)	1.87 (1.36-2.69) (n= 747)	1.80 (1.29-2.64) (n= 286)	0.264
FEV ₁ , %, ortalanca ± SD	83.39 ± 24.78 (n= 747)	80.58 ± 26.41 (n= 286)	0.121
FVC lt, ortalanca ± SD	2.52 ± 1.19 (n= 747)	2.45 ± 1.23 (n= 286)	0.461
FVC, %, ortalanca ± SD	89.81 ± 23.43 (n= 747)	86.45 ± 25.04 (n= 286)	0.050
LCI, ortalanca (IQR)	6.84 (6.14-7.94) (n= 40)	7.51 (6.15-8.91) (n= 23)	0.396
Mortalite			
Sağ, n (%)	1805 (99.4%)	413 (97.2%)	<0.001
Ölen, n (%)	11 (0.6%)	12 (2.8%)	
Komorbiditeler, n (%)			
ABPA	27 (1.5%)	15 (3.5%)	0.011
DİOS	17 (0.9%)	12 (2.8%)	0.006
Tuz kaybı	73 (4%)	17 (4%)	0.703
Diyabet	72 (4%)	59 (13.9%)	<0.001
Pnömotoraks	6 (0.3%)	4 (0.9%)	0.210
Hemoptizi	4 (0.2%)	12 (2.8%)	<0.001

ABPA: allerjik bronkopulmoner aspergillozis; CFTR: kistik fibrozis transmembran kondüktans regülatör; DİOS: distal intestinal obstrüksiyon sendromu; FEV₁: birinci santyedeki zorlu ekspiratuar volüm; FVC: zorlu vital kapasite; KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı; LCI: akciğer temizleme indeksi; IQR: interquartile range; n: number; SD: standard deviation; VKİ: vücut kitle indeksi

*Bonferroni ile düzeltilmiş p-değerleri

Koyu yazılan değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Tablo 1. Kistik Fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması



Tablo 2

Tablo 2. KFKH için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

KFKH

	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	β	95% CI	P	β	95% CI	P
VKI z-skoru	0.848	0.758, 0.949	0.004	1.057	0.894, 1.249	0.517
Tanı yaşı	0.981	0.956, 1.006	0.129	0.986	0.952, 1.021	0.441
Yenidoğan taraması	0.568	0.473, 0.682	<0.001	0.142	0.017, 1.177	0.070
En az bir hafif mutasyon	1.234	1.141, 1.335	<0.001	0.338	0.180, 0.634	0.001
Pankreas yetmezliği	0.843	0.737, 0.964	0.013	1.969	0.955, 4.060	0.067
Mekonyum ileus hikayesi	1.691	1.241, 2.305	0.001	0.624	0.250, 1.558	0.313
Terde klor düzeyleri	1.018	1.013, 1.022	<0.001	1.010	1.004, 1.017	0.001
FEV ₁ %	0.996	0.990, 1.001	0.110	1.007	0.989, 1.026	0.426
FVC %	0.994	0.989, 1.000	0.044	0.990	0.972, 1.009	0.291
ABPA	2.219	1.168, 4.218	0.015	0.714	0.326, 1.566	0.401
DIOS	3.163	1.517, 6.594	0.002	0.111	0.011, 1.139	0.064
Diyabet	3.789	2.640, 5.439	<0.001	0.414	0.255, 0.671	<0.001
Hemoptizi	13.231	4.253, 41.163	<0.001	0.265	0.067, 1.055	0.059

ABPA: allerjik bronkopulmoner aspergillozis; CI: güven aralığı; DIOS: distal intestinal obstrüksiyon sendromu; FEV₁: birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm; FVC: zorlu vital kapasite; KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı; VKI: vücut kütle indeksi

Koyu yazılan değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Tablo 2. KFKH için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi



Tablo 3

Tablo 3. Siroz olan KFKH ve siroz olmayan KFKH grupları arasında demografik verilerin karşılaştırılması			
	Siroz olan KFKH (n= 27)	Siroz olmayan KFKH (n= 316)	p
Karaciğer hastalığı tanı yaşı, yıl, ortanca (IQR)	9 (8-13)	6 (2-10)	0.011
VKİ, z-skoru, ortanca (IQR)	-0.12 (-0.88-0.25)	-0.20 (-0.76-0.32)	0.555
Erkek, n (%)	20 (80%)	175 (55.6%)	0.020
KF genotipi			
ΔF508/ΔF508, n (%)	3 (12%)	55 (17.3%)	0.711
ΔF508/other, n (%)	4 (16%)	47 (14.8%)	
Diğer, n (%)	18 (72%)	206 (64.8%)	
Bilinmiyor, n (%)	0 (0%)	10 (3.1%)	
KFTR mutasyonları, n (%)			
En az bir hafif mutasyon	0	19 (6%)	0.013
İki ağır mutasyon	21 (84%)	170 (54%)	
Sınıflama yapılamayanlar	4 (16%)	126 (40%)	
Neonatal kolestaz hikayesi, n (%)	0 (0%)	18 (5.9%)	0.206
UDCA kullanımı, n (%)	23 (92%)	223 (71.9%)	0.032
Tedavi başlama yaşı, yıl, ortanca (IQR)	9 (8-13)	5.5 (2-10)	0.005
Portal hipertansiyon tedavisi, n (%)	14 (56%)	7 (2.2%)	<0.001
FEV ₁ %, ortanca (IQR)	68 (39.5-89.5)	86 (69-102)	0.012
Conditions in physical examination			
Hepatomegali, n (%)	11 (44%)	54 (17.1%)	0.001
Splenomegali, n (%)	14 (56%)	16 (5.1%)	<0.001
Varis kanaması, n (%)	3 (12%)	0 (0%)	<0.001
Abdominal ultrasonografi bulguları			
Hepatomegali	13 (52%)	126 (40.8%)	0.520
Hepatik steatoz	7 (29.2%)	134 (43.4%)	0.354
Artmış ekojenite	13 (52%)	124 (40.1%)	0.483
Artmış heterojenite	20 (80%)	106 (34.3%)	<0.001
Nodularite	12 (48%)	21 (6.8%)	<0.001
Splenomegali	21 (87.5%)	52 (17.2%)	<0.001
Biyokimyasal testler			
Lökosit, ortanca (IQR)	6400 (4400-8795)	9000 (7240-10605)	<0.001
ALT/ULN, ortanca (IQR)	1.07 (0.67-1.57)	0.91 (0.57-1.53)	0.684
AST/ULN, ortanca (IQR)	1.07 (0.69-1.54)	0.89 (0.65-1.29)	0.215
AST/ALT oranı, ortanca (IQR)	1.04 (0.80-1.74)	1.10 (0.84-1.38)	0.815
GGT/ULN, ortanca (IQR)	1.36 (0.51-2.21)	0.54 (0.32-0.98)	0.002
ALP/ULN, ortanca (IQR)	1.15 (0.76-1.62)	0.83 (0.58-1.09)	0.004
Total bilirubin, ortanca (IQR)	0.75 (0.47-1.45)	0.40 (0.26-0.61)	<0.001
INR, ortanca (IQR)	1.18 (1.04-1.25)	1.06 (0.99-1.13)	0.001
Albümin, g/L, ortanca (IQR)	4.06 (3.39-4.34)	4.27 (4.05-4.50)	0.013
Trombosit, 10 ⁹ /L, ortanca (IQR)	114000 (90050-201500)	313000 (255000-386750)	<0.001
APRI, ortanca (IQR)	0.779 (0.411-1.647)	0.278 (0.207-0.444)	<0.001
ALBI skoru, ortanca (IQR)	-0.427 (-0.538- [-0.284])	-0.624 (-0.752- [-0.502])	<0.001
GPR, ortanca (IQR)	0.989 (0.476-1.972)	0.177 (0.094-0.353)	<0.001

ALT: Alanin aminotransferaz; ALBI: Albumin-Bilirubin indeksi; ALP: Alkalen fosfataz; APRI: Aspartat aminotransferaz/trombosit indeksi; AST: Aspartat aminotransferaz; KF: Kistik Fibrozis; KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı; FEV₁: birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm; GGT: Gama glutamil transferaz; GPR: Gama glutamil transpeptidaz/trombosit oranı; INR: International normalized ratio; UDCA: ursodeoksikolik asit; ULN: üst normal sınır; VKİ: vücut kitle indeksi

Koyu yazılan değerler istatistiksel anlamlılığ gösterir.

Tablo 3. Siroz olan KFKH ve siroz olmayan KFKH grupları arasında demografik verilerin karşılaştırılması



Tablo 4

Tablo 4. Siroz olan KFKH için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Siroz olan KFKH

	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	β	95% CI	P	β	95% CI	P
Erkek	0.379	1.243, 9.189	0.017	13.547	0.712, 257.704	0.083
KFKH tanı yaşı	1.080	1.003, 1.163	0.040	1.134	0.924, 1.393	0.229
İki allelde ağır mutasyon	4.101	1.379, 12.197	0.011	2.570	0.308, 21.449	0.383
Hepatomegali*	4.237	1.856, 9.675	0.001	1.184	0.174, 8.052	0.863
Splenomegali*	27.182	10.671, 69.239	<0.001	8.743	0.869, 88.012	0.066
Hepatosteatoz**	0.499	0.203, 1.230	0.131	3.283	0.482, 22.363	0.225
Artmış heterojenite**	8.040	2.948, 21.931	<0.001	3.021	0.398, 22.941	0.285
Nodülerite**	11.633	4.780, 28.308	<0.001	4.134	0.445, 38.426	0.212
FEV ₁ %	0.977	0.960, 0.993	0.007	0.952	0.913, 0.993	0.023
ALP/ULN	1.668	1.123, 2.478	0.011	1.414	0.334, 5.985	0.638
GGT/ULN	1.384	1.141, 1.677	0.001	1.236	0.707, 2.162	0.457
Lökosit sayısı	1.000	0.999, 1.000	<0.001	0.999	0.999, 1.000	0.023
Trombosit sayısı	1.000	1.000, 1.000	<0.001	1.000	1.000, 1.000	0.073
INR	9.688	1.354, 69.338	0.024	0.029	0.000, 930.894	0.504
ALBI	10.011	2.109, 47.529	0.004	900.936	2.540, 319000	0.023

ALP: Alkalen fosfataz; KFKH: kistik fibrozis ilişkili karaciğer hastalığı; FEV₁: birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm; GGT: Gama glutamil transferaz; INR: International normalized ratio; ULN: Üst normal limit

*: Fizik muayene bulguları

** : Abdominal ultrasonografi bulguları

Koyu yazılan değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Tablo 4. Siroz olan KFKH için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi



SS-21

KİSTİK FİBROZ TANILI HASTALARDA ELEXAKAFTOR-TEZAKAFTOR-İVAKAFTOR TEDAVİSİNİN LİPİD PROFİLİ ÜZERİNE ETKİSİ

Berrak Öztosun¹, Özge Kalmaz², Esra Çelebi², Çiğdem Korkmaz¹, İpek Ülkersoy³, Abdulhamit Çollak¹, Furkan Yılmaz¹, Oğuzhan Tin³, Nursena Koloğlu Ateş³, Ömer Faruk Beşer³, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

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

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kistik Fibrozis(KF) hastalarında malnütrisyon, kronik inflamasyon ve sık görülen akciğer enfeksiyonları nedeniyle artan enerji gereksinimleri ile malabsorpsiyon ve gastrointestinal sistemdeki problemler sonucu ortaya çıkan beslenme yetersizlikleri arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Bebeklikten itibaren uygulanan yüksek kalori ve yağdan zengin beslenme müdahaleleri, malnütrisyonun önüne geçerek akciğer fonksiyonlarını ve yaşam süresini iyileştirmeyi hedeflemektedir. KFTR(Kistik Fibrozis Transmembran Regülatör) modülatörleri, KF yönetiminde çığır açmış olmakla birlikte lipid profili üzerine etkileri yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, ETI(elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor) tedavisi alan KF hastalarında lipid profili ve metabolik parametrelerdeki değişimlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Tek merkezli retrospektif çalışmaya en az 1 aydır ETI kullanan, ETI öncesi son bir yıl içinde ve sonrasında en az bir kez lipid profili çalışılmış 47 hasta dahil edildi. Bazal ve ETI tedavisi altındaki lipid profili, antropometrik ölçümler, HbA1c ve açlık glukoz düzeyi, solunum fonksiyon testleri(SFT) ve ter testi değerleri analiz edildi.

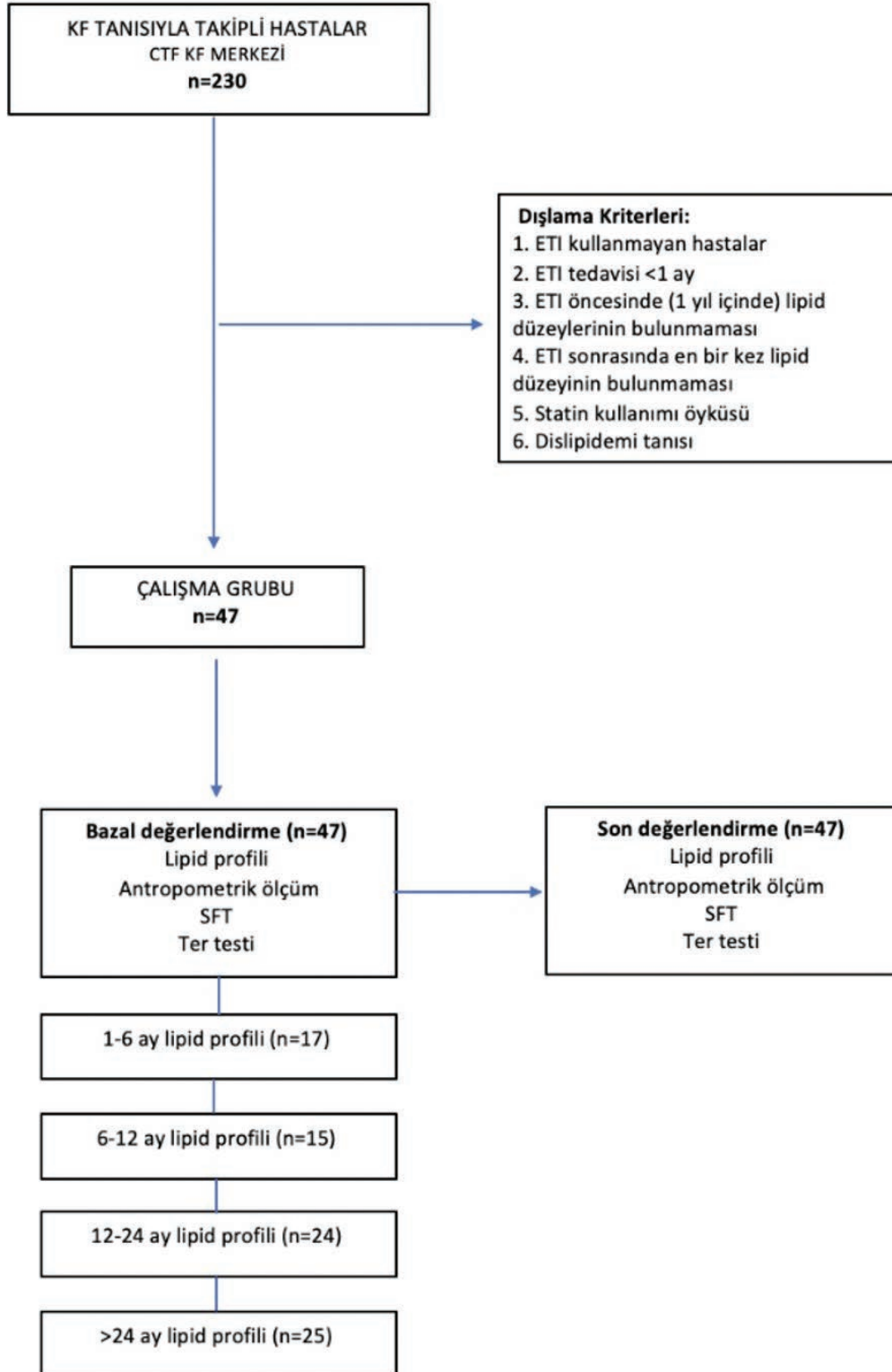
BULGULAR: ETI tedavisi öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırıldığında LDL(low-density lipoprotein)(p=0.010), HDL(high-density lipoprotein)(p=0.007) ve total kolesterol(p=0.002) düzeylerinde anlamlı artış, HbA1c düzeylerinde ise düşüş (p=0.015) gözlemlendi. Hastaların VKİ (vücut kitle indeksi) anlamlı düzeyde yükselirken(p<0.0001), ter testlerinin ise anlamlı düzeyde düştüğü saptandı (p<0.0001). ETI öncesi ve sonrası değerlerin değişimini incelediğimizde VKİ düzeyindeki artış ile FEV1(forced expiratory volume in 1 second)(z=0.516, p=0.003), LDL(z=0.293, p=0.048) ve total kolesterol(z=0.470,p=0.001) düzeylerindeki artış arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptandı.

SONUÇ: ETI tedavisinin hastaların izleminde kolesterol düzeylerinde artışa yol açtığı ve bu artışın VKİ artışı ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır. ETI kullanan hastaların lipid profillerinin belli aralıklarla değerlendirilmesi ve hastaların beslenme düzenlerinin bu doğrultuda planlanması metabolik ve kardiyak hastalıkların önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, lipid profili, modülatör tedavi



Çalışmaya dahil edilen hasta grubunun seçimi ve değerlendirme aşamaları





ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-22

KİSTİK FİBROZİS'TE BAĞIŞIKLAMADA NEREDEYİZ? AŞILANMA DURUMU VE TUTUMLAR

Eda Esra Baysal¹, Gamze Taştan², Şeyda Karabulut¹, Neval Metin Çakar¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Büşra Özgünay¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alışbeyli¹, Burcu Uzunoğlu², Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Yasemin Gökdemir¹, Ela Erdem Eralp¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ

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

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

GİRİŞ: Kistik fibrozis (KF), başta solunum sistemi olmak üzere çoklu organ tutulumu ile seyreden, yaşam boyu süren genetik bir hastalıktır. Solunum yolu enfeksiyonları, KF hastalarında akciğer fonksiyonlarının hızla bozulmasına, morbidite ve mortalitenin artmasına yol açar. Ulusal bağışıklama programındaki zorunlu aşıların eksiksiz uygulanması ve yüksek riskli gruplara önerilen ek aşıların yapılması, enfeksiyon sıklığını ve şiddetini azaltmada kritik öneme sahiptir. Bu çalışma, KF hastalarının aşılanma durumunu ve aşılarla yönelik tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL&METOD: Marmara Üniversitesi Selim Çöremen KF Merkezi'nde takipli 465 KF tanılı hasta retrospektif olarak incelendi. Ulusal dijital bağışıklama kayıtları ve hasta/ebeyveyn beyanları kullanılarak zorunlu aşıların yanı sıra, önerilen yıllık influenza ve polisakkarit pnömokok aşısı durumları da belirlendi. Aşı tutumları, VAX ölçeği (Vaccination Attitudes Examination) ile değerlendirildi. Ölçek, 18 yaşından büyük hastaların kendisi, 18 yaşından küçük hastaların ise ebeveynleri tarafından dolduruldu.

SONUÇLAR: Zorunlu aşılarından BCG (%90,9), Hepatit B (%85,2) ve beşli karma aşısı (%84,5) en yüksek oranda uygulanırken; MMR (%71,9) ve suçiçeği (%72,6) en düşük orana sahipti. Polisakkarit pnömokok aşısı uygun yaş grubunun %4,9'una, 2024–2025 sezonu grip aşısı ise uygun grubun yalnızca %12,7'sine uygulanmıştı.

TARTIŞMA: Çalışma sonuçları, KF hastalarında yıllık influenza ve polisakkarit pnömokok aşılarında belirgin eksiklikler olduğunu göstermektedir. Hatırlatma sistemleri ve bilgilendirme uygulamalarına rağmen bu aşıların uygulanma oranlarının düşük seyretmesi önemli bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle, merkezimizde KF hastalarında aşılanma oranlarının artırılmasına yönelik kalite iyileştirme çalışması başlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Bağışıklama, İnfluenza, Kistik Fibrozis, Pnömokok



SS-23

KİSTİK FİBROZİS TANILI HASTALARDA ÇOK İLACA DİRENÇLİ VE TEDAVİSİ ZOR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: ULUSAL KİSTİK FİBROZİS KAYIT SİSTEMİ VERİLERİ

Hazal Gacemer¹, Gökçen Kartal Öztürk¹, Ebru Yalçın², Dilara Demirel², Emine Altay², Ayşe Ayzıt Kılınç³, Berrak Öztosun³, Furkan Yılmaz³, Sevgi Pekcan⁴, Bahar Ece Tokdemir⁴, Fatma Nur Aymaz⁴, Oğuz Karcioğlu⁵, Başak Akyol⁵, Yakup Canitez⁶, Yeşim Keskin⁶, Mehmet Köse⁷, Elif Duygu Kutbe⁷, Özlem Keskin⁸, İbrahim Karahan⁸, Ayşen Bingöl⁹, Erdem Başaran⁹, Ali Özdemir¹⁰, Demet Polat Yuluğ¹⁰, Tuğba Ramaslı Gürsoy¹¹, Nazan Çobanoğlu¹², Gönül Çaltepe¹³, Mehmet Kılıç¹⁴

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Konya, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁶Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

⁷Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye

⁸Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

¹⁰Mersin Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

¹¹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Van, Türkiye

¹²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

¹³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

¹⁴Fırat Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Hastalıkları Bilim Dalı, Elazığ, Türkiye

¹⁵Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Mardin Türkiye

GİRİŞ: Çok ilaca dirençli(MDR) ve tedavisi zor P aeruginosa(PA) suşları, Kistik Fibrozis(KF) tanılı hastalarda pulmoner fonksiyonların hızlı kötüleşmesine, alevlenmelerin ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır.

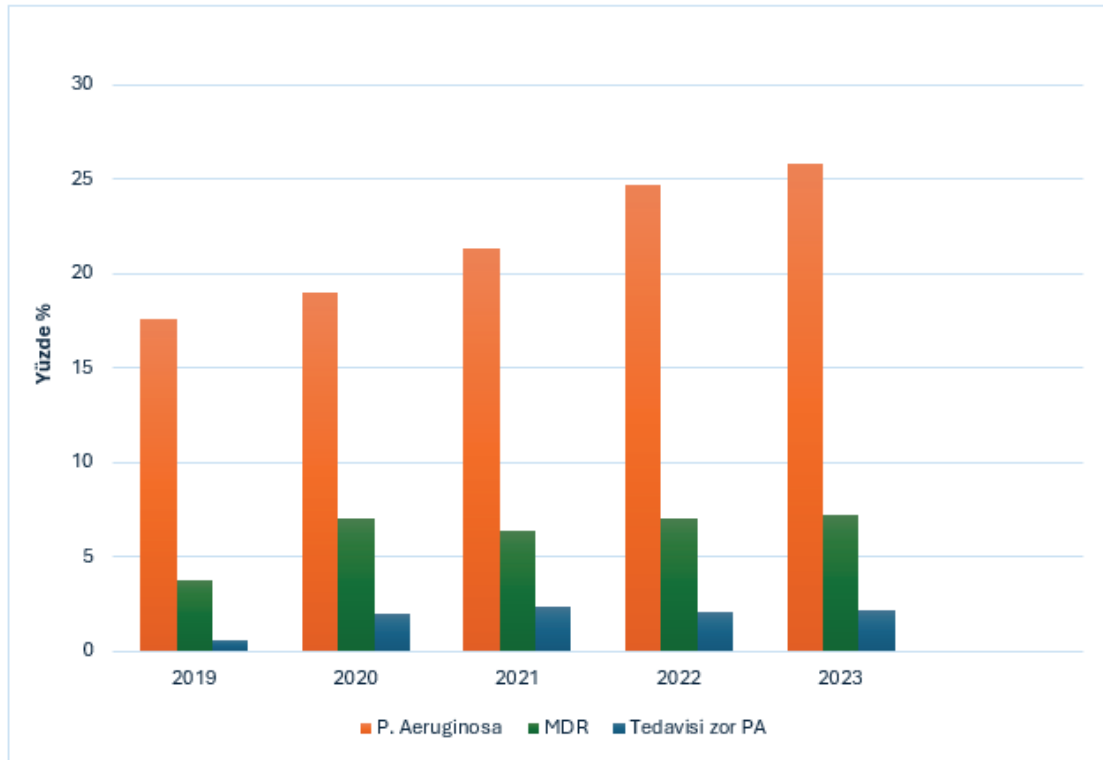
YÖNTEM: 2019-2023 yılları arasında UKKS'ye kayıtlı merkezlerin hastaları(n=5871) incelenerek PA(n=1468) üremesi olan hastalar çalışmaya dahil edildi.Çalışmaya katılım onamı vermeyen merkezler ile verisi eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. MDR ve tedavisi zor PA üremeleri belirlenerek; suşların yıllara göre dağılımı, antibiyotik dirençleri ve 2023 yılı MDR ve tedavisi zor PA olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. MDR; penisilinler, sefalosporinler, florokinolonlar, aminoglikozitler, karbapenemler sınıflarından en az üç sınıftan en az bir ajana dirençli, tedavisi zor PA ise tüm antibiyotik sınıflarına dirençli olarak tanımlandı.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA: 2019-2023 yılları arasında PA üremesinde artış saptanırken (p=0.001), MDR ve tedavisi zor suşlarında ve antibiyotik direnç oranlarında yıllara göre anlamlı fark saptanmadı(Şekil 1ve 2). 2023 yılı MDR(n=105) ve tedavisi zor(n=31) PA kolonizasyonu olan 105 hasta ile olmayan 265 hastanın demografik özellikleri benzerdi (p>0.05). MDR ve tedavisi zor PA kolonize grubun, SFT'leri daha düşük, alevlenme sayıları ve toplam iv antibiyotik kullanım süreleri ve NIMV gereksinimleri daha yüksek saptandı (p<0.05)(Tablo 1). Tek değişkenli analizde MDR ve tedavisi zor PA SFT'de düşüklük ve pnömotoraks, azitromisin, inhale KS ve PPI kullanımı, KF-ilişkili KC hastalığı ve NIMV gereksinimi ile ilişkili iken, çok değişkenli analizde KF ilişkili KC hastalığının MDR ve tedavisi zor PA için risk faktörü olduğu saptandı [OR 95% 0.581(1.063-3.009), p=0.029](Tablo 2). MDR ve tedavisi zor PA kolonizasyonu kötü klinik prognozla ilişkili olup hasta yönetimi ve ulusal enfeksiyon kontrol stratejilerinin optimize edilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.



Anahtar Kelimeler: Kistik fibrosis, pseudomonas aeruginosa, direnç

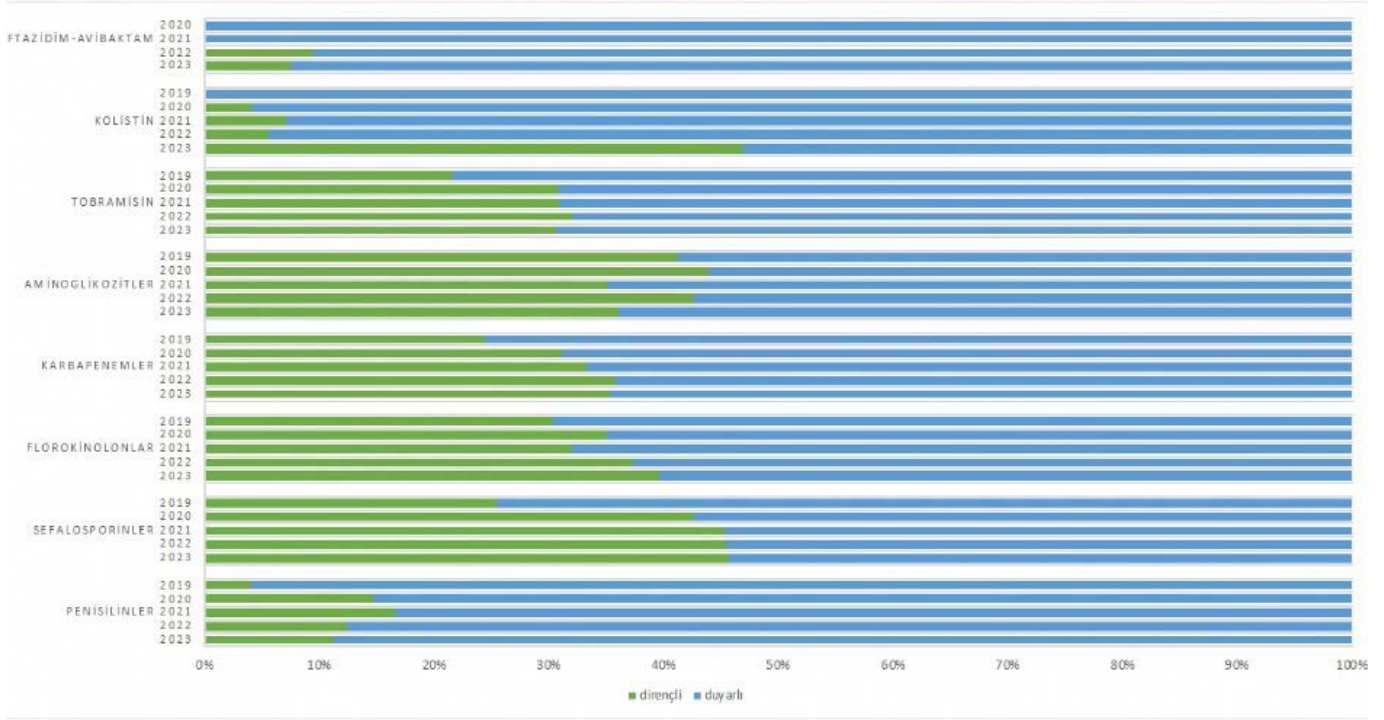
Şekil 1. 2019-2023 yılları arasında P.Aeruginosa, MDR ve Tedavisi zor P.Aeruginosa suşlarının yıllara göre dağılımı



Şekil 1. 2019-2023 yılları arasında P.Aeruginosa, MDR ve Tedavisi zor P.Aeruginosa suşlarının yıllara göre dağılımı



Şekil 2. 2019-2023 yılları arasında PAeruginosa suşlarında antibiyotiklere direnç ve duyarlılık oranlarının karşılaştırılması





Tablo 1. 2023 yılı çok ilaca dirençli ve tedavisi zor Paureginosa kolonizasyonu olan ve olmayan Kistik Fibrozis olgularının karşılaştırılması

Tablo 1. 2023 yılı çok ilaca dirençli ve tedavisi zor Paureginosa kolonizasyonu olan ve olmayan Kistik Fibrozis olgularının karşılaştırılması

	Çok ilaca dirençli ve tedavisi zor Paureginosa kolonizasyonu olan olgular N= 105	Çok ilaca dirençli ve tedavisi zor Paureginosa kolonizasyonu olmayan olgular N= 285	p
Demografik özellikler			
Güncel yaş, yıl	15.15 (0.81-47.94)	14.41 (0.7-46.0)	0.46*
Cinsiyet, (%)			0.36
Kız	49.4	52.2	
Erkek	50.5	47.7	
Vücut ağırlığı (kg)	38 (6.7-103)	40 (7.85)	0.79*
z skoru	-0.44 (-1.85 / 2.68)	-0.21 (-2.40 / 2.88)	0.05*
Boy (cm)	148.3 (87.5-186)	153 (84-190)	0.34*
z skoru	-0.08 (-3.02 / 2.52)	-0.08 (-3.17 / 2.92)	0.12*
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	16.89 (10.49-34.82)	17.3 (11.42-31.46)	0.22*
z skoru	-0.46 (-2.19 / 3.17)	-0.19 (-2.32 / 2.79)	0.05*
Hastalık özellikleri			
Hastalığın başlangıcı (ay)	5 (0.08-75)	8 (0.08-92)	0.10
Yenidoğan taraması, (%)			0.36
Positif	16.2	23.8	
Negatif	3.4	4	
Test yapılmayan	79	71.5	
Sonucu bilinmeyen	1.1	0.5	
KFTR mutasyonları, n (%)			
En az bir hafif mutasyon	1.0	7.2	0.06
İki ağır mutasyon	55.2	43.4	0.12
Sınırlama yapılmamışlar	31.4	22.3	0.18
Genetik yapılmamışlar	12.4	27.2	0.00
Tedavi klor diüretik (mmol/L)	94.40 ± 24.47 [N=81]	95.70 ± 25.80 [N= 197]	0.70*
Mekonyum ilemi, (%)			0.35
Positif	6.6	3.7	
Negatif	75.2	72.8	
Bilinmiyor	18	23.3	
Fekal elastaz, (%)			0.15
Normal	4.7	5.6	
Düşük	13.3	10.5	
Bilinmiyor	13.3	18.9	
İnkubasyon	69.5	64.9	
Solunum fonksiyon testleri	N= 72	N=158	
FEV ₁ , %	83.70 ± 27.55	71.77 ± 28.24	0.03*
FVC, %	72.88 ± 27.63	80.97 ± 26.85	0.03*
İlaç kullanımı, %			
Parasetamol	95.7	90.8	0.09
İnhalan antibiyotik	80	69.5	0.02
Brokodiлятор	70.5	56.3	0.01
Martinal	4.2	5	0.50
Azitolisin	35.7	22.7	0.01
İnhalan kortikosteroid	31.5	21	0.03
Oral kortikosteroid	4.2	1.3	0.12
Proton pompa inhibitörü	34.7	21.3	0.01
Modülasyon tedavisi	28.4	25.4	0.33
Mikroorganizmalar			
B. influenza	2.1	4.5	0.32
Staf. Aureus			
MSSA	30.8	38.6	0.55
MRSA	6.3	15.5	0.11
Mantar	43.8	37.3	0.01
Aspergillus fumigatus	7.3	5.9	0.40
NTM	2.1	3.2	0.95
Streptococcus maltophilia	1.0	1.3	0.49
Burkholderia cepacia	-	1.3	-
Pulmoner eksantrasyon			
En az bir kez tedavi	56.8	40.9	0.00
PE sayısı	1 (0-8)	0 (0-8)	0.00
Yıl içindeki KP ile ilişkili toplam iv antibiyotik süresi (gün)	10 (0-124)	0 (0-242)	0.00
Sadece hastanede alınan iv antibiyotik süresi (gün)	10 (0-124)	0 (0-242)	0.00
Toplam hastane yatış süresi (gün)	10 (0-124)	0 (0-268)	0.00
Komorbidite, (%)			
KP ilişkili diyabet	17.8	12.2	0.22
Pseudomonas	2.1	3.1	0.45
Karaciğer hastalığı	5.3	3.6	0.00
Hemoptizi	7.3	2.7	0.06
Pnömotoraks	5.2	0.4	0.01
ABPA	5.2	5	0.52
DİOS	2.1	0.4	0.21
Maligansi	-	0.04	-
Solunum desteği, (%)			
OKSijen	13.6	7.2	0.05
NIMV	21	6.3	0.00
Mortalite, (%)			
Ölüm	5.7	2.6	0.04

ABPA: allerjik bronkopulmoner aspergillozis; DİOS: distal intestinal obstrüksiyon sendromu; FEV₁: birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü; FVC: zorlu vital kapasite;

KFTR: kistik fibrozis transmembran konduktans regülörü; NIMV: non-invasif mekanik ventilasyon; NTM: non-tüberküloz mikobakteri; MSSA: metisilin duyarlı s. aureus;

MRSA: metisilin rezistans s. aureus; VKİ: vücut kitle indeksi

*Mann-Whitney U test

*Independent samples t-test



Tablo 2. MDR ve tedavisi zor PA olan hastalar için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Tablo 2. MDR ve tedavisi zor PA olan hastalar için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

	Tek değişkenli analiz		Çok değişkenli analiz	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Spirometri				
FEV ₁	-0.12 (0.977-0.998)	0.024		
FVC	-0.13 (0.977-0.998)	0.010		
İlaç kullanımı				
Azitromisin	0.639 (1.121-3.203)	0.017	0.457 (0.896-2.786)	0.114
İnhale kortikosteroid	0.551 (1.010-2.982)	0.046	0.307 (0.765-2.418)	0.295
PPI	0.673 (1.152-3.333)	0.013	0.302 (0.750-2.441)	0.315
Mikroorganizma				
Mantar	0.270 (0.712-2.413)	0.380		
Komorbidite				
Karaciğer hastalığı	0.721 (1.252-3.380)	0.004	0.581 (1.063-3.009)	0.029
Pnomotoraks	2.499 (1.402-105.606)	0.023		
Solunum desteği				
NIMV	1.367 (1.886-8.161)	0.000		
Mortalite	0.719 (0.671-6.275)	0.208		

OR:Odds ratio C.I.:Confidence Interval



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-24

CFTR MODÜLATÖR TEDAVİLERİNE BAĞLI YAN ETKİLER: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR MERKEZDEN DENEYİMLER

DİLARA DEMİREL¹, Ebru Yalçın¹, Hanife Avcı², Tuğçe Kantemir¹, Ömer Faruk İpek¹, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya¹, Deniz Doğru Ersöz¹, Uğur Özçelik¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: CFTR modülatör tedavilerinin; ter testinde düşüş, akciğer fonksiyonlarında artış, kilo alımı ve yıllık antibiyotik ihtiyacında azalma gibi olumlu etkileri kanıtlanmıştır. Bu tedaviler giderek daha sık ve daha uzun süre kullanıldıkları için uzun vadeli ve nadir yan etkilerin ortaya konulabilmesi için hastaların yakından takip edilmeleri gereklidir.

AMAÇ: Bu çalışmada; Bilim Dalımızda Kistik Fibrozis (KF) tanısı ile izlenen ve modülatör tedavisi alan hastalarda gelişen yan etkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bilim Dalımızda KF tanısı ile izlenen ve modülatör kullanan hastaların medikal kayıtları incelenerek; modülatör tedaviye bağlı yan etki gelişip gelişmediği, klinik ve laboratuvar verileri değerlendirilmiştir. **SONUÇLAR:** Çalışmaya 2022-2025 yılları arasında modülatör kullanan 100 KF'li çocuk dahil edildi (%53 kız, %47 erkek ve ortalama yaşları 142,7 ay). En sık gözlenen yan etkiler; karaciğer enzim yüksekliği, bilirubin yüksekliği, cilt döküntüsü, kreatin kinaz (CK) yüksekliği, katarakt ve bulantı-kusma olarak saptandı (Tablo 1). Modülatör tedaviye bağlı yan etki gelişen (%24) ve gelişmeyen (%76) hastaların özellikleri karşılaştırıldığında; yan etki gelişen grubun anlamlı derecede daha ileri yaşta olduğu görüldü ($p=0.026$) (Tablo 2). Tedavi yan etki gelişen hastaların %11'inde geçici olarak, 1 hastada karaciğer enzimleri 8 kattan fazla yükseldiği için kalıcı olarak kesildi.

TARTIŞMA: Bu çalışmada, CFTR modülatör tedavisi alan çocuk hastalarda gözlenen yan etkiler değerlendirildiğinde, genel olarak tedavilerin güvenli olduğu ve yan etkilerin büyük kısmının yönetilebilir düzeyde seyrettiği görülmüştür. Literatürle uyumlu olarak, bu yan etkiler çoğunlukla geçici nitelikte olup, tedavi kesilmesini gerektirmemiştir. Yan etki gelişen hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olması, ileri yaşın veya modülatör kullanmadan geçen sürenin yan etki riskini arttırabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, yaşın artması ile yan etki insidansında anlamlı bir artış olduğuna dair bir bildirim bulunmamaktadır. Sonuçlarımız, modülatör tedavilerin düzenli izlem ve yan etki takibinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, modülatör tedavisi, yan etki



Abstract CFTR Modölatör Tedavilerine Bağlı Yan Etkiler: Üçüncü Basamak Bir Merkezden Deneyimler

Tablo 1, Tablo 2

Tablo 1. Modölatör Tedavisine Bağlı Gözlenen Yan Etkiler

Yan Etki	Gözlenme Sıklığı (%)
Cilt döküntüsü	%33,3
Kreatin kinaz yüksekliği (CK)	%20,8
Bilirubin yüksekliği	%12,5
Bulantı / Kusma	%12,5
Karaciğer enzim yüksekliği >x5	%8,3
Baş ağrısı	%8,3
Katarakt	%4,2
Psikiyatrik bulgular	%4,2

Tablo 2. Yan Etki Gelişen ve Gelişmeyen Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Yan etki gözlenmeyen (n=76)	Yan etki gözlenen (n=24)	p değeri
Yaş (ay)	136.11±56.77	161.92±45.07	0.026
Kistik Fibrozis tanı yaşı (gün)	60 (30 – 125)	90 (60 – 120)	0.145
Cinsiyet			
Kız	44 (57.9%)	9 (37.5%)	0.131
Erkek	32 (42.1%)	15 (62.5%)	
Kullandığı modölatör ilaç			
Trikafta	57 (75%)	22 (91.7%)	0.144
Kalydeco	19 (25%)	2 (8.3%)	
Kronik karaciğer hastalığı			
Var	13 (17.1%)	1 (4.2%)	0.177
Yok	63 (82.9%)	23 (95.8%)	
Kistik Fibrozis ilişkili Diyabet			
Var	12 (15.8%)	5 (20.8%)	0.547
Yok	64 (84.2%)	19 (79.2%)	
Aralıklı tedavi süresi (ay)	15 (10 – 27)	18 (12 – 32)	0.452
Aralıksız tedavi süresi (ay)	12 (7 – 20)	15 (6 – 24)	0.416



SS-25

KİSTİK FİBROZİS YENİDOĞAN TARAMA POZİTİF OLGULARIN TER TESTİ VE GENETİK ANALİZ İLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Özge Meral¹, Hamza Polat²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Kistik Fibrozis (KF) geniş bir hastalık spektrumuna sahip olup, hastalığın asemptomatik dönemde saptanarak mortalite ve morbiditenin azaltılmasında yenidoğan tarama programlarının önemi büyüktür. Çalışmamızda KF yenidoğan taraması pozitif gelen çocuklara ter testi ve KFTR gen analizi yapılarak yanlış pozitif tarama, KF taşıyıcı, KİMS/KFKOT ve KF tanılı bireylerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Çocuk göğüs hastalıkları kliniğine Eylül 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında başvuran KF yenidoğan taraması pozitif 150 hasta dahil edildi. Demografik özellikleri, ter testi, KFTR gen sonuçları analiz edildi. DNA analizinde saptanan mutasyonlar CFTR-France ve CFTR2 veri tabanlarından tarandı; hastalığa neden olan, etkisi değişken, klinik önemi bilinmeyen ve hastalığa neden olmayan mutasyonlar olarak sınıflandırıldı. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların 102'si (%68) yanlış pozitif tarama, 23'ü (%15,3) taşıyıcı, 22'si (%14,6) KİMS/KFKOT, 3'ü (%2) KF tanısı aldı. Ter testi sonuçlarının 133'ü (%88,6) negatif, 14'ü (%9,3) ara değer, 3'ü (%2) pozitif. Ter testi negatif olguların 7'si (%5,2) KİMS/KFKOT tanısı aldı. KİMS/KFKOT tanılarının 15'i (%68,2) ter testi ara değer, 7'si (%31,8) negatifti (Tablo 1). KF taşıyıcılarının 6'sında (%26) hastalığa neden olan gen saptandı. KF tanısı alan hastaların %100'ünde (n:3) ter testi pozitif. Bunlardan 2 hastada (%66,6) homozigot mutasyon, 1 hastada (%33,3) bileşik heterozigot mutasyon saptandı (Tablo 2).

TARTIŞMA: KF tarama pozitif ancak KF tanı kriterlerini karşılamayan hastaların KFTR gen analiziyle değerlendirilmesi KİMS/KFKOT bireylerin saptanmasını sağlamaktadır. Bu grubun KF'ye dönme riskinden dolayı takibi gerekmektedir, bu nedenle tanımlanması kritiktir. KİMS/KFKOT ile izlenen bireyler ve ailelerine, gelecekteki gebelik öncesi genetik danışmanlık verilmesi KF hastalığı riskini azaltmak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, tarama, kistik fibrozis ilişkili metabolik sendrom (KİMS), kistik fibrozis kesin olmayan tanı (KFKOT)



Tablo 1: KİMS/KFKOT tanılı olguların ter testi sonuçları ve genetik mutasyonları

Hasta Numarası	1. Ter Testi Sonucu (mmol/L)	2. Ter Testi Sonucu (mmol/L)	Genetik Mutasyon
1	31	40	c.1040G>A HETEROZİGOT
2	25	37	c.1610A>G HETEROZİGOT c.1624G>T HETEROZİGOT
3	15	—	c.2502T>G HETEROZİGOT c.3055A>G HETEROZİGOT
4	50	47	c.3038C>T HETEROZİGOT
5	32	38	MUTASYON SAPTANMADI
6	8	—	c.3038C>T HOMOZİGOT
7	59	59	c.3935A>G HETEROZİGOT
8	46	42	c.1727G>C HOMOZİGOT c.2002C>T HOMOZİGOT
9	32	44	MUTASYON SAPTANMADI
10	6	—	c.3055A>G HETEROZİGOT c.2502T>G HETEROZİGOT
11	21	—	c.3038C>T HETEROZİGOT c. 3935A>G HETEROZİGOT
12	36	33	MUTASYON SAPTANMADI
13	52	58	MUTASYON SAPTANMADI
14	49	56	c.3154T>G HETEROZİGOT
15	5	—	c.3454G>C HETEROZİGOT c.1057C>T HETEROZİGOT
16	14	—	c.2052del HETEROZİGOT c.3454G>C HETEROZİGOT
17	22	—	c.1057C>T HETEROZİGOT c.3454G>C HETEROZİGOT
18	40	54	MUTASYON SAPTANMADI
19	40	58	MUTASYON SAPTANMADI
20	52	52	MUTASYON SAPTANMADI
21	44	31	c.173A>G HETEROZİGOT
22	50	51	MUTASYON SAPTANMADI

Bu tablo KF yenidoğan taraması pozitif olup KİMS/KFKOT tanısı alan olguların ter testi ölçüm değerleri ve tespit edilen KFTR genetik mutasyonlarını göstermektedir



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



Tablo 2: KF tanılı olguların ter testi sonuçları ve genetik mutasyonları

Hasta Numarası	1. Ter Testi Sonucu (mmol/L)	2. Ter Testi Sonucu (mmol/L)	Genetik Mutasyon
1	77	66	Stop Gained c.1057C> J p.03537 rs397508148, Homozigot
2	71	95	Frameshift Variant c.29930el p.11000LS*2 r5397508475, Homozigot
3	68	75	Missense Variant, c.274G> A p.E92K,r5121908751 Stop Gain c.2195T>G p.L732*3397508350, Heterozigot

Bu tablo KF yenidoğan taraması pozitif olup KF tanısı alan olguların ter testi ölçüm değerleri ve tespit edilen KFTR genetik mutasyonlarını göstermektedir



SS-26

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA MODÜLATÖR TEDAVİLERİN İNFLAMASYON ÜZERİNE ETKİLERİ

Kübra Özkaya, Gökçen Kartal Öztürk, Hazal Gacemer, Bahar Dindar, Gülcan Yılbaş Kara, Atacan Öğütcü, Figen Gülen

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları; İzmir

GİRİŞ ve AMAÇ: Kistik fibroziste (KF) modülatör tedavileri, özellikle elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI), terde klorür düzeylerini azaltır ve akciğer fonksiyonlarını iyileştirir; ancak sistemik inflamasyon üzerindeki etkileri sınırlı bilinmektedir. Çalışmada pediatrik KF’de ETI öncesi, 6. ve 12. ay sonrası hematolojik ve inflamatuvar belirteçlerdeki değişiminin değerlendirilmesi amaçlandı.

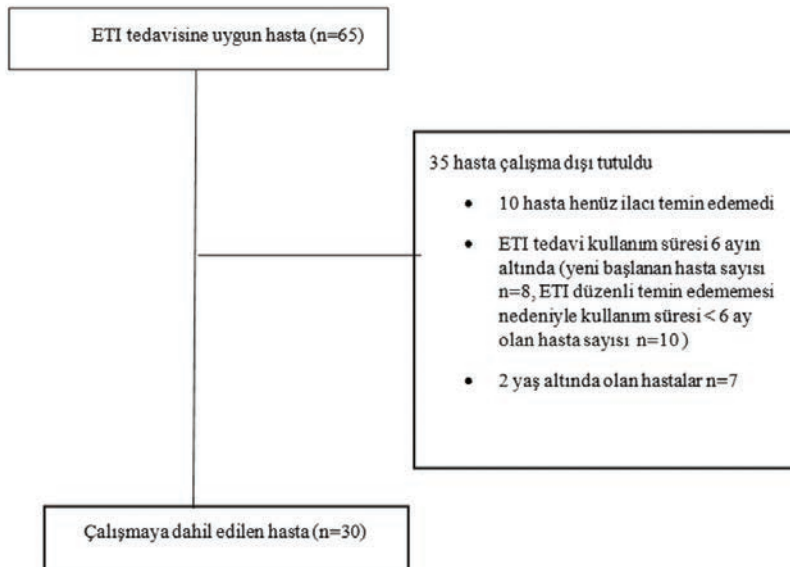
MATERYAL ve METOD: EÜTF Çocuk Göğüs Hastalıkları’nda 2–18 yaş, ETI kullanan hastalar retrospektif incelendi. Kronik karaciğer hastalığı, alevlenme döneminde/sonrasındaki 2 haftada tetkik edilenler ve ETI süresi <6 ay olanlar dışlandı. ETI öncesi ve sonrasındaki 6. ve 12. ay VKI SDS, FEV₁ z-skoru, terde Cl (0 ve 1.ay), lökosit alt grupları, trombosit, hemoglobin, albümin, IgG/IgA/IgM kaydedildi; HALP, NLR, MLR, PLR hesaplandı.

BULGULAR: ETI tedavisinin 6. Ayını tamamlamış 30 hasta [(erkek %60), ortanca yaş 96.5 ay] ve 12. ayını tamamlamış 21 hasta mevcuttu. 6. ayda; lökosit, monosit ve IgG düzeylerinde ve 12. ayda lökosit ve monosit (Friedman p=0.002), CRP (p=0.022) ve lökosit ve monosit sayısında anlamlı azalma saptandı. Spirometri yapabilen 16 hastada FEV₁-z 6. ayda artış izlenirken, ΔFEV₁-z ile laboratuvar değişimleri arasında korelasyon yoktu (p>0.05).

SONUÇ: ETI, pediatrik KF’de FEV₁-z ve ter klorüründe hızlı iyileşme sağlarken, lökosit-monosit ve CRP’de daha yavaş ortaya çıkan bir azalma ile sistemik inflamatuvar yükünü azaltmaktadır. FEV₁ artışıyla hematolojik değişimler arasında ilişki saptanmaması, hava yolu epiteline hızlı etki görülürken sistemik inflamasyondaki azalmanın daha uzun bir süreçte gerçekleştiğini düşündürmektedir. Çalışmanın retrospektif olması ve SFT yapabilen hasta sayısının az olması nedeniyle bulgular daha geniş örneklemelerle ve daha uzun süreçteki sonuçlar ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cystic Fibrosis, inflammation, Modulator Therapy

Şekil 1: Hasta seçimi akış şeması





Tablo 1: ETİ Tedavi Öncesi Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 1: ETİ Tedavi Öncesi Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri	
Değişkenler (n=30)	
Cinsiyet (n,%)	
Kız	12 (%40)
Erkek	18 (%60)
Yaş (Median (IQR))	96.5 ay (42 ay-127 ay)
VKİ SDS (Mean (±Standart sapma))	-0.79 (± 1.61)
*	
Mutasyon (n,%)	
ΔF508del/ D iğer	14 (%46.7)
ΔF508 del/ ΔF508 del	9 (%30)
Diğer / Diğer	7 (%23.3)
D110H Homozigot	2 (%6.7)
D1152H Homozigot	2 (%6.7)
D110H/N1303K	2 (%6.7)
2789 +5G>A Homozigot	1 (%3.3)
Ter testi- mmol/L (median (IQR))	85 (72.6-101)
Kolonizasyon durumu (n,%)	
Yok	23 (%76.7)
<i>Psödomonas aeruginosa</i>	5 (%16.7)
MSSA	1 (%3.3)
MRSA	1(%3.3)
FEV1 Z skoru (n=16)*	-2.60 (±2.42)
VKİ: Vücut kitle indeksi, SDS: z-skor MSSA/MRSA: <i>metisiline</i> duyarlı/dirençli stafilokok <i>aureus</i> . *normal dağılım olduğu için ortalama ±standart sapma belirtildi.	



Tablo 2: ETİ Tedavisi Öncesi ve Tedavinin 6. Ayında Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması (n=30)

Tablo 2: ETİ Tedavisi Öncesi ve Tedavinin 6. Ayında Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması (n=30)			
Laboratuvar parametresi	Tedavi öncesi	Tedavi 6.ay	p
Lökosit (/mm ³) ortanca (IQR)	9410 (7087-10687)	7700 (6700-9090)	0,010
Nötrofil (/mm ³) ortanca (IQR)	3555 (2577-5582)	3200 (2635-4333)	0,141
Lenfosit /mm ³ ortanca (IQR)	3555 (2495-5005)	3330 (2587-4055)	0,165
Monosit(/mm ³) Ortalama ± SS	734.70* (±278)	615.7 (±193,6)	0,034*
Platelet (/mm ³) median (IQR)	358500 (315750-445500)	335500 (279250-424250)	0,195
CRP (mg/L) median (IQR)	1,04 (0,4-4,13)	0,45 (0-2,8)	0,750
IgG (mg/dL) Ortalama ± SS	1182,70* (±485)	1050 (±363)	0,011*
IgM (mg/dL) Ortalama ± SS	121,30*(±56)	122 (±61)	0,896*
IgA (mg/dL) Ortalama ± SS	170,30* (±98)	168,17 (±106)	0,785*
HALP median (IQR)	48,40 (38,75-83,06)	52,60 (43,94-74,75)	0,572
MLR median (IQR)	0,19 (0,13-0,34)	0,18 (0,15-0,23)	0,544
NLR median (IQR)	1,09 (0,62-1,87)	0,95 (0,55-1,71)	0,147
PLR median (IQR)	115,90 (72,82-149,56)	110,80 (75,71-141,10)	0,544
*normal dağılım Paired T testi ile karşılaştırıldı ** normal dağılmayan değişkenler Wilcoxon-signed rank testi kullanıldı.			



Tablo 3: ETİ tedavisi öncesi, 6. ve 12. ayda laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

Tablo 3: ETİ tedavisi öncesi, 6. ve 12. ayda laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması						
Laboratuvar parametresi N=21	Tedavi öncesi median (IQR)	6.ay median (IQR)	12.ay median (IQR)	p (tedavi öncesi 6.ay)	p (tedavi öncesi 12.ay)	p (6-12. ay)
Lökosit (/mm ³)	9480 (7075-10450)	7660 (6770-8830)	7410 (6710-8615)	0,021	0,013	0,917
Nötrofil (/mm ³)	3610 (2520-5200)	3320 (2585-4275)	2910 (2515-4100)	0,290	0,110	0,821
Lenfosit (/mm ³)	3570 (2535-4480)	3340 (2575-4010)	3260 (2910-3855)	0,251	0,230	0,498
Monosit (/mm ³)	720 (525-860)	540 (490-670)	570 (475-635)	0,020	0,002	0,601
Platelet (/mm ³)	336000 (315500-420500)	331000 (274000-413500)	320000 (287500-413500)	0,186	0,509	0,876
CRP (mg/L)	0,81	0,64	0	0,278	0,001	0,007
*Çoklu karşılaştırmalar Bonferroni ile düzeltildi (anlamlılık eşiği p<0,0167).						



Tablo 4: ETİ Tedavisi Sonrası 6. ayda FEV₁-z, VKİ-SDS, Ter Klorürü Değişimi

Tablo 4: ETİ Tedavisi Sonrası 6. ayda FEV ₁ -z, VKİ-SDS, Ter Klorürü Değişimi				
Değişken	n	Tedavi öncesi	6.ay	p
FEV ₁ -z (ortalama±standart sapma)	16	-2.60 ± 2.42	-1.94 ± 2.37	0.002*
VKİ-SDS (ortalama±standart sapma)	30	-0.79 ± 1.61	-0.54 ± 1.53	0.309*
Ter klorürü (mmol/L) Ortanca (IQR) ***	30	85.0 (70.9-101.2)	36.4 (26.0-57.8)	<0.001**

Δ(6-0) = 6. ay - başlangıç; *FEV₁-z ve VKİ-SDS için Paired T-testi **ter klorürü için Wilcoxon signed-rank testi uygulandı. *** başlangıç ve 1.aydaki ter testi karşılaştırıldı.

Tablo 5: 0-6 ayda ΔFEV₁-z ile laboratuvar değişimlerinin korelasyonu

Tablo 5: 0-6 ayda ΔFEV ₁ -z ile laboratuvar değişimlerinin korelasyonu			
Parametreler	N	r _s	P*
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔVKİ-SDS	16	0,422	0,103
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔLökosit	16	-0,312	0,239
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔIgG	16	-0,050	0,854
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔMonosit	16	-0,360	0,892
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔNötrofil	16	-0,263	0,324
ΔFEV ₁ -z ↔ ΔTer klorürü	16	-0,034	0,901

* spearman korelasyon uygulandı. r_s: spearman r Δ=6. ay - başlangıç mutlak fark



Tablo 6: ETİ Tedavisi Sonrası 0-6 ayda Laboratuvar Parametrelerindeki Değişimlerin Korelasyon Analizi

Tablo 6: ETİ Tedavisi Sonrası 0-6 ayda Laboratuvar Parametrelerindeki Değişimlerin Korelasyon Analizi										
	ΔVKİ SDS		ΔNötrofil		ΔMonosit		ΔIgG		ΔTer testi	
	ρ	P*	ρ	P*	ρ	P*	ρ	P*	ρ	P*
ΔLökosit	0,244	0,194	0,673	0,001	0,588	0,001	-0,238	0,205	-0,070	0,713
ΔNötrofil	0,081	0,670			0,333	0,072	-0,120	0,528	0,147	0,439
ΔMonosit	0,187	0,323					-0,200	0,290	-0,284	0,128
ΔIgG	-0,120	0,526							-0,079	0,680
ΔTer Testi	-0,344	0,063								
*sperman korelasyon uygulandı. [Δ% = 100×(post-pre)/pre].										



SS-27

KİSTİK FİBROZİSLİ HASTALARDA CFTR MODÜLATÖRLERİNİN METİSİLİN DİRENÇLİ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ENFEKSİYONU ÜZERİNE ETKİSİ

Ceren Ayça Yıldız, Şeyda Karabulut, Neval Metin Çakar, Eda Esra Baysal, Fulya Özdemircioğlu, Müge Merve Akkitap Yiğit, Büşra Özgünay, Emre Uğurlu, Gülzar Alışbeyli, Cansu Yılmaz Yeğit, Almala Pınar Ergenekon, Ela Erdem Eralp, Yasemin Gökdemir, Fazilet Karakoç, Bülent Karadağ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

AMAÇ: Bakteriyel kolonizasyon, kistik fibrozisli (KF) bireylerde prognozu kötüleştirir. Bu çalışmada modülatör tedavilerin ve metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) durumunun, % beklenen (pp) FEV₁ üzerine 4 yıllık etkisi incelendi.

YÖNTEM: Çalışmaya 2020–2023 yılları arasında Avrupa KF Derneği kayıt sistemine dahil olan ve merkezimizde takip edilen KF'li bireyler dahil edildi. Hastalar modülatör uygunluk ve kullanım durumuna göre gruplandı: A (uygun değil), B (uygun, kullanmıyor), C (uygun, kullanıyor). MRSA durumu pozitif (P) veya negatif (N) olarak sınıflandırıldı. Alt grup analizinde MRSA durumuna göre (N veya P) $\Delta\%ppFEV_1$ değerlendirildi. Solunum örneği sayısı (BAL, balgam, boğaz sürüntüsü) retrospektif olarak kaydedildi. Modülatör tedavisini <3 ay kullanan veya ölen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 155 KF'li birey alındı [ortanca yaş: 13 yıl (4–51), %55 erkek]. Gruplara göre dağılım, A = 43 (%27,8), B = 83 (%53,5), C = 29 (%18,7) şeklindeydi. Modülatör tedavi süresi ortancası 16,6 ay (3,5–31,2) olarak saptandı. MRSANàN grubunda, modülatör kullananlarda $\Delta\%ppFEV_1$ 'deki iyileşme, tedaviye uygun olup modülatör kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (p=0.01). MRSANàP grubunda da modülatör kullananlar, kullanmayanlara kıyasla daha iyi akciğer fonksiyonu sonuçları göstermiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.03). MRSAPàP grubunda da modülatör kullanımı anlamlı bir $\Delta\%ppFEV_1$ artışı ile ilişkiliydi (p=0.02), ancak bu etkinin BMI z-skorundaki değişimle paralellik göstermediği izlendi.

SONUÇ: Çalışmamız etkili CFTR modülatör tedavilerinin kullanımında MRSA eradikasyonunun klinik yararının azalmaya başlamış olabileceğini düşündürmektedir. Bu hasta grubunda rutin eradikasyon protokollerinin klinik değerini netleştirmek için ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, kolonizasyon, MRSA, modülatör



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-28

KL-6'YA ELEŞTİREL BİR BAKIŞ: PEDIATRİK BAĞ DOKUSU HASTALIKLARINDA İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINI AYIRT ETMEDE YETERSİZ Mİ?

Birce Sunman¹, Ebru Güneş Yalçın¹, Havva İpek Demir¹, Hülya Ercan Emreol², Erdal Sag², Nagehan Emiralioglu¹, Deniz Dogru¹, Uğur Özçelik¹, Seza Özen²

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), pediatrik bağ dokusu hastalıklarının (BDH) önemli ve ciddi bir komplikasyonudur. Alveolar epitel hücreleri tarafından üretilen Krebs von den Lungen-6 (KL-6), erişkinlerde İAH için biyobelirteç olarak kullanılmaktadır. Ancak çocuklarda yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olup küçük örneklemle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, BDH'li çocuklarda serum KL-6 düzeylerinin İAH'yı ayırt etmedeki tanısal değeri araştırılmıştır.

YÖNTEM: Retrospektif tasarlanan bu çalışmaya, BDH (juvenil idiyopatik artrit, juvenil dermatomiyozit, sistemik lupus eritematosus, sistemik skleroz, STING ilişkili vaskülopati) tanılı, İAH gelişmiş çocuklar dahil edilmiştir. Yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikteki, ancak akciğer tutulumu olmayan BDH'li çocuklar kontrol grubunu oluşturmuştur. Katılımcılara solunum fonksiyon testleri, altı dakika yürüme testi ve gerekiyorsa HRCT yapılmıştır. Serum KL-6 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçülmüştür.

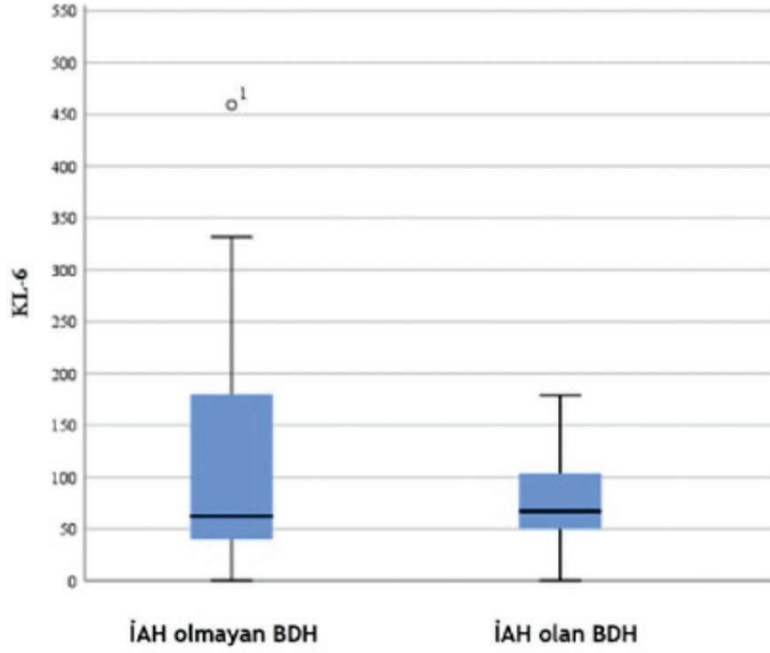
BULGULAR: Toplam 38 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir (18 İAH'lı, 20 İAH'sız). KL-6 düzeyleri iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. BDH alt grupları, solunum testleri ve HRCT bulgularına göre yapılan karşılaştırmalarda KL-6 düzeyleri açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Bazı İAH'sız hastalarda yüksek, bazı ağır İAH'lı hastalarda ise düşük KL-6 düzeyleri saptanmıştır.

SONUÇ: Bu çalışma, KL-6'nın BDH ilişkili İAH için tanısal bir biyobelirteç olarak klinik kullanımı açısından sınırlı değere sahip olduğunu göstermektedir. Erişkinlerin aksine, KL-6 düzeyleri çocuklarda İAH'nı ayırt edememiş, akciğer fonksiyon testleri ya da görüntüleme bulgularıyla uyum göstermemiştir. Bu durum, çocuklardaki hastalık fizyolojisinin erişkinlerden farklı olmasını ve KL-6'nın birçok inflamatuvar veya çevresel etkene duyarlı, İAH'ya özgül bir belirteç olmamasını yansıtır. KL-6'nın yorumlanmasını güçleştiren faktörler arasında; çocuklar için belirlenmiş referans aralıklarının olmaması, çalışmalarda örneklem sayılarının yetersizliği; hastalık aktivasyonu ve tedaviden etkilenebileceği için, KL-6 alındığı sırada hastalık aktivasyonu açısından farklı dönemlerde olmaları ve farklı tedavileri almaları sayılabilir. Ciddi akciğer tutulumu olan bazı çocuklarda KL-6 düzeylerinin düşük bulunması, bu biyobelirtecin tek başına güvenilir olmadığını göstermektedir. BDH'ye bağlı İAH tanısının daha doğru konulabilmesi için daha büyük örneklemli, uzun süreli çalışmaların yapılması ve KL-6'nın diğer biyobelirteç ve klinik verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: bağ dokusu hastalığı, biyobelirteç, interstisyel akciğer hastalığı, Krebs von den Lungen-6, pediatri



İAH olan ve olmayan BDH grupları arasında KL-6 düzeylerinin karşılaştırılması



Tablo 1

	İAH olan BDH (n= 18)	İAH olmayan BDH (n= 20)
Yaş, yıl, ortalama $\pm$ SD	13.5 $\pm$ 4.49	14.6 $\pm$ 4.71
Cinsiyet, kadın, n (%)	11 (61%)	14 (70%)
BDH süresi, yıl, ortanca (IQR)	4 (1.37-8.25)	6 (3-9.75)
İAH süresi, ortanca (IQR)	2 (1-4.25)	-
Çalışmaya dahil edilme esnasında aldıkları tedavi		
Prednizolon, n (%)	14 (77%)	6 (30%)
Hidroksiklorokin, n (%)	10 (55%)	4 (20%)
Metotreksat, n (%)	2 (11%)	10 (50%)
Mikofenolat mofetil, n (%)	7 (38%)	4 (20%)
Siklosporin, n (%)	2 (11%)	1 (5%)
Anti-TNF, n (%)	2 (11%)	1 (5%)
Anti-IL1, n (%)	1 (5%)	1 (5%)
Anti-IL6, n (%)	4 (22%)	-
BDH tipi		
Juvenil idiyopatik artrit, sayı (%)	4 (22.2%)	6 (30%)
Juvenil dermatomiyozit, sayı (%)	4 (22.2%)	6 (30%)
Sistemik skleroz, sayı (%)	5 (27.7%)	4 (20%)
Sistemik lupus eritematozus, sayı (%)	3 (16.6%)	4 (20%)
Bebeklik döneminde başlayan STING ile ilişkili vaskülopati, sayı (%)	2 (11.1%)	0 (0%)

Katılımcıların demografik verileri



Tablo 2

	İAH olan BDH (n= 18)	İAH olmayan BDH (n= 20)	p
FEV1 %, ortalama ± SD	84.94 ± 24.64	108.26 ± 12.31	0.001*
FVC %, ortalama ± SD	80.56 ± 22.01	101.74 ± 9.80	0.001*
DLCO, ortalama ± SD	84 ± 18	105.67 ± 20.55	0.025
Toraks HRCT bulguları			
BCO varlığı, n (%)	8 (44%)	0 (0%)	-
Mikronodül varlığı, n (%)	5 (27%)	3 (15%)	
Bronşektazi varlığı, n (%)	2 (11%)	0 (0%)	
Septum kalınlaşması varlığı, n (%)	3 (16%)	0 (0%)	
Fibrozis varlığı, n (%)	2 (11%)	0 (0%)	
KL-6, U/mL, ortalama ± SD	66.84 (49.24-106.46)	62.02 (39.20-186.59)	0.930

Gruplar arasında akciğer fonksiyon testi sonuçlarının ve KL-6 düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 3

	KL-6 düzeyi (U/mL), ortanca (min-maks)	p
Juvenil idiyopatik artrit		
İAH+ (n=4)	72.94 (49.64-178.93)	1
İAH- (n=6)	116.46 (8.72-459.23)	
Juvenil dermatomiyozit		
İAH+ (n=4)	109.41 (56-135)	0.831
İAH- (n=6)	68.94 (40.97-331.66)	
Sistemik skleroz		
İAH+ (n=5)	44.11 (0-171.8)	0.462
İAH- (n=4)	77.66 (38.62-100.99)	
Sistemik lupus eritematozus		
İAH + (n=3)	79.46 (48.06-80.28)	0.285
İAH- (n=4)	5.86 (0-193.3)	
Bebeklik döneminde başlayan STING ile ilişkili vaskülopati		
İAH+ (n=2)	59.62 (53.61-65.63)	-

Hastalık gruplarına göre KL-6 düzeylerinin karşılaştırılması



Tablo 4

	KL-6 düzeyi (U/mL), ortalanca (min-maks)	p
FEV1 % <%80 (n= 11) ≥%80 (n= 26)	65.63 (44.11-103.51) 66.04 (42.73-142.87)	0.618
FVC % <%80 (n= 10) ≥%80 (n= 27)	59.62 (36.96-120.58) 68.06 (43.32-135)	0.561
DLCO <%80 (n= 7) ≥%80 (n= 15)	77.82 (40.97-103.51) 56 (44.11-99.32)	0.860

Akciğer fonksiyon testi sonuçlarına göre KL-6 düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 5

	KL-6 düzeyi (U/mL), ortalanca (min-maks)
Buzlu cam opasitesi Mevcut (n= 8) Yok (n= 13)	109.41 (0-178.93) 56.0 (11.73-331.66)
Mikronodüller Mevcut (n= 8) Yok (n= 13)	68.14 (15.51-253.12) 64.02 (0-331.66)
Bronşektazi Mevcut (n= 2) Yok (n= 19)	125.63 (79.46-171.80) 56.0 (0-331.66)
Septum kalınlaşması Mevcut (n= 3) Yok (n= 18)	53.61 (49.64-178.93) 70.92 (0-331.66)
Fibrozis Mevcut (n= 2) Yok (n= 19)	71.72 (65.63-77.82) 60.01 (0-331.66)

Toraks HRCT bulgularına göre KL-6 düzeyleri



SS-29

KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU SONRASI BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Begüm Yörük, Yadigar Öztürk, Zeliha Başak Polat, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Bronşiolitis obliterans sendromu (BOS), çocukluk çağına allojenik hematopoetik kök hücre nakli (HSCT) sonrası görülebilen, geri dönüşümsüz küçük havayolu obstrüksiyonu ile karakterize ciddi bir komplikasyondur. Sıklığı %2–6 arasında değişmekle birlikte, hangi hastalarda gelişebileceğini öngörmek için risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: 2019–2025 yılları arasında merkezimizde transplantasyon uygulanan 32 pediatrik olgu retrospektif olarak incelenmiştir. BOS tanısı, 2024 ATS tanı kriterleri doğrultusunda konulmuş olup, BOS gelişen (n=11) ve gelişmeyen (n=21) hastalar; klinik risk faktörleri ve solunum fonksiyon testleri açısından karşılaştırılmıştır. FEV₁ z-skorumları esas alınarak solunum fonksiyon bozukluğu dereceleri ≥ -1.64 : normal, -1.64 ile -2.5 arası: hafif, -2.5 ile -3.5 arası: orta, < -3.5 : ciddi bozukluk olarak sınıflandırılmıştır.

BULGULAR: BOS gelişiminde en güçlü ilişkiler kronik GVHH ($p<0.001$), akut GVHH ($p=0.005$), PICU'da mekanik ventilasyon ($p=0.003$) ve busulfan içeren hazırlık rejimi ($p=0.027$) ile saptandı. BOS grubunda FEV₁ z-skoru anlamlı şekilde düşüktü (-4.15 ± 1.89 vs -1.22 ± 2.18 , $p=0.013$), FEV₁/FVC z-skoru da belirgin azalmıştı (-1.87 ± 2.25 vs $+0.55\pm0.81$, $p=0.004$), ancak FEV₁ z skorunun BOS gelişimini öngörmedeki bağımsız etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan analizde bu fark anlamlı bulunmadı. Bu durum, iki grup arasındaki farkın diğer değişkenlerin etkisiyle açıklanabileceğini veya post FEV₁ z skorunun BOS için bağımsız bir belirteç olmadığını düşündürmektedir. BOS gelişen hastaların %66.7'sinde ciddi bozukluk (FEV₁ z-skoru < -3.5) saptandı. BOS grubunda %50 obstrüktif, %16.7 mikst patern izlendi.

SONUÇ: Bulgularımız BOS gelişimiyle ilişkili çoklu risk faktörlerini ortaya koymakta ve spirometrik izlemin tanıda temel rol oynadığını göstermektedir. Akut veya kronik GVHH gelişen çocukların BOS açısından mümkünse solunum fonksiyon testleri ile yakın takibinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolitis obliterans sendromu, GVHD, Spirometri, Pediatrik hematopoetik kök hücre nakli



tablo 1

Tablo1: Tüm hasta grubu ve BOS gelişen hastalarda klinik ve tedavi özellikleri

Değişken	Toplam (n=32)	BOS (+) (n=11)
Cinsiyet n (%)		
Kadın	15 (46.9)	3 (27.3)
Yaş (yıl) medyan (min-maks)		
Genel yaş	8.8 (1.1-17.8)	12.2 (1.1- 17.8)
Transplantasyon yaşı	6.1 (0.8-14.5)	7.0 (1.7-14.1)
BOS tanı yaşı		8.1 (1.8-15.2)
Nakilden BOS'a kadar süre		
BOS (+) medyan (min-maks)		1.10 (0.1-2.0)
Antropometri		
Boy, ort ± SS (cm)	129.0 ± 24.2	133 ± 30
Ağırlık, ort ± SS (kg)	30.8 ± 14.8	30.7 ± 13.1
BKİ, medyan (IQR)	17.3 (2.7)	17.1 (1.3)
Enfeksiyon öyküsü / MV öyküsü/ECP n (%)		
<100 gün içinde enfeksiyon	17 (53.1)	8 (72.7)
İnterstitiyel pnömoni	8 (25.0)	5 (45.5)
ECP	6 (18.8)	6 (54.5)
MV gereksinimi	7 (21.9)	6 (54.5)
Primer tanı n (%)		
Hematolojik malign	12 (37.5)	5 (45.5)
Hematolojik non-malign	8 (25.0)	4 (36.4)
İmmün yetmezlik	4 (12.5)	1 (9.1)
Solid tümör	2 (6.2)	0 (0.0)
Diğer	6 (18.8)	1 (9.1)
Nakil kaynağı n (%)		
HSCT	29 (90.6)	10 (90.9)
Organ	2 (6.2)	0 (0.0)
HSCT + Organ	1 (3.1)	1 (9.1)
Donör Tipi n (%)		
Otojen donör	2 (6.2)	0 (0.0)
Akraba dışı donör	20 (62.5)	8 (72.7)
Akraba donör	10 (31.2)	3 (27.3)
Semptomlar n (%)		
Oksürük	16 (50.0)	10 (90.9)
Hışıltı	7 (21.9)	4 (36.4)
Dispne	12 (37.5)	8 (72.7)
Fizik muayene bulguları n (%)		
Ral	15 (46.9)	11 (100.0)
Ronküs	9 (28.1)	6 (54.5)
Ekspirasyon uzaması	1 (3.1)	1 (9.1)
Retraksiyon	2 (6.2)	0 (0.0)
Hışıltı (muayenede)	2 (6.2)	2 (18.2)
Taşipne	1 (3.1%)	1 (9.1)
Hipoksemi	5 (15.6%)	5 (45.5)
Çomak parmak	2 (6.2%)	1 (9.1)
GVHD n (%)		
Akut GVHD	21 (65.6)	11 (100.0)
Kronik GVHD	12 (37.5)	9 (81.8)
Tutulum: Cilt	7 (21.9)	5 (45.5)
Tutulum: GIS	4 (12.5)	2 (18.2)
Tutulum: Cilt + GIS	9 (28.1)	4 (36.4)
Tedavi n (%)		



tablo 1 devamı

Tablo 1 devamı		
Pulse steroid	8 (25.0)	7 (63.6)
Oral steroid	23 (71.9)	10 (90.9)
Hidroksiklorokin	2 (6.2)	2 (18.2)
FAM	12 (37.5)	11 (100.0)
IVIG	6 (18.8)	2 (18.2)
Pulmoner etkili ilaçlar n (%)		
TBI	11 (34.4)	5 (45.5)
Busulfan	14 (43.8)	8 (72.7)
Metotreksat	17 (53.1)	7 (63.6)

Veriler n (%) veya ortalama $\pm$ standart sapma / medyan (IQR)n ya da (minimum-maximum) olarak sunulmuştur. Yüzdelere sütun içi oranlardır. MV: mekanik ventilasyon. **Kısaltmalar:** HSCT, hematopoietik kök hücre nakli; GIS, gastrointestinal sistem; VKİ, beden kitle indeksi; HRCT, yüksek çözünürlüklü BT.

tablo 2

Tablo 2: BOS gelişimine göre SFT Paternleri ve FEV1 Z-Skoruna Göre Şiddet Dağılımı

Kategori	BOS (+) n (%)	BOS (-) n (%)
SFT paterni		
Normal	1 (16.7)	5 (41.7)
Restriktif	1 (16.7)	5 (50)
Obstrüktif	3 (50.0)	1 (8.3)
Mikst	1 (16.7)	0 (0.0)
FEV1 z-skoruna göre ağırlık derecesi		
Ağır ($z < -3.5$)	4 (66.7)	2 (16.7)
Orta ($-3.5 \leq z < -2.5$)	0 (0.0)	2 (16.7)
Hafif ($-2.5 \leq z < -1.64$)	2 (33.3)	1 (8.3)
Normal ($z \geq -1.64$)	0 (0.0)	7 (58.3)

BOS (+): n=6; BOS (-): n=12. Değerler n (%). Kategoriler FEV1 z-skor aralıklarına göre tanımlandı.

BOS gelişimine göre SFT Paternleri ve FEV1 Z-Skoruna Göre Şiddet Dağılımı



tablo 3

Tablo 3: BOS Gelişimine Göre Risk Faktörlerinin Dağılımı

Grup	Değişken	BOS (+) n (%)	BOS (-) n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	3 (27.3)	12 (57.1)	0.147
Primer Tanı	Hematolojik malignite,	5 (45.5)	7 (33.3)	0.703
Nakil tipi	HSCT	10 (90.9)	19 (90.5)	1.000
Donör Tipi	Akraba dışı donör	8 (72.7)	12 (57.1)	0.465
	Kronik GVHD (var)	9 (81.8)	3 (14.3)	<0.001
GVHD varlığı	Akut GVHD (var)	11 (100.0)	10 (47.6)	0.005
	İnterstisyel pnömoni (var)	6 (54.5)	2 (9.5)	0.010
Pnömoni öyküsü	PICU MV (var)	6 (54.5)	1 (4.8)	0.003
Pulmoner etkili ilaç kullanımı	Busulfan içeren hazırlık (var)	8 (72.7)	6 (28.6)	0.027
Erken başlangıçlı enfeksiyon	<100 günde enfeksiyon (var)	8 (72.7)	9 (42.9)	0.147
GVHH için koruyucu tedavi	Metotreksat içeren hazırlık (var)	7 (63.6)	10 (47.6)	0.472
	ECP (var)	6 (54.5)	0 (0.0)	<0.001

Not: Çok kategorili değişkenler daraltılarak 2x2 karşılaştırmaya çevrildi: Primer tanı: Hematolojik malignite vs. diğer; Nakil tipi: HSCT vs diğer; Donör tipi: Akraba dışı vs (akraba/otolog). P-değerleri iki yönlü Fisher testidir; küçük hücre sayılarında uygundur.

BOS Gelişimine Göre Risk Faktörlerinin Dağılımı

tablo 4

Tablo 4. BOS gelişimine göre hastaların solunum fonksiyon testlerinin karşılaştırılması

SFT z skoru	BOS (+) n Median (IQR)	BOS (-) n Median (IQR)	P değeri
FEV1	6 -4.62 (2.97)	12 -0.74 (2.94)	0.018
FVC	6 -3.38 (3.28)	13 -1.20 (2.88)	0.152
FEV1/FVC	6 -0.98 (3.46)	12 0.57 (0.89)	0.007
RV	6 1.80 (2.88)	5 1.41 (1.0)	0.792
TLC	6 -0.79 (3.47)	5 -0.73 (0.71)	0.792
RV/TLC	6 3.54 (2.69)	5 3.11 (0.81)	0.792

Değerler median (IQR) olarak verilmiştir. p- değerleri Mann-Whitney U testi ile hesaplanmıştır; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı k edilmiştir.

BOS gelişimine göre hastaların solunum fonksiyon testlerinin karşılaştırılması



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-30

KOLŞİSİN-DİRENÇLİ AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA PULMONER BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVRİM HEPKAYA¹, Nebahat Zeynep Özslan², Törehan Özer³, Betül Ökse², Yonca Anık³, Nihal Şahin², Hatice Emine Sönmez²

¹Kocaeli Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü

²Kocaeli Üniversitesi Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

³Kocaeli Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışma, kolşisin dirençli FMF (crFMF) tanısı alan çocuklarda toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını incelemeyi ve çocukluk dönemindeki FMF'de akciğer tutulumunun klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

YÖNTEMLER: 31 crFMF hastasında yapılan kesitsel çalışmada, toraks BT bulguları, kuru öksürük, nefes darlığı, egzersiz intoleransı gibi solunum semptomları ve spirometri ile akciğer fonksiyonları değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların %29,1'inde toraks BT normal bulunurken, %70,9'unda anormallikler saptanmıştır; nodüller en sık görülen bulgudur (%61,2). Bir hastada FMF'ye bağlı interstisyel akciğer hastalığını düşündüren subplevral honeycombing ve bilateral ground-glass opasiteler gözlenmiştir. Atak sırasında en sık göğüs ağrısı (%70,9), en kalıcı semptom ise nefes darlığıdır. Spirometri, atak sonrası dönemde %32 hastada anormal değerler gösterirken, klinik stabil dönemde bu oran %14,2'ye düşmüştür. Zorunlu vital kapasitenin %25-75'i arasındaki zorlanmalı ekspirasyon akımı (FEF25-75) stabil fazda anlamlı artış göstermiştir (83,1±19,2 vs 92,2±21,6, p=0,05). Genotipler ve ISSF skorları arasında BT bulguları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

SONUÇ: Çalışma, crFMF hastalarında yüksek oranda pulmoner anormallikler olduğunu ve FMF'ye bağlı interstisyel akciğer hastalığı vakası tanımlandığını göstermektedir. Solunum semptomları ve spirometri bozuklukları ataklarla sıkça ilişkilidir. crFMF hastalarında akciğer tutulumu saptamak ve uygun tedavi yönetimi sağlamak için kapsamlı solunum değerlendirmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Toraks BT, plevrit, göğüs ağrısı, interstisyel akciğer hastalığı



FMF-ilişkili ILD pateni gösteren hastanın torak BT bulguları

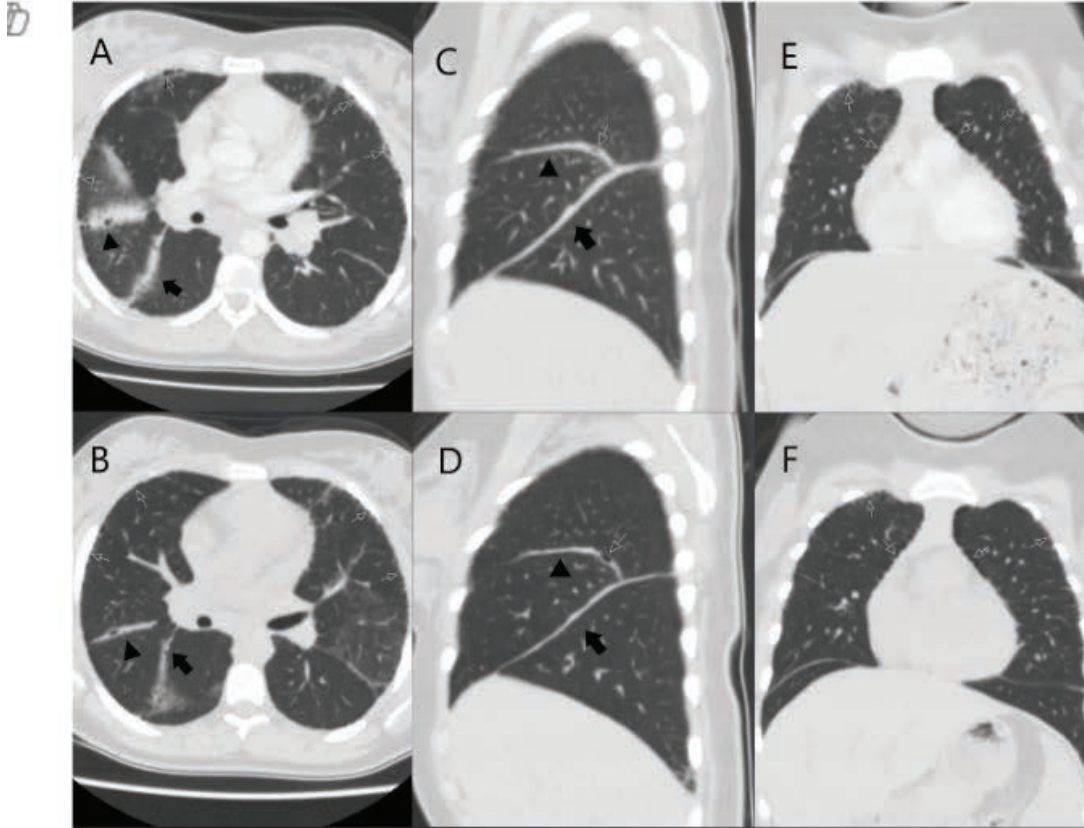


Figure 1. Thoracic CT scans of patients with FMF-related ILD pattern

ACE: CT sections in lung parenchyma window (initial)

BDF: CT sections in lung parenchyma window (final)

AB: Axial section

CD: Sagittal section

EF: Coronal section

The white arrows indicate subpleural, millimetric cysts. These cysts, seen in two rows, may be consistent with a honeycomb appearance.

The black arrowheads indicate the minor fissures in the ABCD planes and the millimetric cysts in those regions.

The thick black arrows show the major fissure. Fibrotic thickening of the fissure is still present, though it appears to have regressed.

Around the subpleural cysts, there are mild increases in density, which may be interpreted as consistent with pleural thickening. In the most recent CT images, these findings also appear to have regressed.

The acute inflammatory condition in the pleura appears to have regressed with biological treatment before progressing to fibrosis. A decrease in the density surrounding the subpleural cysts is noted. While fibrotic changes in the fissures persist, a reduction in their thickness is observed.

The underlying chronic changes at the base (subpleural cysts, honeycomb appearance, fibrotic thickening in the fissures) continue to be present in the same manner.



Table 1. Demografik ve klinik özellikler



Table 1. Characteristics of the study population

Sex (male), n (%)	11 (35.5)
Age (yr), median (25th-75th)	11.0 (8.0-15.5)
Age at diagnosis (m), mean (SD)	69.9 ± 32.6
Age at first symptom (m), mean (SD)	57.3 ± 31.5
Family history of FMF, n (%)	18 (58)
Consanguinity, n (%)	5 (16.1)
Atopy, n (%)	3 (9.6)
Smoking, n (%)	3 (9.6)
STE, n (%)	21 (67.7)
FMF attacks in previous year, median (25th-75th)	5.1 (2.0-10.0)
Genotype, n (%)	
M694V/M694V	23 (74.1)
M694V/M680I	5 (16.1)
M680I/V72A	1 (3.2)
M694V/V726A	1 (3.2)
V726A	1 (3.2)
Current treatment duration, n (%)	
Compressed tablet of colchicine	16 (51.6)
Anakinra	3 (9.7)
Canakinumab	12 (38.7)

FMF, familial Mediterranean fever; m, month; yr, year; SD, standard deviation; STE, second-hand smoke exposure



Table 2. Toraks BT bulguları

Table 2. Thorax comprised tomography findings, n (%)

Normal	9 (29.1)
Nodule	19 (61.2)
Atelectasis	5 (16.1)
Pleural changes	3 (9.7)
Others*	11 (35.4)

Other (Parenchymal fibrotic changes and bronchitis in 2 each patient, emphysema, mediastinal lymphadenopathy, pleural effusion, pericardial calcification, honeycomb appearance, focal air trapping in 1 each patient.)

Table 3. Solunum sistemine ait hikaye, bulgu ve semptomlar

Table 3. Respiratory system history, symptoms and signs

Respiratory symptoms	<u>(during attack)</u>	(persistent)
Shortness of breath, n (%)	7 (22.5)	5 (16.1)
Exercise intolerance, n (%)	10 (32.2)	1 (3.2)
Chest pain, n (%)	22 (70.9)	1 (3.2)
Spirometry	(S1)	<u>(S2)</u>
FEV1, mean (SD)	89.7±13.6	89.85±8.9
FVC, mean (SD)	91.4±13.4	88.95±10.8
FEV1/FVC, mean (SD)	97.1±7.4	100±8.0
FEF 25-75, mean (<u>SD</u>)	83.1±19.2	92.2±21.6
History of pleuritis, n (%)	22 (70.9)	
History of pneumonia n (%)	3 (9.6)	
Asthma n (%)	2 (6.4)	

FEV1, forced expiratory volume; FVC, forced vital capacity; forced expiratory flow at 25-75% of FVC; SD, standard deviation



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand Istanbul Ataşehir



SS-31

PULSE STEROİD TEDAVİSİNİN ANTROPOMETRİK VE SOLUNUMSAL YANKILARI: İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLI ÇOCUKLARDA GÖZLEMSEL BİR DEĞERLENDİRME

Eda Gürler, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları(chILD) nadir difüz akciğer hastalıklarıdır. Yönetiminde immünsüpresif ve antiinflamatuvar tedaviler kullanılmaktadır. Pulse metilprednizolon tedavisi(PMP) klinik ve radyolojik iyileşme sağlayabilen ilk basamak tedavilerdendir. PMP uzun süreli oral kortikosteroid tedavisine kıyasla daha düşük yan etki göstermektedir.Çalışmamızda PMP alan chILD'lerde büyüme, solunum fonksiyonları ve hastalık aktivitesi üzerindeki etkileri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Ocak 2020-Nisan 2025 arasında PMP alan chILD hastalarımızın retrospektif olarak antropometrik ölçümleri (boy, vücut ağırlığı (VA),vücut kitle indeksi(VKİ) standart sapma skoru(SDS)), spirometri(FVC,FEV1vb.) ve hastalık aktivite skorları(FAN) tedavi öncesi ve kesitsel karşılaştırıldı.

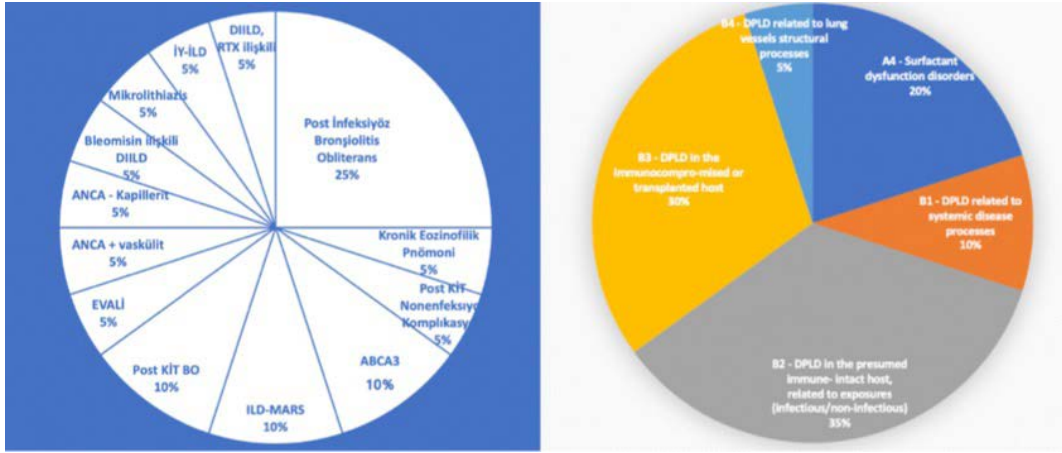
BULGULAR: PMP alan 20 hastanın tedavi süresi medyan 8.5ay (min-max2-27ay), medyan aylık doz 76.5 mg/kg/aydı (IQR:43 mg/kg/ay). Tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri arasında geçen süre ortalama 17.3 aydı(min-max1-40ay). Tedavi sonrası VKİSDS'de istatistiksel anlamlı artış bulunmuştur($p=0.048$),VASDS için ise anlamlılık sınırına yakın bir artış saptanmıştır($p=0.093$).BoySDS değerlerinde istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.949$).FVC'de istatistiksel anlamlı sayılabilecek düzelme gözlemlendi($p=0.051$).Hastalık aktivite skorlarında istatistiksel belirgin azalma görüldü ($p<0.01$).Çalışmamızda alınan PMP doz sayısı ile antropometrik ölçümler arasında yapılan korelasyon analizinde doz sayısı arttıkça VA SDS ve VKİ SDS'de artış, boy SDS'de ise düşüş saptandı(sırasıyla $r=0.079$, $r=0.114$, $r=-0.045$). Ancak bu değişimler istatistiksel anlamlı değildi($p>0.05$).

TARTIŞMA-SONUÇ: Pulse metilprednizolon tedavisi kısa süreli kullanıldığında büyüme üzerinde belirgin olumsuz etki göstermemektedir. Fan ve ark. (1992),chILD hastalarının üçte birinden fazlasında büyüme geriliği bildirmiştir, ancak bunun kortikosteroid tedavisine, hastalık aktivitesine veya diğer faktörlere bağlı olup olmadığına dair bir bulguya rastlamamışlardır.Steroidlerin vücut ağırlığında ve VKİ'de artışa, ayrıca büyüme plaklarındaki baskılayıcı etkiye bağlı boy kısalığına neden olabileceği bilinmekte;çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da benzer etkilerinin olduğu gözlemlendi.Bu nedenle büyümenin düzenli izlenmesi, daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: chILD, İnterstisyel akciğer hastalıkları, pulse metilprednizolon, antropometrik



Resim 1: Hastalarımızın tanılarının dağılımı ve chILD sınıflandırmaları



Tablo 1: Hastalarımızın demografik verileri, fizik muayene bulguları ve radyolojik bulguları; başvuru yaşları tedavi süreleri ve tedavi dozları

	n (%)
Erkek Cinsiyet	13 (65)
Akraba Evliliği (+)	11 (55)
Çomak Parmak	6 (30)
Hipoksi	17 (85)
Efor ile Semptom	16(80)
<i>Tedavi öncesi görüntüleme bulgusu</i>	
UIP	2 (10)
Mozaik Perfüzyon	5 (25)
Hiperaerasyon	3 (15)
Buzlu cam	3 (15)
BO	1 (5)
Mikrolitiazis	1(5)
Nodüler görünüm ve septal kalınlaşma	4 (20)
Normal	1 (5)
<i>ILD Genetik Değerlendirme</i>	
MARS	2 (10)
ABCA3	2 (10)
SLC3A4	1 (5)
MUC5B	3 (15)
Patolojik varyant yok	8 (40)
Henüz sonuçlanmamış	4 (20)
Medyan (IQR)	
Yaş (ay)	94.5 (97.5)
Tedavi Doz Sayısı	8.5 (18.0)
Aylık doz (mg/kg/ay)	76.5 (43.0)



Tablo 2: Hastalarımızın tedavi öncesi ve kesitsel antropometrik, solunumsal parametrelerinin, hastalık aktivitelerinin karşılaştırılması

	Tedavi öncesi median (IQR)	Tedavi Sonrası median (IQR)	<i>p</i>
% FEV1	62.0 (16.5)	61(24.5)	0.219
% FVC	64.5(14.5)	76.5(8.25)	0.051
%FEV1/FVC	104(15.8)	90.5(29.3)	0.058
%PEF	48(26.0)	68.5(35)	0.219
%MFEF	61(24.5)	64.5(29.5)	0.289
FAN SKORU ÖNCE	2.00(1.25)	1.00(0.94)	<.001
VA SDS	-0.735(0.785)	-0.590(1.05)	0.093
BOY SDS	-0.630(1.58)	-0.700(1.88)	0.812
VKİ SDS	-0.5750(1.60)	-0.0150(1.24)	0.048

Tablo 3: Alınan steroid doz sayısı le Antropometrik ölçümlerdeki farkın ilişkisi

	Korelasyon kat sayısı	<i>p</i>
Ağırlık SDS değişimi	0.079	0.742
VKİ SDS değişimi	0.144	0.546
Boy SDS değişimi	-0.045	0.850



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-32

POST-İNFEKSİYÖZ BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS VAKALARI – KLİNİK VERİ ANALİZİ

Erdem Gönüllü¹, Ebru Köstereli¹, Evrim Özmen², Zeynep Seda Uyan¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Post-infeksiyöz bronşiolitis obliterans (PIBO), çocukluk çağında alt solunum yolu enfeksiyonları sonrası gelişen, kronik akciğer hastalığıdır. Çalışmamızda izlediğimiz PIBO'ların klinik özellikleri, tedavi süreçleri ve immünolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2018-2025 yılları arasında PIBO tanısıyla izlenen 14 olgu retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve tedavi bilgileri kaydedildi, immün yetmezlik ve tedavi sonrası solunumsal gidişatları değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların %57,1'i erkekti, ortalama tanı yaşı 1077 gün (IQR;519-2234) idi. Tanı sırasında 24 aylıktan küçüklerin oranı %42,8'di. İlk yakınmadan PIBO tanısına kadar geçen ortalama süre 293 (IQR;148-413) gün, ilk muayeneden tanıya kadar geçen ortalama süre 151 (IQR;94-342) gündü. Hastaların 8'inde (%57,1) immün yetmezlik olduğu görüldü, bunların 6'sının (%42,9) immün yetmezlik tanısı PIBO için araştırma sürecinde konuldu.

İmmün yetmezliği olan hastalarda ilk yakınmadan-ilk tanıya kadar ve ilk muayeneden-ilk tanıya kadar olan süre anlamlı olarak daha uzundu (sırası ile $p=0,004$ ve $p=0,011$). İmmün yetmezliği olanların dördünün BAL kültüründe çoklu üreme saptandı ($p<0,005$), BAL eozinofil oranı daha yüksekti ($p:0,034$) ve CD4/CD8 oranı 0,4'ten daha düşüktü ($p<0,05$). Olguların ikisi hariç hepsi sistemik steroid (KS) aldı. Bir olguda ailenin tedavi kararsızlığı, diğerinde önceden KS aldığı için KS verilmedi. KS'e bağlı osteopeni, hiperglisemi, femur başı avasküler nekrozu hiçbir olguda gözlenmedi. Olgulara inhale flutikazon, montelukast ve haftada üç gün azitromisin başlandı. İki olguda (%13,3) montelukast kaynaklı olduğu düşünülen uyku terörü nedeniyle montelukast bir ay sonra kesildi, yakınma tekrarlamadı. Altı aylık tedavi sonrasında olguların %28,5'inde yakınmalar devam etti.

SONUÇ: PIBO'da tanı ve tedavi süreleri değişkendir. İmmün yetmezlik varlığı, kliniği ve tanı süresini etkileyebilir. PIBO'da immün değerlendirme yapılması klinik yönetimde önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Post enfeksiyöz Bronşiolitis Obliterans, İmmün yetmezlik, Bronkoalveoler Lavaj



SS-33

SESSİZ SOLUKLA BAŞLAYAN SİSTEMİK BİR FIRTINA: ÇOCUKLUK ÇAĞI LUPUSUNDA AKCİĞER TUTULUMU

Yasemin Mocan Çağlar, Özge Ülgen, Begüm Yörük, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Juvenil sistemik lupus eritematosus (jSLE)'da akciğer tutulumu nadir görülmekle birlikte, ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Plevral efüzyon, lupus pnömonisi, interstisyel akciğer hastalığı gibi farklı formlarda karşımıza çıkabilir.

VAKA: Faktör V&VIII eksikliği nedeniyle takipli olan 13 yaş kız hasta, 3 gün önce başlayan göğüs ağrısı, periorbital ödem, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde, solukluk, bilateral pretibial ve periorbital ödem, hepatosplenomegali, ascit, peteşial döküntüler, multiple lenfadenopati (sol aksillada, servikal zincirde) vardı ve akciğerde sol alt lobda solunum sesleri azalmıştı. Hasta, pnömoni, plevral efüzyon ön tanılarıyla yatırıldı. Laboratuvarında; pansitopeni, hipokomplementemi (C3:0.2 g/L, C4:0.02 g/L), yüksek anti-dsDNA (>800 IU/ml), proteinüri (8.31 g/gün), pozitif direkt Coombs testi, yüksek LDH ve düşük haptoglobin düzeyleri ile otoimmün hemolitik anemi bulguları mevcuttu. Akciğer grafisinde sol sinüs kapalıydı; toraks bilgisayarlı tomografisinde solda 4.5 cm plevral efüzyon, komşuluğunda atelektazi ve bilateral interlobüler septal kalınlık artışı saptandı (Şekil 1). Torasentezde transüda özellikli plevral sıvı elde edildi. Malignite ve enfeksiyon dışlandı. Antifosfolipid panelde anti-kardiyolipin IgG yüksek (399 PL-IgG-U/ml), lupus antikoagülanı pozitif. Böbrek biyopsisi lupus nefriti ile uyumluydu. Hastaya SLE ve lupus nefriti tanıları ile pulse metilprednizolon, intravenöz immunglobulin, antibiyotik, furosemid, hidrosiklorokin ve siklofosfamid başlandı. Pnömonitis ve nefritin tedaviye rağmen devam etmesi üzerine rituksimab eklendi. Takibinde efüzyonu düzeldi (Şekil 2), semptomları iyileşti.

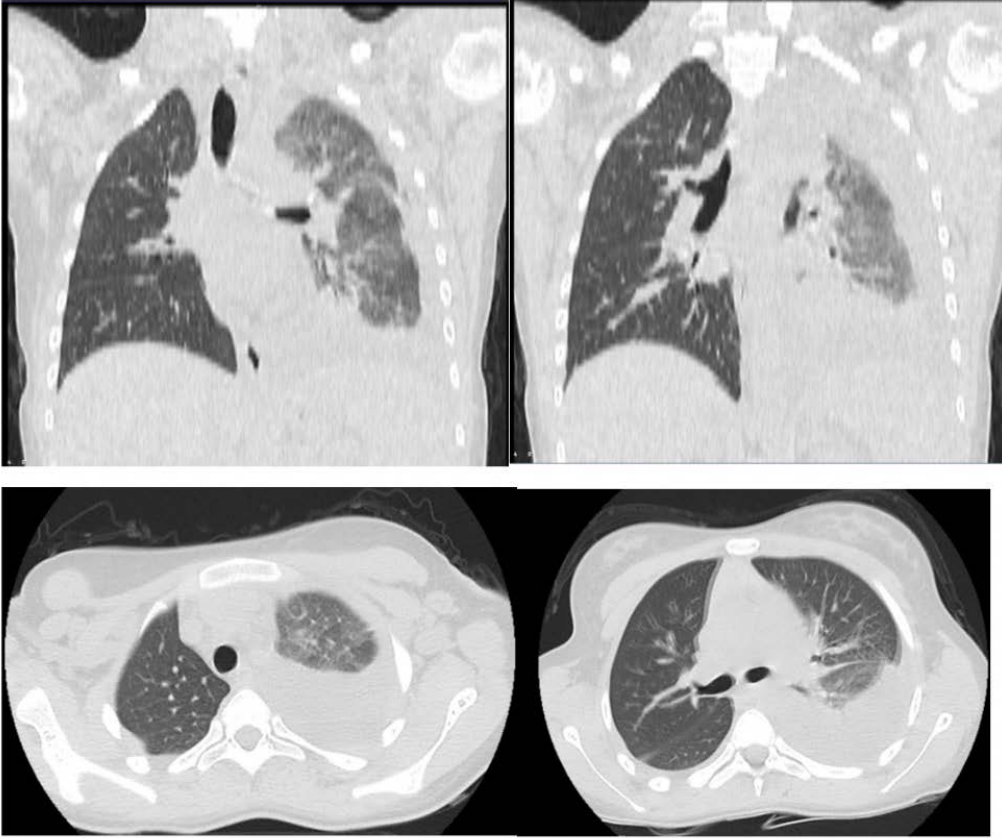
TARTIŞMA: Akciğer tutulumu, jSLE'de nadir olmakla birlikte ciddi morbiditeye neden olabilir. Hastamızda ilk başvuru anında solunum sıkıntısı, plevral efüzyon ve tomografide belirgin akciğer tutulumu nedeniyle lupus pnömonisi düşünüldü ve immunsupresif tedaviye başlandı.

SONUÇ: Bu olgu, jSLE'de pulmoner tutulumun önemini ve erken tanı ile uygun tedavinin hayat kurtarıcı etkisini göstermektedir. Çok sistemli tutulumda agresif ve çoklu ajanlarla tedavi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil Sistemik Lupus Eritematozis, Lupus Plörezisi, Plevral Efüzyon, Akut Lupus Pnömonitisi, Rituksimab

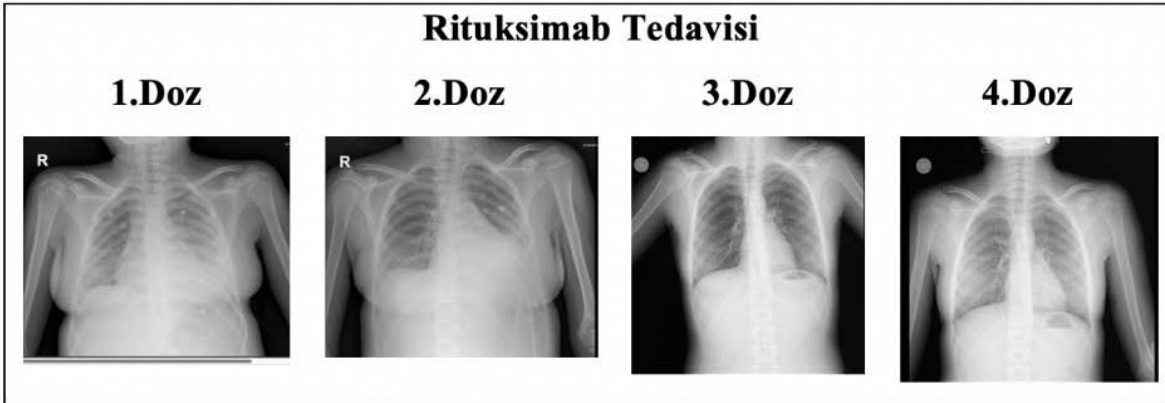


Şekil 1



Toraks Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleri

Şekil 2



Tedavi sonrası postero-anterior akciğer grafisi görüntüleri



SS-34

HEMATOPOİETİK KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS GELİŞEN OLGULARIMIZ

Tuba Karakuş Sert¹, Gözde Cavıldak Karaaslan¹, Julide Özgür¹, Yeliz Koç¹, Burak Taha Keşkekoğlu¹, Füsün Ünal¹, Hale Elhamet³, Hakan Yazan¹, Işık Odaman A², Yöntem Yaman², Murat Ell², Sema Anak², Sedat Öktem¹

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul*

³*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Bronşiolitis obliterans (BO), Hematopoietik Kök Hücre Nakli (HKHN) sonrası da görülebilen nadir ancak önemli bir akciğer komplikasyonudur.

AMAÇ: Pediatrik HKHN sonrası BO tanısı almış olguların; klinik özelliklerini değerlendirmek.

METOD-MATERYAL: Ocak 2015-Ocak 2025 tarihleri arasında hastanemizde HKHN yapılan ve izleminde BO tanısı alan 22 hasta çalışmaya alındı. Klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Çalışma döneminde toplam 442 çocuğa HKHN yapıldı ve 22'sinde (%4,97) (K/E:13/9) BO gelişti. Yirmi iki hastanın ortalama yaşı 88 (IQR: 67-156, min-maks:28-202) ay idi. Nakil sonrası BO gelişme süresi ortalama 197 (IQR: 139-338, min-maks:61-780) gün idi. Hastalarımız en sık malignite nedeniyle nakil olmuştu. Hastaların %86'sında başka bir organda GVHD mevcuttu. Teknik olarak yapabilen 16 hastanın nakil öncesi ve BO tanısı anında SFT'leri mevcuttu. İlk FEV1 ortalama 94 (IQR: 83-97, min-maks:68-110), ilk FVC ortalama 90 (IQR: 81-96, min-maks:66-126), tanı anında FEV1 ortalama 58 (IQR: 43-80, min-maks:25-89), tanı anında FVC ortalama 68 (IQR: 52-78, min-maks:31-92) idi. Tüm hastaların toraks BT'sinde mozaik atenuasyon ve/veya peribronşial kalınlaşmalar mevcuttu. On iki hastaya BAL örnekleme yapıldı. Hastaların tümüne flutikazon-azitromisin-montelukast tedavisi başlandı, ek olarak 15 hastaya 1 mg/kg prednol, 14 hastaya ruxolitinib, 10 hastaya fotoferez ve klinik durumu ağır olan 2 hastaya ise pulse steroid tedavisi verildi. Tedavi sonrası 6 hastanın FEV1 değerlerinde düzelme görüldü. Çoklu organ yetmezliği nedeniyle 4, hastalığının nüks etmesi nedeniyle 2, BO'ya bağlı solunum yetmezliği nedeniyle de 2 olmak üzere toplam 8 hasta kaybedildi.

TARTIŞMA: Bronşiolitis obliterans, HKHN sonrasında görülebilen nadir bir komplikasyondur, nakil sonrası uzamış solunum problemleri olan ve FEV1 değerlerinde düşüş olan hastalarda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolitis obliterans, Hematopoietik kök hücre nakli komplikasyonları, Pediatrik solunum fonksiyon testi

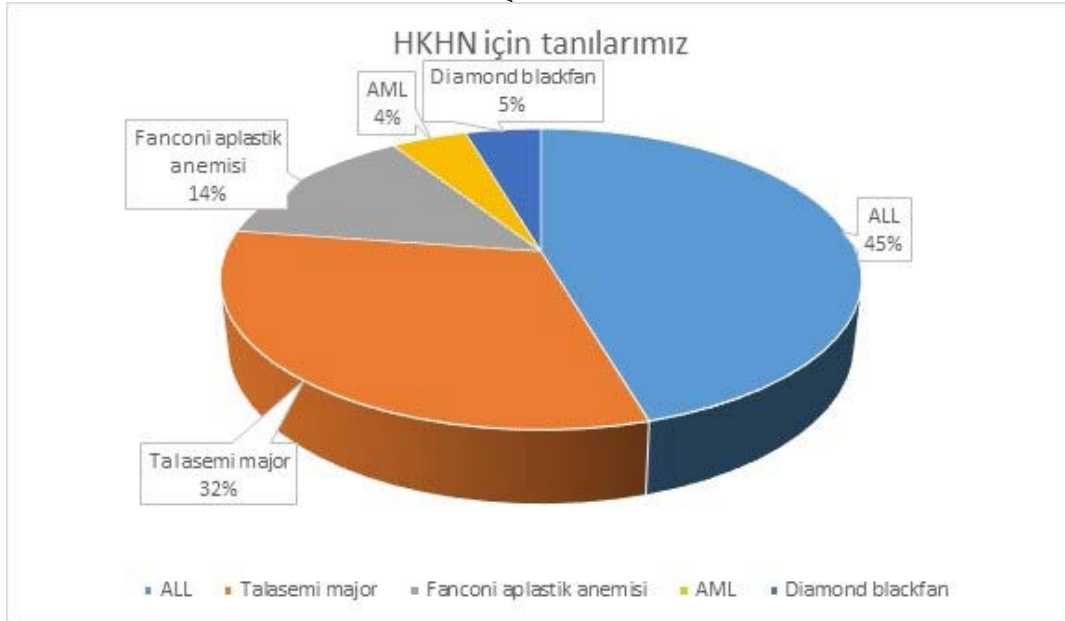


BO tanı öncesi ve tanı sonrası SFT bulguları

Tanı Öncesi ve Tanı Anındaki Solunum Fonksiyon Testi Bulguları

Parametre	İlk Değer (Ortanca, IQR)	Tanı Anında (Ortanca, IQR)
FEV1	94 (83-97)	58 (43-80)
FVC	90 (81-96)	68 (52-78)

HKHN için tanılarımız





SS-35

TÜRKİYE'DE ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARININ GÜNCEL DURUMU: CHILD-TR'DEN 5 YILLIK VERİLER

Handan Kecec¹, Ayşe Tana Aslan¹, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu¹, Sinem Can Oksay², Yasemin Mocan Çağlar², Özge Ülgen², Fatma Nur Ayman³, Fatih Erkan³, Gökçen Üna³, Çiğdem Korkmaz⁴, Azer Kılıç Başkan⁴, Abdulhamit Çollak⁴, Uğur Özçelik⁵, Deniz Doğru⁵, Raziye Atan⁵, Figen Gülen⁶, Bahar Girgin Dindar⁶, Ece Halis⁶, Esin Gizem Olgun⁷, Fazılcan Zirek⁷, Secahatin Bayav⁷, Meltem Kürtül Çakar⁸, Sanem Eryılmaz Polat⁸, Dilber Ademhan Turhal⁸, Ayşen Bingöl⁹, Abdurrahman Erdem Başaran⁹, Betül Bankoğlu Parlak⁹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Ankara, Türkiye

²Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul, Türkiye

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Konya, Türkiye

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Ankara, Türkiye

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İzmir, Türkiye

⁷Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Ankara, Türkiye

⁸Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, Antalya, Türkiye

GİRİŞ: Bu çalışmada, chILD-Türkiye (chILD-TR) kayıt sistemindeki veriler kullanılarak ülkemizdeki chILD'ın güncel durumunun araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: 01.05.2025 itibarıyla chILD-TR'ye kayıtlı tüm hastaların demografik ve klinik verileri, genetik analiz sonuçları ve chILD tanıları kaydedildi. DPLD-A ve DPLD-B grupları arasında hastaların verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 711 hasta (%44,7 kadın) çalışmaya dahil edildi. Güncel yaş 135 (16-383) ay, ChILD tanı yaşı 59 (11-273) aydı. En sık semptomlar öksürük (%59,5) ve dispne (%35,4) idi. Hastaların 136'sı (%19,1) ek oksijen desteği almaktaydı. İzlemde 25 hasta (%3,5) kaybedildi. Hastaların 126'sı (%17,7) DPLD-A, 549'u (%77,2) DPLD-B ve 36'sı (%5,1) sınıflandırılmayan (NA1) gruptaydı. Cinsiyet açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0,286$). Güncel yaş ortancası DPLD-A grubunda daha küçükken, ilk semptom başlama yaşı daha erken ve tanı yaşı daha geç saptandı ($p<0,05$). DPLD-A grubunda ortalama kilo z-skoru -1,43, boy z-skoru -1,04 ve VKİ z-skoru -1 olup DPLD-B grubuna göre daha düşüktü ($p<0,05$). Akraba evliliği ve mekanik ventilatör (MV) kullanımı DPLD-A grubunda daha sıklıkla ($p<0,05$). SFT ve DLCO açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p>0,05$). Toraks BT bulgularının karşılaştırılmasında; buzlu cam görünümü ve pektus ekskavatum DPLD-A grubunda, nodül/nodüler opasiteler, peribronşiyal kalınlaşma, mozaik perfüzyon ve bronşektazi ise DPLD-B grubunda daha sık saptandı ($p<0,05$).

SONUÇ: DPLD-A grubundaki çocukların semptomları daha erken başlamasına rağmen tanılarının daha geç konulması bu hastalık grubuna yönelik farkındalığın artması gerektiğini düşündürmüştür. Bu grupta saptanan büyüme geriliğinin ve mekanik ventilasyon gereksiniminin fazlalığı daha ağır klinik seyir ile ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, DPLD-B'de akciğer ilişkili BT bulguları komplikasyonlar açısından uzun dönemli dikkatli izlem gerekliliğini ortaya koymaktadır

Anahtar Kelimeler: chILD, Diffüz progresif akciğer hastalığı, DPLD-A, DPLD-B



SS-36

ÇOCUKLARDA PLÖROPARENKİMAL FİBROELASTOZİS: VAKA SERİSİ

Dilara Demirel¹, Deniz Doğru Ersöz¹, Havva İpek Demir¹, Raziye Atan¹, Nagehan Emirlioğlu Ordukaya¹, Ebru Yalçın¹, Diclehan Orhan², Hatice Nursun Özcan³, Uğur Özçelik¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Plöroparenkimal fibroelastozis (PPFE), üst loblarda belirgin plevra kalınlaşma ve fibrozis ile seyreden, nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Çocuk hasta sayısı oldukça sınırlı sayıdadır. Bu bildiride, farklı etiyolojik nedenlerle gelişmiş üç pediatrik PPFE olgusu sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2020–Aralık 2024 tarihlerinde merkezimizde PPFE tanısı konulan üç hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Demografik veriler, klinik bulgular, solunum fonksiyon testleri (SFT), toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ve tedavi yanıtları incelendi.

BULGULAR: Olguların yaşları 8–12 yıl olup, etiyolojiler sırasıyla allojenik hematopoetik kök hücre nakli öyküsü olan αtalasemi major, kombine immün yetmezlik ve Hodgkin lenfoma sonrası kemoterapi/radyoterapi idi. Başvuru semptomları kronik kuru öksürük, efor dispnesi ve kilo kaybıydı. SFT’de tüm olgularda ağır restriktif patern saptandı. Toraks BT’de tüm hastalarda üst loblarda düzensiz plevral kalınlaşma, subplevral fibrozis ve bazı olgularda traksiyon bronşiektazisi izlendi. Bir olguda cerrahi biyopsi ile tanı doğrulandı. Tüm hastalara antifibrotik tedavi (nintedanib) başlanmış, ikisine ek olarak immünomodülatör veya kortikosteroid tedavisi uygulanmıştır. Dört hastanın klinik seyrine bakıldığında; birinci olguda semptomlar hematopoetik kök hücre naklinden yaklaşık 15 ay sonra başlamış, PPFE tanısı aldıktan iki yıl sonra kaybedilmiştir. İkinci olguda semptom başlangıcı tanı anından dört yıl önce olup, hasta takiplerine devam etmektedir. Üçüncü olguda ise semptomlar radyoterapinin birinci ayında ortaya çıkmış, PPFE tanısı konduktan yaklaşık sekiz ay sonra hasta kaybedilmiştir. Dördüncü olgu, venoarteryel ECMO desteği ile izlenmektedir.

SONUÇ: Pediatrik PPFE farklı etiyolojik nedenlere bağlı gelişebilir ve bu hastalarda uzun dönemde ağır akciğer komplikasyonları görülebilir. Erken tanı; uygun zamanda antifibrotik tedaviyi başlamak veya akciğer nakli olasılığını değerlendirmek açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: PPFE, fibrozis, nintedanib

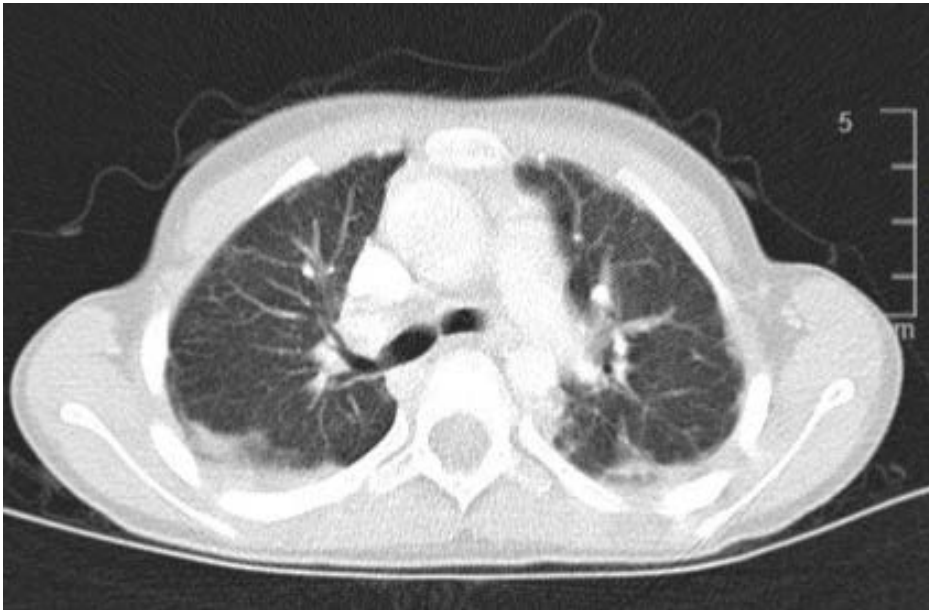


PPFE Görüntüleme Bulguları



Toraks BT görüntülerinde, her iki akciğerin apikal bölgelerinde belirgin plevral kalınlaşma ve düzensizlikler ile üst loblarda baskın fibrotik değişiklikler izlenmektedir.

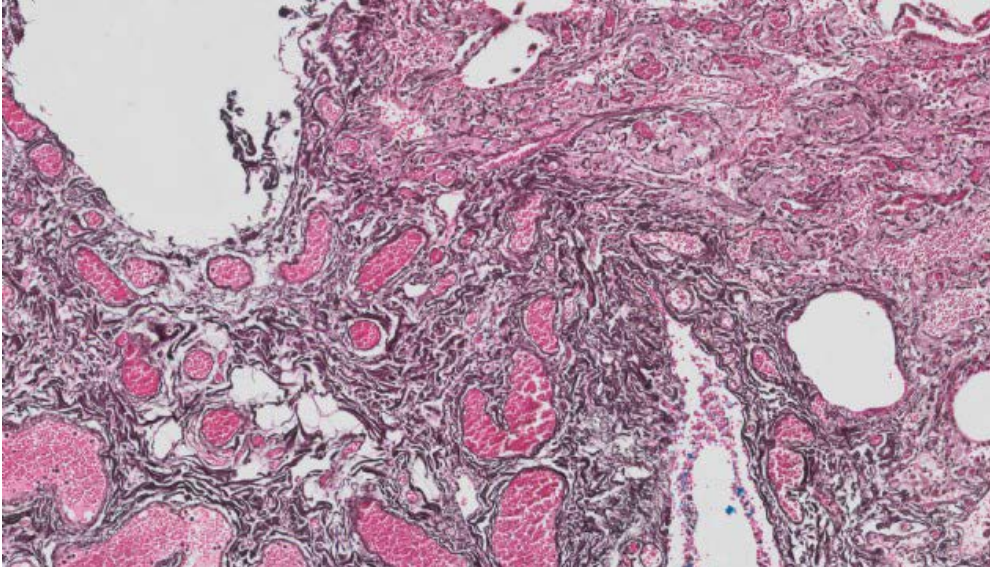
PPFE Görüntüleme Bulguları



Toraks BT görüntülerinde, her iki akciğerin apikal bölgelerinde belirgin plevral kalınlaşma ve düzensizlikler ile üst loblarda baskın fibrotik değişiklikler izlenmektedir.

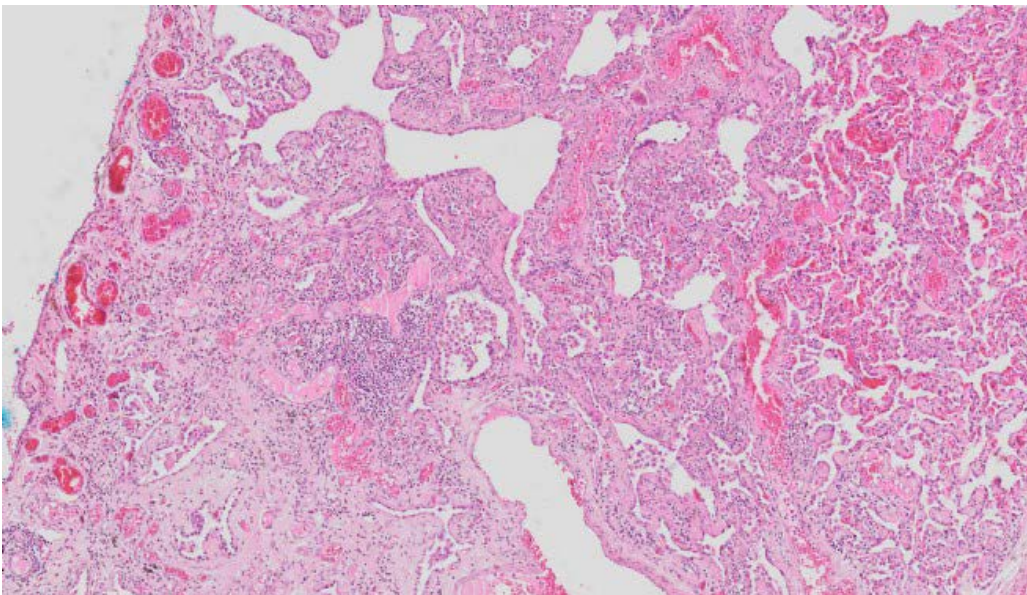


PPFE Histopatolojik Bulguları



Akciğer biyopsisinin histopatolojik incelemesinde, subplevral interalveoler fibrozis ve belirgin alveoler septal elastozis izlenmiş olup, bu bulgular plöroparenkimal fibroelastozis (PPFE) ile uyumludur. Elastik Van Gieson boyası, ölçek çubuğu: 250 μ m

PPFE Patolojik Bulguları



Akciğer biyopsisinin histopatolojik incelemesinde, subplevral interalveoler fibrozis ve belirgin alveoler septal elastozis izlenmiş olup, bu bulgular plöroparenkimal fibroelastozis (PPFE) ile uyumludur. H&E boyası, ölçek çubuğu: 500 μ m



SS-37

KİSTİK FİBROZİS DIŞI BRONŞEKTAZİLİ ÇOCUKLARDA IGG-NLR TEMELLİ KLİNİK RİSK SINIFLAMASI: HİPOİMMÜN-HİPERENFLAMATUVAR FENOTİP

Zeynep Demir, Merve Korkmaz, Yeşim Keskin, Erdem Sarcak, Yakup Canitez

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ: KF dışı bronşektazi, çocuklarda tekrarlayan alevlenme, antibiyotik kullanımı ve solunum fonksiyon kaybına yol açan heterojen bir hastalıktır. Fenotip tanımlaması yönetimi kolaylaştırıp, prognozu güçlendirebilir. IgG bağışıklık yanıtını, NLR ise sistemik inflamasyonu yansıtır. Bu çalışma, IgG-NLR kombinasyonuna dayalı fenotiplerin klinik seyirle ilişkisi incelenmiştir.

YÖNTEM: 2014-2024 arasında izlenen, 6-18 yaş KF dışı bronşektazili çocuklar dahil edildi. Demografik, immünolojik, inflamatuvar (NLR), mikrobiyolojik ve etiyolojik veriler kaydedildi. Klinik şiddet; son 12 aydaki alevlenme, antibiyotik, yatış ve acil başvuru sayılarıyla; solunum fonksiyonları FEV α ve FEV α /FVC ile; radyolojik tutulum BT'deki bronşektazik lob sayısı ile değerlendirildi. Yaşa göre düşük IgG ve/veya NLR>3 olanlar anormal kabul edildi. Bu kriterlere göre hastalar; her iki parametresi normal (düşük risk), yalnızca biri anormal (orta risk) ve her ikisi anormal (yüksek risk) şeklinde üç fenotipe ayrıldı. Gruplar, klinik ve radyolojik parametreler açısından karşılaştırıldı. Primer immün yetmezlik, malignite, immünsüpresif tedavi ve eksik veriler dışlandı.

BULGULAR: 82 hastanın %58,5'i kız, yaş ortalaması 12,4 $\pm$ 3,2 yıl idi. En sık etiyoloji post-enfeksiyöz (%40,2) olup en yaygın patojen H. influenzae (%26,8) idi. Fenotip dağılımı: düşük risk %45, orta %34,1, yüksek %20,7. Yüksek risk grubunda yıllık alevlenme (4 $\pm$ 2,06), antibiyotik (4,29 $\pm$ 0,77) ve acil başvuru (6 $\pm$ 1,43) sayıları anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). FEV α yüksek riskte %64,82 olup düşük (%77,08) ve orta (%78,08) gruplara göre düşüktü (p=0,009). BT lob sayısı riskle birlikte arttı (p=0,019). Yıllık $\geq$ 3 alevlenme eşliğinde kombine skor (AUC=0,804) IgG (0,713) ve NLR'den (0,729) daha yüksek performans gösterdi.

SONUÇ: IgG-NLR temelli fenotip sınıflaması, yüksek riskli hastalarının erken dönemde tanımlanması, takip yoğunluğunun artırılması ve hedefe yönelik tedavi stratejilerinin planlanmasında potansiyel olarak değerli bir klinik araçtır.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Fenotipleme, IgG, Nötrofil/Lenfosit Oranı, Pulmoner Alevlenme



Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri

Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri

	Toplam (n=82)
Yaş (yıl), mean ± SS	12,4 ± 3,2
Cinsiyet, n (%)	
Kız	48 (%58,5)
Erkek	34 (%41,5)
BKI, kg/m² (mean± SS)	17,8 ± 2,5
Fenotip, n (%)	
Düşük risk	37 (%45,1)
Orta risk	28 (%34,1)
Yüksek risk	17 (%20,7)
Balgam kültürü, n (%)	
Üreme yok	39 (%47,6)
Haemophilus influenzae	22 (%26,8)
MRSA / MSSA	8 (%9,8)
Pseudomonas aeruginosa	7 (%7,3)
Mikobakter	4 (%6,1)
Aspergillus / mantar	2 (%2,4)
Etiyoloji, n (%)	
Post-enfeksiyöz	33 (%40,2)
Primer siliyer diskinezi (PCD)	23 (%28,0)
İdiyopatik	11 (%13,4)
Gastroözofageal reflü (GÖR)	8 (%9,8)
Diğer	7 (%8,5)

Tanımlayıcı istatistikler, normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için frekans (yüzde) kullanılarak sunulmuştur.



Tablo 2. Fenotip gruplarına göre klinik, radyolojik ve laboratuvar karşılaştırmaları

Tablo 2. Fenotip gruplarına göre klinik, radyolojik ve laboratuvar karşılaştırmaları

	Düşük Risk (n=37)	Orta Risk (n=28)	Yüksek Risk (n=17)	p
Yaş (yıl)	12,30 ± 3,31	14,71 ± 2,83	13,06 ± 3,53	0,011
BKI (kg/m ²)	18,74 ± 4,02	20,41 ± 3,59	19,60 ± 3,56	0,254
IgG (g/L)	13,02 ± 2,14	12,35 ± 3,16	7,52 ± 1,30	<0,001
NLR	1,83 ± 0,50	3,32 ± 1,38	4,30 ± 1,85	<0,001
IgA (g/L)	1,92 ± 1,06	2,38 ± 1,30	1,69 ± 0,81	0,166
IgM (g/L)	1,20 ± 0,50	1,36 ± 0,61	1,27 ± 0,68	0,537
IgE (IU/mL)	149,45 ± 180,42	127,82 ± 199,71	141,79 ± 242,39	0,430
Albümin (g/dL)	42,15 ± 4,19	38,67 ± 5,79	40,92 ± 3,51	0,027
Alevlenme sayısı (yıl)	2,51 ± 1,80	2,28 ± 1,31	4,00 ± 2,06	0,007
Hastaneye yatış sayısı (yıl)	0,49 ± 0,70	0,52 ± 0,59	0,94 ± 0,75	0,067
Antibiyotik kür sayısı (yıl)	0,54 ± 0,51	2,25 ± 0,44	4,29 ± 0,77	<0,001
Acil başvuru sayısı (yıl)	0,54 ± 0,51	3,32 ± 0,72	6,06 ± 1,43	<0,001
FEV ₁ (%)	77,08 ± 12,68	78,08 ± 16,83	64,82 ± 14,47	0,009
FEV ₁ /FVC (%)	94,88 ± 13,88	92,46 ± 15,01	88,76 ± 15,88	0,442
BT'de tutulan lob sayısı	1,81 ± 0,74	2,03 ± 0,69	2,53 ± 0,87	0,019

Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. p-değerleri, fenotip grupları arasındaki farklar için Kruskal-Wallis testi ile hesaplanmıştır.



Tablo 3. Fenotip gruplarına göre balgam kültürü dağılımı

Tablo 3. Fenotip gruplarına göre balgam kültürü dağılımı

Balgam Kültürü	Düşük Risk (n=37)	Orta Risk (n=28)	Yüksek Risk (n=17)	p değeri
Aspergillus / mantar	1 (2.7%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	0.459
Haemophilus influenzae	11 (29.7%)	7 (25.0%)	4 (23.5%)	0.86
MRSA / MSSA	3 (8.1%)	1 (3.6%)	4 (23.5%)	0.082
Mikobakter	1 (2.7%)	2 (7.1%)	2 (11.8%)	0.417
Pseudomonas aeruginosa	2 (5.4%)	2 (7.1%)	3 (11.8%)	0.706
Üreme yok	19 (51.4%)	16 (57.1%)	4 (23.5%)	0.075

p-değerleri, Ki-kare testi ile elde edilmiştir.

Tablo 4. IgG, NLR ve Kombine Skor için ROC Analizi Karşılaştırması

Tablo 4. IgG, NLR ve Kombine Skor için ROC Analizi Karşılaştırması

	AUC	95% GA	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)
IgG	0.713	0.586–0.840	54.3	80.4
NLR	0.729	0.610–0.848	57.1	84.8
Kombine Skor	0.804	0.701–0.907	71.4	84.8

AUC: Eğri altında kalan alan; GA: Güven aralığı. Duyarlılık ve özgüllük değerleri, ≥ 3 alevlenme eşiğine göre ROC analizi ile hesaplanmıştır.



SS-38

NADİR BİR HAVA YOLU HİKÂYESİ: ÇOCUKLARDA PLASTİK BRONŞİT OLGU SERİS

Özge Ülgen, Sinem Can Oksay, Begüm Yörük, Gülay Bilgin, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Plastik bronşit (PB), bronşiyal hava yollarında Tip 1 inflamatuvar kast ve Tip 2 fibrinöz kast oluşumu ile karakterize, nadir ve yaşamı tehdit edebilen bir hastalıktır. En sık etyoloji konjenital kalp hastalıkları ve lenfatik bozukluklar olsa da, başka nedenler de saptanabilir. Merkezimizde PB tanısı alan hastaların etiyolojileri, klinik özellikleri ve tedavi sonuçları sunulurken, hastalığın tanı ve yönetimine katkı sağlanması amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇ: Bu retrospektif analizde, PB tanısı konulan dört pediatrik olgunun klinik, görüntüleme ve histopatolojik verileri incelendi. Sekonder nedenler araştırıldı ve tüm hastalara fleksibl bronkoskopi (FB) uygulandı. Tedavi, hastalığın şiddeti ve altta yatan nedenlere göre bireyselleştirildi.

BULGULAR:

Olgu 1: Glenn fizyolojisine sahip konjenital kalp hastalığı bulunan 8 yaşındaki hasta hemoptiziyle başvurdu. FB’de hemorajik kast saptandı ve Tip 1 PB olarak doğrulandı. Kast çıkarıldıktan sonra klinik iyileşme sağlandı.

Olgu 2: Mediastinal lipotimoma tanısı alan 13 yaşındaki hastada, tekrarlayan hemoptiziye bağlı havayolu obstrüksiyonu görülmesi üzerine yapılan FB’de tip 1 PB tanısı doğrulandı. Kastın çıkarılması, sirolimus tedavisi ve solunum desteğine rağmen hasta kaybedildi.

Olgu 3: Yenidoğan döneminde opere TGA öyküsü olan 7 yaşındaki hastada aynı bölgede tekrarlayan ASYE nedenli yapılan FB’de Tip 2 PB ile uyumlu kast izlendi. Havayolu temizliği ve mukolitik tedaviyle klinik stabilizasyon sağlandı.

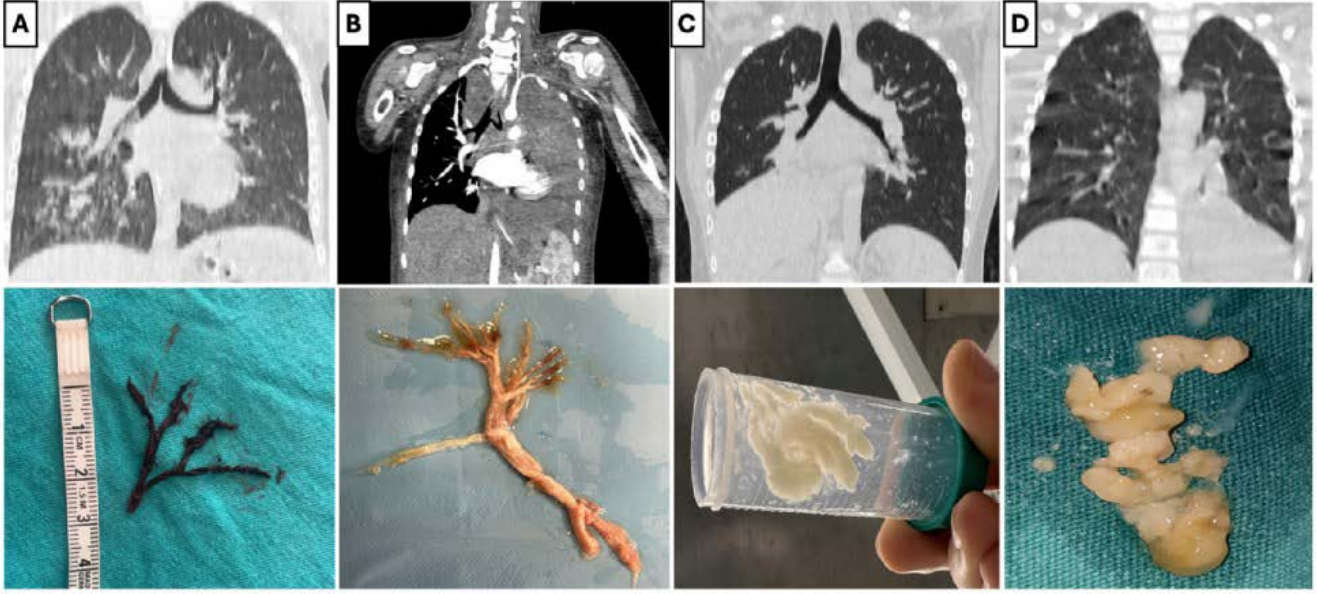
Olgu 4: İdyopatik hipereozinofili sendromu tanılı 3 yaşındaki hastada tekrarlayan Tip 1 eozinofilik kastlar izlendi. Tedaviye inhaler N-asetilsistein eklenmesiyle remisyon sağlandı.

SONUÇ: Pediatrik hastalarda PB, tanı ve tedavi açısından önemli güçlükler oluşturmakta olup, prognoz altta yatan hastalıklara bağlı olarak değişmektedir. Erken tanı, bronkoskopi ve multidisipliner yaklaşım yönetiminde kilit öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: plastik bronşit, pediatri, bronkoskopi



Şekil-1



Şekil-1: Plastik bronşit olgularımıza ait toraks BT ve bronkoskopik bulgular (A: Olgu 1, B: Olgu 2, C: Olgu 3, D: Olgu 4)



SS-39

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİDE TANI YAŞININ KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ

Nilgün Kula¹, Ayşe Tana Aslan¹, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu¹, Volkan Medeni²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Primer siliyer diskinezi (PSD) semptomlar genellikle doğumda veya erken bebeklik döneminde ortaya çıkmasına rağmen, tanı sıklıkla gecikmektedir. Bu çalışmanın amacı, erken ve geç tanının klinik sonuçlara etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: 2007–2024 yılları arasında genetik olarak doğrulanmış PSD hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik, klinik veriler kaydedildi. Hastalar tanı yaşına göre iki gruba ayrıldı: Grup 1 (≤ 7 yaş) ve Grup 2 (> 7 yaş). İki grup arasındaki klinik sonuçlar karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya genetik olarak tanısı doğrulanmış toplam 47 çocuk (%53,2'si kız) dahil edildi. Ortanca güncel yaş 16,3(2,5–23), semptomların başlangıç yaşı 2,01(0–11) ve tanı yaşı 8,96(0,84–18) yılı. Grup 1'de 22, Grup 2'de 25 hasta vardı. Çalışmada genetik sınıflamaya göre belirgin yapısal kusuru (Dış dinein kolu kusuru, iç dinein kolu kusuru, santral çift kusuru, mikrotübüler düzensizlik) olan hastaların ortanca tanı yaşı 7(0,84–18), normal siliyer ultrastrüktürel yapıya sahip hastaların 12,82(3-18)'di ($p=0.049$). Gruplar arasında doğum öyküsü, neonatal solunum sıkıntısı, kronik rinit, sinüzit, otit, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), son balgam kültüründe üreme ve toplam hastane yatış sayısı açısından anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Hastaların kilo z-skoru Grup 1'de $0,09\pm 1,19$ iken Grup 2'de $-1,05\pm 1,55$; boy z-skoru ise sırasıyla $-0,01\pm 1,27$ ve $-0,82\pm 1,09$ 'du ($p<0,05$). Grup 1'de ortalama FEV1 %93,57 $\pm$ 17,9, FEV1 z-skoru $-0,45\pm 1,49$ ve FVC %96,85 $\pm$ 14,9, FVC z-skoru $-0,23\pm 1,03$ iken; Grup 2'de FEV1 %78,45 $\pm$ 21,05, FEV1 z-skoru $-1,49\pm 1,48$ ve FVC %81,27 $\pm$ 22,09, FVC z-skoru $-1,24\pm 1,45$ 'di ($p<0,05$).

TARTIŞMA: PSD'nin erken tanısı, tekrarlayan ASYE, sinüzit, otit ve hastaneye yatış sayısı açısından belirgin bir fark yaratmasa da, büyüme parametreleri ve akciğer fonksiyonlarında daha iyi sonuçlarla ilişkilendirildi. Bu bulgular, daha erken tanının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Primer siliyer diskinezi, tanı yaşı, erken tanı



SS-40

GENETİK ORTAKLIK, KLİNİK FARKLILIK: PRİMER SİLİER DİSKİNEZİ TANILI ALTI KARDEŞİN SUNUMU

Salih Uytun¹, Melike Ataseven Kulalı², Elifcan Taşdelen³, Murat Yasin Gençoğlu¹, Satı Özkan Tabakçı¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik Hastalıkları

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Bölümü

GİRİŞ: Primer silier diskinezi (PSD), motil silier fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gelişen, otozomal resesif geçişli, nadir görülen bir hastalıktır. Klinik bulgular sıklıkla heterojen olup, bu durum tanının gecikmesine neden olabilir. Bu çalışmada, aynı genetik mutasyona sahip altı kardeşin farklı klinik bulgularla ve farklı yaşlarda tanı almaları sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: Anne-baba arasında akraba evliliği öyküsü bulunan dört kardeşe PSD tanısı, iki kardeşe PCD taşıyıcısı tanısı konulmuştur.

Klinik özellikleri aşağıda özetlenmiştir:

1. Kardeş: 16 yaş, kız; aktif şikayeti yok, situs solitus; DNAI1 c.1A>G heterozigot
2. Kardeş: 13 yaş, kız; rekürren otitis media ve prodüktif öksürük, situs solitus; DNAI1 c.1A>G homozigot
3. Kardeş: 11 yaş, kız; situs inversus totalis ile doğmuş; DNAI1 c.1A>G homozigot
4. Kardeş: 8 yaş, erkek; rekürren otitis media ve prodüktif öksürük, situs solitus; DNAI1 c.1A>G homozigot
5. Kardeş: 6,5 yaş, erkek; rekürren otitis media ve prodüktif öksürük, situs solitus; DNAI1 c.1A>G homozigot
6. Kardeş: 3 aylık, kız; aktif şikayeti yok, situs solitus; DNAI1 c.1A>G heterozigot

TARTIŞMA: Aynı genetik mutasyon farklı klinik tablolarla seyredebileceği görülmektedir. PSD tanısında, yüksek düzeyde klinik farkındalık, ayrıntılı anamnez ve uygun tanı yöntemlerinin kullanılması büyük önem taşımaktadır. Bu olgu serisi, aile taraması ve genetik analizlerin tanı sürecindeki rolünü ve heterojen klinik sunumların önemini ortaya koymaktadır. PSD tanısının gecikmemesi için özellikle riskli ailelerde erken tarama programları uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer siliyer diskinezi, DNAI1 mutasyonu, Klinik heterojenite, Situs inversus

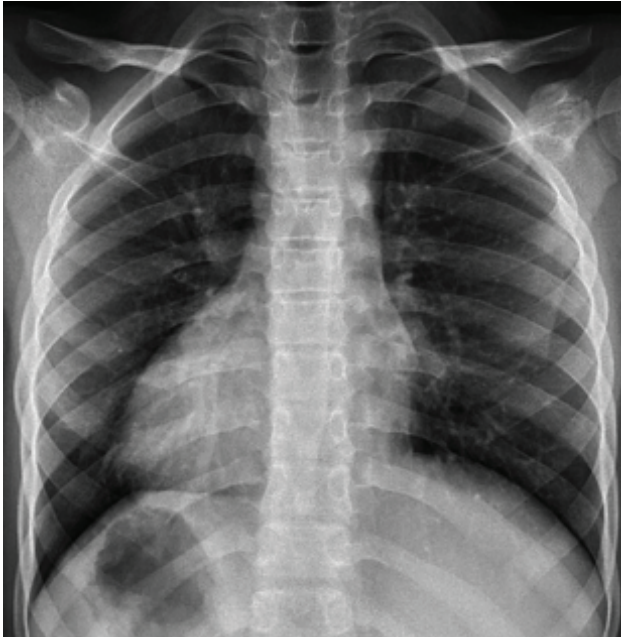


Resim 1.



2. Kardeş PAAC

Resim 2.



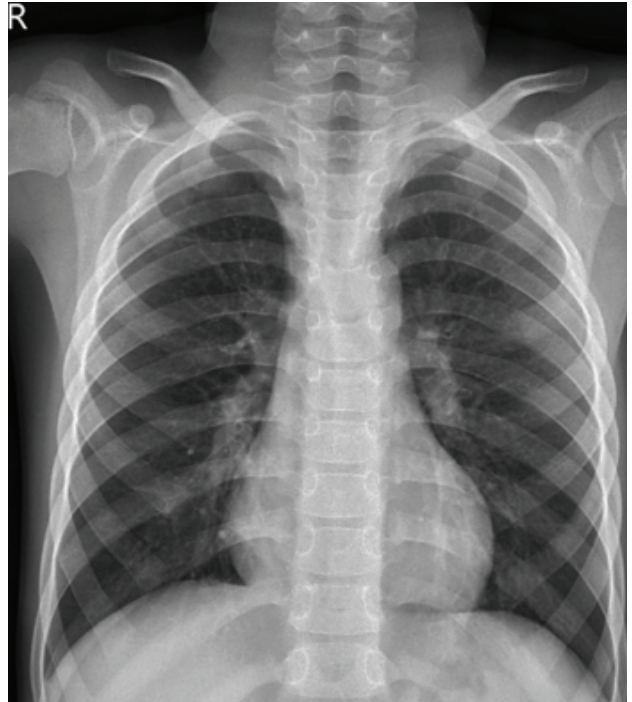
3. Kardeş PAAC

Resim 3.



4. Kardeş PAAC

Resim 4.



5. Kardeş



PSD Tanılı ve Taşıyıcı Kardeşlerin Klinik ve Genetik Özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Klinik Bulgular	Situs Durumu	Genetik Mutasyon	Tanı Durumu
1.	16	Kız	Şikayet yok	Situs solitus	DNAI1 c.1A>G, hetero- zigot	Taşıyıcı
2.	13	Kız	Rekürren otitis media, prodük- tif öksürük	Situs solitus	DNAI1 c.1A>G, homozi- got	PCD
3.	11	Kız	Situs inversus totalis	Situs inversus totalis	DNAI1 c.1A>G, homozi- got	PCD
4.	8	Erkek	Rekürren otitis media, prodük- tif öksürük	Situs solitus	DNAI1 c.1A>G, homozi- got	PCD
5.	6,5	Erkek	Rekürren otitis media, prodük- tif öksürük	Situs solitus	DNAI1 c.1A>G, homozi- got	PCD
6.	0,25	Kız	Şikayet yok	Situs solitus	DNAI1 c.1A>G, hetero- zigot	Taşıyıcı



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-41

CCDC15'İN FARE TRAKE EPİTEL HÜCRELERİNDE HAREKETLİ SİLYA OLUŞUMUNDAKİ ROLÜNÜN KARAKTERİZASYONU

Alper İbrahim Özkan, Melis Dilara Arslanhan Gül, Elif Nur Fırat Karalar

Koç Üniversitesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik Departmanı, İstanbul

GİRİŞ: Hareketli silyalar, solunum yolu dahil birçok dokuda bulunan mikrotübül bazlı yapılardır. Bu yapılardaki yapısal ve fonksiyonel bozukluklar primer siliyer diskinezi (PSD) gibi hastalıklara yol açabilmektedir. Sentriyoller, mikrotübüllerden oluşan silindirik yapılar olup sentrozomun çekirdeğini oluşturur, silyum biyogenezinde bazal cisim görevi üstlenir ve yakın zamanda tanımlanan iç iskelet yapısı sayesinde yapısal bütünlüğünü ve stabilitesini korur. Bu yapı, hareketli silyalı hücrelerde sentriyollerin mekanik kuvvetlere karşı dayanıklılığını sağlamaktadır. Sentriyol iç iskeleti bileşenlerinden CCDC15'in primer silyum oluşumundaki rolleri tanımlanmış olmakla birlikte, çok silyalı epitel hücrelerinde silya biyogenez ve fonksiyonundaki görevleri henüz bilinmemektedir. Çalışmamızda, CCDC15'in fare trake epitel hücrelerinde hareketli silya biyogenez ve fonksiyonundaki rolü araştırılmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Bu çalışmada in vitro fare trake epitel hücre kültürleri kullanılarak CCDC15'in hareketli silya oluşum evrelerindeki lokalizasyonu immüno floresan boyama ve ultrastrüktürel genişleme mikroskobu (U-ExM) ile belirlenmiştir. Protein ifade seviyeleri Western blot yöntemiyle analiz edilmiştir. Fonksiyon kaybı deneylerinde shRNA aracılı CCDC15 susturması yapılmış; sentriyol amplifikasyonu, uzunluğu, stabilitesi, bütünlüğü ve hareketli silya oluşumu fenotipik olarak analiz edilmiştir.

SONUÇLAR: Ön verilerimiz CCDC15'in fare trake epitel hücrelerinde bazal cisimlere lokalize olduğunu ve farklılaşma süreci ile beraber ifadesinin arttığını göstermektedir. Fonksiyon kaybı deneylerinde sentriyol amplifikasyonu ve yapısında bozukluklar gözlemlenmiş; buna bağlı olarak da hareketli silya oluşumunun engellendiği tespit edilmiştir.

TARTIŞMA: Elde edilen bulgular, CCDC15'in hareketli silya oluşumu ve fonksiyonunun düzenlenmesinde kritik bir role sahip olabileceğini göstermektedir. Bu çalışma, sentriyol iç iskelet yapısının hareketli silya oluşumundaki önemini ortaya koymakta ve yapısal bozulmaların PSD hastalarında görülebilecek fenotipleri yansıttığını göstermektedir. Bu sonuçlar uzun vadede, PSD ve benzeri hareketli silya sendromlarının moleküler mekanizmalarının aydınlatılmasına temel oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: CCDC15, hareketli silya, sentrozom, sentriyol iç iskeleti, in vitro fare trake epitel hücreleri



SS-42

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİLİ ÇOCUKLARDA AKCİĞER ULTRASONU SKORLAMASININ SOLUNUM FONKSİYONLARI VE KLİNİK PARAMETRELER İLE İLİŞKİSİ

Ömer Faruk İpek, Nagehan Emiralioğlu Ordukaya, Meltem Akgül Erdal, Dilara Demirel, Ebru Yalçın, Deniz Doğru Ersöz, Uğur Özçelik

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Primer siliyer diskinezi(PSD), tekrarlayan enfeksiyonlar ve ilerleyici akciğer hasarıyla seyreder. İzlemde kullanılan görüntüleme yöntemlerinden akciğer grafisinin duyarlılığı düşük olup bilgisayarlı tomografide(BT) ise radyasyon maruziyeti vardır. Bu çalışmada, radyasyon içermeyen akciğer ultrasonunun(AUS) PSD'li çocukların izlemindeki yeri, solunum fonksiyon testleri(SFT) ile ilişkisi ve klinik sonuçları öngörme potansiyelinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Kliniğimizde takip edilen, 5 yaşından büyük ve SFT yapabilen 40 PSD'li hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı vizitte hastalara standart 12 bölge AUS yapılarak toplam AUS skoru (0-36) hesaplandı. Eş zamanlı olarak hastaların transkütanöz oksijen satürasyonu (SatO₂), SFT (FEV₁,FVC,FEF₂₅₋₇₅) parametreleri, balgam kültüründeki üreme, BT'de bronşiektazi varlığı, son bir yıldaki akut alevlenme geçirme sayıları ve düzenli fizyoterapi (FTR) yapma durumu kaydedildi. Verilerin analizinde bağımsız gruplar t-testi, Pearson korelasyon ve ROC analizi kullanıldı (p<0,05).

SONUÇLAR: Çalışmaya dahil edilen 40 hastanın %77,5'inde bronşiektazi mevcuttu. Ortalama AUS skoru 31,03±5,4 olarak saptandı. Bronşiektazisi olan ve düzenli FTR yapmayan hastaların AUS skorları, anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,006 ve p<0,001). AUS skoru ile FEV₁% (r=-0,407,p=0,009), FVC% (r=-0,372,p=0,018), FEF₂₅₋₇₅% (r=-0,34,p=0,032) ve SatO₂ (r=-0,316,p=0,047) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Ayrıca, ROC analizinde LUS skorunun son bir yıldaki alevlenme varlığını anlamlı düzeyde öngördüğü tespit edildi (AUC=0,706;p=0,028).

TARTIŞMA: Bulgularımız, AUS skorunun PSD'deki yapısal akciğer hasarını ve fonksiyonel bozulmayı yansıttığını göstermektedir. Özellikle FTR uyumu olmayan hastalardaki yüksek skorlar, bu yöntemin tedavi etkinliğini izlemedeki potansiyelini vurgulamaktadır. En önemlisi, AUS skorunun alevlenme riskini öngörebilmesi, yöntemin sadece mevcut durumu değerlendirmekle kalmayıp, prognostik bir değer de taşıyabileceğine işaret etmektedir. AUS, radyasyon içermemesi ve pratikliği ile PSD'li çocukların takibinde SFT'yi tamamlayan değerli bir araç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Ultrasonu,Pediyatri,Primer Siliyer Diskinezi



SS-43

PRİMER SİLİYER DİSKİNEZİLİ ÇOCUK HASTALARDA SPEC SKORLAMASI: AKCİĞER YAPISINDAKİ DEĞİŞİKLİKLERİN SOLUNUM FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ

Gamze Akca Dinç¹, Ezgi Yağız Ertuna², Işıl Bilgiç¹, Meltem Kürtül Çakar¹, Ayyüce Ünlü¹, Hande Yetişgin¹, Çelebi Yıldırım¹, Gökçen Dilşa Tuğcu¹, Dilber Ademhan Tura³, Sanem Eryılmaz Polat¹, Avni Merter Keçel², Güzin Cinel³

¹Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Radyolojisi Kliniği, Ankara

³Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ: Primer siliyer diskinezi (PCD), motil silyalarda yapısal ve fonksiyonel defektlere yol açan genetik mutasyonların neden olduğu, nadir görülen kalıtsal ve multisistemik bir hastalıktır. Hastalığın takibinde yapısal akciğer değişiklikleri genellikle bilgisayarlı tomografi(BT) ile, fonksiyonel değişiklikler ise zorlu ekspiratuvar volüm(FEV₀) ve zorlu vital kapasite(FVC) gibi standart solunum fonksiyon testleri(SFT) ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, yeni tanımlanan SPEC(Specific PCD Evaluation by CT) skorunun PCD'nin izleminde kullanımını ve mevcut skorlarla karşılaştırılmasını amaçladık.

METOD: Hastanemizde yapılan bu retrospektif çalışmada Ocak 2014-Ağustos 2025 arasında başvuran PCD tanısı almış ve BT görüntülemeleri olan 46 hasta incelendi.Hastalarımızın BT görüntülemeleri uzman çocuk radyologları ile beraber değerlendirilerek her biri için Brody, Bhalla ve SPEC skorları hesaplandı.Bu skorların SFT parametreleri ile ilişkileri incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortancası 11 yaş (min2-max21yaş), %55,5'i erkek cinsiyette idi.BT çekilme anında BMI Z Skorları ortanca -0,19(min-4,86-max2,72 $\pm$ 1,78)idi.SPEC skor ortancası 26,5(min0-max58), Brody skor ortancası 34,37(min0-max110),Bhalla skor ortancası 14 (min7-max25) idi.SPEC ile Brody ($p=0.926, p<0.001$) ve Bhalla($p=0.856, p<0.001$) arasında anlamlı korelasyon saptandı.SFT yapabilen 39 hastamızın %FEV₁ ortancası %76(min22-max101),%FVC ortancası %77(min34-max103)idi.SPEC skoru arttıkça %FEV₁ ve %FVC değerleri düşmekte idi, aralarında negatif anlamlı korelasyon saptandı(%FEV₁ $p=-0.467, p=0.005$, %FVC $p=-0.446, p=0.009$).Brody skoru arttıkça %FEV₁ ve %FVC değerleri düşmekte idi, aralarında negatif anlamlı korelasyon saptandı(%FEV₁ $p=-0.409, p=0.018$,%FVC $p=-0.426, p=0.013$).Bhalla skoru arttıkça %FEV₁ ve %FVC değerleri artmakta idi aralarında pozitif anlamlı korelasyon saptandı(%FEV₁ $p=0.431, p=0.012$,%FVC $p=0.402, p=0.020$).

SONUÇ: Daha önce Kistik Fibrozis için tanımlanmış Brody ve Bhalla skorları kullanılmakta iken SPEC skoru PCD'li hastalar için yeni tanımlanmış bir skorlama sistemi olup çalışmamız PCD'li çocuklarda SPEC skor sisteminin yapısal akciğer değişikliklerini gösterdiğini ve diğer skorlamalar ile uyumlu olarak solunum fonksiyonları ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer siliyer diskinezi, SPEC skor, Bilgisayarlı tomografi skorlama sistemleri



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-44

BRONŞEKTAZİ TANILI ÇOCUKLARDA ÖNEMLİ BİR ETYOLOJİK FAKTÖR “DOĞUŞTAN BAĞIŞIKLIK KUSURLARI”: 20 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ozan Kapçay, Filiz Demir Şahin, Mehmet Kılıç

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

GİRİŞ: Bağışıklık sistemindeki çeşitli defektler bronşektazi gelişimine yatkınlık oluşturabilir. Doğuştan bağışıklık kusurları (DBK) sanılandan daha fazla sıklıkta bronşektaziye yol açmaktadır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: 2006-2025 yılları arasında, Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde takip edilen bronşektazi tanılı 55 çocuk hastanın demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları retrospektif olarak incelendi.

SONUÇLAR: Hastaların %35'inde (n=19) DBK saptanırken, %55'inde (n=36) DBK saptanmadı (non-DBK hastalar). Non-DBK hastaların %47'si kız, %53'ü erkek iken; DBK hastalarının %42'si kız, %58'i erkekti. Ortalama tanı yaşı DBK hastalarında (9.5), non-DBK hastalarına (10.7) göre daha küçük saptandı. Saptanan DBK tanıları IgG Subgrup Düşüklüğü, Sınıflandırılmamış Hipogamaglobulinemi, Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik, Kistik Fibrozis, Kombine İmmün Yetmezlik, Ağır Kombine İmmün Yetmezlik, Ataksi Telenjektazi, Spesifik Antikor Eksikliği, Selektif IgM düşüklüğü, X'e bağlı Agamaglobulinemi ve Hiper IgE Sendromuydu. Tomografik incelemede hem non-DBK (%80) ve hem DBK hastalarda (%79) en sık multilober akciğer tutulumu gözlemlendi. Tekli lob tutulumu hem non-DBK (%9) ve hem DBK hastalarda (%10) en sık sol alt lobda saptandı. Mikroskopik balgam incelemesinde non-DBK hastaların %19'sinde gram pozitif kok ve basil, %11'inde gram negatif basil bakteri ve %8'inde kandida türü mantar saptandı. DBK hastalarının %36'sında gram pozitif kok, %10'unda gram negatif kok ve basil bakteri saptandı. Kardiyolojik incelemede non-DBK hastalarının %52'sinde, DBK hastalarının %47'sinde eşlik eden konjenital kalp hastalığı vardı.

TARTIŞMA: DBK, bronşektazi etyolojisinde önemli bir role sahiptir. DBK'lı bronşektazi hastaları non-DBK bronşektazi hastalarıyla benzer bulgulara sahiptir. Ancak bronşektazi tanılı hastaların immün yetmezlikler açısından değerlendirilmesi DBK erken tanı şansını artırabilir. Ayrıca DBK tanılı hastaların bronşektazi gibi pulmoner komplikasyonlar açısından takip edilmesi erken bronşektazi tanı ve tedavisini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, immün yetmezlik, doğuştan bağışıklık kusuru, dbk, pulmoner komplikasyon



SS-45

ÇOCUKLARDA YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE UYGULANAN FLEKSİBL BRONKOSKOPİLER: ZOR KOŞULLARDA GÜVENİLİR BİR ARAÇ

Barış Kaygısız¹, Erdem Gönüllü², Ebru Köstereli², Ömer Özden³, Murat Tanyıldız³, Tuğba Gürsoy⁴, Zeynep Seda Uyan²

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

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan ve hastane içi transportu sorun olabilecek çocukların hasta başında hava yolunu değerlendirmek ve gerektiğinde müdahale edebilmek için fleksibl bronkoskopi (FB) sıklıkla kullanılmaktadır.

AMAÇ: YBÜ’de yatan çocuklarda FB’nin tanı ve tedaviye katkısını araştırmak ve güvenilirliğini değerlendirmek amaçlandı.

YÖNTEM: Nisan 2019 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında hastanemiz yenidoğan, çocuk ve kardiyovasküler cerrahi (KVC) YBÜ’de 18 yaşından küçük çocuklarda yapılan FB’ler retrospektif olarak incelendi, FB endikasyonları, bulgular ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanemiz YBÜ’de ortalama yaş 27,1 (IQR: 6,15-60,3) ay olan yirmi beş hastaya (K/E: 9/16) yapılmış otuz dokuz FB’nin verileri değerlendirildi. Dokuz hastaya birden fazla FB yapılması gerektiği (Dört hastaya 2 kez, üç hastaya 3 kez, bir hastaya 4 kez) saptandı. FB’lerin 27’si çocuk YBÜ’de, 9’u KVC, 3’ü ise yenidoğan YBÜ’de uygulanmıştı. Hastaların FB öncesi YBÜ’de geçirdikleri ortalama gün sayısı 19 (IQR:10-37) idi. FB’lerin 34’ünde Bronkoalveolar lavaj (BAL) kültürü alındığı, yedisinde üreme saptandığı, bunların üçünde birden fazla etken ürediği görüldü.

YBÜ’de en sık FB endikasyonu atelektazi olup, bunu ekstübasyon intoleransı, hava yolunda kanama, enfeksiyon şüphesi nedeniyle BAL alma ihtiyacı ve diğer nedenler izlemekteydi (Tablo-1). FB’nin hastaların hepsinde en az bir anormallik ortaya koymuş olduğu görüldü. En sık görülen bulgular hava yolunda atelektaziye neden olan mukus tıkaçı varlığıydı (%53,8), bu hastalarda mukus tıkaçı temizlenerek tedaviye katkı sağlandı. Bronkoskopi öncesi olguların %71,8’i invaziv solunum desteği almaktaydı (Tablo-2).

Kardiyak cerrahi sonrası hava yolu değerlendirmesi yapılan bir olguda görülen kanama dışında komplikasyona rastlanmadı.

SONUÇ: Çocuklarda FB, YBÜ’lerinde güvenle uygulanabilen değerli bir tanı ve tedavi aracıdır.

Anahtar Kelimeler: fleksibl bronkoskopi, çocuk yoğun bakım, bronkoalveolar lavaj, atelektazi, ekstübasyon



Tablo-2: Hastaların bronkoskopi öncesinde almakta olduğu solunum desteği

	N	%
ECMO	7	17,8
ETT ile IMV	17	43,7
Trakeostomi ile IMV	4	10,3
YANKOT	9	23,2
Nazal Kanül ile Oksijen	1	2,6
BiPAP	1	2,6
Toplam	39	100

ECMO: Vücut dışı membran oksijenasyonu ETT: Endotrakeal tüp IMV: İnvasiv mekanik ventilasyon YANKOT: Yüksek akım nazal kanül oksijen tedavisi BiPAP: İki düzeyli pozitif havayolu basıncı

Tablo-1: Fleksibl Bronkoskopi endikasyonları

Endikasyon	N	%
Atelektazi	21	53,8
Ekstübasyon intoleransı	4	10,3
Kanama	4	10,3
Enfeksiyon	3	7,7
Solunum desteği ihtiyacı	2	5,1
Solunum sıkıntısı CO2 retansiyonu	2	5,1
Havayolu değerlendirme	1	2,6
Post transplant Kaposi	1	2,6
Trakeostomi değerlendirme	1	2,6
	39	100



SS-46

JUVENİL İDİOPATİK İNFLAMATUAR MİYOPATİDE DLCO VE SPIROMETRİ İLE İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞININ TANISAL DEĞERİ

Furkan Yılmaz¹, Azer Kılıç Başkan², Berrak Öztosun¹, Aybüke Günalp³, Elif Kılıç Könte³, Ayşe Kalyoncu Uçar⁴, Sebu Kuruoğlu⁴, Özgür Kasapçopur³, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

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

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Juvenil idiyopatik inflamatuvar miyopati (JİİM) tanımlı hastalarda interstisyel akciğer hastalığı (İAH) önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Bu hastalarda tanıda gecikilmesi halinde akciğer parenkiminde geri dönüşümsüz fibrozis gelişebilmekte ve bu durum yüksek mortaliteyle seyretmektedir. Bu hastaların yakın takibi, erken dönemde İAH tanısının konulması önemlidir. Çalışmamızda JİİM'li hastalarda spirometri ve karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) bulgularının incelenmesi amaçlanmıştır.

METOD: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 2020–2024 yılları arasında takip edilen 34 JİİM tanımlı hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiş, bu hastalar klinik bulguları ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) sonuçlarına göre İAH olan (n=13) ve İAH olmayan (n=21) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki grubun spirometri ve DLCO sonuçları incelenmiştir.

BULGULAR: Tüm hasta grubunun ortalama yaşı 13.26 ± 3.96 yıl, kız/erkek oranı 1.42 (20 kız, 14 erkek) olarak hesaplandı. Ortalama JİİM tanı yaşı 10.18 ± 3.32 yıldır. İAH tanımlı hastaların oranı %38,2 olup bu hastalarda en sık görülen YRBT bulguları buzlu cam opasitesi (%54), retiküler görünüm (%46,2), traksiyon bronşektazisiydi (%24,6). İAH olan hastalarda FEV1, FVC, TLC ve DLCOcSB/VA değerleri; İAH olmayan hastalara kıyasla anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0.05$). ROC analizi sonuçlarına göre bunlar arasında DLCOcSB/VA en yüksek ayırt edici güce sahipti (Adjusted AUC ≈ 0.864 , $p=0.002$), ILD tanısı için en değerli belirteç olarak öne çıktı.

SONUÇ: JİİM tanımlı hastalarda İAH gelişimini değerlendirmede spirometri ve DLCO tetkikleri noninvazif, düşük maliyetli ve kolay uygulanabilir yöntemlerdir. Özellikle DLCO'nun ILD tanısında en yüksek ayırt edici güce sahip olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle DLCO, JİİM hastalarının rutin takibinde kritik bir parametre olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: juvenil idiyopatik inflamatuvar miyopati, interstisyel akciğer hastalığı, karbon monoksit difüzyon kapasitesi, spirometri



Ek Tablo: ROC Analizlerinin Özeti

Parametre	AUC (95% CI)	p değeri	Adjusted AUC (if <0.5)
FEV1	0.197 (0.029–0.365)	0.009	0.803
FVC	0.209 (0.018–0.400)	0.013	0.791
DLCOCsB/VA	0.136 (0–0.283)	0.002	0.864
TLC	0.218 (0.025–0.412)	0.016	0.782

*0.5'in altındaki AUC değerleri, ters yöndeki ayırt ediciliği yansıtmak amacıyla (1–AUC) şeklinde çevrilmiştir.

Tablo 1: Çalışma Popülasyonunun Genel Özellikleri

Özellik	Median (IQR) / n (%)
Yaş (yıl)	13.5 (11–16)
Tanı yaşı (yıl)	10 (8–12.25)
FEV1 (%)	89 (81.5–96.5)
FVC (%)	90.5 (83.25–97.25)
TLC (%)	86 (77.25–92)
DLCOCsB/VA (%)	86 (79–91)
SAT (%)	99 (98–99)



SS-47

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİT'Lİ ÇOCUKLARDA OTOANTİKOR POZİTİFLİĞİNİN SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yasemin Mocan Çağlar¹, Özge Dinçer², Aslıhan Tunçlar Özçağlar¹, Sinem Can Oksay¹, Özge Ülgen¹, Begüm Yörük¹, Kübra Öztürk³, Saniye Girit¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

³*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

GİRİŞ: Juvenil İdiyopatik Artrit(JİA), çocukluk çağıının en sık görülen kronik romatizmal hastalığıdır ve eklem tutulumu dışında akciğerler gibi ekstra-artikülerorganları da etkileyebilir. Erişkin romatoid artritte(RA) pulmoner tutulum ayrıntılı olarak çalışılmış olsa da, çocukluk çağıındaki JİA'da bu konuda veriler sınırlıdır. Bu sınırlı veriler, özellikle otoantikorlar(RF, Anti-CCP, HLA-B27) gibi risk faktörleri ile subklinik akciğer tutulumu arasındaki ilişkinin ortaya konulması açısından, pediatrik düzeyde yetersizdir. Bu nedenle JİA'lı çocuklarda otoantikor pozitifliği ile solunum fonksiyon testleri(SFT) arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi ve seropozitif ile seronegatif JİA hastalarımızı karşılaştırmayı planladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde izlenen JİA hastaları retrospektif olarak incelendi. Serolojik durumlarına göre (RF, Anti-CCP, HLA-B27) iki gruba ayrıldı. Demografik, klinik ve SFT verileri (spirometri, akım pletismografi, DLCO) analiz edildi. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare ve bağımsız t-testi kullanıldı ve $p<0,05$ istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 38 JİA hastasının %81,6 ($n=31$)'sı seronegatif, %18,4($n=7$)'si seropozitif, yaş ortalamaları sırasıyla 13.55 ± 3.97 ve 15.71 ± 2.56 ($p=0.179$). Seronegatiflerin %54,8($n=17$)'si ve seropozitiflerin %71,4($n=5$)'ü kız hastaydı. Seronegatiflerin %84 ($n=21$)'ü ve seropozitiflerin %80($n=4$)'i en az bir ilaç kullanmaktaydı. RF:%3,5, Anti-CCP:%8,3, HLA-B27:%17,8 oranında saptandı. Hastaların %36,4'ünde solunumsal semptom vardı. Spirometri parametreleri, solunum semptomları, demografik özellikler, ilaç kullanımı açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ: JİA hastalarının yaklaşık üçte birinde solunum semptomları izlenmesine rağmen SFT paternlerinde özellikle DLCO değerleri haricinde anlamlı yükseklik saptanmamıştır. Ancak DLCO/VA'nın normal olması her iki grup arasında semptomatik farklılık bulunmaması ile açıklanabilir. Bu durum, otoantikor pozitif alt gruplarda düzenli SFT izleminin subklinik akciğer tutulumunun erken tanısında önemli olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, elde edilen bulguların genellenebilmesi için daha geniş örneklem gruplarını içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil İdiopatik Artrit, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Solunum Fonksiyon Testleri, Anti-CCP, Metotreksat



Tablo 1. Deskriptif Faktörler

Tablo 1. Deskriptif Faktörler

Yaş (yıl), mean±SD	13,95 ± 3,82	n (%)
Cinsiyet		
	Kadın	22 (57,9)
Tanı		
	ERA	5 (13,2)
	JIA	26 (68,4)
	OL	3 (7,9)
	POL	3 (7,9)
	PsA	1 (2,6)
Seropozitif Anti-CCP		7 (18,4)
	Pozitif	2 (8,3)
	Total	24 (100)
RF		
	Pozitif	1 (3,5)
	Total	28 (100)
HLA-B27		
	Pozitif	5 (17,8)
	Total	29 (100)
Eşlik Eden Hastalık		16 (42,1)
Sigara Maruziyeti		18 (47,4)
	Pasif	18 (54,5)
	Aktif	2 (6)
	Elektronik sigara kullanımı	2 (6)
	Total	33 (100)
Solunum Semptomları		12 (36,4)
	Öksürük	4 (11,4)
	Plörodini	3 (9)
	Hemoptizi	0 (0)
	Dispne	3 (9)
	Göğüs Ağrısı	3 (9)
	Egzersiz Dispnesi	7 (21,2)
	İstirahat Dispnesi	2 (6)
	Halsizlik	5 (15,2)
	Yorgunluk	6 (18,2)
	Çomak Parmak	1 (3,3)
Pulmoner HT		0 (0)
BT		11 (28,9)
FOB		1 (2,6)
	Total	38 (100)



Tablo 2. Seropozitif ve Seronegatif Grupların Yaş, Otoantikör Düzeyleri, Spirometri, Akım Pletismografi, DLCO, 6 Dakika Yürüyüş Testi Karşılaştırması

Tablo 2. Seropozitif ve Seronegatif Grupların Yaş, Otoantikör Düzeyleri, Spirometri, Akım Pletismografi, DLCO, 6 Dakika Yürüyüş Testi Karşılaştırması

	Seronegatif (Mean ± SD) (n=31)	Seropozitif (Mean ± SD) (n=7)	
Tanı Yaşı, (yıl)	8.26 ± 4.50	10.80 ± 1.64	0.0
Yaş, (yıl)	13.55 ± 3.97	15.71 ± 2.56	0.0
Anti-CCP	0.00 ± 0.00	32.33 ± 53.56	0.0
RF	5.81 ± 2.43	31.80 ± 67.26	0.0
FEV1 %	98.42 ± 12.74	93.43 ± 15.29	0.0
FEV1 (L)	2.66 ± 0.98	3.21 ± 1.13	0.0
FEV1 Z skor	-0.10 ± 1.12	-0.35 ± 1.40	0.0
FVC %	96.94 ± 13.33	93.57 ± 12.01	0.0
FVC (L)	2.98 ± 1.10	3.66 ± 1.26	0.0
FVC Z skor	-0.28 ± 1.26	-0.31 ± 1.20	0.0
FEV1/FVC	98.90 ± 7.42	95.01 ± 12.40	0.0
FEV1/FVC Z skor	0.31 ± 0.99	-0.22 ± 1.03	0.0
PEF (L)	4.42 ± 1.62	5.92 ± 2.32	0.0
PEF %	77.55 ± 15.59	81.57 ± 19.27	0.0
FEF25-75 (L)	3.09 ± 1.26	3.79 ± 1.58	0.0
FEF25-75 %	96.42 ± 19.09	93.29 ± 29.30	0.0
FEF25-75 Z skor	-0.21 ± 0.94	-0.53 ± 1.04	0.0
Reverzibilite	0.31 ± 0.48	0.00 ± 0.00	0.0
TLC (L)	4.24 ± 1.06	4.65 ± 1.06	0.0
TLC %	104.05 ± 25.42	102.83 ± 10.05	0.0
RV (L)	1.48 ± 1.71	1.23 ± 0.34	0.0
RV %	102.27 ± 70.24	108.83 ± 40.31	0.0
RV/TLC	91.23 ± 47.28	106.00 ± 39.32	0.0
RV/TLC Z skor	-0.04 ± 1.60	0.64 ± 1.18	0.0
DLCO %	104.90 ± 19.09	147.60 ± 29.88	0.0
DLCO (L)	22.14 ± 7.58	29.09 ± 6.16	0.0
DLCO Z skor	0.46 ± 1.64	1.61 ± 2.55	0.0
DLCO/VA	93.37 ± 24.50	98.13 ± 53.83	0.0
6DYT mesafe (m)	530.57 ± 52.29	495.00 ± 79.83	0.0

Anti-CCP: Anti-siklik sitrüline peptid antikoru; RF: Romatoid faktör; FEV1: Zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite, PEF: Pik ekspiratuvar akım, FEF25-75: Zorlu ekspirasyon orta akım (25-75%); TLC: Total akciğer kapasitesi; RV: Rezidüel volüm; DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi; DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi; DLCO/VA: DLCO'nun alveoler volüme oranı; 6DYT mesafe: Altı dakika yürüme testi mesafesi.



Tablo 3. Seropozitif ve Seronegatif Grupların Cinsiyet, Sigara Maruziyeti, Solunum Semptomları, İlaç Kullanımları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 3. Seropozitif ve Seronegatif Grupların Cinsiyet, Sigara Maruziyeti, Solunum Semptomları, İlaç Kullanımları Açısından Karşılaştırılması

	Seronegatif (n, %)	Seropozitif (n, %)	p değeri
Cinsiyet (Kız)	17 (54.8)	5 (71.4)	0.422
Sigara maruziyeti	13 (48.1)	5 (83.3)	0.117
Pasif sigara	13 (48.1)	5 (83.3)	0.117
Aktif sigara	2 (7.4)	0 (0.0)	0.492
E-sigara kullanımı	1 (3.7)	1 (16.7)	0.229
Solunum semptomu	8 (29.6)	4 (66.7)	0.088
Öksürük	4 (14.3)	0 (0.0)	0.288
Plörodini	3 (11.5)	0 (0.0)	0.346
Dispne	2 (7.7)	1 (14.3)	0.590
Göğüs ağrısı	2 (7.7)	1 (14.3)	0.590
Egzersiz dispnesi	5 (19.2)	2 (28.6)	0.592
İstirahat dispnesi	2 (7.7)	0 (0.0)	0.449
Halsizlik	3 (11.5)	2 (28.6)	0.265
Yorgunluk	4 (15.4)	2 (28.6)	0.422
Çomak parmak	0 (0.0)	1 (14.3)	0.050
İlaçlar	21 (84)	4 (80)	0.459
Metotreksat	13 (52)	4 (80)	0.249
NSAID kullanımı	3 (12.0)	2 (40.0)	0.125
Steroid kullanımı	6 (25.0)	2 (40.0)	0.495
Oral prednol	6 (25.0)	2 (40.0)	0.495
CDMARD	2 (8.0)	0 (0.0)	0.513
BDMARD	7 (28.0)	0 (0.0)	0.177
TNF-alfa	10 (41.7)	3 (60.0)	0.453
Total	31 (100)	7 (100)	

E-sigara: Elektronik Sigara



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-48

ÇOCUKLARDA AKCİĞER LOBLARINA GÖRE BRONKOALVEOLAR LAVAJ GERİ DÖNÜŞ ORANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Irmak TANAL ŞAMBEL, Abdurrahman Erdem Başaran, Betül Bankoğlu Parlak, DİDAR AĞCA CENGİZ, Ayşen Bingöl

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Çocuklarda bronkoalveolar lavaj (BAL), çeşitli solunum yolu hastalıklarının tanısı ve izleminde kritik bir rol oynamasına rağmen, uygulanan lavaj hacminin ve alındığı lokasyonun geri dönüş oranlarına etkisine yönelik net bir uzlaşma yoktur. Literatürde özellikle sağ orta lob (RML) ve lingulanın kolay erişilebilirliği ve daha yüksek sıvı geri dönüşü sağlaması nedeniyle tercih edildiği bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı çocuklarda fleksibl bronkoskopi (FB) esnasında farklı akciğer loblarından alınan BAL geri dönüş oranlarının karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: Kasım 2024–Haziran 2025 arasında FB yapılan 1–18 yaş arası 71 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, bronkoskopi endikasyonları, BAL özellikleri (örneklem sayısı, alınan lob, verilen sıvı ve geri dönüş hacmi), bronkoskop çapı ve kültür sonuçları kaydedildi.

SONUÇLAR: Ortalama yaş $101,9 \pm 53,1$ (12–216) ay, 36'sı (%50,7) kızdı. En sık endikasyonlar kronik produktif öksürük ($n=19$, %26,8), rekürren pnömoni ($n=17$, %23,9) ve sağ orta lob sendromuydu ($n=11$, %15,5). BAL için 35 hastada (%49,3) 10 cc, 31 hastada (%43,7) 15 cc ve 5 hastada 20 cc serum fizyolojik kullanıldı. Geri dönüş hacimleri ve yüzde ortalamaları sırasıyla RML $4,5 \pm 1,9$ cc, $34,9 \pm 13$; sağ alt lob $4,29 \pm 2,08$ cc, $33,2 \pm 13,3$; lingula $4,21 \pm 2,14$, $33,7 \pm 15,1$ cc; sağ üst lob $4,14 \pm 1,7$ cc, $33,1 \pm 13,3$; sol alt lob $3,95 \pm 2,01$ cc, $30,1 \pm 12,5$; sol üst lob $3,63 \pm 1,64$ cc, $28,1 \pm 10,3$ ve idi. BAL en sık beş lobdan ($n=36$, %50,7) alındı. 44 (%62) hastada üreme saptanmadı, en sık h.influenza 10 hastada (%14,1) saptandı.

TARTIŞMA: Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da en yüksek geri dönüş yüzde ortalaması RML ve linguladan elde edildi

Anahtar Kelimeler: BAL, geri dönüş oranı, bronkoskopi



SS-49

SİSTEMİK JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTTE AKCİĞER TUTULUMU SIKLIĞI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Alperen Eravsar¹, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı⁶, Mehmet Yıldız², Ece Aslan², Nergis Akay², Ümit Güp², Esmâ Aslan², Elif Kılıç Könte², Aybüke Günalp², Berrak Nevin Öztosun⁵, Çiğdem Korkmaz⁵, Azer Kılıç Başkan⁵, Mehtap Doğruel⁴, Ayşe Kalyoncu Uçar³, Erkan Yılmaz⁴, Sezgin Şahin², Özgür Kasapçopur², Kenan Barut²

¹İÜC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İÜC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

³İÜC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı

⁴İÜC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, HLA Doku Tiplendirme Laboratuvarı

⁵İÜC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ: Sistemik JİA hastalarında interstisyel tipte bir akciğer hastalığı artışı bildirilmektedir(sJIA-LD), %7-%12 sıklık saptanmış; hafif subplevral retikülasyonlardan yaygın buzlu cam dansitelerine kadar geniş bir spektruma sahip interstisyel bir hastalık görülmektedir. Asemptomatik bir tablodan ağır solunum yetmezliğine kadar ulaşan bir klinik çeşitlilik göstermektedir. Boston'da hazırlanan bir konsensüs ile;HLADRB1*15 pozitifliği, 2 yaş öncesinde tanı, MAS atağı geçirme, sJIA ile uyumsuz döküntüler gibi özellikleri olanlara toraks BT ile değerlendirme yapılması ve tüm hastalar için HLADRB1*15 açısından dokütleme çalışılması önerilmiştir. Çalışmada frekansın belirlenmesi ve sJIA-LD geliştirebilecek hastaların erken tanınması, tarama stratejilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

YÖNTEM:

1. Akciğer hastalığı yapan farklı(enfeksiyöz, romatolojik) hastalık varlığı
2. MAS tablosunda olanlar dışlandı.

87 hasta dahil edildi.

2 yaş öncesi tanı, down sendromu, MAS atakları, subklinik MAS, biyolojiklerle advers reaksiyon, persistan öksürük, clubbing ve şüpheli akciğer filmine sahip olma özelliklerinden en az birini taşıyanlar riskli kabul edilerek toraks BT ile görüntülemesi yapıldı. HLADRB1*15 ve biyolojik ajanların kullanımı olmak üzere diğer özelliklerin karşılaştırılması planlandı.

BULGULAR: Ortalama tanı yaşı 6(2,5–9,6) idi. Hastaların 56'sına toraks BT çekildi ve 15'inde(%17) akciğer tutulumu saptandı.ILD(+)hastaların %53'ü asemptomatikti; en sık radyolojik bulgular periferik interseptal kalınlaşma(%73) ve subplevral retikülasyon(%53) idi. ILD(+) grupta asemptomatik inflamasyon, subklinik MAS, MAS öyküsü, biyolojiklere advers reaksiyon, kanakinumab kullanımı ve HLADRB1*15 pozitifliği anlamlı olarak daha fazlaydı(p<0,05). Korelasyonda asemptomatik inflamasyon(r=0,694) ve tekrarlayan MAS(r=0,648) güçlü ilişki gösterdi. Regresyon analizinde MAS sıklığı(OR:6,67;p=0,009) ve subklinik MAS(OR:2,88; p=0,005)bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

SONUÇ: Çoğunlukla sessiz seyreden akciğer tutulumu %17 sıklığındadır. MAS atak sıklığı, subklinik MAS,HLADRB1*15 pozitifliğinin risk faktörleri olarak öne çıkması, erken tanı ve yakın izlemin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: sistemik, JİA, Akciğer, interstisyel



Regresyon Analizi Tablosu

Tablo|LD(+) Risk Faktörleri Açısından Univariate/ Multivariate Regresyon Analizi

Parametre	<u>Univariate Analiz</u>		<u>Multivariate Analiz</u>	
	p değeri	OR- (%95 CI)	p değeri	OR- (%95 CI)
Cinsiyet	0.59	0.72 (0.24-2.34)	-	-
Tanı Yaşı	0.41	0.92 (0.84-1.07)	-	-
Hastalık süresi	0.2	1.06 (0.98-1.10)	-	-
MAS Öyküsü	0.002	7.52 (2.13-26.51)	-	-
MAS Atak Sıklığı	0.001<	7.47 (2.81-21.26)	0.009¹	6.67 (1.82-19.08)
Subklinik MAS	0.001<	4.38 (1.98-9.96)	0.005¹	2.88 (1.5-5.78)
YBÜ Yatışı	0.01	8.23 (1.62-41.93)	-	-
Plazmaferez	0.026	8.62 (1.30-57.12)	-	-
2 Yaş Öncesi Tanı	0.062	3.08 (0.94-9.56)	0.557 ¹	1.63 (0.29-9.18)
Biyolojiklerle advers reaksiyon	0.03	11.33 (2.34-54.9)	0.125 ²	3.90 (0.68-22.22)
Biyolojik ajanla anafilaksi	0.302	2.57 (0.42-15.53)	-	-
Eozinofili	0.02	35 (3.7-331.00)	-	-
Tosilizumab öyküsü	0.31	2.48 (0.76-8.09)	-	-
Kanakinumab öyküsü	0.016	4.41 (1.30-13.51)	0.229 ²	2.33 (0.58-9.28)
Anakinra öyküsü	0.57	1.47 (0.44-4.48)	-	-
HLADRB1*15	0.034	4.00 (1.10-14.43)	0.56 ²	3.85 (0.96-15.35)

¹Klinik özellikler ilişkili multivariate regresyon modeli

²HLA doku tipi ve tedavi modaliteleri ilişkili multivariate regresyon modeli

ILD(+)liği Açısından Risk Faktörlerinin Univariate/ Multivariate Regresyon Analizi



SS-50

DUCHENNE MUSKULER DİSTROFİ TANILI ÇOCUK HASTALARDA SOLUNUM FONKSİYONLARINA ETKİ EDEN KLİNİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşen Basaran¹, Muhammed Gültekin Kutluk², Yusuf Alioğlu³, Aylin Yaman⁴, Hanife Hale Hekim⁵, Füsun Toraman⁵

¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları

²Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji

³Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Pediatri Bilim Dalı

⁴Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji

⁵Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon

GİRİŞ: Duchenne muskuler distrofi[DMD] en sık kalıtsal miyopatidir,X kromozomunun distrofin genindeki bozukluktan kaynaklanır. Klinikte ortaya çıkan kas yetmezliği solunum morbiditesini kademeli olarak arttırır. Bu nedenle solunum fonksiyonu ve klinik değerlendirmeyi birlikte yapmak gerekir. Çalışmamızda DMD li çocuklarda hastalık şiddetini solunum fonksiyonlarına göre sınıflayarak buna etki eden klinik faktörleri ve bu faktörlerin hastaların solunum fonksiyonlarındaki yıllık değişimine etkisini değerlendirdik.

MATERYAL-METOD: Kas hastalıkları merkezimizde takipli DMD tanılı 158 hastanın çocuk göğüs hastalıkları vizitlerinde yapılmış olan solunum fonksiyon testleri geriye dönük incelendi ve hastaların zorlu vital kapasite % (FVC)'ne göre hastalık şiddeti belirlenerek hastalar üç gruba ayrıldı, buna etki edebilecek klinik parametreler değerlendirildi. Değerlendirilen parametreler: hastaların demografik özellikleri, steroid kullanımı, alt ekstremitte kas gücü değerlendirilmesi, üst ekstremitte kas gücü değerlendirilmesi, skolyoz varlığı ve genetik sonuçlarıydı. Ayrıca hastaların FVC% lerinde yıllık düşüş üzerine bu parametrelerin etkileri değerlendirildi.

SONUÇLAR: 158 hastanın ortalama; yaşı 12.57+ 3.68 yıl, tanı yaşı 3.85 +2.34 yıl, FVC %75.41+ 18.97 di. Hastaların 64 (%40.50) nde %FVC > 80 (grup1),80 (%50,63) inde % FVC 50-79 (grup2),14 (%8.86) ünde %FVC <50 (grup3) olarak saptandı. 3 grup arasında yaş,tanı yaşı,vücut kitle indeksi, steroid kullanımı,Vignos skalası, North Star Ambulatuvar değerlendirmesi,skolyoz varlığı, ambulasyon durumu,ambulasyon kaybı yaşı ve genetik mutasyon açısından fark saptanmazken; Brooke skor (p=0.019),üst ekstremitte distal kas kuvveti (p=0.048),alt ekstremitte proksimal kas kuvveti (p=0.04) açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı. Bazal değere göre yıllık % FVC düşüş yüzdesi ise non ambulatuvar grupta ve skolyoz varlığında istatistiksel anlamlı yüksekti (p=0.002; 0.006).

TARTIŞMA: DMD hastalarında solunum fonksiyonları ve etki eden klinik parametreleri inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Duchenne muskuler distrofi,zorlu vital kapasite,skolyoz



SS-51

ASPIRASYONU GÖSTERMEDE LİPİD YÜKLÜ MAKROFAJ KULLANILABİLİR Mİ?

Gözde Cavıldak Karaaslan¹, Füsün Ünal¹, Julide Özgür¹, Yeliz Koç¹, Tuba Karakuş Sert¹, Burak Taha Keşkekoğlu¹, Büşra Dudu², Hakan Yazan¹, Sedat Öktem¹

¹Medipol Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

²Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları BD

GİRİŞ-AMAÇ: Lipid yüklü makrofaj indeksi (LLMI), bronkoalveolar lavajda gastroözofageal reflü ve aspirasyon için bir belirteç olarak önerilmiştir. Çalışmamızda, LLMI ile pediatrik aspirasyon arasındaki klinik ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2018- Aralık 2024 tarihleri arasında Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniğimizde fleksibl bronkoskopi (FB) yapılan, bronkoalveolar lavaj (BAL) ile LLMI örneği alınan, 0-18 yaş ve arası hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik verileri ve bronkoskopi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Fleksibl bronkoskopi de LLMI bakılan 90 hastamızın (K/E: %52,2 / %47,8) median yaşı 34,5 (IQR: 13-69,2) aydı. En sık tanılar sırasıyla kas hastalıkları %23,3 (n:21), havayolu anomalisi %11,1 (n:10), sendromik hasta %8,9 (n:8), KKH %8,9 (n:8), BPD %6,7 (n:6) idi. En sık FB endikasyonumuz persistan yada tekrarlayan pnömoni %75,5 (n:68), dekanülasyon öncesi değerlendirme %16,7 (n: 15), ekstübasyon başarısızlığı %6,7 (n:6) idi. Hastaların %27,8'i (n:25) invaziv, %13,3'ü (n:12) non-invaziv solunum desteği, %1,1'i (n:1) oksijen almaktaydı. Tüp ile beslenme %51,1 (n:46), oral beslenme %48,9 (n:44) oranındaydı. Yirmiyedi (%30) hastada klinik yutma gözlemi, 13'üne (%14,4) testlerle yutma disfonksiyonu tanısı konulmuştu. Testlerle 16 (%17,7), klinik olarak da 8 (%8,8) hastaya reflü tanısı konuldu. Radyolojide aspirasyon bulgusu hastaların %16,7'sinde (n:15) vardı. LLMI %34,4 (n:31) oranında 165 in üzerindeydi. Hastaların solunum desteği tipi, beslenme durumu, reflü ve yutma disfonksiyonu varlığı ile LLMI karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. Radyolojide aspirasyon bulgusu olanlar ile LLMI karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu (p<0,05) (Tablo 1).

TARTIŞMA VE SONUÇ: LLMI (>165), radyolojide aspirasyonu destekleyen yararlı bir teşhis aracıdır.

Anahtar Kelimeler: aspiration, bronchoalveolar lavage, lipid-laden macrophages

Tablo 1. Reflü Tanısı Alan ve Almayan, Radyolojide Aspirasyon Bulgusu Olan ve Olmayan Hastalarda Lipid Yüklü Makrofaj İndeksi (LLMI) Karşılaştırılması

	LLMI < 165	LLMI ≥ 165	p değeri
Reflü tanısı			
Yok	35	20	0,134
Var	19	5	
Radyolojide aspirasyon bulgu			
Yok	38	11	0,017*
Var	21	20	



SS-52

İKİ YAŞINDAN KÜÇÜK CHILD HASTALARIMIZIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Fatma Gül Ersan, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Handan Kekeç, Ayşe Tana Aslan

Gazi Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları (chILD) nadir görülen, karmaşık bir hastalık grubudur. Amacımız bölümümüzde takip edilen 0-2 yaş grubundaki chILD tanılı hastaların tanılarını ve izlemlerini gözden geçirmektir.

METHOD: Çocuk göğüs hastalıkları kliniğinde 2013-2025 yılları arasında takipli olan 0-2 yaş grubundaki chILD tanılı çocukların demografik verileri, semptomları, laboratuvar bulguları, radyoloji ve genetik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Çalışmaya 16 hasta (%68,8 erkek) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 8 yaş (10 ay-17 yaş) idi. Hasta tanıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların şikayetlerinin ortalama başlangıç yaşı 1 ay (0-21), ortalama tanı yaşı 6,5 ay (0-21) iken şikayet başlangıcı ile tanı arasındaki ortalama süre 2,5 ay (0-15) idi. En sık başvuru bulguları takipne, öksürük ve çekilme idi. Hastaların yedisinde pektus deformitesi mevcuttu. Hastaların yarısında büyüme geriliği tespit edildi. Trakeostomi ile izlenen 2 hasta varken, 13 hastada konjenital kalp hastalığı eşlik ediyordu. En sık saptanan Toraks BT bulguları buzlu cam dansitesi, fokal havalanma artışı ve subplevral kist olarak görüldü. Tanı anında O₂ ihtiyacı olan 12 hastanın 3'ünün izlemde ihtiyacı kalmazken, 4'ünün O₂ ihtiyacı azaldı. Trizomi 22 ilişkili ILD tanılı, ağır pulmoner hipertansiyonu olan 1 hasta eksitus oldu.

TARTIŞMA: İnfantil dönemde görülen chILD'lar yaşamın erken döneminde non-spesifik bulgularla başvurabilir. Etiyolojide sıklıkla sürfaktan protein bozuklukları ve NEHI gibi tanımlar yer alırken sıklıkla genetik faktörlerle ilişkilidir. Morbidite ve mortalite riski yüksek olduğu için erken tanı ve yakın takip çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: interstisyel akciğer hastalığı, infant, chILD

Tablo 1. ChILD hastalarının tanıları

Tanı	n(%)
Nöroendokrin Hücre Hiperplazisi (NEHI)	4 (25)
Bronşiolitis Obliterans	2 (12,5)
Postenfeksiyöz Bronşiolitis Obliterans	1 (6,25)
Sürfaktan Protein C eksikliği	1 (6,25)
ABCA3 mutasyonu	1 (6,25)
Sürfaktan Metabolizma Bozukluğu	2 (12,5)
Akciğer Hipoplazisi	1 (6,25)
Metionil tRNA sentetaz-1 mutasyonu	1 (6,25)
Rubinstein Taybi ilişkili ILD	1 (6,25)
Telomeraz revers transkriptaz ilişkili ILD	1 (6,25)
Trizomi 22 ilişkili ILD	1 (6,25)



SS-53

SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ TANILI HASTALARDA SOLUNUM YOLU VİRAL ENFEKSİYONLARININ KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ

Burak Taha Keşkekoğlu, Gözde Cavıldak Karaaslan, Julide Özgür, Yeliz Koç, Tuba Karakuş Sert, Hakan Yazan, Sedat Öktem

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada SMA tanılı viral ÜSVE/ASVE nedeniyle yatan hastalarda etken dağılımını ve klinik seyir üzerindeki etkilerini değerlendirmek; etken tipine göre hastalık şiddetiyle ilişkiyi ortaya koymak amaçlandı.

YÖNTEM: Ocak 2021–Haziran 2025 arasında kliniğimizde yatan 153 SMA hastası retrospektif olarak incelendi. Viral PCR veya hızlı antijen testi pozitif olan ve ÜSVE/ASVE tanısıyla yatırılan olgular çalışmaya dahil edildi. Demografik ve klinik veriler değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 37 hastaya ait 49 yatış analiz edildi. Nusinersen doz sayısı oksijen ihtiyacıyla ilişkiliydi ($p=0.024$), yatış süresiyle negatif korelasyon gösterdi ($\rho = -0.306$, $p=0.035$). Onasemnogene abeparvovec (Zolgensma) alanlarda yatış süresi daha kısa bulundu (medyan 5.5 gün, IQR: 3–10; $p=0.04$). Solunum sıkıntısı ÇYBÜ yatışı ($p=0.008$), oksijen ihtiyacı ($p<0.001$) ve yatış süresiyle ($p<0.001$) ilişkiliydi. Morarması olanlarda da ÇYBÜ yatışı ($p=0.019$) ve oksijen gereksinimi ($p=0.013$) daha yüksekti. Ateşi olanlarda yatış süresi daha kısa bulundu ($p=0.047$), ancak ateşi olmayan grup küçüktü ($n=3$). Bu, bulgunun güvenilirliğini, klinik anlamlılığını sınırlandırmaktadır. RSV pozitiflerde oksijen ihtiyacı, ÇYBÜ yatışı ve antibiyotik kullanımı daha yüksek, yatış süresi daha uzun olsa da bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Beslenme tipi ($p=0.018$) ve solunum destek düzeyi ($p=0.008$) antibiyotik kullanımıyla ilişkili bulundu, fakat antibiyotik almayanların azlığı ($n=3$) sonuçların gücünü sınırladı. NIV, cough assist ve vest kullanımında sayısal artış izlendi, ancak istatistiksel anlam bulunmadı.

SONUÇ: SMA hastalarında viral solunum yolu enfeksiyonları ciddi morbiditeye yol açabilmektedir. Morarma ve solunum sıkıntısı olan olgular hızlı kötüleşebileceğinden yakın izlem gerektirir. Gen ve ilaç tedavileri koruyucu etki sağlayabilir. Solunumu destekleyen cihazların kullanımındaki artış, destek tedavilerinin önemini göstermektedir. Bu sonuçların güçlendirilmesi için daha geniş örneklemle yapılacak çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Spinal musküler atrofi, solunum yolu enfeksiyonları, respiratuar sinsityal virüs, solunum destek tedavisi.



Tablo 1. Demografik ve Klinik Özellikler

Tablo 1. Demografik ve Klinik Özellikler (n=49)					
Özellik		n	%	Medyan (Q1-Q3)	Min.-Maks.
Cinsiyet	Kız	27	55,1		
	Erkek	22	44,9		
Sma tipi	Tip I	48	98,0		
	Tip II	1	2,0		
Yaş (ay)		49		25 (21,8-49,5)	17-77
Tanı yaşı (ay)		49		3 (1,8-4,3)	1-12
Nusinersen Aldı mı	Evet	48	98,0		
	Hayır	1	2,0		
Nusinersen başlama yaşı (ay)		48		4 (2-7,5)	1-23
Nusinersen doz sayısı		48		5 (4-7)	3-19
Onasemnogene abeparvovec aldı mı	Evet	22	44,9		
	Hayır	27	55,1		
Onasemnogene abeparvovec başlama yaşı (ay)		22		16,5 (13,8-25,8)	5-51
Tarama ile tanı	Evet	8	16,3		
	Hayır	41	83,7		
Viral etken (PCR pozitif)	RSV	12	24,5		
	Rhinovirüs	11	22,4		
	SARS-CoV-2	11	22,4		
	Adenovirüs	4	8,2		
	Bocavirüs	4	8,2		
	Parainfluenza	4	8,2		
	İnfluenza	3	6,1		
Mevsim	Yaz	17	34,7		
	Kış	32	65,3		
Hastane yatış süresi (gün)		49		5,5 (3-10)	2-17
Oksijen ihtiyacı	Var	24	49,0		
	Yok	25	51,0		
ÇYBÜ ihtiyacı	Var	9	18,4		
	Yok	40	81,6		
Antibiyotik kullanımı	Var	46	93,9		
	Yok	3	6,1		
Semptomlar	Ateş	46	93,9		
	Öksürük	23	46,9		
	Solumun sıkıntısı	18	36,7		
	Morarma	11	22,4		
	Sekresyon artışı	10	20,4		
	Hırıltı	8	16,3		
	Burun akıntısı	4	8,2		
Yatış sırasında solunum desteği	Oda havası	3	6,1		
	NIV	30	61,2		
	Trakeostomi + EV	16	32,7		
Taburculuk sonrası solunum desteği	Oda havası	2	4,1		
	NIV	31	63,3		
	Trakeostomi + EV	16	32,7		
Cough Assist kullanımı	Yatışta	46	93,9		
	Taburculuk sonrası	47	95,9		
Vest kullanımı	Yatışta	19	38,8		
	Taburculuk sonrası	25	51,0		
Beslenme şekli	PEG	22	44,9		
	NGS	21	42,9		
	Oral	6	12,2		



Tablo 2. SMA Hastalarında Sürekli Tedavi Değişkenlerinin Klinik Sonlanımlarla İlişkisi

SMA Sürekli Tedavi Değişkenleri	ÇYBÜ İhtiyacı				p	Oksijen İhtiyacı				p	Antibiyotik Kullanımı				p	Hastane Yatış Gün Sayısı				p
	yok		var			yok		var			yok		var			Hastane Yatış Gün Sayısı				
	n	Medyan (IQR)	n	Medyan (IQR)		n	Medyan (IQR)	n	Medyan (IQR)		n	Medyan (IQR)	n	Medyan (IQR)		p (Spearman)	n	Medyan (IQR)		
Nusinersen başlama yaşı	39	4 (2-6.5)	9	5 (2-11)	0.67 ^a	24	3.5 (2-6.5)	24	4 (2-10)	0.7 ^a	2	7 (3-11)	46	4 (2-7)	0.515 ^a	0.086			0.56 ^b	
Nusinersen doz sayısı	39	5 (4-7.5)	9	4 (4-5)	0.14 ^a	24	6.5 (5-8)	24	4 (4-6)	0.024 ^a	2	9.5 (5-14)	46	5 (4-7)	0.319 ^a	-0.306			0.033 ^b	
Zolgensma	Aldı	17		5	0.713 ^c	11		11		0.897 ^d	0		22		0.242 ^c		22	5.5 (3-10)	0.04 ^c	
	Almadı	23		4		14		13			3		24			27	10 (5-16)			
Zolgensma başlama yaşı	17	16 (14-23)	5	18 (13-38)	0.724 ^a	11	18 (16-23)	11	15 (12-26)	0.249 ^a	0	*	22	16.5 (14-23)	*	-0.266			0.232 ^b	

^a Mann-Whitney U testi, ^b Spearman korelasyon testi, ^c Fisher's Exact testi, ^d Pearson kare testi kullanılmıştır.

^a Mann-Whitney U testi, ^b Spearman korelasyon testi, ^c Fisher's Exact testi, ^d Pearson kare testi kullanılmıştır.

Tablo 3. RSV Pozitifliği ile Klinik Sonlanımların İlişkisi

Klinik Sonlanım		RSV durumu				p değeri
		RSV (+) olanlar		RSV (-) olanlar n (%)		
		n	Medyan (IQR)	n	Medyan (IQR)	
Oksijen ihtiyacı	Var	7		17		0.456 ^a
	Yok	5		20		
ÇYBÜ yatışı	Var	3		6		0.669 ^b
	Yok	9		31		
Antibiyotik kullanımı	Var	12		34		0.566 ^b
	Yok	0		3		
Yatış süresi (gün)		12	8.5 (7.5-14)	37	6 (3-13)	0.11 ^c

^a Pearson Ki-kare testi, ^b Fisher's Exact testi, ^c Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

^a Pearson Ki-kare testi, ^b Fisher's Exact testi, ^c Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4: Semptomlar ile Klinik Sonlanımlar Arasındaki İlişki

Semptom		Oksijen İhtiyacı		p	ÇYBÜ İhtiyacı		p	Antibiyotik Kullanımı		p	Hastane Yatış Gün Sayısı		p
		Var (n)	Yok (n)		Var (n)	Yok (n)		Var (n)	Yok (n)		n	Medyan (IQR)	
Ateş	Var (n)	21	25	0.11 ^a	7	39	0.083 ^a	43	3	1 ^a	46	8 (4-12)	0.047 ^c
	Yok (n)	3	0		2	1		3	0		3	15 (14-17.5)	
Öksürük	Var (n)	9	14	0.195 ^b	2	21	0.145 ^a	22	1	1 ^a	23	6 (4-10)	0.162 ^c
	Yok (n)	15	11		7	19		24	2		26	9 (4-16)	
Solunum Sıkıntısı	Var (n)	15	3	0 ^a	7	11	0.008 ^c	18	0	0.288 ^a	18	14.5 (8-17)	0 ^c
	Yok (n)	9	22		2	29		28	3		31	5 (3-8.5)	
Morarma	Var (n)	9	2	0.013 ^b	5	6	0.019 ^a	11	0	1 ^a	11	13 (6.5-16)	0.163 ^c
	Yok (n)	15	23		4	34		35	3		38	8 (4-11)	
Hırıltı	Var (n)	2	6	0.247 ^a	0	8	0.322 ^a	8	0	1 ^a	8	6.5 (4-8.5)	0.296 ^c
	Yok (n)	22	19		9	32		38	3		41	8 (4-15)	
Sekresyon Artışı	Var (n)	5	5	1 ^a	0	10	0.173 ^a	10	0	1 ^a	10	7 (4-10)	0.486 ^c
	Yok (n)	19	20		9	30		36	3		39	8 (4-14.5)	
Burun Akıntısı	Var (n)	2	2	1 ^a	0	4	1 ^a	4	0	1 ^a	4	10.5 (6-14.5)	0.545 ^c
	Yok (n)	22	23		9	36		42	3		45	8 (4-13)	

^a Fisher's Exact testi, ^b Pearson Ki-kare testi, ^c Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-54

TÜRKİYE'DE ADÖLESLANLARIN E-SİGARAYA YÖNELİK TUTUM VE İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: YENİ BİR ÖLÇEK DENEYİMİ

Sinem Can Oksay¹, Gülay Bilgin², Eda Gürler¹, Deniz Mavi Tortop³, Zeynep Reyhan Onay¹, Saniye Girit¹

¹Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul, Türkiye

²Eskişehir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir, Türkiye

³Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

AMAÇ: Elektronik sigara (e-sigara) kullanımı, tütün endüstrisinin agresif pazarlama stratejileri ve aromalı ürünler nedeniyle, dünya genelinde çocuklar ve adölesanlar arasında hızla artmaktadır. Bu çalışmada, adölesanlarda e-sigaraya yönelik tutum, inanç ve kullanım yaygınlığını geçerli bir ölçek ile değerlendirmeyi, risk algısını etkileyen bireysel ve çevresel faktörleri belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmada, 14-18 yaş arası, ruhsal ve fiziksel kronik hastalığı olmayan adölesanlarda e-sigaraya yönelik inanç ve tutumlar değerlendirildi. Katılımcılar, pediatri polikliniklerinden ardışık örnekleme yöntemi ile seçildi. Veriler, bu yaş grubuna özel olarak geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir 18 maddelik "Adölesanlarda E-Sigara Tutum ve İnançları (AETİ) Ölçeği" ile toplandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 547 adölesan (medyan yaş 16, %51,4 kız) katıldı. Katılımcıların %20,9'u hayatında en az bir kez sigara içmiş, %18,5'i en az bir kez e-sigara kullanmıştı; düzenli sigara ve e-sigara kullanımı sırasıyla %14,4 ve %9,2 idi. EAETİ Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının yüksek olması, özellikle erkekler ve yakın arkadaşları sigara veya e-sigara kullanan bireyler arasında e-sigaraya yönelik olumlu inanç ve tutum geliştirmede istatistiksel anlamlı olarak ilişkili bulundu. Lojistik regresyon analizleri, yüksek toplam AETİ puanlarının hem geçmiş hem de güncel e-sigara kullanımını ve sigara içme olasılığını artırdığını gösterdi.

SONUÇ: Bu çalışma, e-sigaraya yönelik daha olumlu tutum ve inançlara sahip adölesanların hem e-sigara hem paketlenmiş sigara deneme ve düzenli kullanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca pazarlama stratejileri ve yakın arkadaş etkisini gözönünde bulduğumuzda bunları hedef alan müdahalelerin adölesanları bu zararlı maddelerden korumada kritik öneme sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: e-sigara, adölesan, AETİ ölçeği



SS-55

PLEVRAL EFÜZYON; TRANSUDATİF VE EKSUDATİF EFÜZYON AYRIMINDA TORAKS TOMOGRAFİSİ ATENÜASYON DEĞERLERİNİN ETKİNLİĞİ

Fatma Nur Ayman¹, Hanife Tuğçe Çağlar², Sevgi Pekcan¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

²Konya Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

GİRİŞ: Plevral efüzyon (PE), parietal ve visseral plevra yaprakları arasında bulunan sıvının patolojik olarak artmasıyla karakterize bir klinik tablodur. Hipoalbuminemi durumlarında ve kalp yetmezliğinde transudatif; enfeksiyon, malignite ve bağ doku hastalıklarında eksudatif vasıfta efüzyon gelişmektedir. Çocuklarda en sık parapnömonik efüzyon (PPE) görülmektedir. Çalışmamızda hastanemizdeki PE nedeniyle takip edilen hastaların toraks tomografisi atenüasyon değerlerinin (Hounsfield ünitesi, HU) transuda ve eksuda ayrımındaki etkinliğini araştırmayı amaçladık.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2014-2024 yılları arasında PE tanısıyla takipli ve toraks tomografisi çekilen 18 yaş altı 73 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, PE etiyolojileri, mayi özellikleri ile toraks tomografisi HU değerleri değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hastaların %57,5'i erkekti ve tanı anındaki yaş ortalamaları $126,9 \pm 74$ aydı. Başvuru anında en sık görülen semptom ateş iken ($n=42$, %57,5) bunu öksürük ($n=34$, %46,6) ve nefes darlığı ($n=34$, %46,6) izledi. En sık parapnömonik efüzyon saptanırken ($n=44$, %60,3) bunu sırasıyla tüberküloz enfeksiyonu (%16,4) malignite (%12,3) takip etti. 55 hastaya (%75,3) torasentez yapıldı; bu hastaların 38'ine (%69) tüp torakostomi uygulandı. Hastaların mayi özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. HU değerleri ortalama $16,4 \pm 9,26$ saptanırken, eksudatif efüzyonu olanlarda transudatif olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (ort. sıra: 29,79'a karşı 16,06; $p = 0,017$).

TARTIŞMA: PE'da tedavi ve prognoz açısından etiyoloji ile mayi karakterinin belirlenmesi önemlidir. Torasentezin invaziv bir işlem olması ve taşıdığı komplikasyon riski nedeniyle noninvazif yöntemlere duyulan ihtiyaç artmaktadır. Toraks tomografisi HU değerleri transuda-eksuda ayrımında yol gösterici olabilir. Ancak bu konuda daha geniş vaka serileri ile ileri araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: plevral efüzyon, torasentez, bilgisayarlı tomografi, Hounsfield ünitesi

Tablo 1: Plevral mayi özellikleri

Efüzyon derinliği (mm)	25 (15-40)
Plevral mayi biyokimyası	
LDH (U/L)	$875,75 \pm 721,92$
Protein (g/L)	42 (32-49,4)
Glukoz (mg/dL)	$72 \pm 43,96$
pH	7,28 (7,1-7,39)
Transuda (n,%)	3 (%12,3)
Eksuda (n,%)	46 (%63)
Ampiyem (n,%)	30 (%41,1)
Pozitif kültür (n,%)	5 (%6,8)



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-56

ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA RSV'NİN KLİNİK VE EKONOMİK YÜKÜ: İKİ MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Erdem Gönüllü¹, Sıla Yılmaz², Elvan Zengin², Seda Günhar Duman³, İsmail Yıldız⁴, Zeynep Seda Uyan¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Ataşehir Memorial Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Şişli Memorial Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Çalışmamızda, 2022-2024 yılları arasında Respiratuar Sinsityal Virüs (RSV) enfeksiyonlarının pediatrik olgulardaki klinik, laboratuvar, tedavi ve maliyet özellikleri değerlendirildi; RSV pozitif ve negatif olgular karşılaştırılarak maliyet ve klinik yük açısından farklılıklar incelendi.

YÖNTEM: Kliniğimizde RSV antijeni gönderilmiş olan yaşları 0–17 yıl arasında değişen çocukların kayıtları retrospektif olarak tarandı ve RSV antijen sonuçlarına göre pozitif ve negatif olarak sınıflandırıldı. Klinik semptomlar, radyolojik bulgular, laboratuvar parametreleri ve tedavi yaklaşımları (ilaçlar, nazal düşük akım oksijen tedavisi, sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP), yüksek akım nazal oksijen tedavisi (YANKOT), entübasyon ve invaziv mekanik ventilasyon) kaydedildi. Tüm hastalar için hastaneye yatış durumu, yatış süresi ve USD cinsinden maliyet analizleri yapıldı. İstatistiksel değerlendirmede kategorik değişkenler için Ki-kare/Fisher testi, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı.

BULGULAR: Toplamda 344 RSV pozitif (ortanca yaşı 483 gün, IQR 96-1069), ve 537 RSV negatif (ortanca yaşı 1269 gün, IQR 471-2138) olgu alındı, gruplar arasındaki yaş farkı anlamlıydı ($p<0.001$). RSV pozitif olgularda öksürük, hırıltı ve çekilme oranları belirgin olarak yüksekti. Yaş grubu analizinde, özellikle 6–12 ay arası olgularda maliyet farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.033$). Genel maliyet analizi, yüksek maliyetli az sayıda vakanın ortalamayı yükselttiğini, medyan maliyetlerin daha düşük seyrettiğini gösterdi. RSV pozitif olguların hastaneye yatış oranı daha yüksek olup, solunum desteği ve ek oksijen tedavileri daha sık uygulandı.

SONUÇ: RSV enfeksiyonu, özellikle erken infantil dönemde klinik yük ve hastane maliyeti açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. RSV pozitif olgular, negatif olgulara göre daha yüksek semptom yükü ve yatış oranına sahiptir. RSV enfeksiyonlarının erken tanı ve yönetimi klinik ve ekonomik açıdan önemlidir.

Anahtar Kelimeler: RSV, maliyet, alt solunum yolu enfeksiyonu



SS-57

TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİLİ ÇOCUKLARDA SOLUNUM YOLU PATOJENİ DİNAMİKLERİ PANDEMİ DÖNEMİ VE SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre Aygun¹, Senem Behsat Ulukaya², Nazan Dalgıç²

¹S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada COVID-19 pandemisinin başlangıcından sonraki izolasyon ve pandemi sonrası dönemlerde çocukluk çağı toplum kökenli pnömonilerin (TKP) epidemiyolojik, klinik ve mikrobiyolojik özelliklerindeki değişimlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2020–Ekim 2024 arasında nazofaringeal multiplex polimerize zincir testi (PCR) alınan ve TKP tanısıyla hastaneye yatırılan 1 ay–18 yaş arası 166 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar pandemi izolasyon dönemi (Dönem 1), izolasyonun kaldırıldığı pandemi dönemi (Dönem 2) ve pandemi sonrası dönem (Dönem 3) olarak sınıflandırıldı. Hastaların klinik, laboratuvar ve yatış özellikleri, hastalık etkenleri dönemler arasında karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: En fazla vaka dönem 3 görüldü (%48,7, $p<0,001$). Dönem 1’de 1–24 ay yaş grubu dönem 3’te 61 ay ve üzeri yaş grubu daha fazla idi ($p<0,001$). Dönem 3’te hastanede kalış süresi daha kısa ($p<0,05$) ve yoğun bakım ihtiyacı daha az ($p<0,01$) görüldü. Yoğun bakım yatış ihtiyaçları arasında fark yok iken oksijen desteği dönem 1’de daha fazla idi ($p<0,001$). Antibiyotik başlanma oranları benzer kalmakla birlikte, dönem 3’te tedavi süresi daha uzun izlendi. ($p<0,05$). Tüm dönemlerde Human rinoenterovirüs en yaygın patojen olarak görüldü (%37,3). Dönemler arasında RSV ve Mycoplasma pneumonia arasında anlamlı değişiklik izlendi ve RSV dönem 1/ dönem 2 de sık dönem 3 ‘de sıklığı azalır iken ($p<0,001$), M.pneumonia dönem 3 de artmış olarak bulundu ($p<0,001$).

TARTIŞMA: Bulgular, pandeminin çocukluk çağı pnömonilerinde patojen dinamiklerini ve klinik seyrini değiştirebildiğini göstermektedir. İzolasyon önlemlerinin kaldırılmasıyla Human Rinovirüs ve M. pneumoniae ön plana çıkarken RSV sıklığında belirgin azalma saptanmıştır. Bu sonuçlar, gelecekte yaş ve döneme özgü sürveyans ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, COVID-19, Epidemiyoloji, Solunum Yolu Patojenleri, Toplum Kökenli Pnömoni



SS-58

BESLENMEDE KALİTE İYİLEŞTİRME PROJESİNİN ETKİSİ: YAŞAMIN İLK 1000 GÜNÜ

Damla Kocaman¹, Merve Selçuk², Şeyda Karabulut², Ayça Ceren Yıldız², Neval Metin Çakar², Fulya Özdemircioğlu², Eda Esra Baysal², Merve Akkitap², Büşra Özgünay Demirel², Emre Uğurlu², Burcu Uzunoğlu¹, Gamze Taştan¹, Cansu Yılmaz Yeğit², Almala Pınar Ergenekon², Ela Erdem Eralp², Yasemin Gökdemir², Fazilet Karakoç², Bülent Karadağ²

¹Marmara Üniversitesi, Kistik Fibrozis Merkezi, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Kistik fibrozis (KF) için yenidoğan taraması, erken tıbbi ve beslenme müdahaleleri için fırsat sunmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında metabolik gereksinimlerin yüksek olması sebebiyle büyümenin takibine önem verilmesi gerekmektedir. İki yaşındaki daha yüksek beden kütle indeksi (BKİ) persentilleri, çocukluk döneminde daha iyi akciğer fonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde yürütülen kalite iyileştirme (QI) projesinin, diyetisyen tarafından yakından izlenen iki yaş altı çocuklar üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEMLER: Bu çalışma, 2019 yılında başlatılan tek merkezli bir QI projesinin etkisini incelemek üzere tasarlanmış bir çalışmadır. Yenidoğan taraması yoluyla veya yaşamın ilk yılındaki semptomlarla KF tanısı alan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalar, merkezdeki KF diyetisyeni tarafından aylık olarak değerlendirilmiştir. Ağırlık ve boy ölçümleri telefon, e-posta ya da diğer iletişim yöntemleri izlenmiştir. Antropometrik veriler ve klinik semptomlara dayanarak beslenme önerileri sunulmuş, enzim replasman tedavisi dozları buna göre düzenlenmiştir. Ayrıca tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde ailelere rehberlik edilmiştir.

BULGULAR: Altı yıllık süreçte toplam 66 hasta çalışmaya alınmıştır. Bu hastalardan altısı, altı aydan sonra tanı almıştır. Takibin başlatıldığı yaşı medyanı (min–maks) 92,5 (3,0–365,0) gündür. Tanı, 53 hastada (%75,7) yenidoğan tarama programı aracılığıyla konmuştur. Tanı yaşı medyanı (min–maks) 0,1 (0,0–1,0) yıl olarak bulunmuştur. İki yaşına kadar takip sürecinde ağırlık, boy ve BKİ persentillerinde artış gözlenmiştir. Ölçülen antropometrik ölçümler değerlendirildiğinde 4 farklı zamanda yapılan ölçümler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Altı aylık dönemlerde antropometrik ölçümlerdeki değişimler Tablo 1’de sunulmuştur.

TARTIŞMA: Kistik fibrozisli hastaların yakın takibinin büyüme üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Bu çalışma aynı zamanda, kistik fibrozis merkezinde uygulanan kalite iyileştirme projelerinin olumlu etkisini göstermesi açısından da önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Kalite Geliştirme, Kistik Fibrozis



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI

9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



Tablo 1: Altı Aylık Periyotlarda Antropometrik Ölçümler

	6.ay (n:60)	12.ay (n:66)	18.ay (n:59)	24.ay (n:52)	P
Ağırlık (kg) (ortalama ±std)	6.9±1.5	9.0±1.3	10.9±1.8	12.6±2.4	0.000
Ağırlık persentil [ortanca(min-max)]	23.3 (0.0-82.6)	25.6 (0.0-99.2)	43.6 (0.0-99.9)	56.3 (0.0-99.9)	0.000
Boy (cm) (ortalama±std)	65.3±5.2	73.2±4.1	80.6±5.8	87.4±5.2	0.000
Boy Persentil [ortanca(min-max)]	20.0 (0.0-99.4)	17.1 (0.0-90.8)	37.0 (0.0-99.9)	38.3 (0.1-99.4)	0.000
BKI (ortalama±std)	15.8±2.2	16.8±2.1	16.6±2.0	16.5±2.2	0.005
BKI persentil [ortanca (min-max)]	20.7 (0.0-93.4)	53.3 (0.0-99.8)	57.1 (0.0-99.5)	46.6 (0.0-99.9)	0.000



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-59

ÇOCUKLARDA YOĞUN BAKIMDA RİNOVİRÜSE BAĞLI ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Ercan¹, Nefise Betül Ercan², Sevgi Pekcan¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

²Konya İl Sağlık Müdürlüğü

GİRİŞ: Rinovirüsler (RV), Picornaviridae familyasına ait zarfsız RNA virüsleridir ve yılın her döneminde dolaşımda bulunur. Mevcut bilgiler rinovirüslerin sadece üst solunum yolu enfeksiyonlarının yaygın bir etiyolojik ajanı değil, aynı zamanda çeşitli şiddetlerdeki alt solunum yolu hastalıklarının da etkeni olabileceğini göstermektedir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışma 1 Ocak 2023 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında nazal yolla alıpın PCR yöntemi ile çalışılan solunum yolu örneklerinde RV pozitifliği saptanıp hastaneye yatan 530 hasta ile retrospektif olarak planlanmıştır. Hastaların klinik özellikleri, ek hastalıkları, yoğun bakım yatışları, oksijen ve ventilatör ihtiyacı analiz edilmiştir. Etik kurul onayı alınmıştır.

SONUÇLAR: Hastaların yatış tanılarında en sık bronşiolit (%37), ikinci sırada pnömoni (%36.8) görüldü. Hastaların %20 .6'sı (n=109) yoğun bakıma yatırıldı. %40 hasta (n=212) oksijen desteği, %27.5 hasta (n=146) yüksek akışlı nazal kanül oksijen desteği (YANKO), %4.7 hasta (n=25) non-invaziv ventilasyon desteği, %1.9 hasta (n=10) invaziv ventilasyon desteği aldı. Yoğun bakımda yatan hastaların %67.8'i (n=74) yüksek akışlı nazal kanül oksijenle tedavi edildi. Komorbid hastalığı olan çocuklarda yoğun bakım yatışı ve ventilasyon ihtiyacı anlamlı derecede artmış bulundu ($p<0.001$). Eşlik eden viral enfeksiyonların yoğun bakım yatış ihtiyacını ($p=0.330$) ve ventilasyon ihtiyacını ($p=0.490$) arttırmadığı görüldü.

TARTIŞMA: Çalışmamızda çocuklarda Rinovirüsün ağır akciğer enfeksiyonlarında birincil etken olduğu görüldü. Önemli ölçüde hasta yoğun bakımda izlendi. Altta yatan hastalığı olan çocukların daha ağır enfeksiyonlar için risk altında olduğu görüldü. Yoğun bakıma yatan hastalarımızın büyük kısmı YANKO ile tedavi edildi. Rinovirüs pozitif saptanan özellikle ek hastalığı olan çocuklar solunum semptomları açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rinovirüs, Bronşiolit, Pnömoni



SS-60

EV VENTİLASYONLU ÇOCUKLARA EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN HEKİM VE YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI SONUÇLAR

Emre Uğurlu¹, Şeyda Karabulut¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Neval Metin Çakar¹, Eda Esra Baysal¹, Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Büşra Özgünay¹, Gülzar Alışbeyli¹, Rüya Açınca², Burak Hoş³, Cansu Yılmaz Yeğit¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Ela Erdem Eralp¹, Yasemin Gökdemir¹, Fazilet Karakoç¹, Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Tuzla Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: İnvaziv ev ventilasyon desteği alan çocukların bakımında görev alan evde sağlık hizmeti personelinin bilgi düzeyinin artırılmasının bakım ilişkili komplikasyonlar ve hastane başvurularının azaltılmasında etkili olacağı düşünülmüştür. Bu çalışma, verilen teorik ve pratik eğitimin bilgi düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Evde sağlık hizmeti sunan 20 sağlık çalışanı (9 pratisyen hekim, 1 aile hekimi, 10 hemşire) çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara trakeostomili çocukların genel bakımı, klinik değerlendirme, kanül aspirasyonu, kanül bakımı ve trakeostomi komplikasyonlarına yönelik bilgileri ölçen 20 soruluk ön test uygulandı. Üç saatlik teorik ve pratik eğitimin ardından aynı test tekrar edildi.

BULGULAR: Katılımcıların yalnızca %5'i (n=1) daha önce teorik, %10'u (n=2) pratik eğitim almıştı. Eğitim öncesi testte ortalama doğru yanıt sayısı 10, eğitim sonrası 18.5 olarak bulundu ($p<0.001$). Genel bakım sorularında doğru yanıt ortancası 3'ten 5'e, klinik değerlendirme sorularında 2'den 3'e, kanül aspirasyonu sorularında 2'den 4'e, kanül bakımı sorularında 1'den 3'e, komplikasyon sorularında 2'den 4'e yükseldi (tüm sonuçlar için $p<0.001$). Ön testte hekimlerin ortalama doğru sayısı 11.10 ± 1.97 iken hemşirelerin 8.90 ± 2.82 idi ($p=0.033$). Son testte hekim ve hemşireler arasında anlamlı fark bulunmadı (17.50 ± 1.78 vs. 18.30 ± 1.95 ; $p=0.35$).

SONUÇ: Eğitim sonrası bilgi düzeyindeki anlamlı artış, evde bakım hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğini artırma potansiyeline işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: evde bakım hizmeti, ev ventilasyonu, trakeostomi bakımı

Bulgular

	Ön test Ortanca (25-75p)	Son test Ortanca (25-75p)	P değeri
Genel bakım	3 (2-3.75)	5 (4.25-5)	<0.001
Klinik değerlendirme	2 (1-3)	3 (3-3)	<0.001
Aspirasyon	2 (1-2)	4 (3-4)	<0.001
Kanül bakımı	1 (1-2)	3 (3-4)	<0.001
Trakeostomi komplikasyonları	2 (1.25-3)	4 (3-4)	<0.001



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-61

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİMİZE BAŞVURUP TÜMÖR TANISI ALAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uğur Girgiç, Begüm Yörük, Özge Ülgen, Yasemin Mocan Çağlar, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çocuklarda solunum sistemi ile ilgili yakınma ve bulgular çok geniş hastalık grupları için ortak bulgular olabilir. Çalışmamızda solunum sistemine özgü bulgularla başvurup malignite tanısı alan hastalarımızın klinik özelliklerini değerlendirmeyi planladık.

BULGULAR: Toplam 8 olgumuzun %37'si erkek (n=3) ve ortalama yaş 7.5 (7 ay-17 yıl) yıl idi. Olguların %87'sinde (n=7) solunum bulgusu, %25 'inde (n=2) B semptomu görüldü. Ortalama semptom süresi 11,1 haftaydı ve en sık solunum bulguları %33 öksürük ve %25 dispne olarak belirlendi. En sık saptanan akciğer grafisi bulgusu mediasten genişlemesi ve spesifik olmayan infiltratif alanlar olup bu hastalar lenfoma tanısı almıştır. Bir hastada Hodgkin, 3 hastada non-Hodgkin lenfoma saptanmış olup NHL tanısı alan bir hastada ZAP-70 mutasyonuna bağlı ağır kombine immun yetmezlik saptandı. Plevral efüzyon %37 (n=3) hastada saptandı 2 hastaya torasentez uygulandı ve eksüda vasfındaydı. Bir hastada tiroid medüller kanser tanısı kondu ve solunum fonksiyon testinde sabit obstrüksiyon mevcuttu. Fleksibl bronkoskopi %37 (n=3) hastaya uygulandı ve hepsinde patolojik bulgu saptandı. Bronş içi kitle görünümü olan bir hastada punch biyopsi ile nadir bir primer akciğer tümörü olan karsinoid tümör saptandı. Olguların %62 (n=5) 'inde kemoterapi, %25 (n=2) 'inde cerrahi tedavi uygulandı. Mortalite oranı %37 (n=3) idi.

SONUÇ: Kanser, çocuklarda düşük insidansa rağmen önde gelen ölüm nedenlerindendir. Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Çocukluk çağı kanserlerinde özgül olmayan solunum semptomları veya rastlantısal bulgular akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer, malignite, pediatri, toraks, tümör



Olgularımızın Değerlendirilmesi

	Olgu	Tanı	Şikayet	PAAC	Toraks BT	Toraks USG	Spirometre	Flexibl Bronkoskopi	Tedavi
1	1 Yaş K	Nöroblastom	Öksürük	Nodüler opasite	Posterior mediastende sol paravertebral 73x42x41mm kitle	Üst zonda kistik+kalsifiye lezyon	-	-	Kemoterapi
2	9 Yaş E	Hodgkin Lenfoma	Öksürük, Nefes darlığı, Ateş	Mediastende genişleme, Yama tarzı infiltrasyon	Yaygın mediastinal lenfadenopati, Yaygın milier dansite, Posterior mediastende 7*6*4 cm soliter lezyon	-	Normal	Sol ana bronş ve Sağ orta lob girişinde dış basıya bağlı darlık	Takibe gelmedi
3	7 ay K	Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma	Öksürük, Ateş, Hırıltılı solunum	Mediastende genişleme, Bilateral yama tarzı infiltrasyon	Solda 2 cm dağınık yerleşimli nodüler lezyonlar, Sağda 2 cm plevral efüzyon	Hipoekoik nodüler lezyonlar	-	-	Kemoterapi
4	17 Yaş K	T Hücreli Lenfoblastik Lenfoma	Öksürük, Nefes darlığı	Mediastende genişleme, Sağ sinüs kapalı, Mediastinal çift	Sağ hemitoraksta yaygın plevral efüzyon ve kitle imajı	Plevral efüzyon, 48x15 mm solid kitle	-	-	Kemoterapi
5	4 Yaş E	Embriyonel Rabdomyosarkom	Nefes darlığı, Göğüs ağrısı, Takipne	Sağ hemitoraksta dansite artışı	Sağ akciğerde 6 cm yoğun içerikli kistik loküle alan, Sağda 25 mm plevral efüzyon	Plevral efüzyon	-	-	Kemoterapi
6	3 Yaş K	T Hücreli Lenfoblastik Lenfoma	Sık hastalanma	Mediasten genişliği, Sağ orta-üst zonda kalp gölgesini silen infiltrasyon	Üst-Ön mediasteni tama yakın dolduran 10*5 cm timik infiltrasyon, Sağ üst paratrakeal 23x12mm lenf nodu	Masif timik hiperplazi, Anterior mediastende multipl lap	-	-	Kemoterapi
7	9 Yaş K	Karsinoid Tümör	Öksürük	Sol akciğer havalanma artışı	Sol ana bronsta endobronşial yerleşimli solid nodüler lezyon	-	-	Sol ana bronsta tüm lümeni kapatan kitle	Cerrahi
8	11 Yaş E	Medüller Tiroid Karsinom	Hırıltılı solunum, Stridor	Trakeal darlık	Solda 34x21mm trakeayı sağa deviye eden lezyon	-	Sabit obstruksiyon	Trakea Üst 1/3'ünde lümeni %75 daraltan kitle imajı	Cerrahi



SS-62

KONJENİTAL KİSTİK AKCİĞER HASTALIKLARININ İZLEM VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Eda Gürler, Yedigir Öztürk, Sinem Can Oksay, Saniye Girit

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Konjenital akciğer malformasyonları(KAM); konjenital pulmoner havayolu malformasyonu(KPHM), bronkopulmoner sekestrasyon (PS), konjenital lobar overinflasyon (KLO), bronkojenik kist(BK) ve izole konjenital bronş atrezisi(KBA) içine alan bir hastalık grubudur.Prenatal veya postnatal dönemde tanı alabilir; takibinde asemptomatik ve semptomatik olabilir.Takip ve tedavileri ile ilgili kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır.Bu çalışmada,kliniğimizde tanı alan KAM hastalarının tanı süreçlerini ve yaklaşımlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde Nisan 2018-Mart 2025 tarihleri arasında KAM tanısı konmuş 0-18yaş hastalar dahil edildi. Tanı zamanı,tanı yöntemi, başvuru şikâyetleri, kullanılan görüntüleme yöntemleri ve cerrahi uygulanıp uygulanmadığı retrospektif olarak kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 46 hasta dahil edildi;bunların %63'ü prenatal,%37'si postnatal dönemde tanı aldı.Prenatal tanı alan olguların %69'u(20/29)doğumda asemptomatikti.Postnatal tanılı hastaların %17'si asemptomatik olup rastlantısal olarak tanı almıştı. Radyolojik olarak lezyonların çoğu tek lobu tutuyordu, tek taraflıydı ve mediastinal kayma göstermiyordu.En sık sağ alt lob etkilenmişti.En sık görülen tip KPHM (%43,5) idi, bunu PS (%17,8) izledi. 28 hastamız opere olmuştu.İlk radyolojik tanımlar son tanımlarla karşılaştırıldığında, KPHM en yüksek yanlış tanı oranına sahipti.

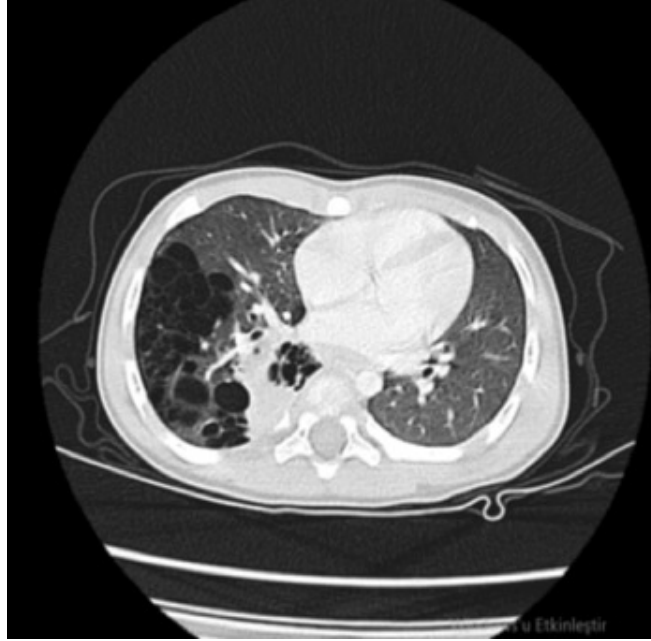
TARTIŞMA: KAM'lar en sık prenatal dönemde tanınır ve çoğu doğumda asemptomatik kalır.Asemptomatik prenatal olgularda doğum sonrası ilk tetkik akciğer grafisidir.Doğumdan sonra asemptomatik olgularda rutin BT gerekli değildir. Şüpheli lezyon tespit edilirse,toraks bilgisayarlı tomografi (BT) yapılmalıdır.Asemptomatik olsalarda lezyonların varlığını doğrulamak, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve malign transformasyon riski nedeniyle yaklaşık 6-9 aylıkken hastalara toraks BT görüntülemesi önerilir. İlişkili hibrit lezyonları değerlendirmek ve özellikle PS'yi dışlamak veya netleştirmek için BT Anjiyografi önerilir.

SONUÇ: KAM tanı ve tedavisi konusunda net bir yaklaşım tanımlanmamıştır;bu alanda daha fazla prospektif çalışmaya ve bilimsel kanıta ihtiyaç vardır. Kararların bireysel yarar-risk dengesi gözetilerek verilmesi önerilir.

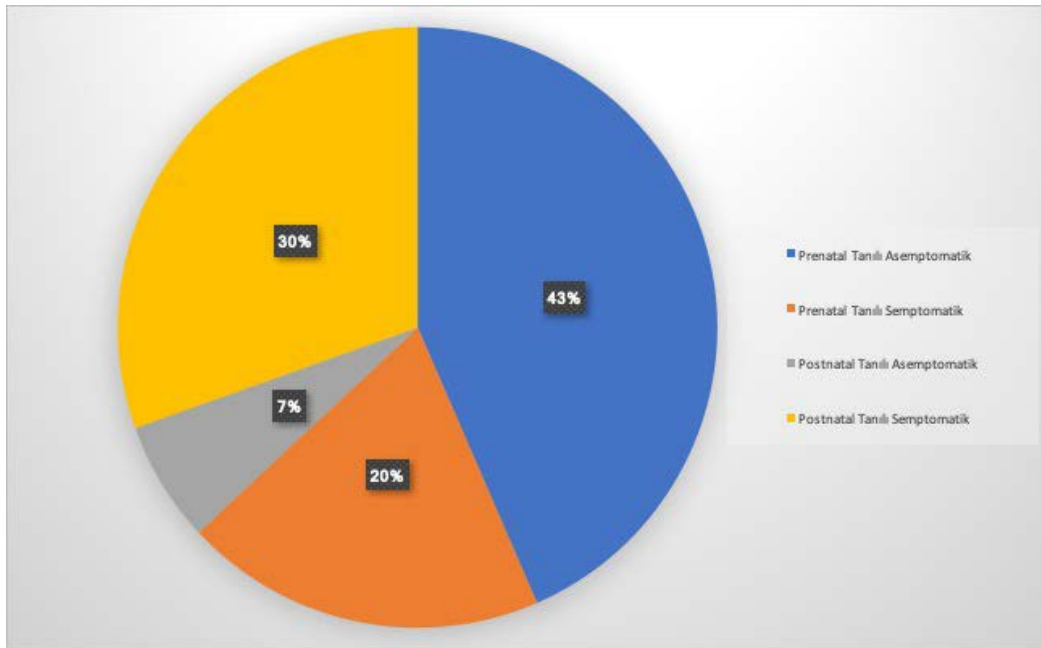
Anahtar Kelimeler: Konjenital akciğer malformasyonları, tanı, bilgisayarlı tomografi, cerrahi tedavi



Resim 1: CPAM tanısı ile takipli bir hastamızın BT görüntüsü

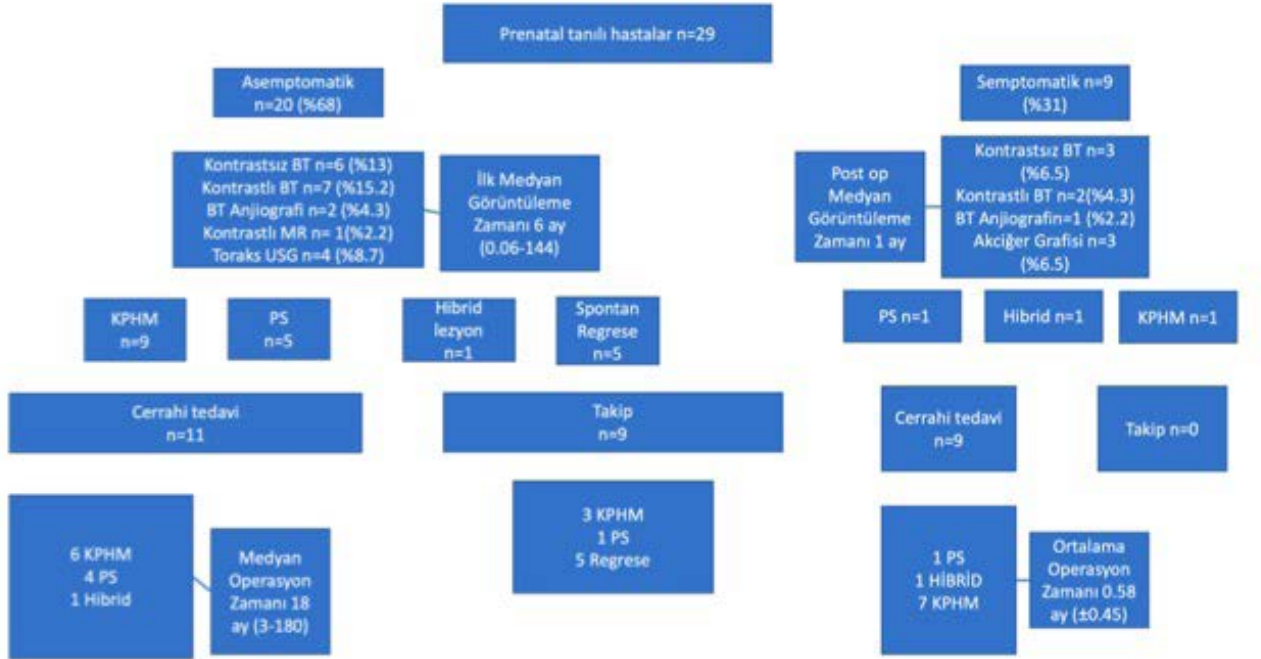


Şekil 1: Hastaların Sınıflandırılması





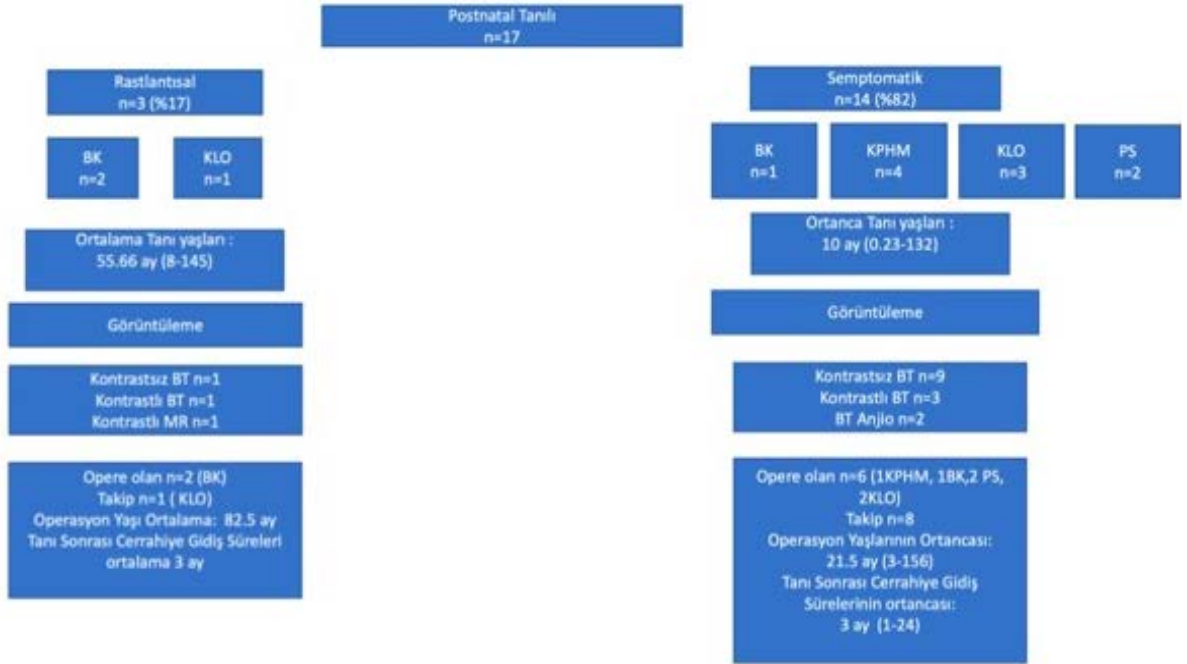
Şekil 2: Prenatal tanıli hastaların takipleri



BT: Bilgisayarlı Tomografi
MR: Manyetik Rezonans
USG: Ultrasonografi
KLO: Konjenital overinflasyon
KPHM: Konjenital adenomatoid malformasyon
PS: Pulmoner Sekstrasyon
KBA: Konjenital Bronjal Atrezi
BK: Bronkjenik Kist



Şekil 3: Postnatal tanıli hastaların takipleri



BT: Bilgisayarlı Tomografi

MR: Manyetik Rezonans

USG: Ultrasonografi

KLO: Konjenital overinflasyon

KPHM: Konjenital adenomatoid malformasyon

PS: Pulmoner Sekstrasyon

KBA: Konjenital Bronşial Atrezi

BK: Bronkjenik Kist



Tablo 1: Hastalarımızın Genel Özellikleri

	n(%)		n(%)
Cinsiyet		Radyolojik özellikler	
Erkek	26(56.5)	Tutulum lokalizasyonu	
Anne- Baba Akrabalık		Tek Lobda ve veya tek hemitoraksta Sınırlı	41(89.1)
Var	10(22.7)	Multilober ve veya 2 hemitoraksta	5(10.9)
Doğum Zamanı		Bilateral Tutulum	
Term	39(90.7)	Yok	46(100.0)
Tanı Şekli		Mediastinal Şift	
Prenatal	29(63)	Yok	40(87.0)
Sınıflandırma		Tutulan Bölge Yerleşimi-	
Postnatal tanılı asemptomatik	3(6.5)	Sağ alt lob	13(28.3)
Postnatal tanılı semptomatik	14(30.4)	Sol üst lob	10(21.7)
Prenatal tanılı asemptomatik	20(43.5)	Sol alt lob	7(15.2)
Prenatal tanılı semptomatik	9(19.6)	Komorbid Durum eşlik eden diğer konjenital malformasyonlar	
Kesin Tanı		GİS	
Bronkojenik Kist	3(6.5)	-Trakeoözofagial Fistül	1(2.2)
Konjenital Adenomatoid Malformasyon	20(43.5)	Kardiyak Değerlendirme	
Tip3	1(4.3)	Ventriküler Septal Defekt	1(2.2)
Tip2	8(34.8)	Dekstropozisyon	1(2.2)
Tip1	6(26.1)	Atrial Septal Defekt	3(6.5)
Bilinmiyor	8(34.8)	Patent Foramen Ovale	5(10.9)
Pulmoner Sekestrasyon		Normal	9(19.6)
Intrapulmoner	8(17.4)	Yok	27(58.7)
Ekstrapulmoner	3(30.0)	Yenidoğan Yoğun Bakım Yatış Öyküsü	
Bilinmiyor	2(20.0)	Var	21(45.7)
Konjenital Lober Overinflasyon		Operasyon Durumu	
Hibrid	4(8.7)	Opere Olanlar	28(60.9)
KPHM tip1 + Pulmoner sekestrasyon	1(50.0)	Opere Olanların (n=28) Postoperatif Yoğun Bakım Yatışı	
KPHM Tip1 + bronkojenik kist	1(50.0)	Var	15(%53.5)



Tablo 2: Opere olan hastalarımızın radyolojik ön tanıların ve patolojik tanıların karşılaştırılması

Radyolojik Ön Tanı	n(%)	Patolojik Kesin Tanı	n(%)
Bronkojenik Kist	3(6.5)	Bronkojenik Kist	3(6.5)
Konjenital Adenomatoid Malformasyon	7(15.2)	Konjenital Adenomatoid Malformasyon	14(50)
Pulmoner Sekestrasyon	1(2.2)		
Hava Hapsi	2(4.3)		
Kaviter Lezyon	1(2.2)		
Solid Kitle	2(4.3)		
Konsolidasyon	1(2.2)		
Konjenital Adenomatoid Malformasyon	1(2.2)	Pulmoner Sekestrasyon	7(25)
Pulmoner Sekestrasyon	4(8.7)		
Kaviter Lezyon	2(4.3)		
Hava Hapsi	2(4.3)	Konjenital Lober Overinflasyon	2(7.1)
Kaviter Lezyon	1(2.2)	Hibrid	2(7.1)
Kistik Lezyon	1(2.2)		



SS-63

GÖRÜNENDEN BİRAZ DAHA FAZLA: PEKTUS EKSKAVATUMUN ÇOCUKLARDA PSİKOSOSYAL VE KLİNİK ETKİLERİ

Yadigar öztürk¹, Begüm Yörük¹, Yasemin Mocan Çağlar¹, Sinem Can Oksay¹, Alperen Bikmazer², Saniye Girit¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Pektus ekskavatum(PE), en sık görülen konjenital göğüs duvarı anomalisidir ve çocuklar ile ergenlerde fiziksel ve psikososyal zorluklara yol açabilir. Çalışmanın amacı, PE'li çocuklarda benlik saygısı, sosyal fobi, çocuk ve ebeveyn yaşam kalitesi ile kaygının klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmaya, ek hastalığı olmayan 2-18 yaş arası 125 PE'li hasta dahil edildi. Manuel derinlik ölçümü (MDÖ), pulmoner fonksiyon testi (PFT) değerleri ve klinik özellikleri kaydedildi. Hasta ve ebeveynlere genel yaşam kalitesi (PedsQL), hastalık spesifik yaşam kalitesi (NQ-mA) ve Güçlü Yönler ve Zorluklar Anketi uygulanırken, hastalara ek olarak Çapa Sosyal Fobi, Liebowitz Sosyal Kaygı ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği yapıldı. MDÖ; deformitenin en derin noktasında cetvelle ölçüldü. Ölçek sonuçları, MDÖ ve klinik özelliklerle karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların tanımlayıcı ve klinik özellikleri tablo-1'de gösterildi. Semptom varlığı, FEV1%, FVC% ve TLC % değeri ile negatif ilişki gösterdi ($p<0.05$). Semptomu olanlarda MDÖ anlamlı olarak daha yüksekti ve MDÖ ile TLC %, RV% ve RV/TLC arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Semptomu olan hastaların benlik saygısı daha düşük, yaşam kalitesi puanları hem hasta hem ebeveyn değerlendirmelerinde anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$). Toplam güçlük puanı semptomu olan hastalarda ve ebeveynlerinde anlamlı daha yüksek izlendi. Yaşam kalitesi ölçeklerinde hasta ve ebeveyn puanları arasında orta-yüksek düzeyde anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

SONUÇ: PE'li çocuklarda semptom varlığı, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. MDÖ ile TLC% arasındaki negatif korelasyon, PE'nin solunumsal kapasiteyi sınırlayabileceğini düşündürürken, deformite şiddeti ile psikososyal etkiler arasındaki ilişkinin zayıf olması, bireysel algı ve sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır. Bulgular PE'nin hem solunumsal hem de psikososyal yönleriyle multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: pektus ekskavatum, sosyal fobi, benlik saygısı, yaşam kalitesi, manuel derinlik ölçümü



Tablo-1: Hastaların demografik, klinik özellikleri ve ölçek puanları

n:125	n, %		medyan (IQR)
Yaş, medyan (IQR)	9 (6)	Psikososyal Ölçek Puanları	
Cinsiyet		Benlik Saygısı	33 (7)
Kadın	34, 27.2	Sosyal Fobi	46 (22)
MDÖ (cm) medyan (IQR)	1.3 (0.8)	Sosyal Kaygı	82.5 (30.8)
Semptom varlığı	66, 52.8	Toplam güçlük - ebeveyn	19 (7)
		Toplam güçlük - çocuk	18 (7)
PFT, medyan (IQR)		Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	
FEV1	98.5 (19)	Hastalık spesifik yaşam kalitesi-ebeveyn	35 (5.5)
FVC	95 (18.3)	Hastalık spesifik yaşam kalitesi-çocuk	42 (8)
FEV1/FVC	105 (14)	Genel yaşam kalitesi-ebeveyn	64.1 (27.2)
MFEF	96 (30)	Genel yaşam kalitesi-çocuk	73.9 (21.2)
TLC	97 (36)		
RV	73 (126)		
RV/TLC	84 (86)		

Kısaltmalar: MDÖ; manuel derinlik ölçeği, PFT; pulmoner fonksiyon testleri, IQR; çeyrekler arası aralık

Tablo-2: Semptom Varlığına Göre Psikososyal Durumun, MDÖ'nün ve Pulmoner Fonksiyon Testlerinin Karşılaştırılması

	Semptom var medyan (IQR)	Semptom yok medyan (IQR)	p
Benlik Saygısı	31 (6.5)	37 (6.5)	<0.001
Sosyal Fobi	48 (14.3)	36 (21)	0.072
Sosyal Kaygı	86 (33)	81 (28.5)	0.241
Toplam güçlük-hasta	20 (5.7)	16.5 (4)	0.016
Toplam güçlük-ebeveyn	20 (6.7)	18 (6)	0.015
Hastalık spesifik yaşam kalitesi-hasta	40 (8)	45 (2.2)	<0.001
Hastalık spesifik yaşam kalitesi-ebeveyn	33 (6)	38 (5)	<0.001
Genel yaşam kalitesi-hasta	66.3 (25)	79.3 (17.4)	<0.001
Genel yaşam kalitesi-ebeveyn	53.3 (27.4)	74 (26.9)	<0.001
MDÖ	1.5 (0.8)	1 (0.7)	<0.001
PFT			
FEV1, ortalama±SS	94.2 ± 13.8	101 ± 13.2	0.025
FVC, ortalama±SS	90.8 ± 15.0	98.5 ± 11.8	0.020
FEV1/FVC, ortalama±SS	104 ± 8.7	103 ± 10.1	0.639
MFEF, ortalama±SS	96.3 ± 21.2	99.7 ± 25.5	0.639
TLC	91.5 (28.3)	115 (43)	0.044
RV	61.5 (80.3)	122 (169)	0.157
RV/TLC	83.5 (69)	117 (109)	0.165

Kısaltmalar: MDÖ; manuel derinlik ölçümü, PFT: pulmoner fonksiyon testleri, IQR; çeyrekler arası aralık, SS: standart sapma



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



Tablo-3: MDÖ ile Psikososyal Ölçeklerin Korelasyonu

	p	rho
Benlik Saygısı	0.058	-0.211
Sosyal Fobi	0.783	-0.039
Sosyal Kaygı	0.145	0.235
Toplam güçlük-hasta	0.224	0.183
Toplam güçlük-ebeveyn	0.270	0.114
Hastalık spesifik yaşam kalitesi-hasta	0.067	-0.213
Hastalık spesifik yaşam kalitesi-ebeveyn	0.047	-0.229
Genel yaşam kalitesi-hasta	0.572	-0.057
Genel yaşam kalitesi-ebeveyn	0.168	-0.128

Kısaltmalar: MDÖ; manuel derinlik ölçümü, rho; korelasyon kat sayısı



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-64

ÖZOFAGUS ATREZİSİ TANISI KONULAN HASTALARDA PULMONER KOMPLİKASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

Büşra Özgünay¹, Özge Kılıç Bayar², Şeyda Karabulut¹, Merve Selçuk Balcı¹, Neval Metin Çakar¹, Ceren Ayça Yıldız¹, Ayten Ceren Bakır², Müge Merve Akkitap Yiğit¹, Eda Esra Baysal¹, Fulya Özdemircioğlu¹, Emre Uğurlu¹, Gülzar Alishbeyli¹, Almala Pınar Ergenekon¹, Kıvılcım Karadeniz Cerit², Ela Erdem Eralp¹, Yasemin Gökdemir¹, Gürsu Kıyan², Bülent Karadağ¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Özofagus atrezisi (ÖA) ve trakeoözofageal fistül (TEF), solunum ve gastrointestinal sistemini etkileyen nadir görülen konjenital bir anomalidir. Solunum komplikasyonları cerrahi onarım sonrası sıklıkla görülmektedir. Bu çalışma, cerrahi işlemlerden sonra hastaların pulmoner durumlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi ve multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: 2014-2024 yılları arasında EA ve/veya TEF tanısı almış 48 hasta çalışmaya dahil edildi. Veriler hastane veri tabanından retrospektif olarak elde edildi.

BULGULAR: EA+TÖF tanısı almış toplam 48 hasta değerlendirildi. Ortalama yaş $9,2 \pm 5,02$ ve %47,9'u kızdı. Çoğunluğun doğum ağırlığı 2500-4000 gr arasındaydı (%60,4) ve %37,5'i term (39-42 hafta) doğmuştu. Tip C EA en sık görülen alt tipti (%72,9). Solunum yolu semptomları olarak %41,7'sinde kronik öksürük ve %27,7'sinde hırıltı mevcuttu. Hastaların %79,2'sinde geçirilmiş alt solunum yolu hastalığı öyküsü mevcuttu. Yaşamları boyunca solunum semptomları nedeniyle hastane yatışı ortancası (25-75)2(1-5) ve son bir yıldaki ortalama hastaneye yatış sayısı ortalaması $3,1 \pm 2,4$ idi. Bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) olan %43,7 hastanın (n=29), %20,8sinde bronşiektazi ve %16,7 sinde ateletektazi tespit edildi. Solunum fonksiyon testi yapılan 15 hastada ortalama FEV1 $\%79,1 \pm 15,2$, FEV1 Z skoru (25-75):-1,1(-1,8 ila -0,5), FVC Z skoru $-1,42 \pm 0,91$ ve FEV1/FVC Z skoru $0,04 \pm 1,13$ olarak tespit edildi. Solunum fonksiyon testlerinin %46,6 sı restriktif patern, %20 si obstruktif paterne sahipti. Hastaların %60,4'ünde gastroözofageal reflü nedeniyle tedavi alma öyküsü mevcuttu. Hastaların %45,8'inde bronkoskopik değerlendirme yapılmış ve trakeomalazi (%16,7), tekrarlayan fistül (%14,6) ve laringomalazi (%4,2) saptanmıştır. Ayrıca kardiyak anomaliler (%27,1), atopi/astım (%25) ve skolyoz (%20,8) oranında tespit edilmiştir.

SONUÇ: EA/TEF'li çocuklarda solunum komplikasyonları sıklıkla görülür. Cerrahi onarım sonrası hastalar multidisipliner bir yaklaşımla yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Özofagus atrezisi, Trakeoözofageal Fistül, Bronşiektazi, Trakeomalazi



Tablo 1. Özofagus Atrezili Hastaların Demografik Özellikleri (N=48)

		Cerrahi zamanı n (%)	
Cinsiyet n (%)		– İlk 48 sa	34 (70.8)
– Kız	23 (47.9)	– 48 ve sonrası	14 (29.2)
Doğum ağırlığı, n (%)		EA tipi, n (%)	
– ≤1500 g	5 (10.4)	– Tip A	10 (20.8)
– 1500–2500 g	14 (29)	– Tip B	1 (2.1)
– 2500–4000 g	29 (60.4)	– Tip C	35 (72.9)
Doğum haftası, n (%)		– Tip D	1 (2.1)
– 28–31 hafta	5 (10.4)	– Tip E	1 (2.1)
– 32–34 hafta	4 (8.3)	İlişkili anomaliler, n (%)	
– 34–36 hafta	9 (18.8)	– VATER	1 (2.1)
– 37–39 hafta	12 (25)	– VACTERL	3 (6.3)
– 39–42 hafta	18 (37.5)	– Diğer Kardiyak anomali	15 (31.3)
Yaş, ortalama (SD)	9.2 ± 5.02		13 (27.1)
BMI Z-skor , ortalanca (25-75)	-0.66 (-1.33 to - 0.57)		
Antenatal tanı, n (%)	8 (16.7)		



Tablo 2. Solunumsal ve Klinik Özellikler (N=48)

Solunumsal semptomlar, n (%)	
– Kronik öksürük	20 (41.7)
– Hırıltı	13 (27.1)
Gastroözofageal semptomlar ,n (%)	
– Disfaji	9 (18.8)
Son 1 sene içinde yatış, ortalama (±SD)	3.1 ± 2.4
Hastane yatış ,ortanca (25-75)	2 (1–5)
Toraks bt bulguları, n (%)	
– Bronşiektazi	10 (20.8)
– Atelektazi	8 (16.7)
– BE +mozaik perfüzyon	1 (2.1)
– Mozaik perfüzyon	1 (2.1)
– Sağ akciğer hipopilazisi	1 (2.1)
– Normal	8 (16.7)
Solunum fonksiyon testi (n=15)	
– FEV1, mean (±SD)	79.1 ± 15.2
– FEV1 Z-skor, ortanca (25-75)	-1.1 (-1.8 - -0.5)
FVC Z-skor, ortalama (±SD)	-1,42 ± 0,91
FEV1/FVC Z skor, ortalama (±SD)	0,04 ± 1,13
Beslenme şekli, n (%)	
– Oral	43 (89.6)
– Gastrostomi	3 (6.3)
– NG	1 (2.1)
– Gastrostomi + Oral	1 (2.1)
Gastroözofageal reflü, n (%)	29 (60.4)
Bronkoskopi bulguları (n=22), n (%)	



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI 9. Kongresi

9-11 Ekim 2025

Sheraton Grand İstanbul Ataşehir



SS-65

PEKTUS EKSKAVATUM VE PEKTUS KARİNATUM TANISIYLA İZLENEN OLGULARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül Bankoğlu Parlak, Irmak Tanal Şambel, Didar Ağca Cengiz, Abdurrahman Erdem Başaran, Ayşen Bingöl

Akdeniz Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Pektus deformiteleri, göğüs duvarının konjenital iskelet malformasyonlarıdır. Bunlar arasında pektus ekskavatum (PE) ve pektus karinatum (PK) yaygın ve iyi bilinen tiplerdir. Altta yatan nedeni bilinmemekle birlikte, kıkırdak aşırı büyümesi veya kıkırdakın artmış esnekliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Tedavide cerrahi dışı yöntemler zaman içerisinde geliştirilmiş; PE için vakum çanı, PK için ise ortezler kullanıma girmiş ve etkinlikleri gösterilmiştir. Çalışmamızda göğüs duvarı anomalisi olan olguların vakum çanı ve ortez tedavisiyle yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE YÖNTEM: Kasım 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniğinde takipli PE ve PK tanılı vakum çanı ve ortez tedavisine kullanan 32 olgunun demografik verileri ve deformite ölçümleri değerlendirildi. Yaş gruplarına uygun olarak; Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL), Anksiyete Depresyon Değerlendirme Ölçeği (SCARED), Vücut Algısı Ölçeği (BCS), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SAAS), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES), Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ) ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) tedavi öncesi uygulanarak değerlendirildi.

BULGULAR: Pektus deformitesi nedeniyle vakum çanı/ortez tedavisi alan 38 olgu mevcuttu, düzenli takiplerine uymayan 6 olgu çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan olguların demografik verileri, deformite ölçümleri değerlendirildi (Tablo 1). Güçler Güçlükler Anketi ve Rosenberg Benlik Saygısı değerlendirmeleri yüksekken, Sosyal Görünüş Kaygısı orta yükseklikteydi. Vücut Algısı Değerlendirmesi ise oldukça yüksekti (Tablo 2).

TARTIŞMA: Pektus deformitesi olan olgularda psikososyal etkilenim sıklıkla gözlenmektedir. Çalışmamızda, güncel cerrahi dışı tedavi yöntemlerinin yalnızca fizyolojik etkileri değil, aynı zamanda psikososyal sonuçları da değerlendirilmiştir. Bu konuda geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ortez, vakum, pektus deformitesi



Tablo 1

Tablo 1: Demografik verilerin ve deformite ölçümlerinin değerlendirilmesi		
Yaş ortalaması (yıl)	12.05±3.25(6-17)	
Cinsiyet (n,%)	Kız	6 (%18.8)
	Erkek	26 (%81.2)
Tanı (n,%)	PE	25 (%78.1)
	PK	7 (%21.9)
PE, bazal deformite derinlik ölçümü (ort± sd, cm)	1.94±0.52	p 0.001
PE, tedavi ile deformite derinlik ölçümü (ort±sd,cm)	0.90±0.37	
Haller indeksi (ort±sd)	2.81±0.68 (2.4-5.6)	
PK, bazaldeformite en geniş yer ölçümü (ort± sd, cm)	70.12±11.23	p 0.001
PK, tedavi ile deformite en geniş yeri (ort± sd,cm)	71.28±11.44	
PK, basınç (ort± sd, cmH ₂ O)	9.71±2.99 (5.5-14)	
PK, tedavi ile tırtık ayarları azaltımı [ort± sd, median(IQR)]	3.14±2.12, 2(2-5)	

Tablo 2

Tablo 2: Tedavi planlanan olguların anket değerlendirmeleri	
Yaşam kalite ölçeği, çocuk (ort± sd,min-max)	79.65±11.66(57,61-97,82)
Yaşam kalite ölçeği, ebeveyn (ort± sd,min-max)	79.91±11.64(60.87-98.9)
Anksiyete depresyon ölçeği, çocuk (median, IQR)	24.5 (14.25-44.25)
Anksiyete depresyon ölçeği, ebeveyn (median, IQR)	19.50 (13-36.75)
Algılanan sosyal destek değerlendirme (ort± sd,min-max)	3.19±0.25 (2.59-3.56)
Güçler güçlükler anketi (ort± sd,min-max)	23.0±5.76 (12-37)
Kısa semptom envanteri değerlendirme (median, IQR)	0.30 (0.13-0.58)
Vücut algısı değerlendirme (ort± sd,min-max)	3.80±0.51 (2.80-4.52)
Sosyal görünüş kaygısı (ort± sd,min-max)	32.39±12.45 (20-64)
Rosenberg benlik saygısı (ort± sd,min-max)	21.83±6.08 (7-29)



SS-66

KONJENİTAL AKCİĞER MALFORMASYONU OLAN ÇOCUKLARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Asfuroğlu, Secahattin Bayav

Çocuk Göğüs Hastalıkları, Gaziantep Şehir Hastanesi, Gaziantep, Türkiye

GİRİŞ: Konjenital akciğer malformasyonları (KAM) tüm konjenital anomalilerin %5-18'ini oluşturmakta ve doğumda semptomatik olabileceği gibi asemptomatik olup ilerleyen yaşlarda da tanı alabilmektedir. Çalışmamızda KAM ile takip edilen hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü'nde 2024-2025 arasında takip edilen KAM tanısı olan çocukların demografik bilgileri, klinik ve radyolojik özellikleri geriye dönük olarak kaydedildi.

SONUÇLAR: KAM tanısı ile takip edilen toplam 15 çocuğun 12'si (%80) erkekti, ortalama güncel yaş 20 (2-180) aydı. Çocukların çoğunda (%73,3) konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu saptandı, diğer tanılar pulmoner sekestrasyon (%6,7) ve konjenital lobar amfizem (%20) idi. Çocukların ortalama tanı yaşı 45 (1-5110) gündü ve prenatal tanı 4 (%26,7) çocukta mevcuttu. Doğum sonrası semptomu olan ve küvöz bakımı olan 7 (%46,7) çocuk vardı; ortalama küvöz bakım süresi 20 (7-75) gündü. Prenatal tanısı olan çocuklardan 3'ünün (%75) doğum sonrası semptomu mevcuttu ancak bunlardan birine cerrahi işlem uygulandı. Toplamda KAM nedeni ile cerrahi girişim yapılan 6 (%40) çocuk vardı, ortalama cerrahi girişim yapılma günü 225 (6-5475) gündü. Cerrahi işlem sonrası 5 (%83,3) çocuğun semptomu tamamen geriledi. Cerrahi işlem yapılan ve yapılmayan çocuklar arasında tanı yaşı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p<0,05$).

TARTIŞMA: Konjenital akciğer malformasyonlarının bir kısmı erken dönemde semptomatik olabilse de asemptomatik olarak ileri yaşlarda da tanı alabilir. Prenatal tanı olanakları ile çocuklara erken tanı konulabilmektedir ve doğum sonrası asemptomatik olsa dahi erken dönemde izleme alınabilmektedir. Erken tanı ve uygun zamanda tedavi ile hastaların morbiditeleri daha etkin yönetilebilir ve olası komplikasyonlar önlenabilir.

Anahtar Kelimeler: konjenital, malformasyon, sekestrasyon



SS-67

NEONATAL ARDS'DE SURFAKTAN İLE BUDESONİD İNTRATRAKEAL UYGULAMASI

Meryem Güzel Kaya, Funda Yavanoğlu Atay, İlke Mungan Akın

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji BD, İstanbul

GİRİŞ: Akut respiratuar distress sendromunun (ARDS) tanımı, tedavisi erken çocukluk ve erişkinde net olsa da yenidoğan dönemi için net tanımlanmamış ve tedavide uzlaşma henüz sağlanamamıştır. Bu çalışmada Montreux tanımına göre neonatal ARDS tanısı alan ve tedavide intratrakeal (IT) budesonid ve surfaktan kombinasyonu uygulanan bebekleri retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya hastanemiz yenidoğan yoğun bakım (YDYB) ünitesinde Ocak 2020 ile Haziran 2025 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, Montreux kriterlerine göre neonatal ARDS tanısı alan ve tedavide IT budesonid (0,25mg/kg) ve surfaktan (100mg/kg) uygulanan hastalar alındı. Hastaların demografik verileri, antenatal steroid (ANS) öyküsü, surfaktan uygulamaları, tedavi öncesi ve sonrası ventilasyon ve oksijen ihtiyaçları, mortaliteleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Çalışma süresince ortalama gestasyon haftası $25,6 \pm 1,8$ hf, doğum ağırlığı 714 ± 176 gr olan 20 hastaya (K/E:10/10) IT budesonid+surfaktan uygulanmıştı. Onaltı (%80) hastaya ANS, 18'ine (%90) RDS nedeniyle ilk 3 günde IT surfaktan verilmişti. Bu hastalara en sık enfeksiyon sebebiyle $18,5(1-216)$ günde ARDS tanısı konularak budesonid+surfaktan uygulanmıştı ve FiO2 ihtiyaçlarında uygulama öncesine göre anlamlı düşüş görülmüştü ($p < 0,05$). Hastaların 6'sı HFO, 14'ü SIPPV modunda ventile edilmişti, ortalama ekstübasyon $20,3 \pm 17,8$ gündü. Beş (%20) bebek ARDS nedeniyle kaybedilmişti.

TARTIŞMA: Bronkopulmoner displazinin önlenmesinde kullanılan budesonidin surfaktan ile kombinasyonunun, deneysel hayvan modellerinde pulmoner gaz değişimini iyileştirdiği ve akciğer inflamasyonunu azalttığı gösterilmiştir. Neonatal ARDS'de de benzer şekilde gaz değişimini olumlu yönde etkilediğini ve akut inflamasyonu azalttığını düşünmekteyiz. Neonatal ARDS'nin tanım ve tedavisinin YDYB ünitelerinde yaygınlaşmasıyla, mortaliteyi düşürmeye yönelik tedavi alanında yeni arayışlar devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: ARDS, budesonid, prematüre, surfaktan



SS-68

ÇOCUKLARDA KONJENİTAL KİSTİK ÖN BARSAK MALFORMASYONLARI

Özge Kılıç Bayar, Ayten Ceren Bakır, Sadık Abidoğlu, Kıvılcım Karadeniz Cerit, Gürsu Kıyan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, İstanbul

GİRİŞ: Bronkojenik kistler ve duplikasyon kistleri, semptomatik olabilen ya da rastlantısal saptanabilen konjenital ön barsak malformasyonlarıdır. Altın standart tedavi cerrahi eksizyondur.

GEREÇ-YÖNTEM: 2015-2025 yılları arasında, mediastinal kist nedeniyle kliniğimizde opere edilen hastaların hastane kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Demografik veriler, başvuru semptomları, görüntüleme bulguları, cerrahi teknikler, intraoperatif bulgular, histopatoloji raporları ve takip verileri değerlendirildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya ortanca yaşları 26 ay (2-122ay) olan 11 hasta (7 erkek, 4 kız) dahil edildi. Altı hastada (%54), trakeal bası nedeniyle ciddi solunum sıkıntısı, sık akciğer enfeksiyonu ve hemoptizi gibi solunum semptomları mevcuttu. Üç hastada antenatal ultrasonografide kistik yapı görülmüşken, beş hastada kist rastlantısal saptandı. Dokuz hastada kist sol tarafta yer almaktaydı. Bir hastada servikal paratrakeal kist bulunurken, bir diğer hastada hem torakal hem de abdominal kompartman bulunması üzerine torakotomi ve laparotomi ile total eksizyon sağlandı. Servikal kist ise servikal insizyonla tamamen çıkarıldı. Beş hastada torakoskopik ekziyon uygulandı. Torakoskopiden torakotomiye geçiş olmadı. Dört hasta ise doğrudan açık cerrahiyle opere edildi. Tüm kistler santral yerleşimliydi ve ortalama boyutları 38x27x22 mm idi. Trakea ile ortak duvar şüphesi nedeniyle, iki hastada kısmi eksizyon ve mukozal koterizasyon uygulandı. Bu iki hastada, kistin önceden perfore olduğunu düşündüren yoğun inflamasyon görüldü. Herhangi bir majör komplikasyon olmadı. Histopatolojik inceleme sekiz hastada bronkojenik kist, üç hastada ise duplikasyon kisti ile uyumlu bulundu. Ortanca 43 aylık (1-106 ay) takip süresince herhangi bir nüks görülmedi.

TARTIŞMA: Bronkojenik ve duplikasyon kistleri, infant döneminde ciddi solunum sıkıntısına yol açabilir veya çocuklukta tesadüfen tespit edilebilir. Trakea veya özofagus ile ortak duvar şüphesi durumunda, mukozal koterizasyon ile kısmi kistektomi güvenli ve etkili bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, duplikasyon kisti, foregut, torakoskopi

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: mesude.tanriverdi@primeqm.com

