



ÇOCUK ALERJİ
İMMÜNOLJİ VE
ASTIM DERNEĞİ



GAZİANTEP
ÜNİVERSİTESİ



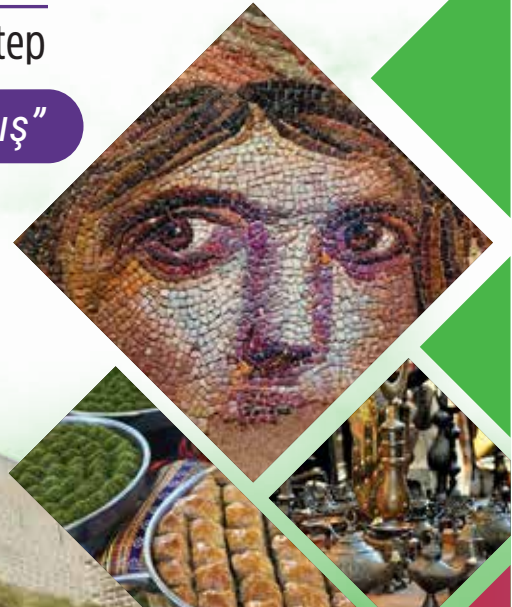
Çocuk Alerji İmmünoloji ve Astım Derneği

6. GENÇ PEDIATRİK ALERJİSTLER SEMPOZYUMU

20-22 Eylül 2024

Shimall Otel ve Kongre Merkezi-Gaziantep

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"



Konuşma Özetleri ve Bildiri Özetleri Kitabı

İÇİNDEKİLER

KURULLAR	3
BİLİMSEL PROGRAM	4
KONUŞMA ÖZETLERİ	10
POSTER BİLDİRİLER	42

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

YÖNETİM KURULU

YÖNETİM KURULU BAŞKANI

Prof. Dr. Koray Harmancı

YÖNETİM KURULU ÜYELERİ

Prof. Dr. Haluk Çokuğraş

Prof. Dr. Nihat Sapan

Prof. Dr. Nermin Güler

Prof. Dr. Zeynep Tamay

Prof. Dr. Arzu Bakırtaş

Prof. Dr. Metin Aydoğan

Doç. Dr. Esra Özek

Prof. Dr. Pınar Uysal

SEMPOZYUM BAŞKANI

Prof. Dr. Özlem Keskin

SEMPOZYUM GENÇ BAŞKANLARI

Doç. Dr. Mehmet Yaşar Özkars

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Bilgiç Eltan

SEMPOZYUM SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Akçal

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU ÜYELERİ

Prof. Dr. Ercan Küçükosmanoğlu

Doç. Dr. Ahmet Kan

Doç. Dr. İlknur Külhaş Çelik

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Kont Özhan

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Bilgiç Eltan

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Akçal

Dr. Öğr. Üyesi Esra Hazar

Dr. Özge Yılmaz Topal

Dr. Elif Arık

Dr. Veysel Karakulak

Dr. Mahmut Cesur

Dr. Gaye İnal

Dr. İbrahim Halil Karahan

20 Eylül 2024, Cuma

SALON A

14:00 - 15:00	Yüz Yüze Atölye Solunum fonksiyon testleri sonuç analizi [Örnek sonuçlarla] Oturum Başkanları: Mehmet Yaşar Özkars, Sevgi Bilgiç Eltan, Mahir Serbes, Tuğba Çöğürü Konuşmacılar: Arzu Bakırtaş, Adem Yaşar, Gizem Atakul, Leman Tuba Karakurt
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI

YANDAL ASİSTANLARI İÇİN YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYELERİ
20 Eylül 2024

	SALON-A	SALON-B	SALON-C	SALON-D
14:00-14:30	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu
14:30-15:00	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu
15:00-15:45				
15:45-16:15	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu
16:15-16:45	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu

20 Eylül 2024 CUMA

1. GÜN	*YANDAL ASİSTANLARI İÇİN ATÖLYE UYGULAMASI
	*YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYESİ * <ul style="list-style-type: none">Kurs başkanları, farklı salonlarda kurs katılımcılarına interaktif bir bilimsel atölye sunacaktır.Toplam 4 kurs salonunda birbirinden farklı eğitim konuları işlenecektir.Saat 14:00 itibarı ile tüm katılımcılar 4 salona eşit olarak dağıtılacaktır.Program tüm salonlarda eş zamanlı olarak başlayacaktır.Her 30 dakika da bir salon değişikliği yapılacaktır. Örneğin değişim zamanı anons edildiğinde salon-A kursiyerleri salon-B' ye geçerken; salon-C kursiyerleri ise salon-D' e geçecektir.Peş peşe ilk 2 atölye uygulaması sonunda kahve molası verilecektir.Kursiyerlerin hangi kurs salonundan başlayacağı düzenleme kurulu tarafından belirlenecek ve kurs salonlarının girişinde isim listesi asılacaktır.Tüm kursiyerler salonlara alındıktan sonra 14:00 itibarı ile eğitimler aynı anda başlayacaktır.14:30' da ilk zil çalacak olup; salon değişikliği yapılacaktır.Her kursiyer 1 saatlik süre içinde 2 kurs salonunu ziyaret edecektir.Her katılımcı kahve molası sonrasında kalan diğer 2 kurs salonunu gezecektir.Zil çaldıktan sonra salon değişikliği sırasında görevli arkadaşlar geçişlerde kursiyerlere rehberlik edecektir.Gün sonunda her katılımcı tüm eğitim salonlarını ziyaret etmiş olacaktır.

SALON B

14:00 - 15:00	Yüz Yüze Atölye Duyarlanma sonuçlarına göre alerjen spesifik immünoterapi kararı [(Deri prick test, Spesifik IgE, ALEX testi örnek sonuçlarla)] Oturum Başkanları: Mehmet Yaşar Özkars, Sevgi Bilgiç Eltan, Mahir Serbes, Tuğba Çöğürü Konuşmacılar: Ümit Murat Şahiner, Esra Özek Yücel, Özge Atay, Zuhal Karalı
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI

YANDAL ASİSTANLARI İÇİN YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYELERİ
20 Eylül 2024

	SALON-A	SALON-B	SALON-C	SALON-D
14:00-14:30	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu
14:30-15:00	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu
15:00-15:45				
15:45-16:15	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu
16:15-16:45	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu

20 Eylül 2024 CUMA	
1. GÜN	*YANDAL ASİSTANLARI İÇİN ATÖLYE UYGULAMASI
	<p style="text-align: center;">*YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYESİ *</p> <ul style="list-style-type: none">Kurs başkanları, farklı salonlarda kurs katılımcılarına interaktif bir bilimsel atölye sunacaktır.Toplam 4 kurs salonunda birbirinden farklı eğitim konuları işlenecektir.Saat 14:00 itibarı ile tüm katılımcılar 4 salona eşit olarak dağıtılacaktır.Program tüm salonlarda eş zamanlı olarak başlayacaktır.Her 30 dakika da bir salon değişikliği yapılacaktır. Örneğin değişim zamanı anons edildiğinde salon-A kursiyerleri salon-B' ye geçerken; salon-C kursiyerleri ise salon-D' e geçecektir.Peş peşe ilk 2 atölye uygulaması sonunda kahve molası verilecektir.Kursiyerlerin hangi kurs salonundan başlayacağı düzenleme kurulu tarafından belirlenecek ve kurs salonlarının girişinde isim listesi asılacaktır.Tüm kursiyerler salonlara alındıktan sonra 14:00 itibarı ile eğitimler aynı anda başlayacaktır.14:30' da ilk zil çalacak olup; salon değişikliği yapılacaktır.Her kursiyer 1 saatlik süre içinde 2 kurs salonunu ziyaret edecektir.Her katılımcı kahve molası sonrasında kalan diğer 2 kurs salonunu gezecektir.Zil çaldıktan sonra salon değişikliği sırasında görevli arkadaşlar geçişlerde kursiyerlere rehberlik edecektir.Gün sonunda her katılımcı tüm eğitim salonlarını ziyaret etmiş olacaktır.

SALON C	
14:00 - 15:00	Yüz Yüze Atölye Akan hücre ölçer sonuç yorumlaması [Örnek sonuçlarla] Oturum Başkanları: Mehmet Yaşar Özkars, Sevgi Bilgiç Eltan, Mahir Serbes, Tuğba Çöğürü Konuşmacılar: Hasibe Artaç, Elif Karakoç Aydiner, Meltem Cömert, Demet Tekcan, Ezgi Yalçın Güngören, Salim Can
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI

YANDAL ASİSTANLARI İÇİN YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYELERİ 20 Eylül 2024				
	SALON-A	SALON-B	SALON-C	SALON-D
14:00-14:30	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu
14:30-15:00	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu
15:00-15:45				
15:45-16:15	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu
16:15-16:45	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu

20 Eylül 2024 CUMA	
1. GÜN	*YANDAL ASİSTANLARI İÇİN ATÖLYE UYGULAMASI
	<p style="text-align: center;">*YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYESİ *</p> <ul style="list-style-type: none">Kurs başkanları, farklı salonlarda kurs katılımcılarına interaktif bir bilimsel atölye sunacaktır.Toplam 4 kurs salonunda birbirinden farklı eğitim konuları işlenecektir.Saat 14:00 itibarı ile tüm katılımcılar 4 salona eşit olarak dağıtılacaktır.Program tüm salonlarda eş zamanlı olarak başlayacaktır.Her 30 dakika da bir salon değişikliği yapılacaktır. Örneğin değişim zamanı anons edildiğinde salon-A kursiyerleri salon-B' ye geçerken; salon-C kursiyerleri ise salon-D' e geçecektir.Peş peşe ilk 2 atölye uygulaması sonunda kahve molası verilecektir.Kursiyerlerin hangi kurs salonundan başlayacağı düzenleme kurulu tarafından belirlenecek ve kurs salonlarının girişinde isim listesi asılacaktır.Tüm kursiyerler salonlara alındıktan sonra 14:00 itibarı ile eğitimler aynı anda başlayacaktır.14:30' da ilk zil çalacak olup; salon değişikliği yapılacaktır.Her kursiyer 1 saatlik süre içinde 2 kurs salonunu ziyaret edecektir.Her katılımcı kahve molası sonrasında kalan diğer 2 kurs salonunu gezecektir.Zil çaldıktan sonra salon değişikliği sırasında görevli arkadaşlar geçişlerde kursiyerlere rehberlik edecektir.Gün sonunda her katılımcı tüm eğitim salonlarını ziyaret etmiş olacaktır.

SALON D	
14:00 - 15:00	Yüz Yüze Atölye Alerjik hastalıklarda ilaç uygulaması [Ölçülü doz inhaler sprey, Q-haler, Turbuhaler, inhaler diskus, adrenalin oto enjektör uygulaması (Demo preparatlarla)] Oturum Başkanları: Mehmet Yaşar Özkars, Sevgi Bilgiç Eltan, Mahir Serbes, Tuğba Çöğürü Konuşmacılar: Zeynep Ülker Altınel, Özlem Sancaklı, Sevgi Sipahi Çimen, İlke Taşkırdı
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI

YANDAL ASİSTANLARI İÇİN YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYELERİ 20 Eylül 2024				
	SALON-A	SALON-B	SALON-C	SALON-D
14:00-14:30	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu
14:30-15:00	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu
15:00-15:45				
15:45-16:15	Eozinofiller Grubu	Nötrofiller Grubu	Monositler Grubu	Bazofiller Grubu
16:15-16:45	Nötrofiller Grubu	Eozinofiller Grubu	Bazofiller Grubu	Monositler Grubu

20 Eylül 2024 CUMA	
1. GÜN	*YANDAL ASİSTANLARI İÇİN ATÖLYE UYGULAMASI
	*YÜZ YÜZE YUVARLAK MASA ATÖLYESİ * <ul style="list-style-type: none">Kurs başkanları, farklı salonlarda kurs katılımcılarına interaktif bir bilimsel atölye sunacaktır.Toplam 4 kurs salonunda birbirinden farklı eğitim konuları işlenecektir.Saat 14:00 itibarı ile tüm katılımcılar 4 salona eşit olarak dağıtılacaktır.Program tüm salonlarda eş zamanlı olarak başlayacaktır.Her 30 dakika da bir salon değişikliği yapılacaktır. Örneğin değişim zamanı anons edildiğinde salon-A kursiyerleri salon-B' ye geçerken; salon-C kursiyerleri ise salon-D' e geçecektir.Peş peşe ilk 2 atölye uygulaması sonunda kahve molası verilecektir.Kursiyerlerin hangi kurs salonundan başlayacağı düzenleme kurulu tarafından belirlenecek ve kurs salonlarının girişinde isim listesi asılacaktır.Tüm kursiyerler salonlara alındıktan sonra 14:00 itibarı ile eğitimler aynı anda başlayacaktır.14:30' da ilk zil çalacak olup; salon değişikliği yapılacaktır.Her kursiyer 1 saatlik süre içinde 2 kurs salonunu ziyaret edecektir.Her katılımcı kahve molası sonrasında kalan diğer 2 kurs salonunu gezecektir.Zil çaldıktan sonra salon değişikliği sırasında görevli arkadaşlar geçişlerde kursiyerlere rehberlik edecektir.Gün sonunda her katılımcı tüm eğitim salonlarını ziyaret etmiş olacaktır.

SALON E	
14:00 - 15:00	İLAÇ DESENSİTİZASYON KURSU-T-Lenfositler 14:00-15:00 İlaç ile desensitizasyonun temel prensipleri Besin ile oral immünoterapinin temel prensipleri Oturum Başkanları: Ercan Küçükosmanoğlu, Fatma Duksal Konuşmacılar: Emine Dibek Mısırlıoğlu, Tuğba Arıkoğlu, Kezban İpek Demir, Ali Can Demirel
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI
15:45 - 16:45	İLAÇ DESENSİTİZASYON KURSU-T-Lenfositler Olgu örnekleri ile ilaç desensitizasyon protokolü oluşturulması Oturum Başkanları: Ercan Küçükosmanoğlu, Fatma Duksal Konuşmacılar: Emine Dibek Mısırlıoğlu, Tuğba Arıkoğlu, Kezban İpek Demir, Ali Can Demirel
17:00 - 17:30	AÇILIŞ TÖRENİ

SALON F	
14:00 - 15:00	BESİN İMMÜNÖTERAPİ KURSU- B-Lenfositler Besin ile oral immünoterapinin temel prensipleri Oturum Başkanları: Özlem Keskin, Özlem Yılmaz Konuşmacılar: Esen Demir, Handan Duman Şenol, Ezgi Topyıldız, Ayşe Aygün
15:00 - 15:45	KAHVE MOLASI
15:45 - 16:45	BESİN İMMÜNÖTERAPİ KURSU- B-Lenfositler Olgu örnekleri ile besin desensitizasyon protokolü oluşturulması Oturum Başkanları: Özlem Keskin, Özlem Yılmaz Konuşmacılar: Esen Demir, Handan Duman Şenol, Ezgi Topyıldız, Ayşe Aygün
17:00 - 17:30	AÇILIŞ TÖRENİ

21 Eylül 2024, Cumartesi	
SALON A	
08:30 - 09:30	ASTİM NE ZAMAN ASTİM DEĞİLDİR? Astım tanısı ile izlenen ancak astımın ayırıcı tanısında yer alan farklı üç olgu sunulacaktır Oturum Başkanları: Nermin Güler, Haluk Çokuğraş, Dilara Kocacık Uygun
08:30 - 08:45	Olgu 1 Konuşmacı: Figen Çelebi Çelik
08:45 - 09:00	Olgu 2 Konuşmacı: Gülşah Şen
09:00 - 09:15	Olgu 3 Konuşmacı: Mehmet Akif Kaya
09:15 - 09:30	Tartışma
09:30 - 10:30	HER EGZEMA "ATOPIK DERMATİT" MİDİR? Dirençli egzema nedeniyle tetkik edilen primer immün yetersizlik kusuru saptanan üç farklı olgu sunulacaktır Oturum Başkanları: İlhan Tezcan, İsmail Reisli, Demet Can
09:30 - 09:45	Olgu 1 Konuşmacı: Kübra Baskın
09:45 - 10:00	Olgu 2 Konuşmacı: Elif Arık
10:00 - 10:15	Olgu 3 Konuşmacı: Nurhan Kasap
10:15 - 10:30	Tartışma
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:00	İLAÇ ALERJİLERİNDE GÜVENLİ İLAÇ NASIL SEÇİLMELİDİR? Oturum Başkanları: Pınar Gökmirza, Aylin Kont Özhan
11:00 - 11:15	Betalaktam alerjisinde [olgu örneği ile] Konuşmacı: Pınar Metbulut
11:15 - 11:30	NSAİD alerjisinde [olgu örneği ile] Konuşmacı: Çağla Karavaizoğlu
11:30 - 11:45	Lokal ve genel anestezi ilaç alerjisinde [olgu örneği ile] Konuşmacı: Selma Alim Aydın
11:45 - 12:00	Tartışma
12:00 - 12:30	UYDU SEMPOZYUMU İnek Sütü Protein Alerjisinde Formül Mama Tercihi Oturum Başkanları: Hikmet Tekin Nacaroğlu, Nurşen Çiğerci Günaydın Konuşmacı: Ömer Akçal
12:30 - 13:00	UYDU SEMPOZYUMU Alerjide Doğal Destek: Probiyotikler ve Bağışıklık Dengesi Oturum Başkanları: Koray Harmancı Konuşmacı: Zeynep Ülker Altinel
13:00 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 14:30	ÇOKLU BESİN ALERJİSİNDE YAPBOZUN PARÇALARI NELERDİR? Oturum Başkanları: Derya Ufuk Altıntaş, Cansın Saçkesen, Metin Aydoğan
13:30 - 13:45	Ek gıda ile beslenmeye hangi gıdalarla nasıl başlayalım? [Olgu örnekleri ile] Konuşmacı: Hakan Kot

13:45 - 14:00	Ne zaman bileşene dayalı tanı isteyelim? [Olgu örnekleri ile] Konuşmacı: Hayrünisa Bekis Bozkurt
14:00 - 14:15	Eliminasyon diyetini nasıl sonlandırırım? [Olgu örnekleri ile] Konuşmacı: Sibel Kaplan Sarıkavak
14:15 - 14:30	Tartışma
14:30 - 15:45	NE ZAMAN BİYOLOJİK İLAÇ KULLANALIM? KOMPLİKE BİR TANGO! Farklı tanılarda kullanılan biyolojik ilaç seçimleri olgularla sunulacaktır Oturum Başkanları: Gülbin Bingöl, Nevin Uzuner, Özge Soyer, Betül Büyüktiryaki
14:30 - 14:45	Olgu 1 Konuşmacı: Özgen Soyöz
14:45 - 15:00	Olgu 2 Konuşmacı: Veysel Karakulak
15:00 - 15:15	Olgu 3 Konuşmacı: Hilal Ünsal
15:15 - 15:30	Olgu 4 Konuşmacı: Selçuk Doğan
15:30 - 15:45	Tartışma
15:45 - 16:15	KAHVE MOLASI
16:15 - 17:30	HER DÖKÜNTÜ ALERJİK MİDİR? Döküntü şikayeti ile başvuran ancak alerji dışı tanı alan olgular sunulacaktır Oturum Başkanları: Ayşen Bingöl, Özlem Özbek, Pınar Uysal, Ayşe Süleyman
16:15 - 16:30	Olgu 1 Konuşmacı: Seda Tunca
16:30 - 16:45	Olgu 2 Konuşmacı: Özge Kangallı Boyacıoğlu
16:45 - 17:00	Olgu 3 Konuşmacı: Sümeyye Baysal
17:00 - 17:15	Olgu 4 Konuşmacı: Hülya Köse
17:15 - 17:30	Tartışma
16:15 - 16:30	Uygulamalı Çalıştay Doğru Nemlendirme ve Islak Pansuman Oturum Başkanı: Koray Harmancı Konuşmacı: Pınar Uysal

22 Eylül 2024, Pazar	
SALON A	
08:30 - 09:30	ALERJEN SPESİFİK İMMÜNÖTERAPİYİ HANGİ OLGULARDA BAŞLAYALIM? Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Nerin Bahçeciler, Figen Gülen
08:30 - 08:45	Polisensitize hastada AİT [olgu örneği ile] Konuşmacı: Özge Türkyılmaz Uçar
08:45 - 09:00	Tedaviye ara verilmesi durumunda doz ayarlanması [olgu örneği ile] Konuşmacı: Feride Candan
09:00 - 09:15	Yan etki durumunda doz ayarlanması [olgu örneği ile] Konuşmacı: Betül Gemici Karaaslan
09:15 - 09:30	Tartışma
09:30 - 10:30	HEREDİTER ANJİYOÖDEM TEDAVİSİNDE 5N1K? Oturum Başkanları: Öner Özdemir, Dilek Özcan, Ahmet Zülfikar Akelma
09:30 - 09:45	Akut atak tedavisi [olgu örneği ile] Konuşmacı: Asena Pınar Sefer
09:45 - 10:00	Kısa dönem profilaksi tedavisi [olgu örneği ile] Konuşmacı: Kazım Okan Dolu
10:00 - 10:15	Uzun dönem profilaksi tedavisi [olgu örneği ile] Konuşmacı: Mehmet Şirin Kaya
10:15 - 10:30	Tartışma
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:15	ALERJİDE UYGULAMADA NELER YANLIŞ YAPILIYOR? Çocuk immünolojisi ve alerji polikliniğine yönlendirilen hastalarda sıklıkla yapılmış olan hatalar farklı hastalık örnekleriyle olgu temelli olarak sunulacaktır Oturum Başkanları: Cevdet Özdemir, Dilek Azkur, Hacer İlbilge Ertoy Karagöl
11:00 - 11:15	Alerjik rinitte [olgu örneği ile] Konuşmacı: Halime Ermiştekin
11:15 - 11:30	Anafilakside [olgu örneği ile] Konuşmacı: Murat Özer
11:30 - 11:45	Besin alerjisi veya atopik dermatitte [olgu örneği ile] Konuşmacı: Lida Bülbül
11:45 - 12:00	Astımda [olgu örneği ile] Konuşmacı: Nazlı Deveci
12:00 - 12:15	Tartışma
12:15 - 12:30	Kapanış

KONUŞMA ÖZETLERİ

Alerjen İmmunoterapi de Tedaviye Ara Verildiğinde Doz Düzenlenmesi

Uzm. Dr. Feride Candan

Olgu 1: 12 yaşında kız hasta; mevsimsel alerjik rinit ve astım tanısı ile takip edilmektedir. Astım için lüzum halinde inhale formoterol + budesonid kombinasyonu ve alerjik rinit semptomları için mevsim geçişlerinde düzenli montelukast, intranasal kortikosteroid tedavileri ve ihtiyaç halinde antihistaminik kullanmaktadır. Solunum fonksiyon testinde; FEV1: %98, FVC: %100, FEV1/FVC: %98. Yaklaşık 3 aydır gece semptomu olmayan, gündüz semptomu ise yaklaşık 3-4 haftada bir kez olduğu öğrenilen hastanın astımı kontrol altındadır. Deri prik testinde çimen duyarlılığı (Çimen 8x8 mm, Histamin: 5x5 mm, Salin: 0), kan tetkiklerinde ise Çimen Spesifik İmmunglobulin E değeri: 71.6 kUA/L saptandı. Hastaya subkutan çimen immunterapi tedavisi başlandı. Tedavinin ilk bir yılında düzenli kontrollere gelen hasta subkutan son uygulamadan 16 hafta sonra Çocuk Alerji ve İmmunoloji Polikliniğimize başvurdu.

Olgu 2: 10 yaşında erkek hasta; arı sokması sonrası anafilaksi gelişmesi üzerine Çocuk Alerji ve İmmunoloji Polikliniğimize yönlendirilmiş olup tetkiklerinde Apis Mellifera Spesifik Immunglobulin E: 24.4 kUA/L, Vespula Vulgaris Spesifik Immunglobulin E <0.35 kUA/L olarak saptandı. Hastanın ek kronik hastalığının olmadığı öğrenildi. Babasının da arıcılıkla uğraştığı öğrenilen hastaya apis mellifera ile venom immunterapi başlandı. İlk 2 yıl düzenli subkutan immunterapi uygulanan hasta, immunterapi preparatlarının temininde sorun yaşaması üzerine tedaviye ara verildi. Tedavisiz izlemin 6. ayında ülkemize farklı preparatın girmesi ile immunterapi şeması yeniden değerlendirildi.

Polikliniğimizde takiplerine devam edilen her iki hastada da aynı farklı immunterapi preparatları ile protokollere yeniden başlanma kararı alındı.

Bu konu ile ilgili Alerji İmmunoloji Derneğinin Alerjen İmmunterapi kılavuzunda immunterapide enjeksiyon aralığı kısmında tedavinin doz artış veya idame safhasında aralık uzadığında uygulama şekli ile ilgili bilgi verilmiştir.

Tedavinin Doz Artışı Fazı

Doz atlanması	Son 3 günde solunum yolu enfeksiyonu/ diğer hastalıklar. Son 3 günde allerji semptomlarının/ ilaç ihtiyacının artması PEF<%80 olması
Enjeksiyon aralığı	2 hafta: doz şemaya uygun devam edilir 2-4 hafta: bir önceki doz tekrarlanır 4-6 hafta: doz 1 basamak inilir 6-8 hafta: doz 2 basamak inilir ≥ 8 hafta: tedavi baştan başlanır
Lokal erken reaksiyon	< 5 cm : şemaya uygun doz uygulanır 5-8 cm: bir önceki doz tekrarlanır >8 cm: 1 basamak doz azaltılır
Bir önceki dozda geç lokal reaksiyon	Bir önceki dozu tekrarlar
Hafif sistemik reaksiyon	1-2 basamak dozu azalt
Ciddi sistemik reaksiyon	Hastayla tedavi devamı hakkında görüşme

Tedavinin İdame Fazı

Doz atlanması	Son 3 günde solunum yolu enfeksiyonu/ diğer hastalıklar Son 3 günde allerji semptomlarının/ ilaç ihtiyacının artması PEF<%80 olması
Enjeksiyon aralığı	≤10 hafta: doz şemaya uygun devam edilir 10-12 hafta: doz %20 azaltılır 12-16 hafta: doz %40 azaltılır > 16 hafta: tedavi baştan başlanır
Lokal erken reaksiyon	< 8cm : şemaya uygun doz uygulanır. >8 cm: doz %20 azaltılır
Bir önceki dozda geç lokal reaksiyon	Doz %20 azaltılır
Hafif sistemik reaksiyon	Doz %20-40 azaltılır
Ciddi sistemik reaksiyon	Hastayla tedavi devamı hakkında görüşme

Literatür tarandığında yeni yayınlanan kılavuzlardan 2022 de güncellenen Çin Alerjik Rinitle Alerjen İmmunoterapi kılavuzunda da doz artış safhası ve idame doz uygulama sırasında kaçırılan doz uygulamaları arasında ki süreye göre sınıflamalarda aşağıda tabloları ile verilmiştir.

Table 5. Dose adjustment rules in the build-up phase

Time interval since missed injection	Dose adjustment
Up to 7 days*	Continue as scheduled
8-13 days after missed scheduled injection	Repeat previous dose†
14-21 days after missed scheduled injection	Reduce dose 25%†
Over 21 days after missed scheduled injection	Reduce previous dose 50%†

*If on a weekly build-up, then it would be up to 14 days after administered injection or 7 days after the missed scheduled injection; †Then increase dose at each injection visit as directed on the immunotherapy schedule until therapeutic maintenance dose is reached.

Table 6. Dose adjustment rules in the maintenance phase

Time interval since missed injection	Dose adjustment
Within 2 wk	Continue as scheduled
2-4 wk after missed scheduled injection	Return to 50% of last dose
4-8 wk after missed scheduled injection	Return to the lowest dose of the concentration of former level
8-12 wk after missed scheduled injection	Return to the lowest dose of the concentration of former 2 levels
Over 12 wk after missed scheduled injection	Restart from the initial concentration

İmmunoterapi uygulamaları ile ilgili çalışmalar incelendiğinde literatürde venom immunoterapi de doz aralıklarının 3 aya kadar uzatılabileceği, uzatılan hastalarda da yan etki ve etkinlik ile ilgili herhangi bir olumsuzluk yaşanmadığı bildirilmiştir. EAACI alerjen immunoterapinin venom immunoterapi kılavuzunda da idame dönemde 3 aya kadar uygulama aralığının açıldığında etkinlik ve güvenlik açısından herhangi bir olumsuzluk yaşanmadığına dair bilgi yer almaktadır.

Yakın zamanda yayınlanan; subkutan immunoterapi de doz uygulaması geciktiğinde hekimlerin izledikleri tedavi protokolleri ile ilgili bir anket çalışmasında da doz artış ve idame dönemindeki uygulamaların bildirildiği tablolarda aşağıda yer almaktadır.

TABLE II. During build-up: how would you dose-adjust after missed doses?

After 1 missed dose* (N = 445)		After 2 missed doses† (N = 427)		After 3 missed doses‡ (N = 395)	
Adjustment made	n (%)	Adjustment made	n (%)	Adjustment made	n (%)
Repeat last dose	364 (81.8)	Reduce dose (2 doses back)	282 (66.0)	Reduce dose (3 doses back)	243 (61.5)
Lower by X percent: X = 29/25% (mean/median)	22 (4.9)	Lower by Y percent: Y = 35/25% (mean/median)	67 (15.7)	Lower by Z percent: Z = 49/50% (mean/median)	84 (21.3)
Lower by 2 doses	25 (5.6)	Reduce dose (3 doses back)	21 (4.9)	Reduce dose (2 doses back)	0
Other	34 (7.7)	Repeat last dose	0	Repeat last dose	0

Bolded row holds the most frequently given reply.

*The survey question did not refer to a certain time, but it would likely be 2 to 4 weeks after the last dose.

†The survey question did not refer to a certain time, but it would likely be 3 to 5 weeks after the last dose.

‡The survey question did not refer to a certain time, but it would likely be 4 to 6 weeks after the last dose.

TABLE III. During the maintenance phase: how would you dose-adjust after missed doses?

After 1 missed dose* (N = 402-403)		After 2 missed doses† (N = 374-375)		After 3 missed doses‡ (N = 353-354)	
Adjustment made	n (%)	Adjustment made	n (%)	Adjustment made	n (%)
Repeat last dose	218 (54.2)	Reduce to prior dose (2 doses back)	193 (51.6)	Reduce to prior dose (3 doses back)	176 (49.9)
Lower by X percent: X = 29.9/25% (mean/median)	69 (17.2)	Lower by Y percent: Y = 43.4/50% (mean/median)	103 (27.5)	Lower by Z percent: Z = 57.3/50% (mean/median)	92 (26.1)
Reduce volume by X mL: X = 0.13/0.1 (mean/median)	29 (7.2)	Reduce volume Y mL: Y = 0.19/0.2 (mean/median)	26 (6.9)	Reduce volume by Z mL: Z = 0.28/0.3 (mean/median)	19 (5.4)
Other	38 (9.4)	Other	41 (10.9)	Other	56 (15.8)
No dose adjustment	31 (7.7)	No dose adjustment	7 (1.9)	No dose adjustment	2 (0.6)
No plan for dose adjustment	17 (4.2)	No plan for dose adjustment	4 (1.1)	No plan for dose adjustment	8 (2.3)

Bolded row holds the most frequently given reply.

The survey question did not refer to a certain time. As 85% of responders dose every 3 to 4 weeks during maintenance, approximations might be:

*This should be 4 to 7 weeks after the last dose.

†This should be 7 to 11 weeks after the last dose.

‡This should be 8 to 15 weeks after the last dose.

Referanslar:

1. Sin BA, şahiner ÜM. Allerjen İmmünoterapisi: Ulusal Rehber. 2016 vol 14, supp 11-189
2. Wang C, Bao Y, Chen J, Chen X, Cheng L, Guo YS, et al; Chinese Society of Allergy (CSA) and Chinese Allergic Rhinitis Collaborative Research Group (C2AR2G). Chinese Guideline on Allergen Immunotherapy for Allergic Rhinitis: The 2022 Update. Allergy Asthma Immunol Res. 2022 Nov;14(6):604-652.
3. Cavallucci E, Ramondo S, Renzetti A, Turi MC, Di Claudio F, Braga M, et al. Maintenance venom immunotherapy administered at a 3-month interval preserves safety and efficacy and improves adherence. J Investig Allergol Clin Immunol. 2010;20(1):63-8. PMID: 20232775.

4. Sturm GJ, Varga EM, Roberts G, Mosbech H, Bilò MB, Akdis CA, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: Hymenoptera venom allergy. *Allergy*. 2018 Apr;73(4):744-764. doi: 10.1111/all.13262. Epub 2017 Dec 5. PMID: 28748641.
5. Larenas-Linnemann D, Ponda P, Creticos P, Bernstein D, Epstein T, Williams P. Dose Adjustment After Gaps in Administration of Subcutaneous Immunotherapy From a Past Survey: Work Group Report of the AAAAI Allergen Standardization and Allergy Diagnostics Committee. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023 Jan;11(1):145-148.e4. doi: 10.1016/j.jaip.2022.10.036. Epub 2022 Nov 25. PMID: 36443172.

ÇOKLU BESİN ALERJİSİNDE YAPBOZUN PARÇALARI NELERDİR?

Ek gıda ile beslenmeye hangi gıdalarla nasıl başlayalım?

Hakan Kot

Çoklu gıda alerji prevalans-1

- Çoklu gıda duyarlılık oranı %57
- Deri testi pozitif olanlarda gıda yüklemesiyle doğrulanan 1/3
- Beş gıda (yumurta, yer fıstığı, süt, buğday ve soya) vakaların yaklaşık %60'ı
- Çok az hastada üçten fazla gıdaya reaksiyon vardı .

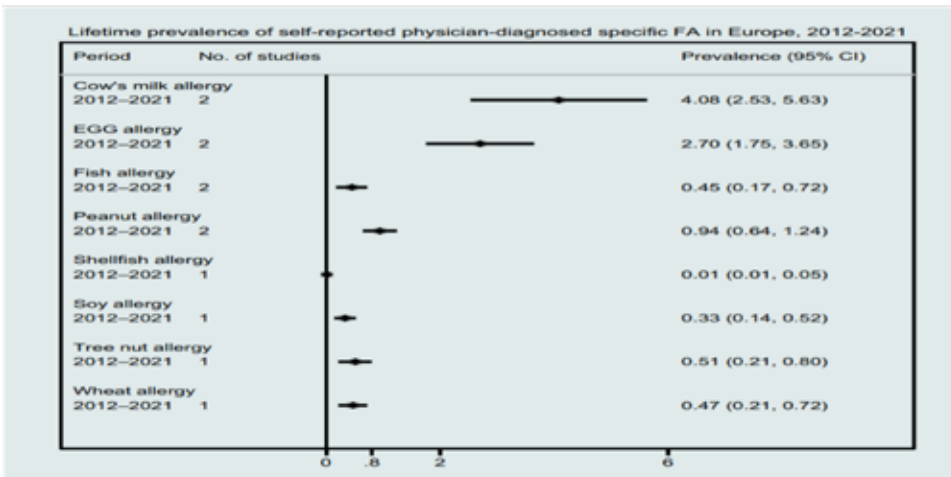
Sampson HA, Ho DG: Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol* 1997, 100:444–451

Çoklu gıda alerji prevalans -2

- Astımlı çocuklarda tarama amaçlı spesifik IgE
 - Süt, yumurta, buğday, soya, yer fıstığı ve morina
- Duyarlılık %45
- Duyarlı çocukların %96'sı >1 gıdaya duyarlı
- Sadece %4 hastada %95 PPD

Wang J, Visness CM, Sampson HA: Food allergen sensitization in inner-city children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005,115:1076–1080

Prevalence estimates of eight big food allergies in Europe: Updated systematic review and meta-analysis



Hangi gıdalara karşı çoklu alerji var ?

- Gıda alerjisine en sık sebep olan 8 gıda düşünüldüğünde
 - 2'li gruplar için 28 ayrı kombinasyon
 - 3'lü gruplar için 56 ayrı kombinasyon
 - 4'lü gruplar için 70 ayrı kombinasyon
- En sık görülen besin alerjisi grupları
 - Süt – yumurta
 - Birden fazla kuruyemiş (coğrafi farklılık gösterebilir)
 - Birden fazla baklagil
 - Yer fıstığı ve baklagiller
 - Süt yada yumurta alerjisine eşlik eden kuruyemiş, baklagil

Baklagiller arasında çoklu alerji sıklığı -1

	Lentil	Peanut	Chickpea	Pea	Bean	Soybean
Lentil (n = 57)	X	23 (41%)	23 (41%)	21 (36%)	7 (12%)	1 (2%)
Peanut (n = 53)	23 (43%)	X	15 (28%)	11 (20%)	5 (9%)	1 (2%)
Chickpea (n = 24)	23 (96%)	15 (63%)	X	15 (63%)	5 (20%)	1 (4%)
Pea (n = 21)	21 (100%)	11 (52%)	15 (71%)	X	6 (28%)	1 (5%)
Bean (n = 7)	7 (100%)	5 (71%)	5 (71%)	1 (14%)	X	0 (0%)
Soybean (n = 1)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	X

TABLE 3 Co-allergy rates among legumes

Note: []:0%-40%; []:41%-60%; []:61%-75%; []:76%-85%; and []:86%-100%.

Soyak Aytakin E, Unsal H, Sahiner UM, Soyer O, Sekerel BE. IgE mediated legume allergy in east Mediterranean children: A reflection of multiple food allergies. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022;33(4):e13775.

Baklagiller arasında çoklu alerji sıklığı -2

- Mercimek bezelye nohut gibi baklagillere alerjisi olan hastaların neredeyse tümü birden çok baklagile duyarlı
- Yer fıstığı ve soya alerjisi olan hastalar diğer baklagillere daha az duyarlı
- Duyarlılık ve klinik ile kesin ilişki kurulmalı

Smits M, Verhoeckx K, Knulst A, et al. Co-sensitization between legumes is frequently seen, but variable and not always clinically relevant. *Front Allergy.* 2023;4:1115022. Published 2023 Mar 16.

Anne sütünde alerjen varlığı

- IgE aracılı bir reaksiyon ortaya çıkarmak için gereken dozdan çok daha düşük spesifik IgE var
- Birçok çalışma 20 veya daha fazla yıl önce yapılmıştır ve metodolojik yetersizlikler mevcut
- Tartışmalı / belirsiz konular
 - Gıda proteininin anne sütüne geçiş miktarı alerjik ve alerjik olmayan kadınlar arasında farklı mı?
 - Gıda proteini işleme ve pişirmenin farklı yöntemlerinin anne sütünde alerjen seviyeleri üzerindeki etkileri?
 - Gıda alerjisi olan bir bebeğin annesine diyet verilmeli mi?

Gamirova A, Berbenyuk A, Levina D, et al. Food Proteins in Human Breast Milk and Probability of IgE-Mediated Allergic Reaction in Children During Breastfeeding: A Systematic Review. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(5):1312-1324.e8.

Ek gıdalara başlama zamanı

- Emme, yutma ve nefes alma koordinasyonu
 - Yaşamın ilk 4 ayında otomatik
 - >4 ay istemli
- 4-6 ay arası dönem yeni gıdalarla tanışma ve besin reddini aşmak için de önemli
- WHO 6 ay anne sütü kuralını henüz esnetmedi

Tuber (Türkiye beslenme rehberi)

Tablo 7.2. 6-24 ay arası çocuklara sunulan besinlerin yapısı, sıklığı, miktarı

Yaş (ay)	Enerji (kkal/gün) +Anne sütü	Yapı	Sıklık (Öğün)	Miktar (mL)
6-8	200	-Başlangıçta muhallebi kıvamında iyi ezilmiş besinler verilir. -Ezilmiş aile yemekleri ile devam edilir.	2-3 ana 1-2 ara*	2-3 tatlı kaşığı ile başlanır, dereceli olarak artırılır. 125 mL
9-11	300	İnce doğranmış, ezilmiş, bebeğin kendi eliyle kavrayıp yiyebildiği besinler verilir.	3-4 ana 1-2 ara*	125 mL
12-23	550	Aile besinleri verilir. Gerekirse ezilir, ince doğranır.	3-4 ana 1-2 ara*	180 mL

*Bebeğin iştahına bağlı olarak eklenebilir.

Tablo 7.4. 6-24 Aylık çocuklarda günlük enerji ve protein gereksinimi

Yaş	Enerji (kkal) *		Protein (g/kg) *	
	Kız	Erkek	Kız-Erkek*	Kız-Erkek**
6-8 ay	549-599	597-661	1.12	1.31
9-11 ay	625-673	688-742		
1 yaş	712	777	0.95	1.14
2 yaş	946	1028	0.79	0.97

* Average Requirement (AR): Ortalama Gereksinim Miktarı

** Population Reference Intake (PRI): Beslenme ile Alınması Önerilen Miktar Bold olarak işaretlenmiştir.

Tablo 7.6. 7-24 Ay arası çocuklarda günlük vitamin gereksinimi

Yaş (ay)	ÖNERİ	Vitamin A (µg) ¹	Vitamin C (mg)	Vitamin D (µg) ²	Vitamin E (mg) ³	Vitamin K (mg)	Tiamin (mg)(mg/MJ) ⁴	Riboflavin (mg)	Niasin ⁵ (mg)(NE/MJ)	Vitamin B ₆ (mg)	Folat (µg) ⁶	Vitamin B ₁₂ (µg)	Pantotenik Asit (mg)	Biotin (µg)	Kolin (mg/gün)
		AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL
7-11	AI/PRI	190-250	20	10	5	10	0.1	0.4	1.6	0.3	80	1.5	3	6	160
	UL	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-23	AI/PRI	250	20	15	6	12	0.1	0.6	1.6	0.6	120	1.5	4	20	140
	UL	800	-	50	100	-	-	-	150 ⁷	5	200	-	-	-	-

^{*} **Adequate Intake (AI):** Yeterli Alım Miktarı

^{**} **Population Reference Intake (PRI):** Beslenme ile Alınması Önerilen Miktar Bold olarak işaretlenmiştir.

^{***} **Upper Limit (UL):** Tolere edilebilir üst alım düzeyi

¹ Retinol Eşdeğeri

² 1 µg kolekalsiferol; 40 IU vitamin D

³ α-tokoferol değeri

⁴ 1 MJ; 238.83 kalori

⁵ Niasin Eşdeğeri (NE): 1 mg niasin = 1 NE = 60 mg diyet triptofanı

⁶ Folat Eşdeğeri. Besinlerdeki folat ve folik asitin birlikte alımı

⁷ Nikotinamid (mg/gün)

Tablo 7.7. 7-24 Ay arası çocuklarda günlük mineral gereksinimi

Yaş (ay)	ÖNERİ	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Çinko (mg)	Magnezyum (mg)	Bakır (mg)	Sodyum (g) ^{****}	Potasyum (mg)	Fosfor (mg)	İyot (µg)	Flor (mg)	Manganet (mg)	Molibden (µg)	Selenyum (µg)	Klor (g) ^{****}
		AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL	AI/PRI	UL
7-11	AI/PRI	280	11	2.9	80	0.4	0.2	750	160	70	0.4	0.02-0.5	10	15	0.3
	UL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-23	AI/PRI	450	7	4.3	170	0.7	-	800	250	90	0.6	0.5	15	15	-
	UL	-	-	7	-	1	-	-	-	200	1.5	-	0.1 (mg/gün)	60	-

^{*} **Adequate Intake (AI):** Yeterli Alım Miktarı

^{**} **Population Reference Intake (PRI):** Beslenme ile Alınması Önerilen Miktar Bold olarak işaretlenmiştir.

^{***} **Upper Limit (UL):** Tolere edilebilir üst alım düzeyi

^{****} Sodyum için güvenli alım miktarı: 1.1g/gün

^{****} Klor için güvenli alım miktarı: 1.7g/gün

Beslenme planı nasıl yapılmalı ?

- Çoklu gıda alerjisinde her çocuk için geçerli olan kesin bir rehberliğin formüle edilmesi imkansız
- Alerjik gıdaların ne olduğuna bağlı olarak hastaya özgü yaklaşım gerekir
- Annenin diyet durumu da göz önünde bulundurulmalı

Muraro A, de Silva D, Halken S, et al. Managing food allergy: GA2LEN guideline 2022. World Allergy Organiz. 2022;15(9):100687.

Ek gıdalara geçişte ebeveyn davranışı

- Annede besin alerjisi (yer fıstığı) alerjenik gıdaların eklenme yaşını etkiliyor
 - Babanın alerjik olması önemli değil
- 1 yaş öncesi herhangi bir zamanda bebekte spesifik IgE bakılması besinlerin başlanma yaşını geciktiriyor
- Yumurta ya da yer fıstığı diyetine 7 ay öncesinde eklenmişse diğer gıdalar için başlangıç sorunu olmuyor
- Anne yaşı besin ekleme davranışında etkili
 - 18-29 yaş daha isteksiz , 30-45 yaş daha istekli
- Erken dönemde yer fıstığı ve yumurta eklenen bebekler yaşamlarının ilk yılında daha fazla ihtimalle alerjenik gıdaları denemiş oluyor

Venter C, Warren C, Samady W, et al. Food allergen introduction patterns in the first year of life: A US nationwide survey. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022;33(12):e13896.

Alternatif gıdalar

Süt	• Protein, Ca, Mg, P, vitamin A, B6, B12, D, Riboflavin, Pantothenic asit
Yumurta	• Protein, Ca, Mg, P, Demir, Çinko, Thiamine, Riboflavin, Vit B6, Folat
Tahıllar	• Karbonhidrat, Çinko, Selenyum, Thiamine, Niacin, riboflavin, Folic acid, Demir, Mg, Lif
Deniz ürünleri	• Protein, P, Selenyum, Niacin, Çinko, Iodine, vit A, D, omega-3 yağ asitleri
Tohumlar	• Protein, Demir, Potasyum, Lif, Ca, Mg, P, Çinko, vit E, B vitaminleri, Selenyum
Baklagiller	• Protein, Lif, B-vitaminleri, Demir, Folat, Ca, Mg, P, Çinko

Alternatif gıdalar

- İnek sütü: zengin kalsiyum, yetersiz demir
 - Alternatif: Baklagiller
 - Zengin kalsiyum, inek sütünden daha fazla demir
- 250 ml süt = ile günlük D vitamini ihtiyacının yaklaşık %15'i
- Bitki sütleri (soya, badem, yulaf) inek sütü alternatifi olarak düşünülebilir!
 - Tat sorunları var

Alternatif gıdalar

- Buğday allerjisi
 - Uzak dur
 - Arpa, kavuzlu buğday, kamut, yulaf ve çavdar
- Alternatif
 - Pirinç, mısır, manyok (tropikal), karabuğday, amaranth, kinoa, sorgum (mısır ailesi), teff

Alternatif gıdalar

Çoğu zaman güvenli

Kök sebzeler

- **Patates**
- Kereviz
- **Havuç**
- Pancar (kırmızı)
- Yer elması
- **Soğan**
- Sarımsak
- Zencefil
- Zerdeçal

Turpgiller

- **Brokoli**
- **Karnabahar**
- Lahana (yeşil)
- Brüksel lahanası
- Turp
- Şalgam
- Roka
- Tere

100gr	BİRİM	İNEK SÜTÜ	YUMURTA BEYAZI	YUMURTA SARISI	SIĞIR ETİ	BUĞDAY	CEVİZ	BADEM	FINDIK	YER FISTIĞI	MERCİMEK	YEŞİL MERCİMEK	KURU FASÜLYE	NOHUT	TEKSTURE SOYA PROTEİNİ	SOYA SÜTÜ	BADEM SÜTÜ
Protein	g	3,17	11	14,75	19,88	11,3	14,57	20,57	13,62	23,51	25,81	23	21,75	5,31	45,28	3,55	0,55
Triptofan	mg	56	150	165	260	184	347	320		330	200	190	178	69	285		
Treonin	mg	126	652	817	1136	283	1083	501		673	949	840	747	247	1728		
Izolosin	mg	127	483	729	716	415	569	707		938	1273	1172	975	289	1978		
Lösin	mg	327	832	1175	1403	837	967	1316		1526	2001	1769	1575	528	3198		
Lizin	mg	215	830	1218	2115	629	353	848		1279	3610	2905	2624	328	3865		
Metiyonin	mg	73	373	434	461	236	182	248		231	455	368	368	80	917		
Sistin	mg	35	213	366	314	81	114	190		258	279	304	288		352		
Fenilalanin	mg	206	619	749	717	585	649	1039		1444	1507	1396	1149	429	2213		
Tirozin	mg	223	395	569	664	385	449	556		998	920	823	719	198	1572		
Valin	mg	179	595	866	751	507	655	677		1114	1305	1284	1029	292	1902		
Arjinin	mg	46	776	1111	807	454	723	776		1182	1259	1148	995	526	1796		
Histidin	mg	82	274	537	1108	241	538	616		821	835	645	676	159	1577		
Alanin	mg	99	273	368	1181	467	540	722		908	1051	1041	799	308	1933		
Aspartik asit	mg	124	908	1506	1617	457	1381	1912		1993	1418	1556	1027	763	5170		
Glutamik asit	mg	555	1290	1928	2823	2205	2564	5015		4355	3597	3377	2784	1159	8185		
Glisin	mg	63	378	508	1005	557	800	1397		1544	1183	1014	950	262	1847		
Prolin	mg	340	353	490	1036	1011	841	1017		1137	1094	1009	848	172	2285		
Serin	mg	134	796	1398	1030	460	1105	863		1419	1300	1162	1034	467	2427		

Ulusal gıda kompozisyon veri tabanı (<https://turkomp.tarimorman.gov.tr>) <https://fdc.nal.usda.gov/fdc-app.html#/food-search?query=BEAN&type=Foundation>

100gr	BİRİM	İNEK SÜTÜ	YUMURTA BEYAZI	YUMURTA SARISI	SIĞIR ETİ	BUĞDAY	CEVİZ	BADEM	FINDIK	YER FISTIĞI	MERCİMEK	YEŞİL MERCİMEK	KURU FASÜLYE	NOHUT	SOYA SÜTÜ	BADEM SÜTÜ
Demir, Fe	mg	0,02	0,06	4,21	1,81	4,16	2,34	5,26	3,1	2,3	5,87	7,77	4,71	1,28	0,54	0,29
Fosfor, P	mg	78	14,00	442	145	268	365	645	476	411	416	415	367	66	69,00	30
Kalsiyum, Ca	mg	98	9,00	115	6	45	103	247	111	62	26	64	141	62	101,00	173
Magnezyum, Mg	mg	9	12,00	13	21	119	165	303	167	189	85	118	150	24	21,00	6,8
Potasyum, K	mg	151	148,00	108	339	389	437	794	645	677	1004	967	927	99	158,00	31
Sodyum, Na	mg	37	187,00	69	50	7	3	4	12	14	14	13	16	359	34,00	60
Çinko, Zn	mg	0,33	0,01	2,8	2,9	2,81	3	3,74	2	3,18	3,6	2,69	2,51	1,35	0,31	0,17
Selenyum, Se	µg	2,5	10,00	53	10,7	4,9	3,1	6,2	1,8	17	40,4	102	6,6	0,1	1,90	<2.5
Tiamin	mg	0,041	0,01	0,183	0,07	0,461	0,317	0,204	0,465	0,667	0,809	0,159	0,796	0,07	0,06	<0.011
Riboflavin	mg	0,169	0,40	0,413	0,199	0,112	0,138	0,804	0,145	0,122	0,177	0,148	0,181	1,37	0,08	0,033
Niasin eşdeğerleri, toplam	NE	0,997	2,51	2,931	10,438	8,734	6,982	8,872	1,993	7,229	6,013	7,785	7,108	0,22		
Niasin	mg	0,069	0,02	0,161	6,099	5,673	1,201	3,533	0,45	1,735	2,688	4,613	4,141	0,32	0,24	0,074
B-6 vitamini, toplam	mg	0,044	0,01	0,271	0,336	0,323	0,549	0,141		0,322	0,579	0,229	0,467		0,06	<0.01
Folat, gıda	µg	7	5,00	114	1,62		64			189	328	286			20,00	<6
B-12 vitamini	µg	0,44	0,16	2,96	7					8,26					0,39	0,34
A vitamini	RE	35		493	7					12,31					58,00	41
Retinol	µg	35		479	5					8,26					58,00	41
D vitamini, IU	IU	6		209												
D-3 vitamini (kolekalsiferol)	µg	0,2		0												0,93
E vitamini	α-TE			387				24,79	18,93	6,62	0,52	0,54	0,38			3,32
E vitamini, IU	IU			177				36,94	28,21	9,86	0,77	0,8	0,57			
Alfa-tokoferol	mg			4,4				24,79	18,93	6,62	0,52	0,54	0,38			

Ulusal gıda kompozisyon veri tabanı (<https://turkomp.tarimorman.gov.tr>) <https://fdc.nal.usda.gov/fdc-app.html#/food-search?query=BEAN&type=Foundation>

1. Çoklu gıda alerjisi tanısı dikkatli şekilde konulmalı
2. Tanı konulan besin grubunun niteliği belirlenmeli
3. Annenin diyet ihtiyacı değerlendirilmeli
4. Bebeğe bakım verenin besin alerjisine yaklaşımı değerlendirilmeli
5. Makro ve mikro besin ihtiyaçlarının değerlendirilmesi yapılmalı
6. Alerji uzmanı ve diyetisyen eşliğinde ek gıdalara geçiş planı yapılmalı

OLGU

Öykü

7 ay kız hasta

- Zaman zaman yüzünde beliren kızarıklık nedeni ile 4 aylıkken doktor başvurusu
 - Geniş diyet
 - Şikayetleri tam düzelme yok
- 6 aylık iken ilk kez yoğurt
 - Bir kaşık yoğurt sonrasında yüzünden başlayıp tüm vücuduna yayılan kızarıklık + 30 dk içinde hırıltılı solunum
 - Acil serviste adrenalin

İlk muayene

Yanaklarda ve kollarda hafif atopik dermatit dışında fizik muayene bulgusu yok

Va : 6700 gr (3140gr)

Boy : 65cm (49)

Baş ç. : 40cm (33,5)

Cilt testi

- İnek sütü + (5mm)
- Kazein + (5 mm)
- Yumurta akı + (7mm)
- Yumurta sarısı + (5mm)
- Fındık + (7mm)

Spesifik IgE

- Süt: 2,65 kU/L

- Yumurta akı: 2,51 kU/L
- Yumurta sarısı: 1,2 kU/L
- Fındık: 5,59 kU/L

Plan

- Süt, yumurta akı, yumurta sarısı ve fındık diyeti
- Susam, ceviz, buğday, yer fıstığı, antep fıstığı negatif
- Anne sütü + Aminoasit mama (ihtiyaç durumunda)
- Ek gıda planı
 - Sebzeler
 - Patates
 - Meyveler
 - Kuruyemişler (fındık hariç)
 - Baklagiller
 - Kırmızı et

10 aylık

- 1 kaşık lor peyniri verildikten 1 saat sonra tüm vücutta kızarıklık ve nefes darlığı
- Acil serviste IM adrenalin ile düzelme
- 7-10 ay arasında mercimek, nohut, kuru fasulye ile reaksiyon yok
- Elma ve şeftali ile dudaklarında kızarıklık
- Tavuk suyu çorbadan 1 kaşık içince yüzünde kızarıklık
- Sorunsuz tüketilen gıdalar: avokado, ceviz, badem, kırmızı et
- Anne sütü azalmış ancak bebek aminoasit mamayı tüketmiyor
- Cilt testleri taze meyvelerle (şeftali, elma, armut) negatif
 - Anne korktuğu için vermek istemiyor
- Öneri: Pirinç unu muhallebisi (yulaf veya badem sütü ile)!!!!

Tetkikler

- **HGB: 10.7 g/dL**
- **MCV: 72.9 fL**
- **PLT: 266000 / μ L**

- Beyaz küre: 8940 / μ L
- Lenfosit: 5500/ μ L
- Nötrofil: 2850/ μ L
- Eozinofil: 210 / μ L
- **25 OH Vitamin D: 11.37 ng/mL**
- **Ferritin: 7.7ng/mL**
- Demir: 27.02 ug/dL
- **Demir Bağlama (UIBC): 330.17ug/dL**
- Vitamin B12: 293 pg/mL
- Folat: 17.20 ng/mL
- Ca: 9.25 mg/dL
- Magnezyum: 2.26 mg/dL
- Alkalen Fosfataz: 164.1 U/L

Cilt testi

- İnek sütü + (5mm)
- Kazein + (5 mm)
- Yumurta akı + (7mm)
- Yumurta sarısı + (4mm)
- Fındık + (10mm)
- Tavuk + (3mm)

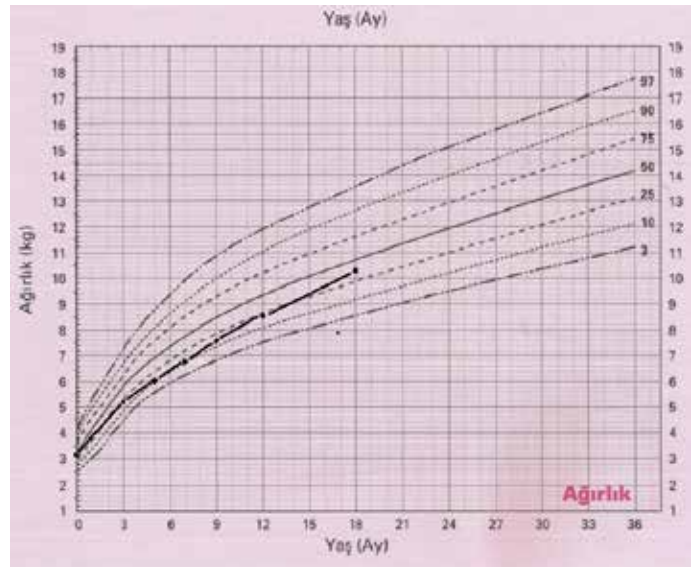
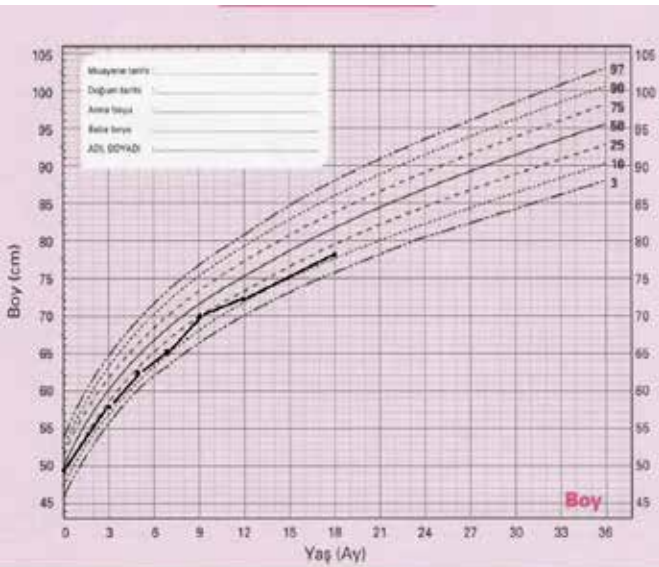
Spesifik IgE

- Süt: 4,65 kU/L
- Yumurta akı: 4,51 kU/L
- Yumurta sarısı: 0,67 kU/L
- Fındık: 19,9 kU/L

15 aylık

- Bitki sütleri ile muhallebi denemişler tadını beğenmemiş
- Kırmızı et, tahıllar ve baklagilleri sorunsuz ve bol miktarda tüketiyor
- Nektari denemiş sorun olmamış ancak şeftali denemek istemiyor

- Balık hiç denememiş alerjik olduğunu düşündüğü için vermiyor
- Yumurta sarısı ile provakasyona anne sıcak bakmıyor
- HGB: 12 g/dL
- **MCV: 75.8 fL**
- PLT: 226000 / μ L
- Beyaz küre: 5780/ μ L
- Lenfosit: 3390/ μ L
- Nötrofil: 1840/ μ L
- Eozinofil: 250 / μ L
- RDW: 13,3
- **25 OH Vitamin D: 14.59 ng/mL**
- **Ferritin: 15.2 ng/mL**
- Demir: 51.7 ug/dL
- **Demir Bağlama (UIBC): 284 ug/dL**
- Vitamin B12: 541 pg/mL
- Folat: 17.9 ng/mL
- Alkalen Fosfataz: 164.1 U/L



Sonuç

- İnek sütü , yumurta akı, yumurta sarısı ve fındık alerjisi nedeni ile takip
- D vitamini ve demir tedavisine devam önerildi
- Kaza ile maruziyet nedeni ile gelişebilecek anafilaksi için adrenalin otoenjeksiyonu
- Balık ile prick to prick testi planlandı
- Yumurta sarısı ile provakasyon için ikna çabaları devam ediyor

OTOİNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA DÖKÜNTÜ

DR HÜLYA KÖSE

Diyarbakır Çocuk Hastanesi

Otoinflamatuvar hastalıklar doğuştan gelen bağıışıklığın anormal aktivasyonu ile ilişkili ve klinik olarak, dolaşımdaki otoantikörlerin yokluğunda etkilenen organlarda aseptik inflamasyonla karakterize heterojen bir grup bozukluğu kapsar.

Otoinflamatuvar hastalıkların özellikleri:Altı aydan uzun sürede düzenli ya da düzensiz aralıklarla yineleyen ateş atakları ve tetikleyici faktör olarak (FCAS'ta soğuk, HIDS'te aşı), ateş, poli-serözit (peritonit, plevrit, perikardit), döküntü, konjunktivit görülebilir. Atak sırasında çok belirgin akut faz yüksekliği ve otoantikör saptanmaması genel özellikleridir.

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA):Otozomal resesif geçiş gösteren AAA en sık görülen monogenik otoinflamatuvar hastalıktır. AAA tanılı olgularda klinik genelde 5 yaşından önce ve hemen tamamında ilk 2 dekada başlamaktadır. Ataklar genellikle düzensizdir ve birkaç saat ile 3-4 gün arasında sonlanmaktadır.

Hiperimmunoglobulin D sendromu (MKD/HIDS):MKD/HIDS, MVK geninde mutasyon sonucu gelişen OR geçişli otoinflamatuvar bir hastalıktır. Genellikle 4-6 gün süren ateş atakları, çoğunlukla kusma ve diyarenin eşlik ettiği şiddetli karın ağrıları ile birlikte. İritabilite, servikal lenfadenopati ve splenomegali atak sırasında görülebilmektedir. Simetrik oligoartrit veya artralji hastaların çoğunda vardır. Ayrıca eritematöz, maküler, makülopapüler, nodüler, ürtikeryal ve morbiliform türde döküntüler ve daha az oranda oral aftöz lezyonlar görülebilir.

TNF reseptör-ilişkili periodik sendrom (TRAPS):Hastalık p55 TNF reseptör (TNFR1A)'i kodlayan, "TNF süper aile reseptörü 1A" (TNFRSF1A) geninde mutasyon sonucu ortaya çıkmaktadır. OD geçiş göstermesi ve uzun süreli ateş epizodlarının olması TRAPS'ı diğer periodik ateş sendromlarından ayıran ana özelliklerdir. En çok görülen deri belirtisi, daha çok ekstremitelerde ortaya çıkan eritematöz lezyonlardır. Ürtiker benzeri lezyonlar, plaklar ve yama tarzı döküntüler görülebilen diğer deri belirtileridir. Kesin tanı için TNFRSF1A mutasyonunun gösterilmesi önerilmektedir.

FCAS soğğun tetiklediği ve genellikle kısa süreli (24 saatten kısa süreli) ateş piki ve ürtiker ile karakterizedir. Ateş ve ürtikere ek olarak, aşırı terleme, halsizlik, baş ağrısı, aşırı susama, mide bulantısı, eklem yakınmaları ve bazen konjunktivit eşlik edebilmektedir.

Muckle-Wells sendromunda genellikle erken dönemde gelişen ateş (sıklıkla 38oC'nin altında), ürtiker, döküntü ve artrit mevcutken sonrasında tabloya işitme kaybı ve konjunktivit ya da episiklerit eklenebilir. Hastalığın seyri sırasında, nörosensoryel sağırılık ve poliartirit gelişebilir. Akut faz reaktanları ateş atakları sırasında yükseldiği gibi, atak aralarında da persistans gösterebilir.

NOMID, NOMID 'de ürtikeryal lezyonlar hayatın ilk haftasında belirebilir. Birbirlerine benzemelerine neden olan, tipik yüz görünümü (frontal bossing, burun ve yüz anomalisi) çoğu hastada mevcuttur. Kemik tutulumu hastalığın ana belirtilerindedir. Merkezi sinir sistemi bulguları; kronik aseptik menenjit, intrakranial basınç artışı, serebral atrofi, ventrikülomegali, sensörinöral işitme kaybı şeklindedir.

IL-1 reseptör antagonist eksikliği (DIRA): DIRA, yakın zamanda tanımlanmış, OR geçişli bir otoinflamatuvar hastalıktır. Multifokal osteomyelit, periostit ve püstülozis gibi yakınmalar ve akut faz reaktanlarında yükseklik doğumla birlikte başlayabilmektedir. Deri lezyonları, küçük püstüllerden generalize püstülozise kadar değişmektedir.

Majeed sendromu:Kronik rekürren multifokal osteomyelit (CRMO), ve inflamatuvar dermatomyozit birlikteliği mevcuttur. Majeed sendromuna, kromozom 18p deki LPIN2 gen mutasyonunun neden olduğu bulunmuştur. Bu nadir hastalık multi-

fokal osteomyelit yanında konjenital diseritropoetik anemi ve nötrofilik dermatoz ile karakterizedir. LPIN2 mutasyonunun kemik ve deri lezyonları üzerine etkisi tam olarak bilinmemektedir.

Granulomatöz lezyonlar ile birlikte otoinflamatuvar hastalık (Blau sendromu):Blau sendromu (erken başlangıçlı ailesel sarkoidoz olarakta bilinir), OD geçiş gösteren, NLR ailesinden NOD2 proteini kodlayan gende mutasyon sonucu oluşur .Karakteristik göz bulguları orta tabakada üveit veya panüveit şeklindedir. Atipik iktiyoziform döküntülerin hastaların %90'ında oluşabileceği bildirilmektedir .

(IL-36 reseptör antagonist eksikliği)IL-36 reseptör antagonist eksikliği (DITRA), OR geçişli, deride IL 1 ailesi proteinlerin aşırı derecede salgılandığı, generalize sedef lezyonları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır . Jeneralize püstüler psoriasis; ani başlangıçlı yaygın, eritemli, püstüler döküntü ile birlikte yüksek ateş, halsizlik, ve ekstrakutanöz organ tutulumunun görüldüğü, tekrarlayan ataklarla seyreden ve hayatı tehdit eden sistemik inflamatuvar bir hastalıktır .

Hereditör Anjioödemde Kısa Süreli Profilaksi Tedavisi

Kazım Okan Dolu¹

¹Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Hereditör anjioödem (HAÖ), cilt veya submukozal ödem ataklarıyla ortaya çıkan nadir bir genetik hastalıktır ve çoğunlukla cildi, karnı ve üst solunum yollarını etkiler (1). Ataklar, önemli işlevsel bozulma, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin azalması ve laringeal atak durumunda ölüm ile ilişkilidir (2). Üç ana HAÖ türü vardır: tip I, tip II ve tip III. HAE vakalarının çoğu tip I'dir. Semptomlar stres, enfeksiyon veya travma sonucu ortaya çıkabilir. HAÖ tedavisi akut atak tedavisi, kısa ve uzun dönem profilaksi olarak sınıflandırılır (2).

Kısa süreli profilaksi, anjioödem atağı geçirme riskinin artabileceği bir dönemde, buna bağlı morbidite ve mortalite riskini azaltmak amacıyla hastaların tedavi edilmesini ifade eder (3).

Diş etlerinin önemli derecede travmatize olduğu diş tedavisi (entübasyonlu ve entübasyonsuz), endotrakeal entübasyon gerektiren işlemler, bronkoskopi, ösefagogastroduodenoskopi, boyun ve baş bölgesine cerrahi müdahaleler ve diğer ağır cerrahi işlemler gibi işlemlerden önce kısa süreli profilaksi önerilir. Ancak küçük işlemler bile anjioödemi tetikleyebilir ve bunun ne zaman meydana geleceğini kesin olarak tahmin etmek mümkün değildir (4).

Ataklar, bir işlemden sonra saatler içinde veya birkaç gün içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Hasta kısa süreli profilaksi alsa dahi işlem sonrası 72 saat içinde anjioödem atakları meydana gelebilir (5).

Duygusal stres faktörleri gibi diğer nedenlerin de atakları tetikleyebileceği düşünülmektedir. Hastalar ataklarını tetikleyebilecek kişisel faktörlerin farkında olabilirler. Bu nedenle kısa süreli profilaksi kararı verirken hasta özelinde değerlendirme yapmak gerekir (6).

Çocuk HAÖ hastalarda kısa süreli profilakside intravenöz pdC1-İNH kullanılmalıdır. Herhangi bir tıbbi, cerrahi veya diş müdahalesi sırasında ve işlem sonrasında HAÖ akut tedavisi için kullanılan ilaçlar hazır bulundurulmalıdır (7). İşlemden sonraki 72 saat içinde de HAÖ atak gözlemlenebileceği ve bu durumda atak tedavisinin hastanın yanında bulunması gerektiği hastaya bildirilmelidir (6).

Çocuklarda kısa süreli profilaksi için sadece intravenöz pdC1-İNH konsantreleri önerilir (6). Ancak pdC1-İNH konsantreleri bulunmadığında gelişimini tamamlanmış adolesanlarda zayıflatılmış androjenler (danazol) işlemden 5 gün önce başlayıp işlemden sonra 2 gün devam etmek üzere ikinci tercih olarak kullanılabilir (4).

Sonuç olarak; kısa süreli profilaksi uygulaması alan ve almayan hastalarını işlem sonrası 72 saate kadar atak olabileceği konusunda bilgilendirmelidir. HAÖ hastalarının kısa süreli profilaksi gerekecek invaziv işlemleri donanımlı bir sağlık kuruluşunda yapılmalıdır. Kısa süreli profilaksi alsın ya da almasın işlem sırasında ve sonrasında hastanın yanında akut atakta kullanılmak üzere en az 2 doz uygun ilaçlar hazır bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:

- 1- Maurer M, Magerl M, Betschel S, et al. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema-The 2021 revision and update. *Allergy*. 2022;77(7):1961-1990. doi:10.1111/all.15214.
- 2- Betschel S, Badiou J, Binkley K, et al. The International/Canadian Hereditary Angioedema Guideline [published correction appears in *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2020 May 6;16:33. doi: 10.1186/s13223-020-00430-4]. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019;15:72. Published 2019 Nov 25. doi:10.1186/s13223-019-0376-8

- 3- Frank MM, Zuraw B, Banerji A, et al. Management of Children With Hereditary Angioedema Due to C1 Inhibitor Deficiency. Pediatrics. 2016;138(5):e20160575. doi:10.1542/peds.2016-0575
- 4- Herediter Anjioödem Tanı ve Tedavi Ulusal Rehberi 2022.
- 5- Branco Ferreira M, Baeza ML, Spínola Santos A, et al. Evolution of Guidelines for the Management of Hereditary Angioedema due to C1 Inhibitor Deficiency. J Investig Allergol Clin Immunol. 2023;33(5):332-362. doi:10.18176/jiaci.0909
- 6- Wahn V, Aberer W, Aygören-Pürsün E, et al. Hereditary angioedema in children and adolescents - A consensus update on therapeutic strategies for German-speaking countries. Pediatr Allergy Immunol. 2020;31(8):974-989. doi:10.1111/pai.13309
- 7- Busse PJ, Christiansen SC, Riedl MA, et al. US HAEA Medical Advisory Board 2020 Guidelines for the Management of Hereditary Angioedema. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(1):132-150.e3. doi:10.1016/j.jaip.2020.08.046

HER EGZEMA "ATOPIK DERMATİT" MİDİR?

Dr. Öğr. Üyesi A. Kübra BASKIN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı

OLGU:

Trombositopeni ile çocuk hematoloji birimince izlenmekte olan 4 aylık erkek hasta, egzeması ve kanlı ishali de olması nedeniyle danışıldı. Öyküsünden zamanında normal spontan vajinal yolla doğduğu, göbeğinin 8 günlükken düştüğü öğrenildi. Anne babası aynı köyden olan hastanın iki sağ-sağlıklı abisi mevcuttu. 1 aylıkken ishal nedeniyle hastane yatışı olan hasta, PLT:80.000/mm³ saptanması üzerine çocuk hematoloji takibine girmişti. 2 aylıkken egzemaları ve rektal kanaması izlenmesi üzerine takipli olduğu pediatri hekimince İSPA ön tanısıyla süt eliminasyon diyeti önerilen hastanın diyetle şikayetleri geçmemişti. 2.5 aylıkken rutin çocuk hematoloji takiplerinde PLT: 18.000/mm³ saptanan hastanın tetkiklerinde TORCH serolojisi negatif, kemik iliği aspirasyonu normoselüler saptanmış ve 2 g/kg IVIG tedavisi verilmişti. Trombositopenisi devam etmesi üzerine primer immün yetmezlik şüphesiyle danışıldı. Başvurusunda fizik muayenesinde vücut ağırlığı 25-50 persentilde, boyu 10-25 persentilde izlendi. Yanaklarında ve gövdesinde yaygın egzeması ve yer yer peteşisi mevcuttu. Tam kan sayımında PLT: 18.000/mm³ saptanan hastanın diğer serileri ve MPV değeri normal sınırlardaydı. IGRT sonrası bakılan immunoglobulin değerleri yaş referanslarına göre normal aralıklardaydı. Besin prick testi negatif saptandı. Periferik kan lenfosit alt grup analizinde T helper hücrelerde ve RTE 'de düşüklük [CD 3 + CD 4 +: %19 (31-54), CD4+ CD 45 RA + CD 31: %47] saptandı. Flow sitometrik WASP ekspresyonu pozitif bulundu. NGS dizi analizinde WAS geninde 10. Ekzonda c.1115delC/p. Pro372LeufsTer73 çerçeve kayması mutasyon saptanan hastaya Wiskott-Aldrich sendromu tanısı konuldu. Antibakteriyel- antiviral-antifungal profilaksileri ve immunoglobulin replasman tedavisi verildi, donör taraması başlatıldı. İzleminde 4.5 aylıkken COVID19 enfeksiyonu, 6.5 aylıkken CMV viremisi nedeniyle hastane yatışları oldu. 8.5 aylıkken direngen trombositopenisi nedeniyle eltrombopag tedavisi denendi ancak yanıt alınamadı. Aile içi ve akraba dışı tam uygun donörü olmayan hastaya 11.5 aylıkken, babasından haploidentik hematopoetik kök hücre nakli yapıldı. Nakil sonrası 14. ayında, tam kimerizmle izlemine devam edilmektedir.

Wiskott Aldrich Sendromu, ilk kez 1937 yılında, Dr. Alfred Wiskott tarafından doğum sonrası erken dönemde tekrarlayan otit-üst solunum yolu enfeksiyonu ile başvuran kanlı ishal ve egzemaları da olan 3 erkek kardeşte tanımlanmıştır. 1957 yılında Dr. Robert Aldrich ise Hollanda göçmeni bir ailede 3 kuşakta 16 erkek çocuğun benzer bulgularla kaybedildiğini ve hastalığın X'e bağlı kalıtıldığını bildirmiştir. 1960 lardan itibaren "mikrotrombositopeni-egzema-immün yetmezlik" klasik triadı ile hastalık Wiskott-Aldrich sendromu olarak tanımlanmaktadır. Hastalık sıklığının Amerika ve Kanada'da 1/250.000 erkek doğum olduğu bildirilmektedir.

Hastalığa neden olan WAS geni ise 1995 yılında tanımlanmıştır. WAS geni Xp11.23'te lokalizedir, 12 exondan oluşmaktadır. Günümüzde Wiskott Aldrich sendromuna neden olan 300'den fazla mutasyon bildirilmiştir. En sık missense mutasyonlar görülmektedir. Son çalışmalarda genetik varyant tipi, WAS'ta hastalık ciddiyeti ve survival için prediktif biomarker olarak tanımlanmaktadır. Class 1 varyantı (Exon 1-2 missense varyantlar, intronik hotspot c.559+5G>A varyantı) taşıyan hastaların hastalık ilişkili komplikasyonları daha geç yaşadıkları bildirilmektedir.

WAS geni 502 aminoasitten oluşan, prolinden zengin WASP'i kodlamaktadır. WASP sadece hematopoetik hücrelerde (non-eritroid) ekspresse edilmektedir. WASP; aktin polimerizasyonunda, hücre iskeleti remodeling'inde, nükleusta TBX21 transkripsiyonunda, myeloid ve lenfoid hücre migrasyonunda, reseptör sinyal iletiminde, sitotoksitede ve fagositozda önemli görevlere sahiptir. İstirahat halinde otoinhibe halde bulunmaktadır. WIP (WASP-Interacting protein) WASP ı stabilize eder, proteozomal degradasyondan korur ve aktin polimerizasyon alanlarına lokalize olmasında görev alır.

Wiskott Aldrich sendromunda hastalarda kanama epizotları, immün yetmezlik, atopi, otoimmünite ve malignite gibi çeşitli klinik bulgular izlenmektedir. Kanama epizotları spontan veya travmaya sekonder olabilir, mikrotrombositopeni kanamanın nedenidir. Hastalardaki mikrotrombositopeninin inefektif trombopoezis, artmış periferik yıkım ve anti-trombosit antikorlar nedeniyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Hastalarda hem innate hem adaptif immün sistem etkilenmektedir. Hastalarda kapsüllü bakterilerle, fırsatçı mikroorganizmalarla ve mantarlarla enfeksiyonlar görülebilmektedir. Sinopulmoner enfeksiyonlar ön planda izlenmektedir. İmpetigo, selülit, enfekte egzema gibi cilt enfeksiyonları da görülebilmektedir. Hastalarda otoimmün sitopeniler (hemolitik anemi, trombositopeni, nötropeni), artrit, vaskülit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, Ig A nefropatisi, HSP görülebilmektedir. Egzema hastalarda belirgin bir klinik bulgudur, alerjik rinit, astım ve besin alerjisi görülebilmektedir. Wiskott Aldrich sendromlu hastalarda malignite prevalansı %13-22 bildirilmektedir, otoimmün hastalığı olanlar malignite açısından risk altındadırlar. EBV ilişkili Non-Hodgkin Lenfomalar en sık görülen kanserlerdir. Lenfoblastik lösemi, MDS, seminoma, Kaposi sarkomu gibi maligniteler de görülebilmektedir. Mevcut hastalık aktivitesini tanımlamak için WAS klinik skoru geliştirilmiştir. Bu skorlama sistemi egzema, trombositopeni, enfeksiyon şiddeti, otoimmünite ve malignite varlığına göre puanlanmakta, 3 ve üzerinde (3-5) puan alan hastalar klasik Wiskott Aldrich Sendromlu olarak tanımlanmaktadır.

Wiskott Aldrich sendromu tanısında öykü ilk sırada yer almaktadır. Tekrarlayan enfeksiyonlar, egzema ve kanama varlığı tanıda önemli ipuçlarını oluşturmaktadır. Hastaların tam kan sayımlarında görülen mikrotrombositopeni hastalık için patognomoniktir. Anemi, nötropeni, lenfopeni de görülebilir. İmmün tetkiklerde serum IgM değerinde düşüklük, Ig A yüksekliği, izohemaglutinin titresinde düşüklük, pnömokok aşı yanıtında bozukluk görülmektedir. Flow sitometrik ileri immünolojik değerlendirmede CD8 T hücre sayısında düşüklük, B hücrelerde düşüklük, TREC-KREC düşüklüğü ve anti-CD3 ile lenfosit aktivasyon yanıtlarında düşüklük görülmektedir. Flow sitometrik WASP ekspresyonu hasta-taşıyıcı tayini, hematopoetik kök hücre nakli sonrası izlemde kullanılabilir. Hastalarda WASP ekspresyonunun genelde düşük olması beklenir. Kesin tanı WAS geninde mutasyonun gösterilmesi ile konur.

Hastaların destek tedavisi öncelikle koruyucu önlemlerden oluşmalıdır (travmadan korunma, çevresel önlemler, koruyucu ekipmanlar vb.). Hastalar yüksek riskli yakın temaslı sporlardan kaçınmalıdır. Aktif kanamaların tedavisinde antifibrinolitikler, trombosit süspansiyonu kullanılabilir. Thrombopoeitin reseptör agonistleri (eltrombopaq-romiplastim) trombositopeni tedavisinde denense de yanıt değişkendir. Splenektomi platelet sayısını yükseltirken ciddi enfeksiyon olasılığını artırdığından önerilmemektedir. Hastalara tanı konulur konulmaz antibakteriyel, antiviral, antifungal profilaksileri ve immunoglobulin replasman tedavisi başlanmalıdır. Alerjik hastalıkların tedavisi düzenlenmelidir. Otoimmün sitopenilerin tedavisinde yüksek doz kortikosteroid, IVIG, Rituksimab ve diğer immünsüpresif ilaçlar kullanılmaktadır.

Wiskott Aldrich sendromunda küratif tedavi hematopoetik kök hücre naklidir. İlk kez 1968 yılında uygulanmıştır. WAS klinik skoru 3 ve üstü olan ağır klinikteki hastalar transplante edilmeli, hafif klinik bulguları olan olgular nakil için vaka bazında değerlendirilmelidir. Nakilde >5 yaş olmak risk faktörüken; hazırlama rejiminin, donör tipinin (MFD, MUD, MMRD) nakil sonrası ortalama yaşam süresini etkilemediği bildirilmektedir. Wiskott Aldrich sendromunda diğer bir küratif tedavi olarak gen tedavisi denenmektedir. İlk kez 2010 yılında gammaretroviral vektörlerle yapılan tedavide klinik yanıt alınmıştır. Ancak izlemde on hastanın yedisinde akut lösemi gelişmesi üzerine çalışmalara 3. Kuşak lentiviral gen tedavisiyle devam edilmiştir. Lentiviral gen tedavisiyle enfeksiyon sıklığında azalma, egzemada düzelme, immün fonksiyonlarda düzelme izlense de hastalarda otoimmünitenin ve trombositopeninin devam ettiği görülmüştür. Gen editing çalışmaları devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aldrich RA, Steinberg AG, Campbell DC. Pedigree demonstrating a sex-linked recessive condition characterized by draining ears, eczematoid dermatitis and bloody diarrhea. *Pediatrics*. 1954;13(2):133-139.
2. Candotti F. Clinical Manifestations and Pathophysiological Mechanisms of the Wiskott-Aldrich Syndrome. *J Clin Immunol*. 2018;38(1):13-27.
3. Vieira RC, Pinho LG, Westerberg LS. Understanding immunoactinopathies: A decade of research on WAS gene defects. *Pediatr Allergy Immunol*. 2023;34(4):e13951.
4. Vallée TC, Glasmacher JS, Buchner H, et al. Wiskott-Aldrich syndrome: a study of 577 patients defines the genotype as a biomarker for disease severity and survival. *Blood*. 2024;143(24):2504-2516.
5. Rivers E, Thrasher AJ. Wiskott-Aldrich syndrome protein: Emerging mechanisms in immunity. *Eur J Immunol*. 2017;47(11):1857-1866.
6. Worth AJ, Thrasher AJ. Current and emerging treatment options for Wiskott-Aldrich syndrome. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015;11(9):1015-1032.
7. Kawai S, Minegishi M, Ohashi Y, et al. Flow cytometric determination of intracytoplasmic Wiskott-Aldrich syndrome protein in peripheral blood lymphocyte subpopulations. *J Immunol Methods*. 2002;260(1-2):195-205.
8. Basu S, Rikhi R, Arora K, et al. Wiskott-Aldrich syndrome protein expression in female WAS carriers: A flow cytometry study from North India. *Pediatr Blood Cancer*. 2024;71(6):e30972.
9. Albert MH, Slatter MA, Gennery AR, et al. Hematopoietic stem cell transplantation for Wiskott-Aldrich syndrome: an EBMT Inborn Errors Working Party analysis. *Blood*. 2022;139(13):2066-2079.
10. Rivers E, Worth A, Thrasher AJ, Burns SO. How I manage patients with Wiskott Aldrich syndrome. *Br J Haematol*. 2019;185(4):647-655.
11. Ferrua F, Marangoni F, Aiuti A, Roncarolo MG. Gene therapy for Wiskott-Aldrich syndrome: History, new vectors, future directions. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(2):262-265.
12. Pille M, Avila JM, Park SH, et al. Gene editing-based targeted integration for correction of Wiskott-Aldrich syndrome. *Mol Ther Methods Clin Dev*. 2024;32(1):101208. Published 2024 Feb 6.
13. Cavazzana M, Thrasher A. Gene therapy for Whiskott-Aldrich syndrome: The latest news. *Clin Transl Med*. 2022;12(4):e815.

BETA LAKTAM ALERJİLERİNDE GÜVENLİ İLAÇ SEÇİMİ

UZM.DR.PINAR METBULUT

Beta laktam antibiyotikler, günümüzde birçok enfeksiyonun tedavisinde ilk sırada tercih edilen, ve tüm dünyada çok yaygın olarak kullanılan bir ilaç grubudur. Çocuklarda sık görülen viral enfeksiyonlara bağlı gelişen makülopapüler döküntü ve ürtikeryal döküntüler, ilaç hipersensitivite reaksiyonları ile karışabilmektedir.

Tüm beta laktam gruplarında ortak beta laktam halkası olup, çapraz reaksiyonlar için en temel zemini oluşturur. Beta laktam gruplarındaki kimyasal farklılıklar, bu gruplar arasında beklenenden düşük çapraz reaksiyon ile sonuçlanır. Beta laktam alerjisine yaklaşımda reaksiyon kronolojisi ve kliniğine göre risk sınıflaması yapılarak tanınasal testler planlanır. Beta laktam ile gelişen hipersensitivite reaksiyonları erken ve geç reaksiyon olarak sınıflandırılır. Erken reaksiyon ilaç alımından sonra 1-6 saat içerisinde ortaya çıkar. Ürtiker, anjioödem, bronkospazm, ve anafilaksi şeklinde prezente olabilir. IgE aracılı veya nadiren direk mast hücre salınımı ile gerçekleşir. Geç reaksiyon, aldığı son dozdan >1-6 saat sonrası, ve birkaç gün içerisinde ortaya çıkar. Makülopapüler erupsiyon, geç ürtiker, fiks ilaç erupsiyonu, ve ağır ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonları ile prezente olabilir. T hücre aracılıdır. Beta laktam alerjisinde, 1-6 saat sonra gelişen reaksiyonlar, erken ve geç reaksiyon kronolojisi açısından örtüşmektedir. Bu durumda reaksiyonun kliniği, döküntünün morfolojisi önem taşımaktadır. Erken reaksiyonlar genellikle ürtiker, geç reaksiyonlar makülopapüler döküntü şeklinde prezente olmaktadır.

Beta laktam alerji şüphesi olan çoğu hastada, şüpheli ilaç kesilir. Sadece anamnez güvenilir değil, fizik muayene de yol göstericidir. Tanıyı doğrulamak veya dışlamak için deri prik testi, intradermal test, yama testleri ve ilaç provokasyon testleri kullanılmaktadır. Deri testleri yapılması riskli olanlarda in vitro testler kullanılabilir. Testler planlanmadan önce mutlaka tehlike sinyallerinin varlığı gözden geçirilmelidir.

Beta laktam antibiyotikler ile erken tip reaksiyon tanımlayan olgularda öncelikle deri testleri (DT) (prik ve intradermal testler), yapılmalıdır. DT negatif ise oral ilaç provokasyon testleri yapılmalıdır. Ciddi erken reaksiyonlarda (ilaç ilişkili anafilaksi) vakalarında EAACI, DT öncesi in vitro testler yapılmasını önerir. Tanıda altın standart test ilaç provokasyon testleridir (İPT). Provokasyon testlerinde doz basamakları, aralarındaki süre, ve devam edilecek gün sayısı açısından halen farklılıklar vardır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda, benign döküntü olan, beta laktam ile geç reaksiyon olan hastalarda öncesinde DT yapılmadan, İPT yapılmasının güvenli ve etkili olduğu bildirildi.

Penisilin alerjisi olan hastaların önemli bir kısmında diğer penisilin gruplarına da duyarlanma vardır. Ortak ikili halka ve R1 yan zincir duyarlanma ile grup içi çapraz reaksiyon gelişir. R1 yan zincir reaksiyon sıklığı giderek artmakta olup, en çok aminopenisilinler grubunda görülmektedir.

Penisilin ve sefalosporin arasındaki IgE aracılı veya T hücre aracılı çapraz reaksiyonlarda çoğunlukla aynı veya benzer R1 yan zincir çapraz reaksiyondan sorumludur. Çoğu aminopenisilin ve aminosefalosporin grubu arasındadır. Daha az kısmında ortak beta laktam halkası sorumludur.

Penisilin ve/veya sefalosporin ile erken reaksiyon gelişen, yüksek riskli hastalarda, sorumlu beta laktam grubunun tümünden kaçınma, veya test yapılarak penisilinle reaksiyonu olanlara 3./4. kuşak sefalosporin veya sefalosporinlerle reaksiyonu olanlara sorumlu sefalosporin yan zincirinden farklı yan zincir penisilin ile test yapılması önerilir.

Penisilin ve/veya sefalosporin ile erken veya erken olmayan reaksiyon gelişen, düşük riskli hastalarda, test yapılarak penisilinle reaksiyonu olanlara 3./4. kuşak sefalosporin veya sefalosporinlerle reaksiyonu olanlara sorumlu sefalosporin yan zincirinden farklı yan zincir penisilin ile test yapılması önerilir.

Penisilin ve/veya sefalosporin ile geç reaksiyon, yüksek riskli hastalarda, sorumlu beta laktam grubunun tümünden kaçın-

ma, veya, test yapılarak karbapenem ve aztreonam, veya test yapılarak penisilinle reaksiyonu olanlara 3./4. kuşak sefalosporin veya sefalosporinlerle reaksiyonu olanlara sorumlu sefalosporin yan zincirinden farklı yan zincir penisilin ile test yapılması önerilir.

HER DÖKÜNTÜ ALERJİK MİDİR?

OLGU-1

Uz.Dr. SEDA TUNCA

İzmir Şehir Hastanesi Çocuk İmmunoloji ve Alerji

Beş yaşında erkek hasta dört günden beri gerilemeyen döküntü şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin başvurusundan dört önce başladığı, döküntü ile birlikte aynı dönemde ateş, boğaz ağrısı ve bulantı şikayetlerinin de olduğu ancak bu şikayetlerin iki gün devam edip gerilediği, döküntü şikayetinin ise devam etmesi üzerine bize başvurduğu öğrenildi.

Hasta kliniğimize başvuru öncesinde acil servis ve genel pediatri başvuruları bulunup buralarda sistemik ve topikal anti-histaminik ve steroid tedavileri almış, bilinen bir alerji öyküsü, benzer bir döküntü öyküsü, son 15 gün içinde ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. aile öyküsünde özellik bulunmamaktaydı. Hastanın başvuru fizik muayenesinde döküntü vasfı polimorfik olup , daha çok üst extremiteler olmak üzere gövde üst ön alanda yaygın olan, basmakla solmayan, kırmızı yer yer mor renkli görünüm almış hedef lezyonlar mevcuttu. Her iki el ve ayak bileklerinde, diz eklemlerinde hafif artraljisi; yaygın miyaljisi mevcuttu, diğer sistem muayene bulguları olağan olarak değerlendirildi.

Vücut ağırlığı 16 kg (10-25 persantil), boyu 107 cm (50 persantil); kalp tepe atımı 110/dk, solunum sayısı 22/dk, vücut ısısı 37 °C idi.

Laboratuvar incelemesinde, hemoglobin 11,2 gr/ dl, lökosit sayısı 18270/mm³, MCV 73fl, MCH 27pg, RDW %14, trombosit sayısı 478,000/mm³, periferik kan yaymasında; %30 parçalı, %70 lenfosit mevcuttu. Eritrosit çökme hızı (EÇH) 13 mm/saat idi. Karaciğer fonksiyon testleri; aspartik asit transferaz (AST) 12 IU/L, alanin transferaz (ALT) 11 IU/L, alkalen fosfataz (ALP) 91 IU/L, LDH 291 IU/L idi. C-reaktif protein 2,28 mg/dl, anti streptolizim o (ASO) <25 IU/ml, C3 109 mg/dl, IgE 23 mg/dl idi. Tam idrar tetkiki normaldi. Boğaz ve kan kültüründe üreme yoktu. Hepatit A, B, C, Lyme, Brusella, salmonella, parvovirus B19, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüs, kızamık, kızamıkçık için bakılan serolojik testler negatif idi.

Sistemik tüm taramaları normal olarak değerlendirilen hastanın kutanöz ürtikeryal vaskülit olarak değerlendirilip oral hidrokortizon tedavisi başlandı. Hastanın beş günlük izleminde eklem şikayetleri ve döküntüleri azalarak geriledi. Çocukluk çağında oldukça nadir görülen ürtikeryal vaskülit tanısı döküntü şikayeti ile başvuran hastada akılda tutulması gereken önemli bir hastalıktır.

GENEL VE LOKAL ANESTEZİK İLAÇ ALERJİSİNDE GÜVENLİ İLAÇ SEÇİMİ

Selma Alim Aydın

OLGU

A.Y. 7 yaş erkek hasta

2 yıl önce genel anestezi ile sünnet yapılan ve operasyon esnasında aileye alerjik reaksiyon olduğu ifade edilen hasta; başvurduğu diş hekimi tarafından lokal anestezi onayı için yönlendirilmiş.

Hastanın sistem notları ve arşivden alınan dosyasından edinilen bilgilere göre anestezi sonrası bronkospazma girmiş, vitallerde anormallik olmamış. Hastaya steroid ve adrenalin uygulanmış. Operasyon sonrası serviste takip edilip, aynı gün taburcu olmuş.

Hastanın bilinen hastalığı, ilaç alerjisi öyküsü yok. Hastanın astım ile uyumlu öyküsü mevcut, ilgili tetkikler yapıp, düşük doz IKS başlandı, takibe alındı.

Hastaya anestezi olarak **midazolom, propofol, fentanil ve prilokain (lokal)** kullanıldığı öğrenildi.

PERİOPERATİF HİPERSENSİTİVİTE REAKSİYONLARI

Reaksiyonların %60-70'i IgE aracılığı ile oluşur. IgE'ye bağlı aşırı duyarlılık reaksiyonları, nonIgE lerden daha şiddetlidir. Reaksiyonlar genellikle indüksiyon fazının ilk aşamasında ortaya çıkar ve ilerler. Latekse karşı reaksiyonlar ise genellikle 60 dakikaya kadar gecikir. Anesteziklerle geç tip reaksiyon sık değildir.

Halojenli ajanlara karşı ADR nadir, ameliyathane çalışanlarında mesleki alerjen olarak akılda tutulmalıdır. Bazofil aktivasyon testi tanıda yardımcı olabilir.

Kas Gevşetici Ajanlar

En sık aşırı duyarlılık reaksiyonuna neden olan genel anestezi ajanlarıdır ve aralarında çapraz reaksiyon vardır. Çapraz reaksiyondan quaterner ya da tersiyer amonyum iyonları sorumludur. Pholcodin içeren antitussifler duyarlanmaya neden olabilir.

Kas gevşeticilerle oluşan IgE'ye bağlı reaksiyonlar oldukça şiddetlidir.

Opioidler

Bazen IgE aracılı reaksiyonlar görülsede, çoğu spesifik olmayan **histamin** salınımından kaynaklı flushing, ürtiker ve gastrointestinal etkilere neden olabilmektedirler. Anafilaksi insidansı oldukça düşüktür.

Doğal opioidlerin (morfin, meperidin ve kodein) ciltteki mast hücrelerini uyarma kapasitesi yüksektir, düşük histamin salınım kapasitesine sahip fentanil, alfentanil, remifentanil, sufentanil gibi sentetik opioidler daha güvenilirdir. Cilt testleri de sentetik opioidler için daha yararlıdır.

Propofol

Formülasyonu sırasında soya fasulyesi yağı ve yumurtadan elde edilen lesitin kullanılır ve yumurta ve/veya soyaya karşı şiddetli anafilaksisi olan hastaların bir alerji çalışması yaptırılmaları veya alternatif tedavi kullanmaları önerilmiş olsa da aslında, literatürde, soya veya yumurta alerjisi olan hastalarda propofol karşı hiçbir reaksiyon belgelenmemiştir.

Antiseptikler, Sterilizatörler

Klorheksidin kaynaklı IgE aracılıdır reaksiyonlar bildirilmiş. Mukozal yüzeylere veya parenteral yollarla (venöz kateterler) uygulandığında, klinik semptomların başlangıcı daha hızlı ve reaksiyon daha şiddetli olabilir.

Povidon tarafından indüklenen anafilaksi ve iyotlu kontrast maddeyle çapraz reaksiyon bildirilmemiştir.

Etilen oksit, perioperatif reaksiyonlar son derece nadirdir. Reaksiyonlar esas olarak diyaliz hastalarında ve spina bifida hastalarında tanımlanmıştır.

Cilt Testleri

Deri testleri indeks reaksiyondan en az 4 hafta sonra yapılmalıdır.

Ancak daha erken veya olayın üzerinden uzun zaman geçmişse yanlış negatif sonuç olabileceği hatırlanmalı, sonuç pozitifse kabul edilmelidir !!!!

İlaç Provokasyon Testleri

İlaç alerji testlerinde en geçerli olan bu yöntem **genel anesteziklerin doğal etkilerinden dolayı kullanılmaz .**

Hipnotikler ve nöromüsküler blokaj ajanları gibi güçlü anestezi ilaçlarla provokasyon testi yalnızca anestezi uzmanları ve alerji uzmanları arasında yakın işbirliği içinde olan son derece uzmanlaşmış merkezlerde gerçekleştirilmelidir.

Yapılmış çalışmalarda anestezi ajanları için cilt testlerinin negatif prediktif değeri yüksek bulunmuş. (%96-100)

Yine yapılmış çalışmalarda morfin, petidin ve fentanil gibi opioidler ve benzodiazepinlerin oral veya s.c.olarak alerji ünitesinde de büyük yan etkiler olmadan uygulanabildiği ve eğer yan etki ortaya çıkarsa da nalokson ve flumazenil ile tersine çevrilebileceği bildirilmiştir.

Sonuçların Raporlanması

Alerjik çalışma yalnızca in vitro testlerle birlikte veya birlikte olmayan deri testlerinin performansına dayanıyorsa ve bir ilaç provokasyon testi yapılamıyorsa, o zaman alerjik bir durumu dışlamak mümkün değildir.

Reaksiyona dahil olan ilaçlar biliniyorsa, en iyi yaklaşım, çapraz reaksiyona neden olabilecek diğer ilaçlarla birlikte bunlardan kaçınmaktır.

İlaçlar bilinmiyorsa, en iyi yaklaşım, mümkünse lokal anestezi veya NMBA'lar veya spesifik olmayan histamin salınımını indükleme kapasitesi yüksek ilaçlar kullanmadan genel anestezi kullanmaktır.

Güvenli Anestezi Seçimi

Kas gevşeticiler arasında önemli bir çapraz reaksiyon olduğundan; intradermal cilt testlerinde ve BAT'ta negatif sonuçlar veren bir kas gevşeticisi kullanması önerilir.

Hipnotikler çapraz reaksiyon göstermediğinden, bir hipnotiği başka bir hipnotikle değiştirmek mümkündür. Reaksiyonların çoğu propofolden kaynaklanmaktadır. Ketamin ve etomidat tercih edilebilir.

LOKAL ANESTEZİKLER

Lokal anestezi kimyasal yapılarına göre "esterler" ve "amidler" olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar.

Psödokolinesteraz, esterleri p-aminobenzoik aside (PABA) parçalar ve bu da ani ve geç aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olabilir

Ester grubu daha fazla alerjenik olmakla birlikte, amid grubu ilaçlar klinik pratikte daha fazla kullanıldığı için bu grup ile daha fazla reaksiyon bildirilmiştir.

IgE aracılı Tip 1 reaksiyonlar çok nadirdir ve %1'in altında olduğu tahmin edilmektedir.

Geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonları ve IgE dışı reaksiyonlar ise daha sık görülür.

Paraben içeren kozmetikler nedeniyle duyarlılaşma gelişebilir.

Metilparaben antimikrobik olarak, sülfidler ise vazokonstriktör içeren preparatlarda bulunabilen katkı maddeleridir.

Nonalerjik Reaksiyonlar

-Vazovagal senkop

-Farmakolojik toksisite : Baş dönmesi ve paresteziler, özellikle bupivakain.

-Psikomotor reaksiyonlar : Hiperventilasyon, paresteziler, baş dönmesi, çarpıntı, taşikardi ve bulantı görülebilir.

-Adrenaline bağlı istenmeyen etkiler

-Methemoglobinemi : Prilokain, benzokain, lidokain ve articain

Alerji testlerinin planlanması

Lokal anestezi kullanımı ile IgE aracılı olması muhtemel bulgular varlığında tanısal amaçlı deri testi önerilir. Uyumlu anamnez yoksa kullanılacak ilaçla deri testi tarama amaçlı yapılmamalıdır.

Lokal anestezi sırasında kullanılmayan herhangi bir ilaca alerjisi olan kişiye anestezi ilaçları için test yapmak gerekmez.

Tanısal yaklaşım yapılmak isteniyorsa ve sorumlu lokal anestezi adı biliniyorsa erken tip reaksiyon öyküsü durumunda prik/intradermal testler, geç tip reaksiyon öyküsü durumunda yama testleri önerilir.

Tanısal yaklaşım yapılmayacaksa, reaksiyonu uyaran ilaç biliniyorsa alternatif ilaç amid grubunun bir diğer üyesinden seçilmelidir.

Reaksiyona neden olan ilacın adı bilinmiyorsa lidokain ile test önerilir.

Cilt Testleri

Yapılmış çalışmalarda LA alerjisinde cilt testlerinin negatif prediktif değerinin % 97 olduğu bildirilmiştir.

Intradermal testte irritasyona bağlı %8-15 yanlış pozitiflik riski vardır.

Bu nedenle non irritatif olarak 1/100 dilusyon önerileri mevcut.

Anamnezde daha önce reaksiyon öyküsü olan kişilerde hikaye ile provokasyon testlerinin uyumu ancak %20 kadardır

Yama Test

Gecikmiş aşırı duyarlık reaksiyonunu değerlendirmede İDT geç okuma ile birlikte yama test yararlıdır.

Standart TRUE TEST paneli, tetrakain, dibukain ve benzokain içeren bir «kain karışımı» içerir.

Ancak bu ajanların hiçbiri infiltrasyon anesteziye yaygın olarak kullanılmaz. Bu nedenle yama testi daha yararlı olabilir.

Yama testinde kullanım için LA' ların optimum konsantrasyonu belirlenmemiştir. Çalışmalarda %5-15 arasında kullanılmıştır.

Bir lokal anesteziye karşı tip IV alerjik reaksiyonlar gösteren hastalara diğer kimyasal gruptan bir ajan önerilmelidir.

Provokasyon Testi

Tanı için altın standart, potansiyel risklere dikkat edilerek; epidermal ve İD test negatif ise uygulanır.

Vakanın bulgularına göre plasebo olarak salin ile teste başlanması önerilmektedir.

0,1 -0,5-1-2 ml dilüe edilmemiş LA ajan 20 dk aralar ile koldan s.c. olarak uygulanır.

Diğer gruptan LA ile prik testi negatif ise 0,5-2 ml ile hızlı ve emin bir provokasyon testi de yapılabilir.

Düşük riskli hastalarda cilt testi yapılmadan tek doz ile provokasyon çalışmaları mevcut.

Güvenli lokal anestezi seçimi

Ester grubundan bir ilaçla Tip 1 reaksiyon geçirmiş kişide amid grubu, bir amid ile reaksiyon geçirilmişse başka bir amid seçilmelidir.

Alerjik olduğu düşünülen bir reaksiyon geçirmiş hastada olayı netleştirecek zaman ve olanak yoksa vazopresör içermeyen bupivakain veya prilokain kullanımı ya da lidokain seçilmesi uygun olabilir.

Acil durumlarda test yapma olanağı yoksa Difenhidraminin %1 lik solüsyonu, %0,9 salin içinde benzil alkol kullanılması da yeterli analjezi ile işlemin yapılmasını sağlayabilir.

Anestezi öncesi steroid ve antihistaminik kullanılmasının immün mekanizmalarla ortaya çıkan reaksiyonları önlemede yararı gösterilememiştir.

Sorumlu ajan saptanırsa hastaya kaçınması gereken ve çapraz reaktivite oluşturan ajanlar liste halinde verilmelidir.

POSTER BİLDİRİLER

PS-001

Kolistin ile Desensitizasyon Uygulanan Olgu

Merve Begüm Öztürk¹, Rıdvan Selen¹, Zeynep Güleç Köksal¹, Seda Şirin², Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹

¹Etlık Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

Amaç: Polimiksinler (kolistin ve polimiksin B) Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobacter baumannii dahil çoklu ilaca dirençli gram negatif bakteriyel enfeksiyonlar için kullanılan antibiyotiklerdir. Hastaların %5-10'unda kolistine karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu gözlenmektedir. Burada kolistine karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu geliştiği için kolistin ile desensitizasyon yapılan bir olgu sunulmaktadır.

Metod: Hasta yatak başında değerlendirildi. Kolistin desensitizasyonu 4 solüsyon 19 basamak ile yapıldı.

Bulgular: Yüksekten düşme sonrasında spinal kord hasarı, tetrapleji ve nörojenik mesane gelişen, temiz aralıklı kataterizasyon yapılan 15 yaşında kız hastanın rehabilitasyon sürecinde idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Hastaya meropenem ve fosfomisin tedavileri başlandı. Antibiyotik tedavisi sırasında vücudunda kızarıklık gelişen hastanın idrar kültüründe kolistin duyarlı Klebsiella pneumoniae üremesi olması üzerine hastanın antibiyotik tedavisi kolistin olarak değiştirildi. Kolistin tedavisi verilirken hastada tüm vücutta kızarıklık ve dilde uyuşukluk şikayetleri gelişti. Kolistin tedavisi ile erken aracı reaksiyon gözlenen ve alternatif bir tedavi seçeneği olmayan hastaya kolistinin desensitizasyon ile verilmesi planlandı. Hastaya kolistin tedavisi 4 solüsyon 19 basamaklı desensitizasyon protokolü ile sorunsuz verildi.

Sonuç: Bu olguda, çoklu ilaca dirençli enfeksiyonu için kolistin dışında alternatif bir ilaç seçeneğinin bulunmadığı durumda, başarılı bir desensitizasyon ile tedavinin devamı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İlaç alerjisi, Desensitizasyon, Kolistin alerjisi

PS-002

Kontakt Dermatit şüphesiyle yönlendirilerek tanı alan Epidermolizis Büllosa Olgusu

Şefika İlknur Kökcü Karadağ¹, Nilay Çalışkan¹, Hamit Boloğur¹, Güler Yıldırım¹, Muhammet Fatih Erbay¹, Merve Karaca Şahin¹, Aslı Topçak¹, Deniz Özçeker¹

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

Amaç: Giriş: Epidermolizis bülloza (EB) nadir görülen, kronik seyirli, deride ve müköz membranlarda minimal travmalarla bül ve erozyonların oluştuğu heterojen bir hastalık grubudur. Hastalık yaklaşık olarak bir milyonda 8-19 oranında görülmektedir. Olguların çoğu herediter olmasına rağmen, akkiz formları da bildirilmiştir. Bu hastalık, tekrarlayan mekanik ve kimyasal travmalar sonucunda cilt ve mukozalarda sıvı dolu kabarıklıkların oluşumuna neden olan genetik bir bozukluk grubunu içermektedir. Büllerin oluşumunun temel sebebi, epidermis dokusunda veya dermoepidermal bileşke yapısında bulunan proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonlardır. Hastalığın şiddeti değişkenlik gösterir; bazı vakalar hafif seyrederken, bazıları ise ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Genellikle doğum veya bebeklik döneminde meydana gelen, nadiren ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde de görülebilen en hafif alt tiptir. Klinik olarak, veziküller ve bullalar genellikle tırnak ve mukozalara zarar vermeden öncelikle avuç içi ve taban bölgelerinde sınırlıdır.

Metod: Burada kontakt dermatit şüphesi ile tarafımıza yönlendirilen epidermolizis büllosa vakası sunulmuştur.

Bulgular: Beş yaşındaki erkek çocuğunda, ayak üstünde ve altında eritemli ve bül şeklinde cilt lezyonları nedeniyle dış merkezden, ayakkabı veya terliğe bağlı kontakt dermatit şüphesiyle bize yönlendirildi. Hastanın kan testleri ve cilt testleri normal bulundu, ancak yama testi önerildi. Kozmetik yama testi normal çıktı. Ancak lezyonların bül şeklinde olması, travma ile tetiklenmesi üzerine hastadan cilt biyopsisi yapıldı. Cilt biyopsisinde epidermolizis bülloza uyumlu bulgular saptandı. Genetik testlerde KRT5 geninde c.1438A>G mutasyonu tespit edildi.

Ayak altındaki büllü lezyonlar



"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

ayak altındaki diğer lezyonlar



Sonuç: KRT5 ve KRT14 genleri, epidermin bazal tabakasındaki ve ilgili kompleks epitel yapılarındaki ara filament (IF) proteinlerini kodlar. Keratin ara filament (KIF) ağı, desmozom ve hemidesmozomlara bağlıdır; bu bağlantılar keratinositleri bitişik hücrelere ve baz membranlara bağlar ve mekanik stresler gibi dış etkenlere karşı koruyucu hücre arası yapışmalar oluşturur. Mutasyonlarında ise mukoz zarlarının belirgin bir şekilde kırılabilirliği ile karakterize edilen nadir genetik bozuklukların heterojen bir grup olduğunu ifade eder. Bu durum, travma ve diğer fiziksel, termal ve kimyasal nedenlerle vezikülobüller lezyonların ortaya çıktığı bir durumdur. Hastalık tanısı, cilt biyopsisinde ve genetik testlerde yapılan incelemelerle kesinleştirilir. EB, hastalar için yaşam boyu devam eden bakım gerektiren ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir hastalıktır. Tedavi yaklaşımları genellikle semptomların yönetimine odaklanmakta olup, yeni tedavi seçenekleri üzerinde araştırmalar devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: epidermolysis büllosa, kontakt dermatit

PS-003

Granülo-matoz ve Lenfositik İnterstisyel Akciğer Hastalığı (GLILD) Gelişen HiperIgM Sendromu Olgusu

Muhammed Aydın¹, Zeynep Meriç¹, Betül Gemici Karaaslan¹, Ahmet Salih Emri², Ayça Aykut³, SebuK Kuruğöğlü⁴, Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹

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

²Ataşehir Florence Nightingale Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik ABD

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD, Çocuk Radyolojisi BD

Amaç: Granülo-matoz ve lenfositik interstisyel akciğer hastalığı (GLILD); primer immun yetmezlikli bireylerde görülebilen interstisyumda lenfositik infiltrasyon ve granülo-malarla seyreden diffüz parenkimal akciğer hastalığıdır. Benzer bulgular karaciğer, dalak, lenf nodları, kemik iliği ve gastrointestinal sistem gibi farklı organlarda da granülo-malara veya lenfoproliferas-yona neden olabilmektedir. Sıklıkla CVID olgularında ve granülo-matoz organ tutulumu ile giden vakalarda görülebilmekle birlikte çok nadiren HiperIgM sendromu gibi diğer primer immun yetmezlik durumlarında da görülebilmektedir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte TNF-alfanın fazla üretiminin granülo-malarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de nodüler görüntüler saptanabilir fakat kesin tanı için doku biyopsisi gerekmektedir. Histopatolojide peribronşiyal lenfositik inflamasyon, organize pnömoni ve non-nekrotizan granülo-malar ile karakterizedir. Bu hastalarda otoimmün hastalık ve non-Hodgkin lenfoma başta olmak üzere malignite sıklığının arttığı gösterilmiştir.

Metod: Bu bildiri de GLILD tanısı alan HiperIgM sendromlu olgu sunumu yapılacaktır.

Bulgular: Yirmi yedi yaşında erkek hastamız; 3 yaşından itibaren tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar ve kandida özofajiti öyküsü nedeniyle immünolojik açıdan tetkik edilirken IgG ve IgA düzeylerinde düşüklük, IgM düzeyinde yükseklik, tam kan sayımında nötro-peni ve lenfosit alt gruplarında sınıf değişikliği yapan B hücre alt grubunda düşüklük saptandı. Genetik incelemede CD40L geninde c.499G>A (p.G167R) mutasyonu saptanması üzerine HiperIgM sendromu tanısı aldı. İVİG tedavisi ve antibiyotik profilaksisi başlandı. 22 yaşındayken ilerleyici dispne ve solunum fonksiyon kapasitelerinde düşme nedeniyle çekilen BT'de sol akciğer alt lob ve sağ akciğer üst lobda yer yer interstisyel tarzda ve yama tarzında pnömonik infiltrasyonlar saptanması üzerine bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj örneğinde yoğun lenfositik infiltrasyon ve granülo-malar saptanmasıyla GLILD tanısı aldı. İVİG tedavisine ek olarak steroid tedavisi başlanan olgumuzun kontrol BT'sinde akciğer bulgularının progresif şekilde devam etmesi üzerine tedavisine ritüksimab eklendi. 3. kür ritüksimab tedavisi sonrası klinik ve radyolojik bulgularda düzelme gözlemlendi.

Sonuç: Doğuştan immünite kusurlu olgularda farklı spektrumlarda akciğer tutulumları görülebilmektedir. Bunlardan biri olan GLILD vakalarında tanının histopatolojik olarak doğrulanmak zorunda olması tanıda güçlükler neden olabilmektedir. İlerleyici akciğer semptomları tarifleyen veya asemptomatik olsa dahi BT bulgularında progresyon izlenen olgularda GLILD akla gelmelidir. İVİG veya steroid tedavisi sıklıkla yeterli olamayacağı için tedavide anti-CD20 antikoru ritüksimab ve ek olarak azatioprin kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Granülo-matoz ve Lenfositik İnterstisyel Akciğer Hastalığı, GLILD, HiperIgM Sendromu, CD40L, Primer immun yetmezlik

PS-004

KİT Çoklu Besin Alerjilerinde Tedavi Edici Mi ? IPEX Olgu Sunumu

Gaye Kocatepe¹, Özgül Güngör¹, Damla Altıntaş¹, Nur Ümit¹, Ceren Güler¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹, Ayşen Bingöl¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: IPEX (İmmün disregülasyon, poliendokrinopati, enteropati, X'e bağlı geçen) sendromu, immün disregülasyonla seyreden otoimmün enteropatinin sistemik formudur. Bu sendromda düzenleyici T hücrelerinde (Treg) bozukluk sonucunda bir yaşından önce birçok organda otoimmünite gözlenebilmektedir. Tip 1 diabetes mellitus, tirodit, otoimmün sitopeniler, egzama, otoimmün enteropati, hepatit, nefrotik sendrom, interstisyel nefrit ve artrit IPEX'te görülebilecek otoimmünite bulgularıdır. Ayrıca altta yatan fizyopatolojiye bağlı olarak çoklu besin alerjileri görülebilir. Çoklu besin alerjisi yüksek morbidite sebebi olup, inek sütü, yumurta gibi temel besin öğelerini içerdiğinde büyüme gelişme geriliğine de neden olabilmektedir. Burada KİT (kemik iliği transplantasyonu) sonrası 12. ayda besin alerjileri gerileyen IPEX tanılı 3 yaş erkek hasta sunulmuştur.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: 3 yaş erkek hasta, 3 aylıkken yaygın döküntü, dirençli ishal, tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle merkezimize yönlendirildi. Yumurta, inek sütü ve kırmızı et ile yaygın döküntü ve ishale artış olan hastaya besin alerjisine yönelik diyetinden şüpheli besinler çıkarıldı. Klinik bulguları nedeniyle immün yetmezlik olabileceği düşünülen olguda FOXP3 mutasyonu saptanarak IPEX sendromu tanısı aldı. Sirolimus ve steroid başlanıp nakil için hazırlık yapıldı. Hastaya 9 aylıkken KİT yapıldı. Transplant sonrası 9. ayda klinik bulgularda düzelme olması nedeniyle kırmızı et, süt ve yumurta ile besin yükleme testleri yapılarak diyet açıldı.

Sonuç: Olgumuz transplant sonrasında besin alerjenlerine karşı toleransın kazanılmasında düzenleyici T hücrelerinin (T reg) rolünü göstermekle birlikte, immün disregülasyona bağlı gelişen çoklu besin alerjilerinde KİT tedavi edici özellik taşımaktadır. Dirençli atopisi ve çoklu besin alerjisi olan hastalarda altta yatabilecek immün disregülasyon sendromları da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: IPEX, Besin alerjisi, Atopik dermatit

PS-005

Normokomplementemik Ürtikeryal Vaskülitli Çocuk Olguda Nadir Etken Rhinovirüs

Özge Atay¹, Damla Baysal Bakır¹, Halime Yağmur¹, Gizem Kabadayı¹, Nevin Uzuner¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Ürtikeryal vaskülit (ÜV), derinin küçük damarlarının inflamatuvar hasarı sonucu ortaya çıkan nadir bir klinikopatolojik durumdur. Tipik ÜV kriterleri; 24 saatten uzun süren ürtikeryal lezyonlara, ağrı veya hassasiyet, purpura veya hiperpigmentasyonla birlikte iyileşmeden en az ikisinin eşlik etmesidir. Ayırıcı tanıda, otoimmün hastalıklar, ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar ve maligniteler öncelikle düşünülmelidir (Tablo 1). Tedavisinde en sık antihistaminikler ve kortikosteroidler kullanılmaktadır.

Tablo 1: Ürtikeryal vaskülit ayırıcı tanısı

	Ürtikeryal Multiforme	Eritema Multiforme	Sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar
İkizlenmiş görünüm	Ankle ve ayakta, özellikle ayaklarda (çok nadir)	Klinik hedef lezyonlar (parmak ucu, dirsek, uyluk kemiği, ayak) ve diğer vasküler lezyonlar (örneğin, burun, kulak, boğaz)	Herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar
Yaş	Çocuk, adolesanlar, yetişkin	Genellikle 10-40 yaş arası, nadiren 50 yaş üstü	Herhangi bir yaşta olabilir
Hiszasyonlar	Hayır	Hayır	Hayır
Demansiyasyon	Çocuklarda	Hayır	Hayır
İkizlenmiş lezyonlar	Kaybolur	Hayır	Kaybolur
İkizlenmiş lezyonlar	Hayır	Hayır	Hayır
Lezyon süresi	4-34 saat	Genellikle haftalar arası	Genellikle haftalar arası
Tezlem süresi	2-12 gün	2-3 hafta	2-3 hafta
Ateş	Bazen, düşük dereceli	Bazen, yüksek dereceli	Bazen, yüksek dereceli
İkizlenmiş lezyonlar	Oral ödem, ikizlenmiş vaskülit (çok nadir)	Dudaklarda, bukkal mukosada, dilde ve diğer vasküler lezyonlarla ilişkili nadir lezyonlar, nadiren genital mukosada	Oral ödem, genital lezyonlar, ikizlenmiş vaskülit
Bir hastalıkla ilişkili	Oral antihistaminikler, antibiyotikler, aspirin	Herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar	Antibiyotikler
Laboratuvar bulguları	PCR, ESR, CRP, diğer sistemik inflamatuvar bulgular (örneğin, ANCA) nadiren pozitif olabilir	ESR, CRP ve diğer sistemik inflamatuvar bulgular	Sıklıkla ESR ve CRP ile ilişkili; diğer sistemik inflamatuvar bulgular nadiren pozitif olabilir
Histoloji	Çocuklarda nadiren anjiyotrombotik nekrotik dermal ödem, nekrotik nekroz ve diğer az sıklıkta vasküler inflamasyon	Sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar (örneğin, nekrotik nekroz ve diğer vasküler inflamasyon)	Oral ve vasküler inflamasyonla ilişkili nekrotik nekroz
Tanı	Herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar, sistemik inflamatuvar bulgular, nadiren ANCA pozitif olabilir	Herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar, sistemik inflamatuvar bulgular	Herhangi bir sistemik hastalıkla ilişkili reaksiyonlar, sistemik inflamatuvar bulgular

* Canitez Yakup, et al. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi 2015; 49: 157-163

Metod: Bildirimizde, ÜV tanılı hastamızın klinik ve laboratuvar verilerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Bir hafta önce, ateş yüksekliği ve boğaz ağrısı yakınmaları nedeniyle dış merkeze başvuran 3 yaş erkek hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla başlanan oral amoksisilin-klavavunat tedavisinin 6. gününde, ilaç alımını takiben yaklaşık 2 saat sonra kol, bacak ve ense bölgesinde 4-5 adet plak tarzında kaşıntılı döküntü fark edilmiş. Doktor önerisiyle antibiyoterapi kesilmiş, evde antihistaminik tedavi günde 2 kez şeklinde başlanmış. Ancak, döküntüde artış, vaskülitte değişme nedeni ile hastanemize başvurmuş. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik bakışında; hastanın genel durumu iyi, ateşi subfebril, vital bulguları stabildi. Döküntüleri gövde, yüz ve ekstremitelerde eritemli ortası ekimotik, basmakla solmayan vasıftaydı. Hafif kaşıntıya; lezyon alanlarında ısı artışı, hassasiyet eşlik etmekteydi. Alt ekstremitelerde, atipik 1-2 adet eritema multiforme ve purpurik ekimotik alanlar mevcuttu. Ayak bileklerindeki döküntülü alanlarda hassasiyet ve hafif ısı artışı ve ödem varken, hareket kısıtlılığı yoktu. (Şekil 1) Mukozal tutulum eşlik etmemekle beraber, diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvarında; wbc:13000 /mm³ ans:9700/mm³, als:3000/mm³, eos:100/mm³, plt:447000/mm³; pt ve ptt normal; d-dimer>35491ug/ml (çok yüksek); kc-bbft normal; crp:44,1 mg/l, sedim:17 mm/h, prokalsitonin 0,4 ng/mL; Pen V/G spesifik IgE; otoantikörler negatif; C3-C4 düzeyleri referans aralığındaydı. Serum viral serolojilerinde anlamlı pozitiflik ve kültürlerinde üreme saptanmadı. İdrar incelemesinde özellik yoktu. Hastaya düzenli setrizin2x,

hidroksizin1x tedavisi başlandı. Hastanın takibinde ateşi olmadı, lezyonları gerileyerek 3. günde belirgin geriledi. Viral solunum yolu panelinde Rhinovirus pozitif saptandı. AH tedavisinin azaltılarak kesilmesi planlanan hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası sağlık kayıtlarından cefdinir tedavisi reçetelendiği, muayene notunda deri döküntüsünün olmadığı ve ilaç kullanmadığı notu görüldü.

Figür 1:



Ürtikeryal vaskülit tanılı olgumuza ait cilt lezyonları

Sonuç: Normokomplementemik ürtikeryal vaskülit; küçük damar yapılarını tutan, 24 saatten uzun süren, kaşıntı yerine ağrı yanma hissinin ön planda olduğu, çoğunlukla antihistaminik tedaviye iyi yanıt veren bir hastalıktır. Etyolojisinde enfeksiyöz ajanlar akılda tutulmalıdır. Olgumuzun, rhinovirüsün ürtikeryal vakülite neden olduğunu bildirilen ilk rapor olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: çocuk, kompleman, rhinovirüs, ürtiker, vaskülit

PS-006

Baklagillere Alerjisi Olan Olguda Deri Testinin Tetiklediği Anafilaksi

Yasemin Tepe¹, İdan Fırat Unay¹, Himmet Haluk Akar¹

¹Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Deri prik testi (DPT), alerji tanısında en sık kullanılan testtir. Bu test besinlere, ilaçlara, aeroalerjenlere ve venomlara karşı gelişen tip 1 hipersensitivite reaksiyonlarını saptamada güvenilirdir. Bu test sırasında sistemik reaksiyon (SR) görülmesi nadirdir. Bu olgu da polikliniğimize başvuran 7 yaşındaki kız hastada alerji deri testleri sırasında nadiren de olsa hayati tehdit edici olabilen anafilaksi gelişebileceğine ve hatta çapraz reaksiyon verebilen baklagillerin aynı anda yapılmasının anafilaksi riskini artırdığına dikkat çekmek amacıyla sunulmaya değer bulunmuştur.

Metod:

Bulgular: Yedi yaşında kız hasta polikliniğimize mercimek çorbası içtikten sonra öksürük, hırıltılı solunum, nefes alamama ve dudaklarda şişme şikayetleri ile başvurdu. Hastanın hikayesinde 3 yaşında da mercimek yedikten sonra öksürük ve dudaklarda şişme şikayeti gelişmesi üzerine mercimek tüketmediği, benzer şikayetlerin bezelye ve nohut ile de olduğu, semptomlarının ilk 10-15 dakika içinde gerçekleştiği ve oral antihistaminiklerle gerilediği öğrenildi. Laboratuvar testlerinde eozinofil sayısının 400/mm³ (%3,5), serum immünglobulin düzeylerinin yaşına göre normal ve total serum IgE düzeyinin 305 kU/mL, mercimek sIgE: >100 kU/L saptandı. Hastanın PtoP testi için polikliniğe başvurduğu gün fizik muayenesi normaldi. Hastaya mercimek, bezelye, nohut, soya ve fasulye ile PtoP yapıldığı sırada ilk 5 dakikada hastanın yanaklarından başlayan ve tüm vücuduna yayılan ürtikeryal döküntü, hırıltılı solunum ve bulantıları oldu. Anafilaksi düşünülerek 0,01 mg/kg intramüsküler adrenalin uygulandı. Gözetim altına alındı, oksijen tedavisi, inhaler salbutamol ve intramüsküler metilprednizolon tedavisi verildi. Dört saat kadar takip edilen hastada klinik bulgularının düzeldiği gözlemlendi. On iki saat kadar gözetim altında tutulduktan sonra semptomları gerilemesi üzerine hastaya oral setrizin ve metilprednizolon tedavileri ile taburcu edildi. Bulgular geriledikten 6 hafta sonra anafilaksiye neden olan etkeni bulmak amacıyla şüpheli besinlerle PtoP testler tek tek, birbirinden 2 saat aralıklarla yeniden yapıldı. Hangi etkenin anafilaksiye sebep olduğunu saptamak için yapılan DPT , farklı zamanlarda yapıldığında olguda test sırasında SR gözlenmedi. Hastaya besin alerjisi ve kazara maruziyeteler konusunda eğitim verildi. Adrenalin oto-enjektör reçete edildi.

deri testi sonuçları

Tablo I. Deri Test Sonuçları

BAKLAGILLER	SONUÇ (MM)*
MERCİMEK	12 x 7
BEZELYE	7 x 3
NOHUT	7 x 3
FASULYE	0
SOYA	5 x 3
POZİTİF KONTROL	6 x 4
NEGATİF KONTROL	0

*Endürsyon çapı "mm" olarak verilmiştir.

Sonuç: Gıda alerjenlerine yönelik deri testleriyle ilişkili SR gelişmesi çocuklarda nadirdir. Olgumuzda güvenilir olduğu bilinen DPT sırasında çapraz reaksiyon verebilen baklagillerin aynı zamanda uygulanması sonrası anafilaksiye sebep olurken farklı zamanlarda yapıldığında anafilaksiye sebep olmadığını göstermiş olduk. Gıda ile PtoP testlerde çapraz reaksiyon verebilen baklagillerin testte aynı anda uygulandığında hastalarda SR gelişme olasılığının arttığına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, anafilaksi, prick to prick test, baklagiller

PS-007

Çiğ Patates ile Anafilaksi: Nadir ve Ciddi Bir Alerjik Reaksiyon

Zeynep Güleç Köksal¹, Rıdvan Selen¹, Merve Begüm Öztürk¹, Kezban İpek Demir¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Seda Şirin²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

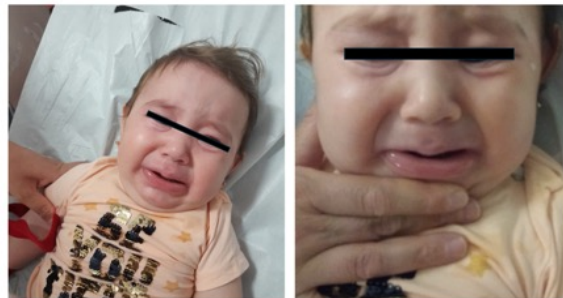
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Amaç: Patates, Akdeniz ülkelerinde bebeklerin diyetinde yaygın olarak kullanılan bir besindir ve genellikle 4-6 aylıkken pişirilmiş formu ilk katı gıdalar arasında sunulur. Türkiye’de patates yaygın bir şekilde tüketilmesine rağmen, patates alerjisi nadiren görülür. Çiğ patatese alerji çoğunlukla yetişkinlerde bildirilmiştir. Yetişkinlerde çiğ patates alerjisi genellikle polen ve lateks alerjisi olan hastalarda oral alerji sendromu olarak bilinir. Atopik dermatit, patates alerjisi ile en sık görülen klinik özelliktir. Çiğ patatesin, pişirilmiş formuna kıyasla daha yüksek alerjen potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir. Bu raporda, çiğ patatesle temas ettikten birkaç dakika içinde anafilaksi gelişen 8 aylık bir çocuğun vakasını sunuyoruz.

Metod: Hasta serviste yatak başında değerlendirildi, aileden ayrıntılı öykü alınarak tetkikleri planlandı. Ayrıca aileden bildirilmiş onam alınarak fotoğrafları paylaşılmıştır.

Bulgular: Daha önce atopik dermatit ve yumurta alerjisi nedeni ile merkezimizde takipli olan 8 aylık kız hasta, soyulmuş çiğ patates ile temas ettikten birkaç dakika sonra alt dudakta şişlik, sonrasında göz kapaklarında anjioödem nedeni ile acil servise başvurdu (Şekil 1). Daha önce pişirilmiş patatesi sorunsuz bir şekilde tüketen hastanın çiğ patates ile ilk temasıydı. Hastanın fizik muayenesinde anjioödem, uvula ödemi ve solunum muayenesinde bilateral ronküsleri olması nedeniyle anafilaksi tanısı konularak 0.01 mg/kg adrenalin enjeksiyonu ve destekleyici ilaçlar (steroidler ve antihistaminikler) ile tedavi edildi. Semptomları tamamen düzeldi. Hastanın özgeçmişinde 6 aylıkken atopik dermatit tanısı aldığı ve topikal steroidler ve emolientlerle ara ara tedavi edildiği öğrenildi. Ayrıca 11 aylıkken gecikmiş tip yumurta alerjisi tanısı almıştı. Patates için serum spesifik immünoglobulin E düzeyi 15 kU/L idi (normal <0,35 kU/L). Lateks ve fıstık için spesifik IgE testleri negatifti. Hastaya adrenalin otoenjektör raporu çıkarıldı ve eğitimi verildi. Ayrıca, ilk reaksiyondan 2 ay sonra taze patates testiyle birlikte prik-to-prik deri testi de planlandı. Bu süreçte, hastaya patates ve patates içeren ürünler tüketmemesi önerildi. Hastamızın mevsimsel alerjik rinit ve polen duyarlılığı gelişimi açısından takibi planlanmıştır.

Göz kapaklarında ve dudakta anjioödem



Sonuç: Bu vaka, nadir bir durum olan patates alerjisinin küçük yaş grubundaki çocuklarda bile anafilaktik reaksiyonlara yol açabileceğini ve oral alerji sendromu olmaksızın ciddi alerjik reaksiyonların gelişebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: patates, anafilaksi, çiğ patates, besin alerjisi, çocuk

PS-008

L-Asparaginaz Desensitizasyonu Yapılan Olgu

Hüseyin Başpınar¹, Nilgün Bahar Teker¹, Büşra Hatice Fidan¹, Hilal Başlı², Mahir Serbes¹, Dilek Özcan¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: L-asparaginaz akut lenfoblastik lösemi tedavi protokolünün önemli bir bileşenidir. L-asparaginaz tedavisi sırasında %30 hastada gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonları ise bu ilacın kullanımını kısıtlamaktadır. L-asparaginaz kullanımının gerekli olduğu ve alternatif ilaç yok ise desensitizasyon yapılması hayati öneme sahip olmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde L-asparaginaz ile başarılı bir desensitizasyon yapılmış bir olgu sunulmuştur

Metod: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde L-asparaginaz tedavisi almakta iken anafaksi gelişen ve alternatif tedavi seçeneğinin olmadığı bir olgu sunuldu.

Bulgular: Refrakter relaps ALL ile takipli hastada L-asparaginaz((Leunase®)) tedavi protokolünün 8. dozunda kusma, solunum sıkıntısı, ürtikeryal döküntüleri olması üzerine hasta anafaksi olarak değerlendirilip adrenalin im yapıldı. Hastanın semptomları adrenalin sonrası gerileyip düzeldi. Çocuk hematolojiyle görüşüldü; hasta için L-asparaginaz (Leunase®) tedavisinin hayati öneme sahip olduğu, alternatif ilacın olmadığı öğrenildi. Hastaya L-asparaginaz (Leunase®) ile desensitizasyon yapılması planlandı. Desensitizasyona başlamadan önce prednol, avil ve ranitidin ile premedikasyon yapıldı. Premedikasyondan sonra hastaya 11 basamaklı desensitizasyon protokolü uygulandı. Desensitizasyon esnasında hastada herhangi bir reaksiyon görülmedi. Hastanın sonraki L-asparaginaz (Leunase®) protokolleri de başarılı bir şekilde uygulandı.

11 Basamaklı L-Asparaginaz(Leunase®) Desensitizasyon Protokolü

rBasamak	Şişe No	İnfüzyon Süresi	İnfüzyon Hızı(ünite/saat)	Bir adımda verilen Doz	Kümülatif Doz
1	1	10 dk	6	1 ünite	1 ünite
2	1	10 dk	12	2 ünite	3 ünite
3	1	10 dk	24	4 ünite	7 ünite
4	1	10 dk	48	8 ünite	15 ünite
5	1	10 dk	96	16 ünite	31 ünite
6	1	10 dk	192	32 ünite	63 ünite
7	1	10 dk	384	64 ünite	127 ünite
8	2	10 dk	768	128 ünite	255 ünite
9	2	10 dk	1536	256 ünite	511 ünite
10	2	20 dk	1536	512 ünite	1023 ünite
11	2	11 saat	1536	17477 ünite	18500 ünite

2 şişe hazırlandı. 1. şişe 1 ünite/ml, 2. şişe 32 ünite/ml

Sonuç: Kemoterapotik ilaç uygulamasının elzem olduğu ve alerjiye sebep olan ilacın elzem olduğu, alerjiye neden olan ilacın alternatifinin olmadığı durumlarda desensitizasyon yapılması hayati öneme sahiptir. Bu desensitizasyon protokolü güvenlidir ve L-asparaginaz uygulamasının devam etmesine olanak sağlar.

Anahtar Kelimeler: L-asparaginaz Leunase® Anafaksi Desensitizasyon

PS-009

Selektif ve Parsiyel IgA Eksikliği Olan Hastalarımızın Özelliklerinin Karşılaştırılması: Tek Merkez Deneyimi

Nuran Özçiftçi Ertuğral¹, Cebbar Yıldırımçakar¹, Ebru Arık Yılmaz¹

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

Amaç: Selektif IgA eksikliği (slgAE) toplumda en sık görülen primer immün yetmezliktir. Parsiyel IgA eksikliğinin (plgAE) klinik bulguları ile ilgili veriler ise sınırlıdır. Çalışmamızda, kliniğimizde slgAE veya plgAE tanısı konulan hastalarımızın özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Metod: Pamukkale Üniversitesi Çocuk Alerji&İmmünoloji Polikliniğinde 2017-2024 tarihleri arasında slgAE ve plgAE tanısı alan çocukların özellikleri değerlendirildi. Serum IgG ve IgM düzeyleri yaşa göre normal aralıkta olan ≥ 4 yaş hastalarda serum IgA düzeyi en az 2 farklı ölçümde yaşa göre $< -2SD$ olanlar plgAE; < 7 mg/dl olanlar slgAE olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplam 58 hastanın (%55,2 kız) 32'si (%55,2) slgAE; 26'sı (%44,8) plgAE idi. Başvuru yaşı ortanca 6,8 yaş (çeyreklerarası aralık 5,1-12,2) olup gruplar arası benzerdi. Hastaların 43'ünde (%82,7) sık enfeksiyon nedeniyle, 13'ünde (%22,4) rutin tetkikleri sırasında, 2'sinde (%3,4) başka nedenlerle tetkik edilirken IgA düşüklüğü saptanmıştı. Her iki grupta semptomatik hasta oranı (sırasıyla %84,4 ve %84,6) ve semptomların başlama yaşı benzerdi (sırasıyla 4 ve 4 yaş). Semptomatik hastaların 30'unda (%51,7) sık üst solunum yolu enfeksiyonu vardı. Otit sıklığı slgAE grubunda plgAE grubuna göre belirgin olarak yüksekti (sırasıyla %25 ve %3,8, $p=0,033$). Hastaların 11'inde (%19) sık alt solunum yolu enfeksiyonu olup sıklığı gruplar arası farklılık yoktu. Hastaların hiçbirinde ağır bakteriyel enfeksiyon yoktu. Bir (%1,7) hasta (plgAE) MİSC tanısı almıştı. Olguların 30'unda (%51,7) en az bir alerjik hastalık (en sık astım; %44,8) olup alerjik hastalık sıklığı her iki grupta benzerdi (slgAE %50; plgAE %53,8; ($p=0,978$)). Alerjik rinit sıklığı ise slgAE grubunda plgAE grubuna göre daha fazlaydı ancak fark anlamlı değildi (sırasıyla %21,9 ve %7,7; $p=0,167$). Hastaların 4'ünde (%6,9) otoimmün hastalık olup sıklığı slgAE grubunda plgAE grubuna göre daha fazla idi ancak fark anlamlı bulunmadı (sırasıyla %9,4 ve %3,8, $p=0,620$). Selektif IgA eksikliği grubunda ortanca serum IgG düzeyi, plgAE grubuna göre belirgin olarak daha yüksekti (sırasıyla 1344 mg/dl ve 932,5 mg/dl, $p<0,001$). Ortanca 39 ay (16,3-63,5) takipleri boyunca hiçbir hastada yaygın değişken immün yetmezlik saptanmadı.

Sonuç: Sonuçlarımız merkezimizde slgAE veya plgAE tanısı konulan hastalarımızın %85'inin semptomatik olduğunu; otit sıklığının slgAE grubunda daha fazla olduğunu, her iki grupta da neredeyse her iki hastadan birinde bir alerjik hastalık eşlik ettiğini; alerjik rinitin, otoimmün hastalıkların slgAE grubunda plgAE grubuna göre daha sık olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk" İmmün yetmezlik" Parsiyel IgA eksikliği" Selektif IgA eksikliği

PS-010

Tedavi Paradoksu: Omalizumab Uygulaması Sonrası Gelişen Akut Ürtiker

Nilay Çalışkan¹, Güler Yıldırım¹, Hamit Boloğur¹, Hilal Güngör¹, Merve Karaca Şahin¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Aslı Topcak¹, Şefika İlknur Kökcü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

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

Amaç: Kronik ürtiker (KU), hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen yaygın bir deri hastalığıdır. Omalizumab, kronik spontan ürtiker (KSU) tedavisinde onaylanmış bir anti-IgE monoklonal antikorudur ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Omalizumabın yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, ancak nadiren ciddi alerjik reaksiyonlar görülebilir.

Metod: 15 yaşında kız hasta yaklaşık 3 aydır cildinde kaşıntılı plaklar olması üzerine kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastaya 6 haftadan daha uzun süre hemen her gün ortaya çıkan kaşıntılı plakları nedeniyle 'kronik ürtiker' tanısı konuldu. İlk olarak antihistaminik 10 mg/gün başlandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde total IgE: 101kU/L(0-200) eozinofil sayısı:0,02 103/uL(40-360), Triptaz:3,46ug/L(<11,4), ANA:negatif, TFT:normal, Tiroid otoantikolar: negatif TIT:normal ve HP antijeni: negatif olarak saptandı. Aylık kontrollerinde antihistaminik dozu 4 kata kadar çıkarılan hastanın 6. ay kontrolünde Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS) :17 ve Ürtiker Kontrol Testi (UKT) skoru: 8 olarak değerlendirildi. Antihistaminik tedaviyle semptomların yeteri kadar kontrol altına alınamaması nedeniyle omalizumab 150 mg/ay başlanmasına karar verildi. Hastanın omalizumab 1*150 mg SC uygulamasından yaklaşık 30 dakika sonra koltukaltından başlayan yaygın ürtiker plakları gelişti (Şekil 1). Hastaya oral antihistaminik verildi. Gözlem altına alınan hastada semptomlar yaklaşık 1 saat içinde geriledi. Omalizumab tedavisi kesildi ve hasta ve ailesi yan etki yönetimi konusunda bilgilendirildi.

Bulgular: .

Ürtiker plakları



Sonuç: Omalizumab uygulaması sonrası gelişen akut ürtiker, tedavi sırasında yakın klinik takip gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu tür reaksiyonların erken tanınması ve uygun tedavi edilmesi, hastanın güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Omalizumab klinik çalışmaları sırasında en sık bildirilen yan etki enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarıdır. Bu vaka, nadir de olsa alerjik reaksiyon gelişebileceğini hatırlatmakta ve hekimlerin bu konuda dikkatli olmaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: kronik ürtiker, omalizumab, yan etki

PS-011

Uçakta Anafilaksi Yönetimi: Kabin Ekibi Anketlerine Dayalı İnceleme

Seda Çevik¹, Uğur Altaş¹, Zeynep Meva Altaş², Mehmet Yaşar Özkars¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji

²Ümraniye İlçe Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı

Amaç: Her yıl dünya çapında yaklaşık 2,75 milyar yolcu hava yolları ile taşınmaktadır. Bu kişilerin birçoğu, kendilerini uçuş sırasında tıbbi acil durum riskiyle karşı karşıya bırakan, astım ve/veya alerji gibi önceden var olan uzun vadeli rahatsızlıklara sahip olacaktır (1). Her yıl 44.000 kadar uçak içi tıbbi acil durum meydana gelmekte (2) ve veriler bu tür vakaların yaklaşık %17'sinin hastaneye nakledildiğini ve %4'ünün hastaneye yatış veya ölümlerle sonuçlandığını göstermektedir. Hava yolculuğu sırasında alerjik ve astım acil durumlarının epidemiyolojisi, yönetimi ve önlenmesi ile ilgili bir gözden geçirme, bu eylemler ve bunların nasıl önleneceği ve tedavi edileceği konusunda farkındalığı artırmak için gereklidir. Bu çalışmanın amacı, uçak kabin ekiplerinin anafilaksi durumlarıyla ilgili bilgi düzeylerini, eğitim ihtiyaçlarını ve karşılaştıkları pratik sorunları anlamak ve bu doğrultuda iyileştirme önerileri sunmaktır.

Metod: Bu çalışmada veri toplama aracı olarak bir anket formu kullanılmıştır. Ankette 19 soru bulunmaktadır ve bu sorular anafilaksi semptomları, tanımlama, tedavi ve acil durum yönetimi konularını kapsamaktadır. Araştırmanın katılımcıları, farklı hava yolu şirketlerinde çalışan kabin ekiplerinden oluşmaktadır. Katılımcıların anketi doldurmak için gönüllü olarak rıza gösterdikleri belirtilmiştir.

Bulgular: Anketimize katılan 63 kişiden %31,7'si 10-19 yıldır kabin ekibinde çalışmakta, %46'sı anafilaksiye müdahale eğitimi almış. Katılımcıların tamamı alerjinin hayati tehlike yaratabileceğini düşünüyor. Ancak %66,7'si adrenalin otoenjektöründen haberdar değil ve %74,6'sı adrenalinin kas içine enjekte edilmesi gerektiğini bilmiyor. %93,7'si adrenalinin tekrar uygulama aralığını bilmiyor. Uçaklardaki acil durum kitlerinde adrenalin enjektörü olup olmadığını bilmeyenlerin oranı %36,5. %92,1'i uçuş sırasında anafilaksi vakasıyla karşılaşmadıklarını belirtiyor. Anketi dolduranların %40'ı anafilaksi geçiren yolcunun 26-64 yaş aralığında olduğunu belirtiyor. Anafilaksi geçiren yolcuların çoğunluğunda (%62,5) besin kaynaklı olduğu tespit edilmiş, en fazla oranla %37,5'inde nefes darlığı, öksürük, hırıltı olduğu, %37,5'inde kusma ve ishal görülmüş. Şikayetlerin %22,2'si adrenalin uygulamasından sonra geçmiştir. Yalnızca bir uçuşta acil iniş yapıldığı rapor edilmiş.

Sonuç: Daha fazla sayıda insan uçtukça, gelecekte uçuşlar sırasında alerjik reaksiyon sayısının artması muhtemeldir. Bu nedenle, risk altındaki yolcular bu acil durumları önlemek ve yönetmek için gerekli önlemlerin farkında olmalıdır. Hava yolu şirketlerinin alerjik reaksiyon insidansını azaltmak için gerekli stratejileri sağlayarak bu hastalıklarla başa çıkmaya hazır olmaları da hayati önem taşımaktadır. Ayrıca, bu reaksiyonlar ortaya çıktığında bunları tedavi etmek için gerekli araçlara da sahip olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, uçuş, adrenalin, acil durum

PS-012

Besin Alerjisi Olan Çocukların Besin Provokasyon Testi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Betül Keser¹, Uğur Altaş¹, Seda Çevik¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

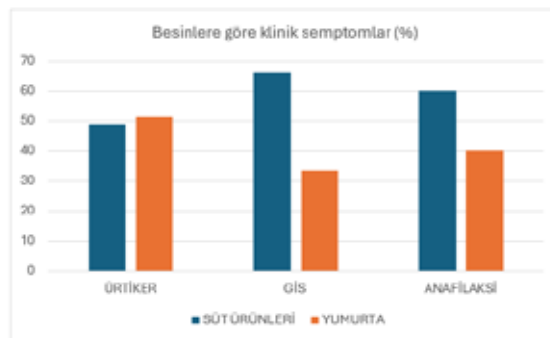
¹Sbü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji Ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Besin alerjisi alınan besin proteine karşı gelişen, immün sistemin anormal bir yanıtı olarak tanımlanmaktadır. Besin alerjileri dermatolojik, solunum, gastrointestinal, kardiyovasküler ve/veya nörolojik sistemleri içeren tipik klinik semptomlar ile presente olurlar. Son yıllarda giderek artmakla birlikte, çocuklarda yaklaşık %10 civarında görülmektedir. Kesin tanı için tek tanısız test suçlu alerjene karşı yapılan oral besin provokasyon testleridir. Bu testler esnasında hafif cilt bulgusu olabileceği gibi, hayatı tehdit eden solunum sistemi, kardiyovasküler sistem bulguları da görülebilmektedir. Bu çalışmada; besin alerjisi klinik öyküsü olan hastalara yapılmış olan açık besin provokasyon testlerinin güvenlik ve etkinliğini retrospektif olarak değerlendirildi.

Metod: Çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmaya 2020-2023 yılları arasında besin alerjisi tanısı alan ve oral besin provokasyon testi yapılan çocuklar dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, testin amacı, provokasyon yapılan besin, laboratuvar parametreleri, testlerde reaksiyon görülme durumu, görülen reaksiyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada 228 hasta (%49,5 kız, %50,4 erkek) ve 295 besin provokasyon testi değerlendirildi. Besin provokasyonların %42 'si tanı amaçlı yapılmış iken, %58'i toleransı değerlendirmek amaçlı yapıldı. En çok yoğurt %45,4 , ikinci sıklıkla yumurta %39,3 , üçüncü sıklıkla fırınlanmış yumurtalı kek %9,5. Diğer provokasyonlar fırınlanmış yoğurtlu kek (12), keçi yoğurdu (3), peynirle(1) yapıldı. Teste alınan hastaların %66,8'inde ürtiker yakınması, %43,4'ünde gastrointestinal sistem (gis) yakınması vardı. Anafilaksi nedeniyle 15 tane besin provokasyon testi yapıldı. 295 testin %10,5'inde reaksiyon görüldü, %1'inde anafilaksi oldu. Reaksiyonların %64,5 'i ürtiker gibi hafif cilt bulguları, %22,5 'i gis bulgularıydı. Reaksiyonların %58,1'i (18) yumurta, %41,9'u (13) yoğurtla yapılmıştı. Testte anafilaksi olan 3 hastadan 2'sinin test öncesi medikal öyküsü anafilaksi, birinin ise ürtiker ve gis yakınmalarıydı. Anafilaksi nedeniyle yapılan testlerin yalnızca %13,5'unda tekrar anafilaksi oldu. Reaksiyon görülen ve görülmeyen hastalar karşılaştırıldığında, yoğurt ile yapılan provokasyon testlerinde reaksiyon görülenlerin ilk şikayetlerinin daha erken başladığı (3ay) tespit edildi. Süt ve yumurta için, slgE (min-max- median) değerleri ile reaksiyon ilişkisine bakıldığında istatistiksel anlamlı sonuç bulunamadı.

BESİN PROVAKASYON TESTİ ÖNCESİ BESİNLERE GÖRE KLİNİK YAKINMALAR



REAKSİYON TÜRLERİNİN BESİN ALT GRUBU VE TESTİN YAPILMA AMACINA GÖRE DAĞILIMI



Başvuru yakınması olarak anafilaksi olup, besin provakasyon testinde reaksiyon görülen hastalar (n=4) asteriks (*) ile işaretlenmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet kız/erkek	113/115	49,5/53,6
Testin amacı tanı	124	42,0
Testin amacı tolerans	171	58,0
Yakınmalar		
Ürtiker	197	66,8
Gis	128	43,4
Atopik dermatit	40	13,6
Solunum sistemi	20	6,8
Anafilaksi	15	5,1

Besin provakasyon testinde reaksiyon olan ve olmayanların karşılaştırılması

	İlk Yakınmalarının Başladığı Zaman(Ay/median)			Total IgE değeri		
	Reaksiyon+	Reaksiyon-	p	Reaksiyon+	Reaksiyon-	p
Yoğurt	5	3	0,007	36	11	0,036
Fırınlanmış Yoğurt	5	6	0,900	10	70	0,503
Yumurta	7	5	0,920	32	18	0,625
Fırınlanmış Yumurta	7	6	0,871	121	21	0,045
Keçi Yoğurdu	6	2	0,260	494	86	0,153

Sonuç: Besin alerjisi olduğu düşünülen hastaların tanısının doğrulamasında, tolerans gelişiminin gösterilmesinde, gereksiz gıda eliminasyonunun önlenmesinde OFC testlerinin uygulanması oldukça önemlidir ve belirli aralıklarda yapılmalıdır. Testlerin güvenliği, OFC'de şiddetli reaksiyonları öngörülebilir unsurların belirlenmesi açısından geniş çapta çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: besin alerjileri, besin provakasyon testi, yumurta, yoğurt

PS-013

Wiscott Aldrich Sendromu ve İnek Sütü İlişkili Alerjik Proktokolit Birlikteliği Olan Olgu

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

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Giriş: Besin protein ilişkili alerjik proktokolit sağlıklı bebeklerde rektal kanamanın en sık nedenidir. Tanı yaşı ortalamada 2 ay olmakla birlikte sıklıkla 6 aydan önce görülür. En sık inek sütü, soya proteini ve yumurta sorumludur. Wiscott Aldrich Sendromu, X'e bağlı resesif geçen, mikrotrombositopeni, kanlı ishal, egzama, sekonder piyogenik enfeksiyonlarla seyreden iyi tanımlanmış immün yetmezlik sendromudur. Bu bildiride Wiscott Aldrich Sendromu ve inek sütü ilişkili alerjik proktokoliti olan bir olgu sunulmak istenmiştir.

Metod: Olgu sunumu

Bulgular: Olgu: İki aylık erkek hasta, dışkıda kan görülmesi nedeni ile başvurdu. Hastanın postnatal yanaklarda egzematöz döküntülerinin başladığı, 1 aylık iken aralıklı olarak dışkıda kan görüldüğü, masif miktarda kanama olması nedeni ile yapılan tetkiklerinde trombositopenisi saptanması üzerine Wiscott Aldrich Sendromu tanısı aldığı ve genetik incelemesinin de tanı ile uyumlu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde ciltte kuruluk ve yanaklarda egzematöz döküntüleri mevcuttu. Hastanın süt spesifik Ig E düzeyi 0.46 kUA/L idi. Spesifik IgE düzeyi düşük pozitif olması nedeni ile hastaya süt bazlı mama ile provokasyon testi yapıldı. Provokasyon testi pozitif olan hasta süt eliminasyon diyetine alındı. Bu dönemde trombositopenik olmasına rağmen herhangi bir yakınması olmayan ancak süt diyeti açıldığında tekrar kanlı dışkılaması olan hasta süt ilişkili alerjik proktokolit olarak izleme alındı.

Sonuç: Koagülasyon bozuklukları kanlı dışkılama ile başvuran bebeklerde ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durumdur. Ancak hastamızda olduğu gibi görünürde trombositopeni olmakla birlikte dışkıda kanama farklı bir sebepten de kaynaklanabilir. Her hastada öykü ve fizik muayene bulgularının dikkatlice değerlendirilmesi doğru tanı konulma olasılığını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Besin protein ilişkili alerjik proktokolit, Trombositopeni, Wiscott Aldrich Sendromu

PS-014

Dirençli Epilepsili Çocuk Olguda Klobazam ile Başarılı Desensitizasyon

Deniz Yılmaz¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Ahmet Selmanoğlu¹, Meryem Hilal Altaş², Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Allerji ve İmmünoloji

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji

Amaç: Klobazam çocukluk çağı epilepsilerinin tedavisinde kullanılan uzun etki süreli benzodiazepin sınıfından bir anti-epileptiktir. Burada klobazamla ile erken reaksiyon öyküsü nedeniyle hızlı desensitizasyon uygulanan çocuk olgu sunulmuştur.

Metod: Dirençli epilepsi nedeniyle takip edilen 3.5 yaşındaki erkek hasta nöbet kontrolü sağlanması için kullanılan klobazam sonrasında yaşadığı reaksiyon nedeniyle danışıldı.

Bulgular: Dirençli epilepsi nedeniyle takip edilen 3.5 yaşında erkek hastada levitirasetam, topiramet, fenobarbital, klona-zepam ve valproik asit tedavileri denendiği ancak nöbet kontrolünün sağlanamadığı, klobazam başlandıktan sonra nöbet-lerinin gerilediği fakat yüzde ve ekstremitelerinde ilaç uygulanmasından kısa süre sonra ortaya çıkan ürtikeryal döküntü nedeniyle tedaviye devam edilemediği öğrenildi. Hasta klobazam ile aşırı duyarlılık reaksiyon olması ve tedavi devam zorunluluğu nedeniyle tarafımıza danışıldı. Klobazam yakın gözlem altında terapötik dozun 1/10'u şeklinde verildikten 30 dk içinde gövdenin üst yarısında daha belirgin olan ürtiker gelişti. Klobazam ilişkili erken reaksiyon olan hastada tedavinin aciliyeti ve alternatifi olmaması nedeniyle desensitizasyon yapılmasına karar verildi. Literatür taramasında klobazam ile başarılı hızlı oral desensitizasyon protokol örneği bulunamadı. 11 basamaklı protokol (terapötik dozun 2500'de biri ile başlandı, 30 dk aralıklarla uygulandı) hazırlanarak beş saatte herhangi bir reaksiyon gelişmeden tamamlandı. Hasta daha sonra tedaviye sorunsuz olarak devam edebildi.

Sonuç: Alternatif tedavinin mümkün olmadığı yada reaksiyona sebep olan ilaç kadar etkili olmadığı durumlarda desensiti-zasyon, ilaca karşı geçici toleransa neden olur ve böylece tedavinin devam etmesine olanak sağlar.

Anahtar Kelimeler: Oral desensitizasyon, Klobazam, Çocuk

PS-015

Kemoterapi Sonrası El-Ayak Sendromu Olan Olgu

Ebru Solakoğlu Küçükdoğru¹, Zeynep Güleç Köksal¹, Rıdvan Selen¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Seda Şirin²

¹Etlük Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

Amaç: El-ayak sendromu, aynı zamanda palmar-plantar eritrodizestezi olarak da bilinen, kemoterapi sonrası hastalarda görülen bir dermatolojik yan etki durumudur. Ancak, alerjik reaksiyonlarla karışabileceği için kemoterapi değişikliklerine veya planlanan tedavinin durdurulmasına neden olabilir. Avuç içleri, parmaklar ve ayak tabanlarında karıncalanma, uyuşma, yanma, ödemli veya ödemsiz eritem ile karakterizedir. Hastalığın kesin patogenezi bilinmemektedir. Kemoterapi ilaçlarından doksorubisin ve kapesitabin ile daha sık olmak üzere 5-fluorourasil, vinorelbin, metotreksat, gemitabin ve sitarabin sonrası görülebilmektedir. Teşhis klinik olarak konulmaktadır. Literatürde bu toksik reaksiyon hakkında çocuk verileri oldukça sınırlıdır. Tedavi genellikle destekleyicidir. Soğuk uygulama, elevasyon, nemlendiriciler, ağrı kesiciler ve topikal steroidler çoğu hastada semptomatik fayda sağlar. Burada, kemoterapi sonrasında el-ayak sendromu gelişen bir olgu sunulmaktadır.

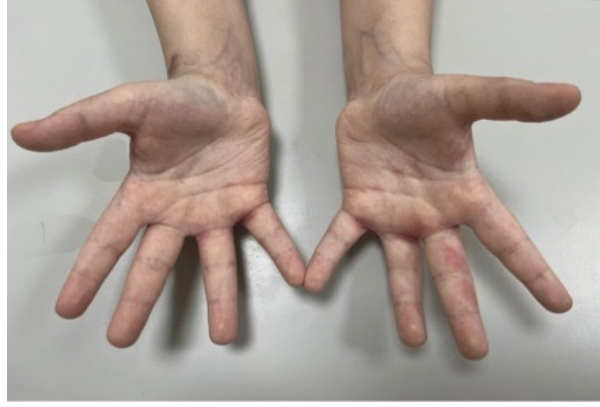
Metod: Hasta serviste yatağı başında değerlendirildi. Aileden bilgilendirilmiş onam alınarak fotoğrafı paylaşıldı.

Bulgular: T hücreli akut lenfoblastik lösemi tanılı 10 yaşında erkek hasta, reindüksiyon tedavisi aldıktan sonra ellerinde döküntü nedeniyle ilaç alerjisi tanısı düşünülerek tarafımıza danışıldı. On gün öncesinde L-Asparajinaz, dokuz gün öncesinde metotreksat alan olgu, bir gün öncesinde aldığı kemoterapi tedavisi (Vinkristin ve doksorubisin) sonrasında kızarıklık geliştiğini belirtti. Fizik muayenede her iki elde, elin dorsal yüzünde ve avuç içinde özellikle parmak aralarında belirgin eritemli, kaşıntısız, soyulmanın eşlik ettiği ağrısız lezyonlar tespit edildi (Şekil 1). Hastanın ellerinde uyuşma ve karıncalanma şikayeti yoktu. Klinik bulgularla, öncelikle kemoterapiye bağlı olarak el-ayak sendromu teşhisi konuldu. Aile bilgilendirildi, nemlendirici ve topikal kortikosteroid kullanımı önerildi. Hastanın tedavisine, onkoloji bölümünün belirlediği kemoterapi protokolünü değiştirmeden devam edildi. Bu yaklaşımla, hasta tedavi sürecini döküntülerde bir artış olmadan tamamladı ve kemoterapi sonrasında döküntülerinde iyileşme olduğu görüldü (Şekil 2).

Şekil 1



Şekil 2



Sonuç: El-ayak sendromu ilaç alerjisi ile karışarak, hayati öneme sahip kanser tedavilerinde tedavi kesintilerine neden olabilir. Bu olguda, kemoterapi sonrası gelişen döküntülerin sadece ilaç alerjisi değil, aynı zamanda ilaç yan etkileri olabileceği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: El ve ayak sendromu, ilaç yan etkisi, ilaç allerjisi, çocuk, palmar-plantar eritrodizestezi

PS-016

Mycoplasma Pneumoniae İlişkili Döküntü Ve Mukozit : Olgu Sunumu

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

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı

Amaç: Mycoplasma pneumoniae solunum sistemi enfeksiyonlarının sık görülen etkenlerinden biridir. Çoğu vaka hafif seyir göstermekle beraber extrapulmoner komplikasyonlar da görülebilmektedir. Bunlardan mukokütanöz tutulum önceleri eritema multiforme majör spektrumunda değerlendirilirken, şimdilerde Mycoplasma pneumoniae ilişkili döküntü ve mukozit (Mycoplasma-induced rash and mucositis, MIRM) şeklinde de ifade edilmektedir. Bu yazıda MIRM tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: 11 yaş erkek hastaya, ateş ve öksürük şikayeti için başvurduğu dış merkezde oral amoksisilinklavulonik asit tedavisi ve parasetamol başlanmış. Tedavinin 6. Gününde gözlerde kızarıklık, yanma ve ağız içinde oluşan su dolu kabarcıklar eklenmiş. Tedavinin 8. gününde şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle hasta ilaç alerjisi ön tanısı ile kliniğimize yönlendirildi. Hastanın muayenesinde ağız içinde yaygın mukoziti, bilateral pürülan konjonktiviti vardı ve başvurudan 1 gün sonra ortaya çıkan avuç içinde hedef lezyonu gelişti. Ateş, lenfadenopati ve organomegalisi yoktu. Hastanın tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. C-reaktif protein değeri 10 mg/L idi. Solunum sistemi sürüntü örneğinde Mycoplasma pneumoniae PCR pozitifliği saptandı. intravenöz metilprednizolon ile immunglobulin uygulandı. Göz tutulumu için topikal tedavi başlandı .Deri biyopsisi patoloji sonucu eritema multiforme ile uyumlu gelen hastaya MIRM tanısı konuldu .İzleminin 7. gününde kliniği düzelen hasta steroid tedavisi azaltılarak kesilmek üzere taburcu edildi.

Resim-1



Resim-2



Resim-3



Sonuç: MIRM'da; oral, oküler ve genital ülserlerin ön planda olduğu yaygın mukozal tutulumla eşlik eden, seyrek polimorfik deri bulguları görülür. Sıklıkla genç erkek hastaları etkiler ve prognozu iyidir.

Anahtar Kelimeler: Döküntü, Mycoplasma pneumoniae, Mukozit

PS-017

Alerjiden İmmün Yetmezliğe Çıkan Yolda: Hepatosplenomegalisi Olan Bir Çocuğun Tanısal Yolculuğu

Gökhan Kişilı¹, Sibel Gürbüz¹, Bekir Karakaya¹, Gül Ünlü Kılavuz¹, Ayşe Süleyman¹, Cevdet Özdemir¹, Zeynep Ülker Altınel¹

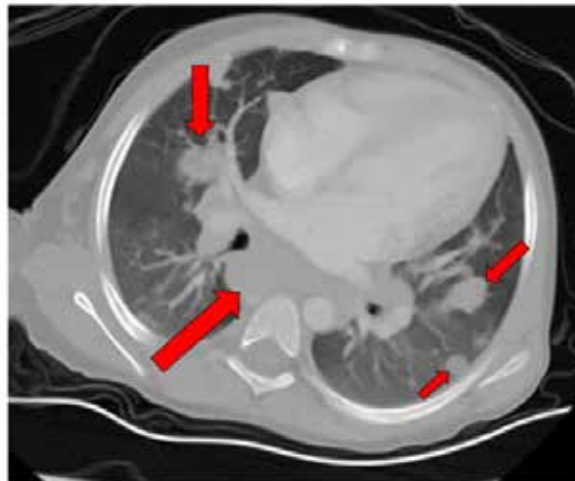
¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Amaç: Lipopolysaccharide-responsive beige-like anchor protein (LRBA) eksikliği, LRBA genindeki mutasyonların neden olduğu LRBA protein ekspresyonu kaybından kaynaklanır. Hastalık otozomal resesif olarak 4. kromozomda kalıtılır. LRBA eksikliği, non-lenfoid organların lenfositik infiltrasyonu, otoimmünite, hipogamaglobulinemi ve lenfoproliferasyon ile karakterize bir primer immün yetmezlik (PİY)'tir.

Metod: .

Bulgular: Üç yaşında kız hastada 3 aylıkken antenatal hidronefroz için tetkik edilirken hepatosplenomegali (HSM) saptanmış. Çocuk Hematoloji Bilim Dalı tarafından malignite olasılığı dışlanmış. Çocuk Metabolizma servisinde metabolik hastalık şüphesi ile tetkik ve izlemi sırasında astım düşünülerek tedavisinin düzenlenmesi için Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalımız ile konsülte edildi. Olgunun 9 aylıktan itibaren tekrarlayan bronşiolit ve inhaler tedavi alım öyküsünün olduğu, son 2 aydır devam eden ishali, 1 kez alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastane yatışı ve anne baba arasında uzak akrabalık ile annesinde mevsimsel alerjik rinit öyküsü olduğu saptandı. Fizik muayenede büyüme ve gelişmesi yaşıtları ile uyumlu, solunum sesleri bilateral eşit ve kaba, ekspiryum uzundu. Karaciğer kot altı 4 cm ele gelmekteydi ve inguinal bölgeye kadar uzanan splenomegali mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastaya lenfoproliferasyon ile seyreden PİY'lere yönelik yapılan tanı tetkikleri Tablo-1'dedir. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde yaygın lenfoproliferasyon ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 1). PİY olarak değerlendirilen hastaya intravenöz immünglobülin (IVIG) replasmanı ve antibiyotik profilaksisi başlandı. Yapılan tüm ekzom analizinde LRBA geninde homozigot mutasyon saptandı. Hastaya immünsüpresif tedavi olarak abatacept başlandı. Hastanın antibiyotik profilaksisi, IVIG replasmanı ve abatacept tedavisi ile şikayetlerinde ve akciğer görüntüleme bulgularında belirgin gerileme oldu (Resim 2).

Resim-1: Subkarinal bölgede konglomere görünümde büyüğü yaklaşık 38x23 mm boyutlarında patolojik lenf ganglionları ve her iki akciğer parankiminde multil saviıda hüviini 15x12 mm boyutlarında nodüler lezyonlar



Resim-2: Önceki tetkik ile kıyaslandığında mediastinal lenf nodlarında (büyüğü 22x12 mm) sayı ve boyut açısından ve akciğerdeki nodüler infiltrasyon alanlarında sayı ve boyut açısından regresyon



Tablo-1

Tablo-1			
Hemoglobin	10 g/dl	Anti-Kızamık IgG	Negatif
Lökosit	5900/µL	Anti-B	Negatif
Nötrofil	2670 /µL	CD3	%81 (N: 57-81)
Lenfosit	2670 /µL	CD4	%28 (N: 23-52)
Eozinofil	80/µL	CD8	%49 (N: 12-35)
Trombosit	243.000/µL	CD19	%1 (N: 8-28)
IgA	3,1 mg/dl (N: 44-244)	CD16/56	%17 (N: 3-22)
IgG	11 mg/dl (N: 640-2810)	CD4/CD8 oranı	0.57
IgM	134 mg/dl (N: 52-297)	Parvovirus PCR	Saptanmadı
Total IgE	<1 IU/mL	CMV PCR	Saptanmadı
Anti-HBsAg	Negatif	EBV PCR	Saptanmadı

Sonuç: Bu vaka; tekrarlayan solunum yolu bulguları ile başvuran alerjik astım ön tanılı bir hastanın, aslında LRBA eksikliği ile ilişkili immün yetmezlik tanısı aldığını göstermektedir. Olgumuz, klinisyenlerin açıklanamayan ve geniş bir semptom yelpazesine sahip hastaları değerlendirirken nadir immün yetmezlikler gibi altta yatan ciddi durumları göz önünde bulundurmalarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: LRBA, primer immün yetmezlik, hepatosplenomegali, alerji, hipogamaglobulinemi

PS-018

Dress Gelişen Bir Hastada İlaç İlişkili Hla Genotipi

Bekir Karakaya¹, Ayşe Süleyman¹, Sibel Gürbüz¹, Gül Ünlü Kılavuz¹, Gökhan Kişılı¹, Cevdet Özdemir¹, Zeynep Ülker Altınel¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Amaç: Eozinofili ve sistemik semptomlarla birlikte ilaç reaksiyonu (DRESS) sendromu ilaç alımından 2-6 hafta sonra görülen ve yaşamı tehdit eden bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Başta antibiyotikler ve aromatik antikonvülzanlar (fenitoin, fenobarbital, lamotrijin, karbamazepin, okskarbazepin) olmak üzere birçok ilaç DRESS'e yol açabilir. DRESS her 1000-10.000 antikonvülzan ilaç kullanımında bir görülmektedir ve çocuklarda bildirilen ölüm oranları %0-5,4 arasında değişmektedir. HLA doku grupları bazı kişilerde DRESS gelişme riskini artırmaktadır. Örneğin; HLA A*31:01 karbamazepinle, B*13:01, B*56:02/04 fenitoinle ve B*58:01 allopürinolle ilişkilendirilmiştir. DRESS'te birçok organ ve sistem tutulumu görülebilmekle birlikte çocuklarda en sık semptom makülopapüler döküntüdür.

Metod: Burada antikonvülzan tedavi altında DRESS gelişen bir olgu sunulmuştur.

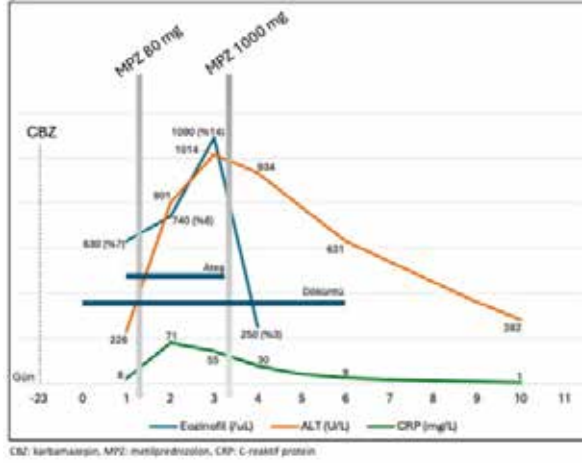
Bulgular: 17 yaşında kız hastaya, 8 ay önce epilepsi tanısıyla levetirasetam başlanmış ancak yakın zamanda şikayetlerinde tekrarlanması üzerine başvurusundan 23 gün önce tedavisine karbamazepin eklenmişti. Kaşıntı ve döküntü şikayetiyle başvuran hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, vücut sıcaklığı 38,8°C, yüz, boyun, kolların üst kısmı, göğüs ve karın cildinde birleşme eğiliminde olan makülopapüler ekzantem mevcuttu (Resim-1). Oral ve genital mukoza doğal, yüz ödemi, organomegali ve lenfadenopati yoktu. Tetkiklerinde eozinofili, periferik yaymada atipik lenfositler, transaminaz ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği mevcuttu (Tablo-1). RegiSCAR skoru 5 olan hasta DRESS olarak değerlendirilerek servise yatırıldı. Kullandığı ilaçların tümü kesildi, 1 mg/kg/gün intravenöz (iv) metilprednizolon (MPZ) başlandı. Yatışının 2. gününde transaminazlarda hızlı yükselme olması üzerine 1000 mg/gün iv pulse MPZ uygulanan hastanın döküntüleri geriledi, transaminazlarda düşüş görüldü (Şekil-1). Yatışın 5. gününde tedavisine 1 mg/kg/gün iv MPZ olarak devam edilen hasta yatışın 11. gününde asemptomatik olarak aynı dozda oral MPZ tedavisiyle taburcu edildi. Oral steroid tedavisi 5 hafta içinde azaltılarak kesildi. Ayaktan takibinde HLA A*31:01 pozitif olarak sonuçlandı.

Resim-1



Fotoğrafların kullanılması için aileden yazılı onam alınmıştır.

Şekil-1



Tablo-1

Normal/negatif olan tetkikler	
CMV PCR	Viral solunum paneli
EBV PCR	Amilaz, Lipaz
Parvovirüs PCR	Kreatin kinaz
Hepatit A, B, C	Troponin-I, CK-MB
HIV	Tam idrar tahlili
HSV-1,2 PCR	sT4, TSH
HHV-6, HHV-7	Anti-TPO, anti-TG
Rubella IgM	Akciğer grafisi

Sonuç: Döküntü ve ateş şikayetiyle gelen hastada her zaman ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Özellikle aromatik anti-epileptik başlanacak hastalarda ilgili HLA genotipine bakılması DRESS'i önlemede veya erken tanımda faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: DRESS, HLA, ilaç reaksiyonu, karbamazepin

PS-019

Kuru Üzümlerle Anafilaksi Geçiren Olgu

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

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Besinlere karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları çocuklarda yetişkinlerden daha sıktır. Yetişkinlerin yaklaşık %2'si ve çocukların %8'i besinlerin bir kısmına karşı alerjik reaksiyon yaşamaktadır. Çocukluk yaş grubunda en sık besin alerjisi nedenleri süt, yumurta, buğday, soya, kuruyemişler ve deniz ürünleridir. Meyve ve sebzeler ise daha az sıklıkta alerji nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Üzüm (Vitis vinifera) türlerine karşı alerjik reaksiyonlar tanımlanmış olmakla beraber oldukça nadirdir. Bu bildiride sık tüketilen bir meyve olan beyaz kuru üzüme bağlı bir anafilaksi olgusu sunulmak istenmiştir.

Metod: Beş buçuk yaşında erkek hastanın 1 ay önce bir kase beyaz kuru üzüm yedikten 1 saat sonra yüzünde döküntü, kızarıklık, kaşıntı, göz kapaklarında şişlik ve kusma şikayetleri olması üzerine hastaneye başvurduğu, anafilaksi olarak değerlendirilerek tedavi aldığı öğrenildi.

Bulgular: Hasta Çocuk Alerji Ünitesinde değerlendirildiğinde mevsimsel alerjik rinit semptomlarının olduğu ve fizik muayenesinde bilateral nazal konka hipertrofinin bulunduğu gözlemlendi. Yapılan tetkiklerde eozinofil sayısı 150/mm³ (% 0.9) idi. Deri prick testinde; beyaz kuru üzüm prik to prik 15 mm, ev tozu akarı 6,5 mm, ot poleni 3 mm, soya 3 mm, fındık 3 mm, yer fıstığı 4 mm olarak saptandı. Hastanın yer fıstığı, soya ve fındık tüketimi ile ilgili net bir bilgi olmadığından ve testleri düşük pozitif olduğundan provokasyon testleri planlandı. Hastanın mevcut duyarlılıkları ile ilgili önlemler anlatılarak, mevsimsel alerjik rinit tedavisi başlanarak ve adrenalin otoenjektör reçete edilip kullanımına dair eğitim verilerek hasta takibe alındı.

Sonuç: Üzüm dünyanın en eski kültür bitkilerinden biri olup özellikle Akdeniz çevresinde ılıman bir iklimde yetişir, doğrudan veya işlenmiş ürün (meyve suyu, şarap, reçel) olarak tüketilmektedir. Nadir olarak oral alerji, kontakt dermatit, mesleki rinit, ürtiker/anjiyoödem veya anafilaksiye neden olduğu bilinmektedir. Üzüm anafilaksinin az görülen sebeplerinden olması nedeni ile bu bildiride sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, besin alerjisi, üzüm alerjisi

PS-020

Di George Sendromu Tanılı Bir Primer İmmün Yetmezlik Olgusunda Canlı Aşıların Planlaması

İdan Fırat Unay¹, Yasemin Tepe¹, Kazım Okan Dolu¹, Himmet Haluk Akar¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Di George Sendromu (DGS) faringeal kese sistemi gelişiminin bozulmasına neden olan 22. kromozomal (11q.22) mutasyonlardan kaynaklanır ve velokardiofasial sendrom olarak da bilinir. DGS'lu olguların çoğunda sporadik geçiş olmakla birlikte otozomal resesif ve otozomal dominant geçişlerde bildirilmiştir. Kardiak problemler, immün yetmezlik, yarık damak, konuşma ve beslenme problemleri, hipokalsemi, davranışsal problemler ve otoimmün hastalıklarla beraber seyrebilir. Bir kombine immün yetmezlik olarak hastalığı olarak DGS tanılı bir hastada canlı aşı uygulanmasındaki yaklaşımın nasıl olması gerektiği vurgulamak amacıyla olgu sunulmak istenmiştir.

Metod: .

Bulgular: İntrauterin dönemde kardiyak patolojisi saptanan hastada DGS tanısından şüphelenilmiş ve postnatal yapılan FISH analizinde Tumble1 bölgesinde (22q11) delesyon saptanmasıyla hastanın tanısı kesinleştirilmiştir. Olgu DGS'nun kombine immün yetmezliğe sebep olabilmesi nedeniyle hastanın takibi ve aşılmasının düzenlenmesi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiştir. Hasta muayenesinde belirgin DGS fenotipi özellikleri göstermiyordu. Ekokardiografisinde periferik pulmoner stenoz, sağ arkus aorta ve patent foramen ovalsı raporlanmıştır. Olası diğer bulgular açısından endokrinopatisi {Ca: 9,5 mg/dL (8,8-10,8), PTH:16 pg/mL (5,7-34)} saptanmadı ve hastanın tiroit USG'si normaldi. Yapılan tetkiklerinde WBC: 8040/mL, HB:11.5 gr/dL, PLT: 220000/ mm³, LYM: 3800/mL (2500-10000/mL), NEU: 2990/mL (1000-7500/mL), IgA: 0,23 gr/L (0,1-0,5 gr/L), IgG:6,5 gr/L (2,4-8,8 gr/L), IgM:0,15 gr/L (0,05-1,42 gr/L) saptandı. Bakılan lenfosit alt grupları CD3: %63,9 (mutlak değer: 2442/mL), CD4: %43 (mutlak değer: 1634/ml), CD8: %20,8 (mutlak değer: 790/mL), CD4/CD8 : 2,07 olarak saptandı. Yapılan lenfosit proliferasyon testinde mononükleer hücreler 5 gün boyunca mitojenlerle uyarılmış ve yeterli proliferasyon oranları tespit edilmiştir. CD4+ sayısının \geq 500/mL üzerinde olması ve T lenfositlerinin yeterli proliferasyonu göstermesi nedeniyle tüm aşıları hiçbir komplikasyon olmadan başarıyla yapıldı ve halen takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Kombine immün yetmezliğe sebep olabilmesi nedeniyle DGS'da özellikle canlı aşıların yapılması öncesinde dikkatli bir immünolojik değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle hastamızda ayrıntılı bir immünolojik inceleme yapılmıştır. Bakılan lenfosit alt gruplarında bakılan CD4+ hücrelerinin 500/mL üstünde olması ve lenfosit proliferasyon testinde de mononükleer hücrelerin yeterince proliferate edilebilmesi nedeniyle hastanın canlı aşıları yaş grubuna uygun olarak planlanmış ve yapılmıştır. Canlı aşıların uygulanması açısından özellikli bir hastalık olduğu için olgu sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: di george sendromu, immünoloji, aşılama, primer immün yetmezlik, velokardiofasial sendrom

PS-021

Omalizumab ile Tedavi Edilen Nazal Polipozis: Bir Pediatrik Vaka İncelemesi

Büşra Hatice Fidan¹, Nilgün Bahar Teker¹, Hüseyin Başpınar¹, Mahir Serbes¹, Dilek Özcan¹, Derya Ufuk Altıntaş¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Amaç: Amaç: Nazal polipozisin patogenezi üzerine yapılan çalışmalar, IgE'nin yanı sıra mast hücreleri, bazofiller ve eozinofiller gibi tip 2 inflamatuvar hücrelerin aktivasyonunda merkezi bir rol oynadığını göstermektedir. Omalizumab tedavisi alan hastalar üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda, tedavinin dördüncü haftasından itibaren belirgin semptom azalması gözlenmiş ve bu yanıtın süresi, Fonksiyonel Endoskopik Sinüs Cerrahisi (FESS) uygulanan hastalarla benzerlik göstermiştir. Bizde steroid ve FESS tedavilerine dirençli pediatrik nazal polipozis vakalarında omalizumab'ın etkinliğine dikkat çekerek , bu terapötik alandaki klinik bilgi birikimini genişletmeyi amaçlamaktayız.

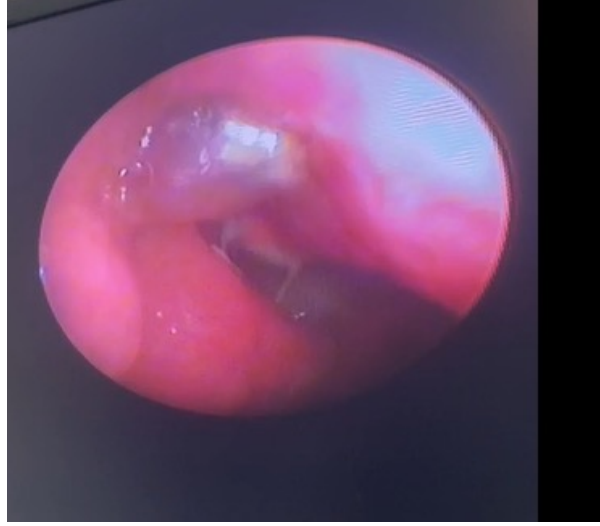
Metod: .

Bulgular: Bulgular: 11 yaşında erkek hasta, yaklaşık 5 yıl süren tek taraflı burun tıkanıklığı şikayetiyle başvurdu. Alerjik rinit geçmişi olan hasta, yapılan tetkikler sonucu nazal polipozis tanısı aldı ve toplamda 3 kez FESS operasyonu geçirdi. Başlangıç tetkiklerinde eosinofil sayısı 800, total IgE 1490 IU/ml, Alternaria spIgE 6,51 (3+), akar spIgE 1,13 (2+) olarak ölçüldü. Hastaya omalizumab tedavisi uygulandı ve 3 doz sonrasında KBB değerlendirmesinde polip boyutunda büyüme olmadığı, 6. doz sonrası ise boyutta küçülme olduğu gözlemlendi. Hastanın 10.doz omalizumab sonrasında yapılan KBB muayenesinde ise polip tespit edilemedi.

resim-1



resim-2



Sonuç: Sonuç: Nazal poliplerinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve uzun süreli kortikosteroid kullanımının potansiyel zararları göz önünde bulundurulduğunda, pediatrik yaş grubunda omalizumab tedavisi önemli bir seçenek olarak değerlendirilmelidir. Bu vaka incelemesi, alerjik rinit zemininde gelişen nazal polipozis tedavisinde pediatrik yaş grubunda ileride yapılacak çalışmalara temel teşkil edebilir.

Anahtar Kelimeler: Alerjik rinit, Nazal polipozis, Omalizumab

PS-022

PFAPA Sendromu: Klinik Bulguların, İmmünolojik Değişikliklerin ve Tedavi Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi

Şefika İlknur Kokcu Karadağ¹, Esra Bekar Çepniler¹, Zeynep Gizem Gündüz¹, Alişan Yıldırım¹

¹Ondokuz Mayıs University, Faculty of Medicine, Department of Pediatric Allergy and Immunology, Samsun, Turkey

Amaç: Giriş: PFAPA sendromu, tekrarlayan ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit ile karakterize edilen çocukluk çağında görülen otoinflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, PFAPA sendromunun klinik ve laboratuvar özelliklerini incelemek, tedaviye yanıtları değerlendirmek ve hastalığı özellikle bir immünolojik açıdan değerlendirmektir.

Metod: Pediatrik İmmünoloji ve Alerji polikliniğine başvuran ve PFAPA tanı kriterlerini karşılayan kırk dokuz hasta değerlendirildi. Demografik bilgiler, semptomlar, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları ve tedaviye yanıtlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamız, 30 erkek ve 19 kadın olmak üzere toplam 49 hastayı içermekte olup, tanıda ortalama yaş 3.5 yıldır. İmmünolojik değerlendirmelerde dikkate değer bulgular arasında nötrofili, lökositoz ve birkaç vakada lenfopeni bulunmaktadır. Ayrıca, hastalığın immünolojik yönünü vurgulayan CD3 ve CD19 alt kümelerinde değişiklikler, adaptif bağışıklık sisteminde önemli değişiklikleri göstermektedir. Prednizolon tedavisi, hastaların %92.5'inde yanıt oranı ile sonuçlanmış olup, çoğu hastada hızlı bir iyileşme görülmüştür. Kolşisin profilaksisi alan hastaların %81.8'i semptomlarda azalma bildirmiştir. Tonsillektomi uygulanan hastaların %13.5'inde semptomlar önemli ölçüde azalmış veya tamamen ortadan kalkmıştır.

Tablo 1: Hastaların Klinik Bulguları ve Uygulanan Tedaviler

	%
Tonsilit	100.0
Ateş	100.0
Servikal lenfadenopati	92.5
Aft	52.3
Karın ağrısı	37.0
Kas-iskelet ağrısı	33.3
Döküntü	20.9
Kabızlık	14.0
İshal	9.3
Akrabalık	8.3
Atak sırasında prednizolona yanıt	92.5
Kolşisin profilaksisine yanıt	81.8
Tonsillektomi	13.5

Tablo 2: Hastaların Laboratuvar Sonuçlarına İlişkin Bulgular

	%
Tonsilit	100.0
Ateş	100.0
Servikal lenfadenopati	92.5
Aft	52.3
Karın ağrısı	37.0
Kas-iskelet ağrısı	33.3
Döküntü	20.9
Kabızlık	14.0
İshal	9.3
Akrabalık	8.3
Atak sırasında prednizolona yanıt	92.5
Kolşisin profilaksisine yanıt	81.8
Tonsillektomi	13.5

Tablo 3: Hastaların Lenfosit Alt Gruplarının Değerlendirilmesi

	% Median %(Min-Maks)
CD3	64,5 (48-80)
CD3CD4	36,5 (28-50)
CD3CD8	27 (18-47)
CD 19	19 (7-35)
NK	9 (4-17)
CD3/CD8/TCRGD	17,5 (17-19)
RTE	51,5 (31-60)
CD45RA	70 (6-87)
CD4+CD45RA+Naive T4	64,5 (15-72)
CD8+CD45RA+ Naive T8	63 (15-76)
CD19+CD27-IgD+Naive	84 (61-93)
CD19+CD27+Memory	4,3 (0-32)
CD19+ CD27+IgD+IgM+Nonswitched	3 (0-14)
CD19+CD27+IgD-IgM-Switched	5 (0-14)

Sonuç: PFAPA sendromu yönetimi, immünojik bulgular ve tedaviye yanıt oranları açısından farklılık göstermektedir. Çalışmamız, prednizolon tedavisinin etkinliğini, kolşisin profilaksisinin faydalarını ve tonsillektomi sonrası semptomlarda iyileşmeyi açıklamaktadır. Ayrıca, PFAPA sendromunun tanı ve tedavi süreçlerinde immünojik faktörleri dikkate almanın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: PFAPA sendromu, periyodik ateş, otoinflatuar hastalıklar, immünoji

PS-023

Fototoksik/fotoalerjik Dermatit: 8 Yaşındaki Bir Çocuğun Olgu Sunumu

Merve Karaca Şahin¹, Nilay Çalışkan¹, Hamit Boloğur¹, Güler Çalışkan¹, Hilal Güngör¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Aslı Topçak¹, İlknur Şefika Kökçü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

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

Amaç: Bazı ilaçlar güneşe maruz kalma ile birleştğinde ciltte fototoksik veya fotoalerjik reaksiyonlara neden olabilir. Fototoksik reaksiyonlar genellikle ilacın ciltte birikmesi ve UV ışınları ile reaksiyona girmesi sonucu meydana gelirken, fotoalerjik reaksiyonlar immün sistemin bir yanıtı olarak gelişir. Tiazid diüretikler, NSAİİ'ler, bazı antibiyotikler en sık fotodermatit yapan ilaçlardır. Bu bildiride bacaklarda sınırları belirgin yaygın kızarıklık şikayeti ile başvuran 8 yaşındaki bir erkek çocuğun klinik değerlendirmesi sunulmaktadır.

Metod: Bu bildiride bacaklarda sınırları belirgin yaygın kızarıklık şikayeti ile başvuran 8 yaşındaki bir erkek çocuğun klinik değerlendirmesi sunulmaktadır.

Bulgular: Şikayet: 8 yaşındaki erkek hasta, bacaklarında sınırları belirgin yaygın kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Aynı reaksiyonun farklı zamanlarda iki kez tekrarladığı ve bir kez de boyunda ürtiker yakınmasının olduğu öğrenildi. Özgeçmiş: Hasta, hipoplastik sol kalp sebebiyle opere olmuştu. Alerjik rinit ve astım sebebiyle 1 yaşından beri çocuk immünoloji ve alerji polikliniğimizde takip edilmekteydi. Kontrast madde ve seftriakson sonrası ürtiker öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesi: Bacaklarda simetrik, keskin sınırlı eritemli plak lezyonları saptandı. Kullandığı ilaçlar: Aspirin, Furosemid, Spironolakton + Hidroklorotiazid Lisinopril, Bosentan, Sildenafil Klinik seyir: Hastanın öyküsünde, ilacı alıp evden dışarı çıktığında lezyonların oluştuğu öğrenildi. Lezyonlar, güneş gören bölgelerde ve giysi sınırları ile uyumlu idi. Bu bulgular ile ilaca bağlı fototoksik/alerjik dermatit düşünüldü. Hasta, dermatoloji bölümüne konsulte edildi ve foto yama testleri planlandı. En çok şüpheli ilaç olan furosemid kesildi. Sonrasında semptomlar tekrarlamadı.

Resim 1



Sınırları belirgin eritemli plak (ilk reaksiyon)

Resim 2



Boyunda ürtikeryal plaklar (2. reaksiyon)

Resim 3



Sınırları belirgin eritemli plak (başvuru reaksiyonu)

Sonuç: Bu vaka ile fototoksik/fotoalerjik dermatitin doğru tanısı ve yönetimi için dikkatli bir ilaç öyküsü alınması ve uygun dermatolojik testlerin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fototoksik, Fotoalerjik, İlaç alerjisi

PS-024

Kronik İdiopatik Ürtikerde Total Ige Düzeyi Önemli Mi?

Handan Duman Şenol¹, İlke Baş¹, H. Ceren Eser¹, Mehmet Geyik¹, Ayşe Aygün¹, Ezgi Topyıldız¹, Ayça Aykut², Neslihan Karaca¹, Güzide Aksu¹, Necil Kütükçüler¹, Esen Demir¹, Figen Gülen¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünolojisi BD

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik BD

Amaç: Kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) tanısı 6 haftayı geçen ürtiker plaklarının olması ve etiyolojik faktörlerin saptanamadığı durumlarda konulmaktadır. Günümüzde iki farklı endotip olduğu varsayılmaktadır. Tip 1, IgE aracılı otoantikorların saptandığı otoalerji; Tip 2 ise, Ig G tipi otoantikorların eşlik ettiği Tip 2b otoimmünitedir. Burada Tip 2b otoimmünite endotipi olan olgu sunulmuştur.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: On üç yaşında erkek hasta iki yıldır vücutta tekrarlayan ürtikeryal lezyonlar ve anjioödem nedeniyle başvurdu. Kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) tanısıyla izleme alınan hastanın özgeçmişinde miad doğum öyküsü, üç ve yedi yaşlarında pnömoni nedenli hastane yatışı mevcuttu. Anne baba arasında akrabalık yoktu. Baba; psöriyazis, amca; vitiligo tanılıydı. Hastanın fizik muayenesi vitiligo ve yaygın ürtikeryal plaklar dışında olağandı. Kronik ürtiker etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerinde tüm immunoglobulinlerle birlikte total Ig E (T. Ig E) düzeyi düşük (<1 IU/ml), otoimmün belirteçlerden anti parietal hücre antikorları 1/40 +, Direct coombs +1 saptandı. Panhipogammaglobulinemi açısından araştırılan hastanın hafıza B hücreleri yaşına göre düşük ve aşı yanıtları kısmi yanıtı olarak tespit edildi. B 12 düşüklüğü ve izlemde boy kilo persentil kaybı olan hastaya endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Üst ve alt GİS'te nodüler görünüm izlendi. Patoloji sonucunda immün yetmezlikle ilişkili olabilecek histopatolojik bulgulara rastlandı. Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID) düşünülen hastadan immün yetmezlik paneli gönderildi; Trimetoprim/sulfametoksazol(TMP-SMZ), flukonazol profilaksisi ve düzenli IVIG tedavisi başlandı. Dış merkezde KİÜ için başlanmış olan omalizumab tedavisine almakta olduğu aylık doz miktarı yükseltilerek (300mg >> 600 mg) altı ay daha devam edildi. İmmün panelde STS: c.221G>A(p.Arg74Lys) hemizigot VUS varyantı saptandı. Klinik ile uyumlu olmadığı düşünülen hastadan tüm ekzom dizi analizi gönderildi. Hastanın izleminde yakınmalarının devam etmesi nedeniyle omalizumab kesilerek siklosporin tedavisine geçildi. Birinci ayın sonunda ürtiker lezyonları kontrol altına alındı.

Tablo 1: Hastanın Tetkik Sonuçları

	Hasta	Referans değerler (ortalama ± SD)
BKH (mm ³)	7500	4500-13500
ANS (mm ³)	4700	1500-8000
ALS (mm ³)	2330	1500-6500
Eozinofil (%) (mm ³)	%2.5 (110)	(%0-4.1) (0-450)
Hb (gr/dl)	12	12-16
PLT (mm ³)	208.000	150000-450000
Ig G (mg/dl)	185	1111 ± 236
Ig A (mg/dl)	7	138 ± 47
Ig M (mg/dl)	25	128 ± 44
Total Ig E (IU/ml)	<1	<100
C3 (mg/dl)	123	83-171
C4 (mg/dl)	23	14-45
B12 (ng/L)	<150	197 - 866
Folik Asit (ng/L)	16.9	3.89 - 26.8
CD3+T hücreleri (%) (hücre/mm ³)	64	58-82
CD19+B hücreleri (%) (hücre/mm ³)	13	10-30
CD3+CD4+Th hücreleri (%) (hücre/mm ³)	34	26-48
CD3+CD8+Tc hücreleri (%) (hücre/mm ³)	25	16-32
CD3-CD16 56+ NK hücreleri (%) (hücre/mm ³)	20	8-30
Memory B lenfosit (%)	4	
Nonswitched (%) /Switched B lenfosit (%)	88 / 9	(2.4-22.3) / (2.7-29)
TCR αβ/CD3+ T hücreleri (%)	91	
TCR γδ/CD3+ T hücreleri (%)	8	
T hücre proliferasyon testi	Normal	
Direct coombs	+	
ANA (Anti Nükleer Antikor)	Negatif	
ANCA (Antinötrofil sitoplazmik antikor)	Negatif	
Anti Mide Parietal Hücre Antikor	1/40 +	
Çölyak antikorları (Doku transglutaminaz Ig A, Anti deamidated IgA, Anti endomisyum Ig A)	Negatif	
TSH/FT4 (mU/L - ng/dL)	2.48 - 1.3	(0.51 - 4.3) - (0.98 - 1.63)
Anti TPO/Anti TG (IU/ml)	<15 - <15	< 34 - < 115
Endoskopi Patoloji	Lamina propriada plazma hücrelerinin çok azaldığı / kaybolduğu dikkati çekmektedir. Bulgular immün yetmezlikte görülebilecek bulgular ile uyumludur. Bulbustan alınan örnekte germinal merkezi belirgin geniş lenfoid topluluklar mevcuttur.	
Kolonoskopi Patoloji	Terminal ileum örneğinde plazma hücreleri izlenmemiştir. EBER incelemesinde kriplerde odaksal boyanmalar izlenmiştir. Lenfoid hücrelerde boyanma saptanmamıştır.	

Sonuç: Literatürde erişkin KİÜ hastalarında Tip 2 otoimmünite endotipinde total IgE düşüklüğü (<40 IU/ml) ve otoimmün hastalıkların (Hashimoto tiroiditi, vitiligo vb.) birlikteliği gösterilmiştir. Çocukluk yaş grubunda kronik ürtikerli hastalarda T. Ig E düzeyleri genelde normal olsa da T. IgE düzeyinin çok düşük olduğu immün yetmezlikli olgular da bildirilmiştir. Hastamız KİÜ ve CVID klinik tablolarıyla başvurmuş atipik seyirli klinik prezantasyonu yansıtması nedeniyle önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: kronik idiopatik ürtiker, otoimmünite

PS-025

Mercimek İlişkili Proktokolit Sendromunda Başka Hangi Gıdalara Dikkat Etmeliyiz?

Handan Duman Şenol¹, Emine Ülgen¹, Mehmet Geyik¹, Pınar Şahin¹, Hatice Ceren Eser¹, İlke Baş¹, Figen Gülen¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı

Amaç: Alerjik proktokolit genellikle ilk bir yaşta, anne sütüyle beslenen ve genel durumu iyi olan bebeklerde dışkıda kan ve mukus görülmesiyle karakterizedir. Proktokolit saptanan hastalarda inek sütü, yumurta, dana eti ve çerezler sık bilinen alerjenlerdir. Toplumların beslenme alışkanlıklarına göre alerjenler değişiklik gösterebilmektedir. Mercimek, yer fıstığı, soya fasulyesi ve fasulye gibi yiyeceklerin bulunduğu baklagiller ailesinin bir üyesidir. Baklagiller yapısal olarak benzer epitoplara taşıyan proteinler içerirler, bu nedenle aralarında çapraz reaksiyon sıklıkla görülmektedir.

Metod: Proktokolit saptanan hastada nadir bir etken olan mercimek ve bezelye alerjisi sunulmuştur.

Bulgular: Olgu: 9 aylık erkek bebek, mercimek çorbası tüketiminden altı saat sonra kanlı mukuslu ishal görülmesi nedeniyle başvurdu. Term doğan, 20 günlükken sepsis nedeniyle yedi gün yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü bulunan hasta, ilk altı ayında anne sütü ile beslenmiş. Hastanın sıklıkla olan huzursuzluk, ağlama, günde 5-7 kere olan kansız mukuslu yeşil renkli gaita semptomları olup kolik olarak değerlendirilmiş. Probiyotik kullanılmış. Annenin aldığı gıdalarla semptomlar arasında ilişki fark edilmemiş. 7.5 aylıkken ilk kez mercimek çorbası ile ve 1 ay sonra tekrar mercimek içeren börek alımı sonrasında gaitada kanaması olmuş. Bu olaydan 15 gün sonra da bezelye yedirilmesinden 24 saat içerisinde çok miktarda kanlı mukuslu gaita görülmüş. Hastanın döküntüsünün, kusmasının veya solunum bulgusunun olmadığı öğrenildi. Proktokolit olarak değerlendirilen hastaya besin provokasyon testi önerildi ancak tekrarlayan kanaması olması nedeni ile aile deri testlerini ve provokasyonu kabul etmedi. Hastaya çapraz reaksiyon verebilecek gıdalar konusunda eğitim verildi ve diyet uygulandı. Sonrasında kanama tekrarlamadı.

Sonuç: Sonuç: Proktokolitin spesifik tanısal testi bulunmamaktadır, eliminasyon ve besin yükleme testi ile tanı konulmaktadır. Literatürde kuru baklagillerle proktokolit gelişimi bildirilen az sayıda olgu vardır. Nadir bir neden olarak kuru baklagil alerjileri akılda tutulmalı ve öyküde sorgulanmalıdır. Ayrıca aileler çapraz reaksiyon geliştirebilecek gıdalar açısından da uyarılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Proktokolit, Mercimek, Bezelye, Besin Alerjisi

PS-026

Atopik Dermatiti veya Besin Alerjisi Olan İnfantların Annelerinin Anksiyetelerinin Değerlendirilmesi

Abdullah Arık¹, Hande Üçler Çınar¹, Hatice Eke Güngör¹, Murat Cansever¹

¹Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Çalışmamızda atopik dermatit, besin alerjisi veya her iki hastalığın birlikte olduğu hasta grubunda annelerin anksiyete düzeyini Beck anksiyete ölçeği kullanarak belirlemeyi amaçladık. Bu şekilde bu hastaların tedavi sürecinde annelerin anksiyetesine yönelik destek verilmesinin de tedavi etkinliğine katkısı olacağını düşünmekteyiz.

Metod: Bu kesitsel çalışmaya yaşları 2 – 24 ay arasında değişen, 53 besin alerjisi ve atopik dermatiti olan hasta, 54 sadece atopik dermatiti olan hasta ve 51 adet sağlıklı çocuk ve tüm çocukların anneleri dahil edildi. Hastalarda besin alerjisi tanısını deri prick testi ve besin spesifik immunglobulin E değerleri kullanıldı. Atopik dermatitli hastaların atopik dermatit şiddeti scorad indeksi ile hesaplandı. Annelere Beck anksiyete ölçeği uygulandı ve veriler IBM SPSS.25 programına kayıt edildi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ve BMI açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. Beck anksiyete ölçeği skorunun üç grup arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulundu ($p=.001$). Hangi grubun diğerinden farklılaştığını saptamak amacıyla yapılan Dunn's testi 'Kontrol' grubunun Beck anksiyete ölçeği skorunun 'Atopik dermatit' ($p=.012$) ve 'Atopik dermatit + Besin alerjisi' ($p=.001$) grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu gösterdi. Ayrıca 'Atopik dermatit + Besin alerjisi' ($p=.814$) ve 'Atopik dermatit' ($p=.450$) grubunda scorad indeksi ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Çocuklarında besin alerji ve atopik dermatit tanıları olan annelerin daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğunu gördük. Besin alerjili ve atopik dermatitli çocukların annelerinin algılanan stresi ve anksiyetelerini azaltmaya katkıda bulunmalı, çünkü onların psikolojik durumu, tedavinin etkinliğini etkilemektedir. Bu sonuçlara dayanarak, bu konuda önleyici ve iyileştirici tedbirler almak için ilgili bölümlerle multidisipliner işbirliği yapılması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, atopik dermatit, anne anksiyetesi

PS-027

Topikal Kortikosteroid Kullanımı Sonrası Adrenal Yetmezlik Görülen Bir Çocuk Olgu

Aslı Kuzu Kuşaklı¹, Fatma Nur Kuzucu¹, Ahmet Selmanoğlu¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Şehir Hastanesi Çocuk İmmunolojisi ve Alerji Hastalıkları

Amaç: Diaper dermatit, bebeklerin bez bağlanan bölgelerinde görülen inflamatuvar bir deri rahatsızlığıdır. Bu durum, cildin bezle sürekli temas halinde olması, nem, idrar ve dışkı gibi faktörlerin etkisiyle ortaya çıkar. Doğru bakım ve hijyen uygulamaları ile genellikle kısa sürede iyileşir, ancak bazı durumlarda medikal müdahale gerekebilir.

Metod: Burada diaper dermatit tedavisinde topikal steroid kullanımına bağlı adrenal yetmezlik gelişen bir çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: 14 aylık kız hasta, ishal, son 1 ay içinde hızlı kilo alma ve yanaklarda şişlik şikayeti ile merkezimize başvurdu. Hastanın öyküsünden, ishal nedeniyle oluşan dirençli diaper dermatit için son 1 ay içinde sık sık izokonazol nitrat ve diflukortolon valerat içeren topikal krem kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede; inspeksiyonla yanaklarda hafif pletorik görünüm ve aydede yüzü görünümü olduğu, diaper bölgede hiperemik zeminde papüler görünümlü lezyonların olduğu görüldü. Hastanın mevcut fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile topikal steroid kullanımına bağlı Cushing Sendromu olabileceği düşünüldü. Çocuk Endokrinolojisi tarafından yapılan değerlendirmesinde, serum kortizol düzeyinin düşük saptanması üzerine hastaya adrenal yetmezlik tanısı ile hidrokortizon tedavisi başlandı (Tablo 1). Tedavi ile Cushingoid görünümü gerileyen hastanın düzenli kontrolleri merkezimizde devam etmektedir.

Hastanın muayenede çekilen fotoğrafı



Hastanın muayene sırasında çekilen ve Cushingoid görünümünü gösteren fotoğraf

Tablo 1. Tanı anındaki laboratuvar bulguları

ACTH	6.3 pg/mL
Kortizol	<0.5 µg/ dL
Sodyum	140 mEq/L
Potasyum	3.9 mEq/L
Glukoz	74 mg/dL

Sonuç: Diaper dermatit tedavisinde, düşük ve orta etkili topikal kortikosteroidler hastanın yaşı ve dermatit şiddeti dikkate alınarak inflamasyon ve irritasyonu azaltmak amacıyla kullanılabilir. Literatürde, yüksek potensli topikal steroid kullanımının lokal yan etki olarak ciltte atrofi ve stria; sistemik absorpsiyon sonucu ise hipotalamo-pitüiter aksın baskılanması, Cushing Sendromu ve büyüme geriliği gibi yan etkilere yol açtığı bildirilmiştir. Bu yan etkilerden kaçınmak için, dirençli diaper dermatit tedavisinde düşük ve orta etkili topikal kortikosteroidler kısa süreli ve az miktarda uygulanmalı, tedavi başlangıcında aileler kullanım miktarı ve süresi konusunda mutlaka uyarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: topikal kortikosteroid, diaper dermatit, adrenal yetmezlik

PS-028

Doğuştan Bağışıklık Kusuru Olan Hastalarda Tanı Koyma Zorluğu

Melis Aydın Mut¹, Aysu İlhan Yalaki¹, Veysi Akbey¹, Musa Şahin¹, Ebru Çelebi Develi¹, Aylin Kont Özhan¹, Tuğba Arıkoğlu¹, Semanur Kuyucu¹

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

Amaç: Aktive fosfoinositid 3-kinaz delta sendromu (APDS), PI3K δ katalitik veya düzenleyici alt birimlerinde meydana gelen heterozigot işlev kazancı mutasyonların neden olduğu bir doğuştan bağışıklık kusurudur. Katalitik PIK3CD genindeki heterozigot işlev kazancı mutasyonları, aktive fosfoinositid 3-kinaz (PI3K) delta sendromu tip 1 (APDS1) olarak bilinen nadir bir primer immün yetmezlik hastalığına yol açar. Etkilenen hastalar başta solunum yolu enfeksiyonları olmak üzere tekrarlayan enfeksiyöz hastalıklar, otoimmün veya inflamatuvar hastalıklar, non-neoplastik lenfoproliferasyon, malignansiler gibi bir dizi klinik bulgu ile karşımıza gelebilir. APDS1'in fenotiplerindeki heterojenite nedeniyle, şüpheli vakaların atlanması olasıdır. Bu olguda çocukta erken dönemde klinik ve immünolojik değerlendirmenin ve farkındalığın önemini vurgulamayı amaçladık.

Metod: 12 yaşında erkek hasta, 7 yıldır immün hemolitik anemi nedeniyle Çocuk Hematoloji bölümünde takip edilmiş olup steroid tedavisine rağmen düzelmeyen dirençli anemisi ve lenfadenopatileri olması nedeniyle tarafımıza danışıldı. Öyküsünde özellikle kış aylarında iki yaşından beri tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları ve yılda 1-2 kez pnömoni geçirdiği ancak ayaktan antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi.

Bulgular: Fizik muayenesinde belirgin solukluk, dinlemekle akciğerlerde bilateral ral, karaciğer 4-5 cm palpabl, dalak 6-7 cm palpabl, bilateral servikal bölgede en büyüğü yaklaşık 3x4 cm boyutlarında konglomere lenfadenopati, axiller ve inguinal bölgede yaklaşık 2x1 cm boyutlarında multiple lenf nodları mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 4,1 g/dL (12-16 g/dL), WBC: 12,80x10³/mL (4.5-13x10³/mL), Lenfosit: 2,37x10³/mL (1-4.8x10³/mL), Neu: 9,21x10³/mL (1,8-7,7x10³/mL), PLT: 177x10³/mL (150-400x10³/mL), CD8: 54,3 (Yüksek), Double negatifT-hücre: %0,3 (normal), Anti-Tiroglobulin: 2,8 IU/mL (normal), Anti-TPO: 10,8 IU/mL (yüksek), Direkt coombs: 3+, IgG: 628 (düşük), IgA: 57,8 (düşük), IgM: 132 (normal), IgE: 1,1 (normal) idi. PET CT'de tüm vücutta yaygın hipermetabolik lenfadenopatiler saptandı. Servikal lenf nodundan alınan biyopsi sonucu non-neoplastik lenfoproliferasyon ile uyumlu geldi. Hastadan APDS? ön tanısı ile gönderilen Tüm Ekzon Dizilemesinde; "Otozomal dominant PIK 3CD geni C.3061G>A (p. Glu1021Lys) heterozigot" mutasyonu saptandı. Hastaya intravenöz immunglobulin, trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi ve sirolimus başlandı. Anemisi düzelen ancak özellikle enfeksiyon geçirdiği dönemlerde hemoglobin değeri düşen hastanın lenfoproliferasyonu ve hepatosplenomegalisi hafif geriledi. Tam düzelle sağlanamayan hastaya kemik iliği transplantasyonu yapılması planlandı.

Sonuç: Klinik bulgularının çeşitliliği ve zaman içerisinde değişimi sebebiyle APDS tanısında gecikmeler olabilmektedir. Hastalar mümkün olan en erken sürede klinik ve immünolojik değerlendirme için bu alanda uzman hekimlere başvurmalarıdır.

Anahtar Kelimeler: APDS, lenfoproliferasyon, PIK3CD

PS-029

Eozinofilik Özofajit Olgusu Serisi

Aymen Hişmioğulları¹, Şafak Pelek², Sevim Çakar³, Özlem Sancaklı¹, Özlem Bekem², Demet Can¹

¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği

²S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kliniği

³Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kliniği

Amaç: Eozinofilik özofajit (EoE), özofagusta işlev bozukluğuna neden olan eozinofilik inflamasyon ile karakterize kronik immün aracılı bir hastalıktır. Tanısı ve tedavisi oldukça zor olan bu hastalıkla ilgili farkındalığın artması, olgu sayılarını ve merkezlerin deneyimini arttırmıştır. Bu çalışmada 10 yıllık bir süre içinde tanı alan EoE hastalarımızın klinik, laboratuvar, endoskopik özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Retrospektif, kesitsel bu çalışmada 2014-2024 yılları arasında hastanemiz Alerji ve Gastroenteroloji Polikliniklerine farklı yakınmalarla başvurup EoE tanısı alan hastalar belirlenmiş ve hasta dosyalarından olgu rapor formu için gerekli bilgiler kaydedilmiştir.

Bulgular: Endoskopi yapıp biyopsi alınan 1559 hasta arasında, EoE tanısı kesinleşen 9 hasta (%0,6) saptandı. Hastaların %77,8'i (n=7) erkekti. Yaşlarının ortancası 11 (minimum-maksimum; 5-15) yılı. Eozinofilik özofajit ilk tanı yaşı ortancası 7 (2-15) yılı. Başvuru semptomları sırasıyla %55,6'sında (n=5) takılma hissi, %44,4 'ünde (n=4) karın ağrısı, %25'inde (n=2) kusma, %22,2'sinde (n=2) yutma güçlüğü, %22,2'sinde (n=2) göğüs ağrısıydı. Hastaların %77,8' ine (n=7) besin alerjisi, %66,7'sine (n=6) astım, %55,6'sına (n=5) atopik dermatit %44,4'üne (n=4) alerjik rinit eşlik etmekteydi. Besin alerjisi tanı ortancası 4 (2-14) aydı. 3 hastada besin alerjisi halen devam etmekte iken 4 hastada tolerans gelişmişti, tolerans ortancası 20 (8-34) aydı. Besin alerjisi izlem süresi ortancası 20 (6-156) ay; EoE izlem süresi ortancası 50 (6-89) aydı. Hastaların %66,7'sinin ailesinde atopi öyküsü vardı. Yapılan endoskopi sayısı ortancası 4 (1-6) idi. İzlem süresi boyunca hastaların %66,7'sine 6, %44,4'üne 4, %33,3'üne 3, %11,1 'ine 1 defa endoskopi yapılmıştı. İlk endoskopide saptanan eozinofili sayısı ortancası 70/büyük büyütme alanı (30-260) idi. Elimine edilen besinler; %100'ü (n=9) süt, %66,7'si yumurta (n=6), %44,4 (n=4) kuruyemiş, %44,4 (n=4) buğday, %33,3 (n=3) deniz ürünü şeklindeydi. Hastaların %55,6'sı (n=5) diyetle uyumsuzdu. Hastaların %100'ü (n=9) PPI, %55,6 (n=5) oral kortikosteroid tedavisi almaktaydı. Diğer atopik hastalıkları için %55,6'sı (n=5) inhaler kortikosteroid, %33,3'ü (n=3) nazal steroid, %33,3'ü (n=3) antihistaminik, %22,2'si (n=2) lökotrien reseptör antagonisti almaktaydı.

Sonuç: EoE, her ne kadar GIS semptomları ile akla gelse de hastaların çoğunda diğer alerjik hastalıklarla birliktelik göstermektedir. Alerjik hastalığı olan çocuklar, yakınması olmasa da EoE yönünden sorgulanmalıdır. Tanı aşamasında olduğu gibi tedavideki zorluklar ve izlemdeki uyum problemleri hastalara multidisipliner yaklaşımın önemini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Özofajit, Besin Alerjisi, Eliminasyon Diyeti

PS-030

Çocuklarda Nadir Bir Anafilaksi Nedeni: Haşhaş

Arife Toksöz¹, Seda Şirin¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ayşegül Ertuğrul¹

¹Etlük Şehir Hastanesi

Amaç: Haşhaş tohumu (Papaver Somniferum) toplumumuzda unlu mamuller içinde kullanılan ancak nadiren anafilaksiye neden olan bir besindir. Burada haşhaş tüketimi sonrası anafilaksi gözlenen bir erkek hasta sunulacaktır.

Metod: Haşhaş tohumu (Papaver Somniferum) toplumumuzda unlu mamuller içinde kullanılan ancak nadiren anafilaksiye neden olan bir besindir. Burada haşhaş tüketimi sonrası anafilaksi gözlenen bir erkek hasta sunulacaktır.

Bulgular: 8 yaşında erkek hasta haşhaşlı börek yedikten dakikalar sonra gözlerde ve vücudunda kızarıklık ve şişlik, boğazda kaşıntı ve nefes almakta zorluk şikayeti olması nedeniyle hastanemiz çocuk alerji polikliniğine başvurdu. Bu şikayetlerinin kendiliğinden birkaç saat içinde gerilediği öğrenildi. Evde haşhaşlı börek yapıldığında böreği tüketirse de böreğin kokusu ile benzer şikayetleri tekrarlamıştı. Diğer besinler sorgulandığında fındık tüketimi sonrası vücutta kaşıntı ve kızarıklık olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde atopik dermatit ve astım, soygeçmişinde annesinde arı alerjisi mevcuttu. İnhalan alerjenlerle yapılan deri prik testinde Dermatophagoides pteronyssinus, D. farinae, Cupressus, kedi ve köpek duyarlılığı saptandı. Besinlerle yapılan deri testinde haşhaş, susam, yulaf unu, keten tohumu ve fındık ile duyarlılık saptandı. İzlemde hastanın duyarlılık saptanan besinlerle provokasyonu planlandı.

Sonuç: Haşhaş tohumu ülkemizde sıkça tüketilen ve literatürde nadiren alerjik reaksiyon tanımlanmış bir besindir. Sık görülen bir besin alerjisi olmamasına rağmen, haşhaş tohumu hızlı, yaygın ve potansiyel olarak hayatı tehdit edici reaksiyonlara neden olabilir. İnhalasyonla dahi anafilaksiye neden olabilen, yağlı tohumlar ve kuruyemişlerle çapraz reaksiyona neden olabilen bu besin ile gözlenebilecek alerjik reaksiyonları vurgulamak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: haşhaş, anafilaksi

PS-031

Doğuştan gelen bağışıklık hataları ve Down sendromu birlikteliği; vaka serisi

Öner Özdemir¹, Ümmügülsüm Dikici¹, Lütfi Kılınçkaya¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları BD

Amaç: Down sendromlu (DS) kişilerde enfeksiyonlara, otoimmüniteye, otoinflamatuar hastalıklara ve hematolojik malignitelere karşı artan duyarlılık bilinmektedir. Çoğu bireyde doğuştan ve adaptif bağışıklıkta nitel ve nicel değişiklikler vardır. Ancak, heterojenlik vardır ve immünofenotip ile klinik tablo arasında korelasyon yoktur. Down sendromu olan ve doğuştan gelen bağışıklık hataları nedeniyle intravenöz immünoglobulin replasman tedavisi gören vakalarımızın klinik ve laboratuvar özelliklerini sunuyoruz.

Metod: Down sendromu ve immün yetmezliği olan beş hasta değerlendirildi. Hastalardan dördü erkek, biri kızdı. Hastalara immün yetmezliğin tanı konduğu ortalama yaş 5,3 yıldır. Tüm hastaların başvuru şikayeti tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonuydu. Vakaların immünolojik değerlendirme sonuçları Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Hastalarda lenfopeni yoktu, ancak 5 hastanın 4'ünde CD19+ B lenfosit sayısı düşüktü. Tüm hastalara intravenöz immünoglobulin (IVIG) replasman tedavisi ve trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlandı. Hastalar IVIG tedavisinden klinik olarak büyük fayda gördüler.

Bulgular: Down Sendromu ile ilişkili bağışıklık sistemi anormallikleri olarak; naif lenfositlerde belirgin azalma, azalmış spesifik antikor yanıtları ve nötrofil kemotaksisinde kusurlar ile hafif ila orta şiddette T ve B hücre lenfopenisi bilinmektedir. Kromozom 21 trizomisine bağlı bağışıklık sistemini etkileyen genetik anormalliklere dair sınırlı kanıt bulunmaktadır. Hastalarımızda B hücre lenfopenisi vardı.

Sonuç: Down Sendrom'lu hastalarda iyi tanımlanmış sistemik komorbiditelere bağışıklık bozukluklarının da ekleneceği anlaşılıyor. Tekrarlayan enfeksiyonları olan DS hastalarında, antikor eksikliği görülmesi bile periferik kan lenfositlerinin kan akım sitometrisi incelemesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Doğuştan gelen bağışıklık hataları, Down sendromu, immünyetmezlik

PS-032

Nadir Bir Vaka: Kolinerjik Ürtiker

Gökhan Yörüsün¹, Ragıp Dere¹, Fatma Nur Kuzucu¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastane Çocuk İmmünoloji ve Alerji Kliniği

Amaç: Kolinerjik ürtiker, vücut sıcaklığının pasif veya aktif yollarla artması sonucu ortaya çıkan, kaşıntılı ve etrafı eritemle çevrili küçük papüllerle karakterize edilen bir indüklenebilir ürtiker türüdür. İndüklenebilir ürtikerlerin yaklaşık %30'unu ve kronik spontan ürtiker vakalarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır.

Metod: Burada, kolinerjik ürtiker tanısı alan bir hastanın klinik özelliklerini ve tedavi sürecini sunmaktayız.

Bulgular: 15 yaşında erkek hasta, egzersiz sonrasında başlayan kızarıklık, kabarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Şikayetlerin egzersizden yaklaşık 5 dakika sonra başlayıp 30 dakika içinde kendiliğinden geçtiği belirtildi. Hastada kronik ürtikere sebep olabilecek diğer nedenler ekarte edildi ve egzersiz provokasyon testi uygulandı. Egzersiz testinin 8. dakikasında, gövde ve boyun bölgesinde yaygın ürtikeryal döküntüler gözlemlendi. Bu öykü ve bulgular doğrultusunda hastaya kolinerjik ürtiker tanısı konuldu. Hasta ve ailesi tanısı ile ilgili bilgilendirildi. Sıcak suda banyo yapmaktan ve yorucu egzersiz yapmaktan kaçınması önerildi. Medikal tedavi oral ikinci kuşak H1 antihistaminik başlandı.

Sonuç: Kolinerjik ürtiker, indüklenebilir ürtikerlerin önemli bir bölümünü ve kronik spontan ürtikerli hastaların bir kısmını etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu vaka, çocuklarda kolinerjik ürtikerin tanınması ve yönetimi konusundaki farkındalığı artırmakta, ayrıca bu hastalık grubunda egzersiz testi gibi tanısal yöntemlerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ürtiker, Kolinerjik Ürtiker

PS-033

Vernal Konjunktivit Bulguları Ön Planda Olan İki Alerjik Rinitli Çocuk Olgu

Deniz Yılmaz¹, Esra Dağ Şeker², Çağrı Torun Özel¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği

Amaç: Vernal keratokonjunktivit (VKK); kronik, bilateral, mevsimsel, alevlenmelerle seyreden göz kapaklarını ve gözün ön segmentini tutan, görmeyi tehdit edebilen alerjik bir inflamasyondur. Genellikle erkek çocuklarda ve yaşamın ilk iki dekadında görülür. En sık semptomlar; gözlerde batma, kızarıklık, kaşıntı, sulanma ve fotofobidir.

Metod: Burada alerjik rinit ve VKK birlikteliği ön planda olan iki çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: Vaka 1: 6.5 yaş erkek hasta burun akıntısı, burun kaşıntısı, tıkanıklık, gözlerde yaşarma, kızarıklık şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Göz hastalıkları tarafından VKK tanısı alan hastanın yapılan deri prik testinde polen atopisi saptandı. Hastanın kendisinde atopik dermatit ve antep fıstığı ile anafilaksi öyküsü, babasında ve amcasında VKK nedeniyle operasyon geçirme öyküsü vardı. Topikal siklosporin ve kortikosteroidden fayda görmemesi nedeniyle yaklaşık iki yıl süre ile subkutan polen immunoterapisi ve altı ay boyunca ayda bir kez omalizumab tedavisi verildi. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine tekrar immunoterapiye başlanmasına karar verildi. Vaka 2: 11.5 yaş erkek hastada gözde kızarıklık ve sulanma şikayetleri ile topikal siklosporin ve kortikosteroid tedavisi uygulanmasına rağmen şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle sistemik tedavi başlanması planlandı. Hastanın astım öyküsü olduğu ve 5 yıldır ilkbaharda burun akıntısı ve hapşırık şikayetleri nedeniyle nazal kortikosteroid kullandığı öğrenildi. Deri prik testinde ev tozu atopisi saptandı. Ev tozu akarlarına yönelik subkutan immunoterapi yapılması planlandı.

Sonuç: Alerjik rinokonjunktivitte genellikle nazal semptomlar ön planda olmakla birlikte göz tutulumu ağır seyreden vakalar da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bu durum dikkate alınarak göz hastalıklarıyla birlikte multidisipliner bir izlem gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vernal keratokonjunktivit, Alerjik rinit, Omalizumab, Çocuk, İmmunoterapi

PS-034

Tavuk Eti İle Tekrarlayan Anafilaksi - Olgu Sunumu

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

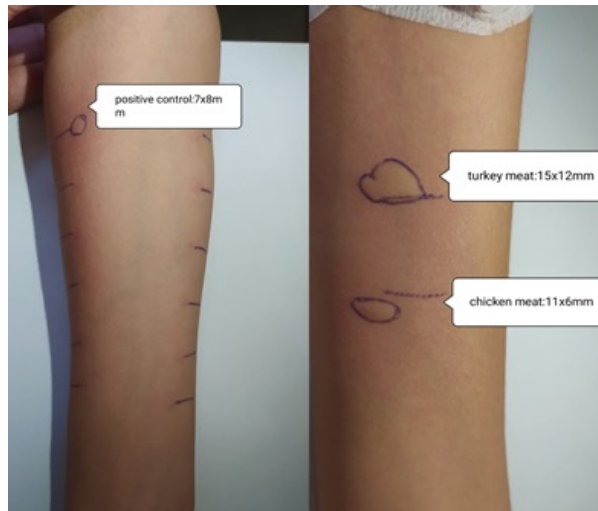
¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Alerjisi ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Tavuk eti sık tüketilen, alerjik reaksiyonların ise nadir görüldüğü bir besin maddesidir. Bu olgu sunumunda tavuk eti teması ile tekrarlayan anafilaksileri olan 13 yaşında kız olguyu paylaşmak ve tavuk etinin anafilaksi etiolojisinde rol oynayabileceğine dikkat çekmek istedik.

Metod: 13 yaşında kız hasta, 1 parça haşlanmış tavuk eti yedikten 15 dakika sonra başlayan solunum sıkıntısı, yaygın kızarıklık, kaşıntı ve anjiödem şikayetleri ile başvurdu. IM adrenalin ve uygun destekleyici tedavisi düzenlendikten sonra solunum bulguları devam ettiğinden 24 saat çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Aileden ve hastane arşivinden elde edilen bilgiler doğrultusunda ilk kez 6 yaşında tavuk çorbasından 1 kaşık içtikten sonra, 7 yaşında tavuk suyu ile pişirilmiş pilav yedikten ve 11 yaşında bir restoranda içine tavuk eti koyulduğunu bilmeden yediği kasap köfteden sonra ilk 30 dakika içerisinde solunum sistemi, cilt ve mukozal semptomlarla anafilaksi öykülerinin olduğu öğrenildi.

Bulgular: Hastanın 7 yaşındayken çocuk alerji polikliniğinde yapılan deri prik testinde çığ ve pişmiş tavuk eti ile prik-to-prik testi negatif iken, standart solüsyon Pallus galinecaus (tavuk eti-LOFARMA, İtalya) için pozitif: 5x7mm. Son anafilaksiden 6 hafta sonra yapılan prik-to-prik testi haşlanmış tavuk (11x6mm) ve haşlanmış hindi eti (15x12mm) için pozitif. Laboratuvar tetkiklerinde tavuk spesifik İg E (f83 CLIA): 1,97 kU/L (Sınıf II), triptaz düzeyi 23,4 ng/ml (referans aralığı<11,2 ng/ml) ve 24 saat sonraki kontrol triptaz düzeyi normal saptandı. Besin provokasyon testi riskler nedeniyle aile tarafından reddedildi. Hasta tavuk eti dışında tüm besinleri reaksiyonsuz tüketebiliyordu ve diğer laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu.

Deri prik testi



Deri prik testi

1. Pozitif kontrol (histamine, 10mg/ml-LOFARMA, Italy)	7x8mm
2. Negatif kontrol (50% glycerinated saline-LOFARMA, Italy)	-
3. Köpek epiteli (LOFARMA, Italy)	-
4. Kedi epiteli (LOFARMA, Italy)	-
5. Hamam böceği (cockroach) (LOFARMA, Italy)	-
6. Akar 1- Dermatophagoides farinea (LOFARMA, Italy)	-
7. Akar 2- Dermatophagoides pteronyssinus (LOFARMA, Italy)	-
8. Yumurta sarısı (LOFARMA, Italy)	-
9. Yumurta akı (LOFARMA, Italy)	-
10. Balık karışımı (LOFARMA, Italy)	-
11. Soya (LOFARMA, Italy)	-
12. Sığır eti (LOFARMA, Italy)	-
13. Haşlanmış hindi eti (prik-to-prik)	15x12 mm
14. Haşlanmış tavuk eti (prik-to-prik)	11x6 mm

Sonuç: Primer (gerçek) kanatlı eti (tavuk, hindi, ördek, kaz gibi) alerjisi oldukça nadir bir durumdur ve literatürde genellikle olgu bildirileri ve küçük olgu serileri ile tanımlanmıştır. Genellikle anafilaksi ile seyretmesi nedeniyle hayati öneme sahiptir. Olguların kanatlı etinden kaçınmak ve acil durumlarla nasıl baş edecekleri konusunda eğitim almaları dışında tanımlanmış bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Bu nedenle olgumuzun farkındalığı artırmak adına literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, besin alerjisi, tavuk eti alerjisi, deri prik testi, primer kanatlı eti alerjisi

PS-035

Farklı Fenotiplerdeki Hışıltılı Çocuklarda Akciğer Fonksiyonlarındaki Etkilenmenin İmpuls Ossilometre Yöntemi İle Gösterilmesi

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

¹Adnan Mendres Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü, Aydın

Amaç: 'Hışıltılı çocuk' içerisinde patofizyolojisi birbirinden ayrı bir grup hastalığı kapsayan kompleks bir durumdur. Hayatın erken döneminde geçirilen hışıltı atakları daha sonra gelişebilecek astım açısından ilk bulgu olabileceği için, okul öncesi dönemde çocukların akciğer fonksiyonlarının ölçülerek takip edilmesi ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Hışıltılı çocukların fenotiplerine göre akciğer fonksiyonlarının sağlıklı çocukların değerleri ile karşılaştırmayı ve erken yaşta akciğer fonksiyonlarındaki etkilenmeyi göstermeyi amaçladık.

Metod: Prospektif dizaynda yapılan çalışmada Ağustos 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında hastanemiz çocuk alerji polikliniğine başvuran ve hışıltılı çocuk (n:84) tanısı alan çocuklar ile benzer yaş ve cinsiyette sağlıklı çocuklar (n:81) ardışık olarak dahil edildi. Hışıltılı çocuklar fenotipe göre epizodik (%90,2) ve çoklu tetikleyici (%9.8) ayrıca atopik olmayan (%38,1) ve IgE aracılı (%61,9) olarak sınıflandırıldı. Ayrıca hışıltılı çocuklar yüksek riskli (%75) olan ve olmayan (%25) olarak 2 grupta incelendi. İmpuls osilometri yönteminde zR5, zR20, R5-20 havayolu dirençlerini; zX5, zX20, Fres, AX ise elastikiyeti gösteren parametrelerdir. Hışıltılı çocukların akciğer fonksiyonları sağlıklı gruba ve hışıltı fenotipleri arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %78'inde semptomlar mevsimsel değişiklik göstermekteydi ve en çok kış mevsiminde semptom vardı. Hastaların %61,9'u (n:52) atopikti. Hastaların %54,8'i (n:46) yüksek riskli gruptaydı. Hastaların %38,1'inde (n:32) annede atopi, %21,4'ünde (n:18) babada atopi vardı. Hastaların %19'unda (n:16) maternal astım, %14,3'ünde (n:12) paternal astım, %13,1'inde (n:11) maternal alerjik rinit ve %6'sında (n:5) paternal alerjik rinit vardı. Hasta grubunda sağlıklı gruba göre zR5, R5-20 and Ax değerleri yüksek, zX5 değeri düşüktü (p<0,05). Yüksek riskli olanlarda olmayan hışıltılı çocuklara göre zR5 ve R5-20 yüksek saptandı (p<0,05). Hastaların maternal atopi varlığına göre İOS parametreleri kıyaslandığında ise maternal atopisi olanlarda zR5, R5-20 ve AX değerleri yüksek saptandı (p<0,05). Hışıltı fenotiplerine göre çoklu tetikleyici hışıltılı olanlarda, epizodik gruba kıyasla zR5-20 yüksek saptandı (p:0,043). IgE aracılı hışıltılı çocuklarda, atopik olmayan hışıltılı çocuklara kıyasla zR5-20 yüksek saptandı (p<0,001).

Demografik özellikler

	HASTA(n=84)	KONTROL(n=81)	P DEĞERİ (<0.05)
CİNSİYET (%): Kız: Erkek:	36(%42.9) 48(%57.1)	28(%34.6) 53(%65.4)	0,275
YAŞ, ay (mean± STD):	53,9 ± 11,9	55,7±12,6	0,345
Vücut ağırlığı SDS: (mean±STD)	0,27±0,50	0,32±0,44	0,498
Boy SDS: (mean±STD)	0,14±0,64	0,13±0,62	0,927
Vücut Kitle İndeksi SDS: (mean±STD)	0,19±0,75	0,19±0,62	0,965

Hasta-Kontrol grupları arasında İOS parametrelerinin karşılaştırılması

	HASTA (n=84)	KONTROL (n=81)	P DEĞERİ (<0.05)
RS (median±STD)	1,09 ±0,98	-0,80 ±1,14	0,003
R20 (median±STD)	0,008 ±0,70	-0,62 ±0,70	0,084
X5 (median±STD)	-0,33 ±2,75	1,45 ±2,70	0,024
X20 (median±STD)	-3,43 ±1,71	-3,24 ±1,60	0,202
R5-20 (median±STD)	1,16 ±0,44	0,68 ±0,29	0,041
AX (median±STD)	25,98 ±7,01	23,21 ±6,93	0,408
AX (median, IQR)	5,66 (5,11-6,84)	1,69 (1,32-2,28)	0,038

Hışiltılı çocuklarda Hışiltılı Fenotiplerine göre İOS parametrelerinin karşılaştırılması

FENOTİPE GÖRE	EPİZODİK GRUP (n:63)	ÇOKLU TETİKLEYİCİ (n:21)	P değeri:
RS z skoru-1 (median25-75):	0,93 (0,52-1,60)	0,58 (0,30-1,38)	0,281
R20 z skoru-1 (median25-75):	-0,08 (-0,44-0,56)	0,21 (-0,25-0,59)	0,381
X5 z skoru-1 (median25-75):	0,10 (-1,11-2,03)	-0,36 (-1,48-1,01)	0,217
X20 z skoru-1 (median25-75):	-3,36 (-4,41- -2,38)	-3,11 (-4,34- -1,22)	0,568
R5-20 (median25-75):	1,00 (0,76-1,56)	1,46 (1,12-1,79)	0,043
AX (median25-75):	5,67 (5,17-6,82)	5,25 (4,72-7,91)	0,847
FRES (median25-75):	25,3 (22,0-29,5)	26,5 (14,43-30,9)	0,726
ATOPIYE GÖRE	ATOPIK OLMAYAN (n:19)	IgE ARACILI (n:65)	P değeri:
RS z skoru-1 (median25-75):	0,88 (0,64-1,56)	0,911 (0,40-1,58)	0,814
R20 z skoru-1 (median25-75):	-0,08 (-0,46-0,60)	-0,04 (-0,39-0,51)	0,938
X5 z skoru-1 (median25-75):	-0,36 (-1,61-0,69)	0,37 (-1,65-1,42)	0,173
X20 z skoru-1 (median25-75)-1	-3,36 (-4,61- -1,99)	-3,36 (-4,40- -2,46)	0,930
R5-20 (median25-75):	0,86 (0,69-1,05)	1,33 (0,86-1,75)	<0,001
AX (median25-75):	5,86 (5,13-6,97)	5,58 (5,10-6,96)	0,474
FRES (median25-75):	25,9 (21,03-32,04)	25,4 (21,03-32,0)	0,664

Sonuç: Yüksek riskli ve maternal atopisi olan hışiltılı çocuklarda, olmayanlara göre tüm ve periferik havayolu akciğer dirençleri daha yüksekti. Hışiltılı fenotiplerinden çoklu tetikleyici hışiltılı olanlar ile IgE aracılı hışiltılı olanlarda olmayanlara göre periferik havayolu dirençleri yüksek bulundu. Bu çalışma ile hışiltılı çocuklarda farklı fenotip gruplarında akciğer fonksiyonlarının erken yaşta bozulduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hışiltılı çocuk, impulse osilometri, hışiltılı fenotipleri, parental atopi

PS-036

Akut Lenfoblastik Lösemili Bir Olguda Başarılı 6-Merkaptopürin Desensitizasyonu

Cebbar Yıldırımçakar¹, Ebru Arık Yılmaz¹, Selin Yakarışık²

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

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: 6-Merkaptopürin (6-MP), tiopürin ilaç grubunda yer alan ve çocuklarda akut lenfoblastik lösemisinin tedavisinde sıklıkla kullanılan bir antineoplastik ajandır. Literatürde çocuklarda ve erişkinlerde 6-MP aşırı duyarlılığı oldukça nadir olup standardize desensitizasyon protokolü bulunmamaktadır. Bu olgu sunumunda, hastanemiz çocuk hematoloji kliniğinde B-hücreli akut lenfoblastik lösemi (B-ALL) tanısı alan ve 6-MP'ye karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen bir olguda başarılı bir desensitizasyon protokolü sunuldu.

Metod: Altı yaşında erkek hasta Mayıs 2024 tarihinde B-ALL tanısı konulduktan sonra BFM-Protokol 1B'ye göre başlanan 6-MP tedavisinin ilk 5 dozunu aldıktan sonra 6. dozundan yaklaşık 30 dakika sonra gövdede yaygın ürtiker gelişmesi ve 7. dozundan 30 dakika sonra yüz, gövde ve kollarda yaygın ürtiker gelişmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastada ürtikere eşlik eden başka sistem bulgusu yoktu. Daha önceden bilinen alerjik hastalığı ve ilaç alerjisi öyküsü olmayan hastada aktif immünsüpresif ilaç kullanması nedeni ile tanısal deri testi yapılamamakla beraber 6-MP tedavisinin alternatif seçeneğinin olmaması ve tedavinin acil devamlılığı nedeniyle premedikasyon ve desensitizasyon ile verilmesi planlandı.

Bulgular: Literatürde 6-MP ile desensitizasyon protokolü uygulanan erişkin vaka raporları bulunsa da aynı günde tam doza ulaşan bir protokol görülmedi. Bu nedenle İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarına Yaklaşım Ulusal Rehberi'ndeki "Kemoterapötik ilaçlar ile modifiye desensitizasyon protokolü" dikkate alınarak 2 farklı derişimde solüsyon ile bir desensitizasyon protokolü oluşturuldu. Premedikasyonda 1 saat önce antihistaminik verildi. Hastanın alması gereken 6-MP dozu 75 mg olup toplam 7 basamakta (0,75 mg'dan başlanıp sırasıyla 1,5 mg, 3 mg, 6 mg, 13,75 mg, 20 mg, 30 mg' a kadar) tamamlanan protokol hastanın 28 günlük tedavisi boyunca her gün uygulandı ve bu süreçte herhangi bir alerjik reaksiyon gözlenmedi.

Sonuç: Kemoterapik ilaçlar ile erken tip aşırı duyarlılık reaksiyonlarında alternatif ilaç bulunamadığında desensitizasyon protokolleri tedavi devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır. Standardize desensitizasyon protokolü bulunmayan ilaçlarda İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarına Yaklaşım Ulusal Rehberi'nden yararlanılabilir.

Anahtar Kelimeler: 6-Merkaptopürin, Akut Lenfoblastik Lösemi, Desensitizasyon

PS-037

Diffüz Kutanöz Mastositoz Olgusu: Omalizumab Deneyimi

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

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

Amaç: Mastositoz, mast hücrelerinin klonal çoğalması ve bir veya birden fazla organda birikmesi ile karakterize, farklı klinik tablolara yol açabilen bir hastalıktır. Tek başına deri tutulumu ile kutanöz mastositoz veya birden fazla organ tutulumu ile sistemik mastositoz şeklinde olabilir.

Metod: Burada kutanöz mastositozun nadir görülen formlarından diffüz kutanöz mastositoz (DKM) tanısı konulan, kombine antihistaminik tedavisine dirençli olguda omalizumab deneyimi sunulmuştur.

Bulgular: Sekiz aylık erkek hasta, sırtta döküntü, kaşıntı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden dördüncü ay aşılama-sından bir gün sonra yüzünde kızarıklık ve aynı gün içerisinde hastanın saçlı derisinde içi sıvı dolu kabarcıklar geliştiği öğ-renilmiştir. Darier bulgusu pozitif, triptazı 18 ng/mL ve biyopsi sonucu DKM ile uyumlu idi. Profilaktik setrizin tedavisi ile izleme alınan hastanın başvurusundan birkaç gün sonra acil servise flushing, huzursuzluk, uykuya eğilim, öğürme şikayeti ile başvurduğu, anafilaksi kabul edilerek İM adrenalin yapıldığı öğrenildi. Yaygın büllöz döküntüleri olması üzerine serviste yatırılarak izlenen olguya sistemik steroid ve yara bakımı yapılarak taburculukta ketotifen, montelukast profilaksisi ve gerektiğinde kullanmak üzere adrenalin otoenjeksiyon önerildi. Sekiz ay boyunca izleminde hemen hemen her ay benzer şekilde sistemik steroid ve adrenalin gerektiren atakları olan olguda sistemik mastositoz açısından bakılan CKİT D816V mutasyo-nu negatif ve KİA normal bulunmuştu. Profilaktik tedaviye rağmen atakları kontrol altına alınamayan hastaya omalizumab 150 mg/ay başlandı. Omalizumab tedavisi altında 8 aylık izleminde adrenalin (5 vs 1) ve steroid (11 vs 2) gereksiniminin anlamlı azalmasına rağmen, atak sayılarının değişmemesi nedeni ile tedavi aralığı 3 haftada bire indirildi. Bu değişiklik sonrası olgunun atakları (son 5 ayda 1 kez atak) ve büllöz lezyonlarında anlamlı azalma görülmüştür.

Omalizumab öncesi

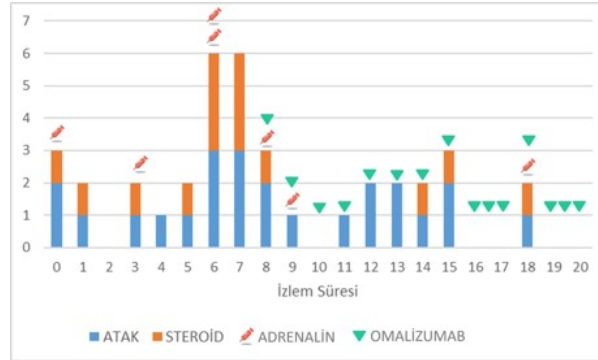


"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

Omalizumab sonrası



Hastanın izlemi(ay)



Sonuç: Çocukluk çağı kutanöz mastositozu her zaman soliter mastositom ya da makülopapüler formda karşımıza çıkma-yabilir. Büllerle seyreden DKM formunda da karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Hipotansiyon ya da anafilaksi öyküsü olan, triptazı yüksek olan, büyük soliter mastositomu ve hastamızda olduğu gibi DKM tanısı olan kutanöz mastositozlu olgularda adrenalin otoenjeksiyonu reçete edilmeli ve kullanımı öğretilmelidir. Tedaviye dirençli olgularda omalizumab alternatif olarak denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Kutanoz Mastositoz, Omalizumab, Anafilaksi

PS-038

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Ve Kombine İmmün Yetmezlik İle Seyreden Rıpk1 Eksikliği Olan İki Olgu Sunumu

Zeynep Meriç¹, Muhammed Aydın¹, Betül Gemici Karaaslan¹, Sezin Aydemir¹, Yasemin Kendir Demirkol², Hasret Ayyıldız Civan³, Esra Yücel¹, Ayça Kıyıkım¹

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

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Aydın Üniversitesi, Medicalpark Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: RIPK1 (receptor-interacting serine/threonine-protein kinase 1) hücre ölümü, bağışıklık ve inflamasyon yanıtında kritik rol oynayan bir moleküldür. RIPK1 genindeki fonksiyon kaybettiren mutasyonların immün yetmezlik, artrit ve inflamatuvar bağırsak hastalığına yol açabileceği gösterilmiştir. Bildirimizde kombine immün yetmezlik ve çok erken başlangıçlı inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olup RIPK1'de fonksiyon kaybettiren mutasyonu olan iki olgudan bahsedeceğiz.

Metod: Hasta verileri retrospektif olarak dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Olgu 1, 40 günlükken başlayan tekrarlayan ateş, kansız mukuslu ishal, tartı alamama ve moniliyazis nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Özgeçmişinde kronik ishal nedeniyle antibiyoterapi aldığı ve devam etmesi üzerine hipoalerjenik amino asit bazlı bir formula başlandı; fakat bu süreçte tekrarlayan perianal abse ve bir kez submandibular apse nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olduğu öğrenildi. 7 aylıkken pnömoni nedeniyle uzun süre yoğun bakımda entübe izlenmiş olup trakeostomi açılmıştı. Anne baba arasında 1. derece kuzen evliliği mevcuttu. Fizik muayenesinde büyüme gelişme geriliği (boy: <3p, tartı:3-10p baş çevresi:3p) ve hepatosplenomegalisi mevcuttu. Laboratuvar bulgularında nötrofilik lökositoz, normokrom normositer anemi, sedimentasyon yüksekliği, trombositoz ve hipoalbuminemi gibi kronik inflamasyona dair bulguları vardı. İmmünolojik tetkiklerinde B hücre sayısı (469,6) ve RTE'si (%16,5) düşük saptanmıştı. Kolonoskopide, splenik fleksür, sigmoid kolon ve sol kolonda psödopoliplerle ciddi kolonik ülserasyon alanları mevcuttu ve biyopsilerinde kolon mukozasında artmış lenfoplazmasitik infiltrasyon ve ödem olduğu gözlemlendi. Endoskopide grade 3 özofajiti mevcuttu. İmmünoglobulin replasman tedavisi, antibakteriyel (TMP-SMX), antifungal (flukonazol) profilaksi ve anti reflü tedavi başlandı. 14 aylıkken sol omzunda artriti gelişti. Otoantikörleri negatif saptandı. Tekrarlayan perianal abse ve fistülü olan hasta uzun süreli metil prednizolon tedavisi aldı. Erken başlangıçlı İBH'ye neden olan altta yatan immün yetmezlikler açısından bakılan klinik ekzom analizinde RIPK1 geninde homozigot variant c.1934 C>T (p.Thr645Met)) saptandı. Olgu nakile yönlendirildi fakat henüz uygun bir vericisi olmadığından nakil gerçekleşemedi. Olgu 2, birinci olgunun erkek kardeşiydi. 1 aylıkken tekrarlayan diaper dermatit ve kronik ishal şikayetleri başlamıştı. Genetik taramada aynı mutasyonu taşıdığı tespit edildi. 4 aylıkken ishal karın şişliği ve solunum sıkıntısı ile başvurusunda sepsis nedeniyle hayatını kaybettiği öğrenildi.

Sonuç: Erken başlangıçlı kolit ve tekrarlayan perianal hastalığı olan olgularda RIPK1 mutasyonlarıyla gelmelidir. RIPK1'in inflamatuvar aktivasyondaki rolü düşünüldüğünde, IL-1 blokajının veya allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonunun bu hastalarda faydalı olabileceği düşünülmektedir. Patogenezin daha iyi anlaşılabilmesi ve tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: RIPK1, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kombine immün yetmezlik, IL-1 blokajı

PS-039

Thaumetopoea Pityocampa; Çam Kese Tırtılı Teması İlişkili Şiddetli Anjiyoödem

Razin Amirov², Gizem Tanalı¹, Ezgi Yalçın Güngören², Melek Yorğun Altunbaş², Salim Can², Necmiye Öztürk², Selcen Bozkurt², Sevgi Bilgiç Eltan², Elif Karakoç Aydiner², Safa Barış², Ahmet Oğuzgan Özen²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji BD, İstanbul

Amaç: Ürtiker/Anjiyoödem/Anafilaksi gibi alerjik reaksiyonlar çocuklarda pek çok nedene bağlı gelişebilmektedir. Geç tanınması, etkenden uzaklaşmanın veya tedavinin yetersiz olması halinde ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Burada Çam kese tırtılı; Thaumetopoea Pityocampa teması sonrası yaygın alerjik reaksiyonla başvuran olgu sunulmaktadır

Metod: klinik izlem

Bulgular: 5 yaşında bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan kız hasta, başvurusundan önceki gün ormanda tırtıllarla oynadıktan sonra ellerde, yüzde ve boyunda kızarıklık, kaşıntı ve kabarıklık şikayetleriyle acile başvurmuştu. Akut ürtiker ön tanısı ile feniramin (1 mg/kg/doz *4) ve deksametazon (8 mg) uygulaması sonrası şikayetlerinde gerileme olması üzerine antihistaminik (setirizin 0,5 mg/kg/gün ve hidrokizin 3 mg/kg/gün) ile ayaktan izleme alınan hasta 24 saat içinde her iki el ve yüz-boyun bölgesindeki şikayetlerde artış ve anjiyoödem kliniğiyle acil servisimize başvurdu. Öyküde solunum, gastro-intestinal veya kardiyovasküler bulguları olmadığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ek özellik saptanmadı. Soygeçmişinde annesinde arı sokması nedeniyle anafilaksi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde boyun ve yüz bölgesinde hiperemik, kaşıntılı, kabarık ürtikeryal döküntüler izlendi, göz çevresinde anjiyoödem izlendi. Bilateral eller ve bileklerdeki şiddetli anjiyoödem ve yer yer büllöz lezyonlar nedeniyle gelişebilecek kompartman sendromu açısından hasta yakın izleme alındı. İzlemede kompartman sendromu gelişmeyen hastaya metilprednisolon (2 mg/kg/gün, 2 gün) ve antihistaminik (setirizin 0,5 mg/kg/gün ve hidrokizin 3 mg/kg/gün) tedavileri uygulandı. Üç gün süren servis takibi sonrası lezyonların gerilemesiyle antihistaminik (setirizin 0,5 mg/kg/gün ve hidrokizin 3 mg/kg/gün) tedavisi ile hasta taburcu edildi. Bazal triptaz (2.01µg/L) ve C4 (0.26g/L) düzeyleri normal sonuçlandı

Sonuç: Alerjik reaksiyonlar çocuklarda sıklıkla yiyecekler, hayvanlar, ilaçlar, enfeksiyonlara bağlı gelişebilmekte olup öykü sorgulanırken farklı, nadir etiyojileri de düşünmek gerekmektedir. Thaumetopoea pityocampa çam kese tırtılından salınan Thaumetopoein IgE aracılı mast hücre degranülasyonuna neden olarak ya da doğrudan mekanik veya kimyasal etkiyle ürtiker/anjiyoödem/anafilaksiye sebep olabilmektedir. Pediatrik popülasyonda nadir vaka bildirimleri olmakla birlikte orman işçilerinde temas sonrası anafilaksi bilinmektedir. Sunulan olgudaki gibi çam kese tırtılından yaygın alerjik reaksiyona neden olabileceği, hatta ekstremitelerde şiddetli anjiyoödem nedeniyle kompartman sendromuna yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: alerji, andjiödem, ürtiker, çam tırtılı

PS-040

Obes Çocuklarda Astımın ve Astım Fenotiplerinin Yağ Kütlesi ve Yağ Dağılımı Üzerine Etkisi

Hande Üçler Çınar¹, Abdullah Arık¹, Serkan Bilge Koca², Hatice Eke Güngör¹, Murat Cansever¹

¹Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

²Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Amaç: Çalışmamızda astımlı ve astımı olmayan çocuklar ile astım fenotipleri arasındaki yağ kütlesi, yağsız kütle, vücut kompozisyonu ve bölgesel yağlanma farklılıklarını biyoelektrik empedans analizi ile karşılaştırmayı amaçladık.

Metod: Bu kesitsel prospektif çalışmaya yeni tanı almış astımlı 60 obez çocuk ve 60 obez kontrol dahil edildi. Astımlı hastalardan uygun olanlara atopi varlığını saptamak için deri prick testi uygulandı. Ağırlık, boy, vücut kitle indeksi ve bu oksolojik verilerin standart sapma skorları yaşa ve cinsiyete özel referans kartlarına göre kaydedildi. Tüm katılımcıların toplam vücut yağ kütlesi, yağsız kütlesi, kas kütlesi yüzdeleri ve bu parametrelerin segmental dağılımları biyoelektrik empedans analizi ile belirlendi.

Bulgular: Yaş, pubertal evre, ağırlık standart sapma skoru (SDS), boy SDS'si, BMI SDS'si gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi. Toplam yağ kütlesi, yağsız kütle ve kas kütlesi yüzdeleri karşılaştırıldığında astım hastaları ve kontroller arasında istatistiksel fark yoktu (sırasıyla $p=0,280$, $p=0,267$ ve $p=0,302$). Segmental vücut kompozisyon analizinde gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi. Astımlı obez çocuklarda atopi varlığına göre BMI-SDS, yağ kütlesi, yağsız kütle ve kas kütlesi yüzdeleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık yoktu.

Sonuç: Çalışmamız beklenmedik bir şekilde astımı olan ve olmayan obez çocuklar ile astım fenotipleri arasında BMI-SDS, total yağ kütlesi yüzdesi ve vücut yağ dağılımı açısından anlamlı bir farklılık göstermedi. Çalışmamızın sonuçlarına göre, biyoelektrik empedans analizi gruplar arasında farklılık göstermediğinden bu tetkikin rutin pratikte kullanılması için daha geniş ölçekli çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: astım, obezite, yağ kütlesi, yağ dağılımı, adipozite

PS-041

STAT1 Geninde Fonksiyon Kazandırıcı Mutasyonu Olan Dört Olgunun Klinik, Laboratuvar ve Tedavi Özellikleri

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

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

Amaç: Kronik mukokütanöz kandidazis (KMK) olgularının yaklaşık yarısından STAT1-geninde fonksiyon kazandırıcı mutasyonlar sorumludur. Klinikte KMK, bakteriyel ve viral enfeksiyonları, otoimmünite, anevrizma ve malinite görülebilir. Tedavide antifungal profilaksi temel yaklaşımdır. Kliniğe göre immünglobulin ve JAK-inhibitörleri kullanılır. Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) seçilmiş hastalarda bir seçenektir. Burada STAT1-geninde fonksiyon kazandırıcı mutasyona sahip dört olgu sunulmuştur.

Metod: Dört olgumuzu sunacağız.

Bulgular: Olgu 1. Sekiz aylık erkek hasta tekrarlayan oral monilyazis yakınmasıyla başvurdu. Fizik-muayenede oral monilyazis vardı. Total nötrofil ve lenfosit sayıları, immünglobulinleri, lenfosit alt grupları, invitro T-hücre fonksiyonları normaldi. KMK tanısıyla haftada üç-gün 2.5mg/kg/dozunda flukonazol profilaksisi başlandı. Genetik analizde STAT1-geninde heterozigot varyant (c.1199T>C;p.Leu400Pro) saptandı. Halen haftada bir-gün 2mg/kg/dozunda flukonazol profilaksisi alan hastanın sekiz yıllık izleminde ciddi enfeksiyon hastalığı veya başka bir komplikasyon gelişmedi. Olgu 2. Birinci olgunun annesi olan hastanın bebeklikten beri KMK yakınmaları varmış. Fizik-muayenede oral monilyazis, aksiller, inguinal, vulvovajinal bölgesinde kandida plakları görüldü. Total nötrofil ve lenfosit sayıları, immünglobulinleri, lenfosit alt grupları, invitro T-hücre fonksiyonları normaldi. Hastaya haftada üç gün 200mg dozunda flukonazol başlandı. Genetik analizde STAT1-geninde aynı varyant saptandı. Halen haftada bir gün 200mg dozunda flukonazol profilaksisi alan hastanın sekiz yıllık izleminde ciddi enfeksiyon hastalığı veya başka bir komplikasyon gelişmedi. Olgu 3. Birinci olgunun 10 aylık kız kardeşi tekrarlayan oral monilyazis yakınmasıyla başvurdu. Total nötrofil ve lenfosit sayıları, serum immünglobulinleri, lenfosit alt grupları, invitro T-hücre fonksiyonları normal bulundu. KMK tanısıyla haftada bir gün 2mg/kg/dozunda flukonazol profilaksisi başlandı. Genetik analizde STAT1-geninde aynı varyant saptandı. Hastanın bir yıllık izleminde ciddi enfeksiyon hastalığı veya başka bir komplikasyon gelişmedi. Olgu 4. 9 yaşındaki erkek hastanın öyküsünde KMK, tekrarlayan pnömoni ve varisella-zoster enfeksiyonu vardı. Fizik-muayenede oral monilyazis, sağ-aksiller lenfadenopati ve splenomegali saptandı. Serum immünglobulinleri normaldi. Lenfopenisi olan hastanın CD3+,CD4+,CD8+,CD4+,RTE hücre oranı ve izotip-dönüşümü yapmış hafıza-B hücreleri düşük, invitro-T hücre fonksiyonları normal ve folliküler T-helper hücreleri yüksek bulundu. İVİG, antibiyotik, antifungal, antiviral profilaksiler başlandı. Genetik analizde STAT1-geninde heterozigot varyant (c.1057G>A;p.Glu353Lys) saptandı. JAK-inhibitörü ruxsolitinib (15mg/m²/gün) başlanan hastanın beş yıllık izleminde lenfoproliferasyonu düzeldi, otoimmün hastalık gelişmedi. Ancak hasta iki kere pnömoni geçirdi. Hasta daha ağır klinik ve immünolojik bulgulara sahip olması nedeniyle HKHN programına alındı.

Sonuç: Hastalar oldukça farklı fenotipler gösterebilir. Tedavide JAK-inhibitörleri oldukça başarılıdır. Daha ağır klinik özelliklere sahip hastalar HKHN için değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: STAT1, kronik mukokütanöz kandidiyazis, tedavi, JAK inhibitörü

PS-042

Mesleksel Kontakt Dermatit: Çocuk Olgularda

Mehmet Cihat Sifil¹, Gülay İrem Parlak Özel¹, Yüksel Kavas Yıldız¹, Şule Büyük Yayıtköçer¹, Emine Vezir¹

¹T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Mesleksel kontakt dermatit, mesleksel cilt hastalıklarının en sık sebeplerinden biri olup çocuk hastalarda da nadiren bildirilmektedir. Mesleksel kontakt dermatit, atopik dermatit ile ayırıcı tanıya girmekte ve hastalar yanlış tanı alabilmektedir. Mesleksel kontakt dermatit farkındalığını artırmak için iki olgu sunulmuştur.

Metod: Kliniğimize atopik dermatit ön tanısı ile yönlendirilen ve mesleksel alerjik kontakt dermatit saptanan iki çocuk olgu sunulmaktadır.

Bulgular: Olgu 1: 15 yaş kız hasta üç aydır el parmaklarında olan kaşıntılı kızarıklıklar nedeni ile yönlendirilmişti. Vücutta başka bölgelerde lezyonu veya sistemik ek bir bulgusu yoktu. Fizik muayenesinde ellerinde egzematöz karakterde ve yer yer ekzoriye lezyonları mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik olmayan hastanın yaklaşık 3 aydır sürekli topikal steroid kullandığı ve kısmi fayda görmesine rağmen lezyonların sıklıkla tekrarladığı öğrenildi. Hastanın 3-4 aydır kuaförde çalıştığı ve hemen her gün saç boyası temasının olduğu öğrenildi. Hastaya yapılan yama testinde (Avrupa Standart Test®) 48. saatte saç boyalarında sıklıkla bulunan nikel sülfat (+++) alerjisi saptandı. Olgu 2: 17 yaş kız hasta, tarafımıza özellikle 2 yıldır olan ve giderek artan el dorsumunda, el parmaklarında, dirsek dış yüzeyinde olan kaşıntılı ve kurutlu kızarıklıklar nedeni ile başvurdu. Ek bulgusu yoktu. Fizik muayenesinde ellerde yer yer hiperkeratotik ve desquame alanların eşlik ettiği egzematöz lezyonlar saptandı. Sistemik bulgusu yoktu. Hastanın sıklıkla topikal steroid kullanmak zorunda kaldığı öğrenildi. 2 yıldır konfeksiyonda çalışmakta olup kumaş boyalarına sık teması mevcuttu. Yama testinde (Avrupa Standart Test®) 48. Saatte kumaş boyalarında sıklıkla yer alan nikel sülfat (++) kobalt klorid (+) ve kolofoni (+) alerjileri saptandı. Her iki olguya da topikal steroid (metilprednizolon aseponat) ve nemlendirici bakım önerilmekle birlikte, mutlak alerjenden kaçınma önerildi. Her iki hastanın kontrol başvurusunda lezyonlarının gerilediği görüldü.

Sonuç: Artan kimyasal maruziyetler sebebi ile nadir de olsa çocuk hastalarda da mesleksel alerjik kontakt dermatit görülebilmektedir. Tedavideki en önemli adım şüpheli alerjenin tespiti ve bu alerjenden kaçınılmasıdır. Dolayısı ile özellikle el bölgesine sınırlı dirençli veya sık tekrarlayan egzematöz lezyonlarla başvuran çocuk hastalarda alerjik kontakt dermatit akla gelmeli ve mesleksel alerjen temasları da öyküde mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: "Alerjik kontakt dermatit", "Meslek hastalığı", "Yama testi"

PS-043

Fırınlanmış Süt İle Tolerans Sağlanan Bpies Tanılı Olgu: Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu Tanılı Hastada Besin Merdivenin Etkisi

Halime Yağmur¹, Damla Baysal Bakır¹, Gizem Kabadayı¹, Özge Atay¹, Nevin Uzuner¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: BPIES;infantil dönemde başlayan,şüpheli besin alımını takiben 1-4saat sonra tekrarlayıcı kusmalar,eşlik eden letarji, solukluk, az sıklıkla 5-10saat sonra takip eden ishal ile karakterize non-IgE aracılı besin alerjisidir.Geç başlangıçlı olması,deri ve solunum bulguları olmaması ile anafilaksiden ayrılır.Erken-geç,akut-kronik,hafif-şiddetli,tipik-atipik olarak sınıflandırılmaktadır.Hastalarda büyüme gelişme geriliği,anemi,hipoalbuminemi,ileri olgularda hipotansiyon,dehidratasyon gibi tablolar gelişebilmektedir.Sorumlu besin proteininin diyetten çıkarılmasıyla bulgularda dramatik düzelme sağlanmaktadır.

Metod: 5yaş kız hasta;Hayatının ile 1ayında formül mama ve anne sütü ile beslenen olgunun kakası yeşil renkte ve hafif mukuslu,zaman zaman noktasal kan içeriği dışında şikayeti olmamış.Mama kullanımı kesilmiş ve şikayetleri düzlemiş.3.5 aylıkken formül mama tüketiminden,2 saat sonra tekrarlayan kusma,halsizlik,renğinde soluklaşma ile acil başvurusunda IV hidrasyon ile dramatik olarak kliniği düzelmiş,izleminde ishal gelişmiş.Yine 5 aylıkken yoğurt tüketiminden sonra benzer şikayetleri olmuş.Mayi desteği ile kliniği düzelen olgu kliniğimize yönlendirilmiş. Özgeçmiş: Prenatal-Natal:Özellik yok/Postnatal:18 ay anne sütü alımı+,5.ayda ek gıda süt ürünleri dışında sorunsuz tüketmeye başlamış.Soygeçmiş: Özellik yokFm: Genel durumu iyi,cilt ve sistem muayeneleri doğal6 aylıkken formül mama ile tanısal oral provokasyon planlandı.4.saatinde peşpeşe kusma,halsizlik,hipotansiyon takibinde ishal gelişti.IV hidrasyon ve ondansetron ile şikayetleri geriledi.Lab:CB-C-Bio özellik yokK-SütspIgE:0,57kU/L(≤0,35)/Kazein spIgE:<0,01kU/L-TotalIgE:5,23IU/ml/SütPTP:negatifProvokasyonSonrası:CBC:Hb:12,1g/dL,WBC:13800,ANS:7200,Plt:296.000/mm³-Biokimya:Özellik yok/Kangazı: normal/gaita tetkikleri:NegatifOlguBesin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu tanısını aldı.Erken başlangıçlı akut,hafif-orta şiddette,atipik olarak sınıflandırıldı.Olguya süt protein eliminasyon diyeti başlandı.Birer yıl arayla toleransı değerlendirmek amacıyla süt ile besin yükleme testi(BYT) uygulandı.Ancak hasta tolere edemedi.4yaşında fırınlanmış süt ile BYTÖtolerasyon/2ay sonra;yoğurt ile BYTÖtolerasyon/2ay sonra; süt ile BYTÖtolerasyonOlgumuz proktokolit gibi başlayıp,daha önce tükettiği besinle akut BPIES özellikleri göstermektedir.SütspIgE pozitifliği olan hastanın acil başvurularında verilen tedavilerin ve izlemdeki vital bulguların net olmaması nedeniyle tanısal BYT yapılmıştır.

Bulgular: Tanı;1majör+≥3Minör kriterle konulmaktadır.Major kriterler: Şüpheli gıdanın alımından 1-4saat sonra şiddetli kusma ve IgE aracılı deri ve solunum bulgularının yokluğu-Minör kriterler:Aynı şüpheli gıdanın alımından sonra ≥2tekrarlayan kusma varlığı,farklı gıda alımından 1-4saat sonra tekrarlayan kusma varlığı,letarji,solgunluk,acil servis ziyareti,IV tedavi ihtiyacı,24saatte ishal gelişmesi,hipotansiyon,hipotermiOlguların tedavisinde;ilk olarak alerjen besin diyetlerinden çıkartılır.Akut atakta ise hastalık şiddetine göre;IV hidrasyon,kortikosteroid,ondansetron kullanımını önerilmektedir

Sonuç: Patofizyolojisi tam bilinmemesine rağmen besin proteinine karşı gelişen reaksiyondaT-hücrelerinin doğrudan stimülasyonu,sorumlu tutulmaktadır.Her türlü besin ile reaksiyon görülür,katı gıdaların tolerasyonu daha geç olmaktadır.Çoklu besinlere aynı anda reaksiyon olabilmektedir.Bazı vakalarda besin spesifik IgE pozitifliği ile atipik seyir izlenmektedir ve geç tolerans olmaktadır. Klinikte tekrarlayan ataklar sonrasında tanı almaktadırlar.Doğru tanı koymanın önemi;tedavisinde antihistaminik ve adrenalinin yeri yaktır.

Anahtar Kelimeler: Bpies, Besin, Kusma, Besin Merdiveni

PS-044

Nadir Bir Anafilaksi Nedeni: Kabak Çekirdeği

Ceren Gülerüz¹, Gaye Kocatepe¹, Özgül Güngör¹, Damla Altıntaş¹, Nur Ümit¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹, Ayşen Bingöl¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Anafilaksi, hızlı gelişen ve mortal seyrebilen ciddi sistemik bir reaksiyondur. Besin alerjileri, anafilaksinin yaygın nedenleri arasında yer alır ve çeşitli tohumlar da bu reaksiyonlara yol açabilir. Cucurbitaceae familyasına ait olan kabak çekirdeği (*Cucurbita moschata* tohumu) omega-3, omega-6, yağ asitleri, tokoferoller ve fitosteroller içeriği nedeniyle son zamanlarda sağlıklı diyet listelerinde daha fazla yer almaktadır. Bu bildiride 18 aylık bir hastada kabak çekirdeği tüketimi sonrası gelişen anafilaksi olgusunu sunmak ve kabak çekirdeği alerjisi hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: On sekiz aylık erkek hasta, ilk kez kabak çekirdeği tüketimi sonrası tüm vücutta döküntü, göz ve dudaklarda şişlik, nefes darlığı, hırıltılı solunum şikayetleri ile başvurdu. Vital parametrelerinde taşikardisi olan hasta, anafilaksi nedeniyle adrenalin uygulanarak tarafımıza yönlendirildi. Öyküsünde dört aylıktan itibaren atopik dermatiti bulunan hastaya 1 yaşında yumurta, buğday, susam ve soya alerjisi nedeniyle ampirik eliminasyon diyeti başlandığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde ek özellik yoktu. Ebeveynlerinin evde sıklıkla kabak çekirdeği tükettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde yanaklarda ve kollarda fleksör alanlarda hafif atopik dermatit bulguları mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde total IgE: 140 kU/L, moleküler alerji testinde kabak çekirdeği Cucp komponent splgE (spesifik IgE) 39.45 (0-0,35) kUA/L olarak saptandı. Ayrıca susam Ses i splgE: 0.65 kUA/L,soya Gly m 6 splgE 1.77 kUA/L ,yumurta beyası Gal d splgE: 5,37 kUA/L olarak tespit edildi. Diğer besinlerle anafilaksi öyküsü yoktu. Hastaya epinefrin oto-enjektörü reçete edildi ve alerjiden uzak diyet önerilerinde bulunuldu.

Sonuç: Kabak çekirdeği alerjisi iyi tanımlanmamış olup çocuklarda az sayıda alerji ve 6 anafilaksi vakası bildirilmiştir. On sekiz aylık kabak çekirdeği ile anafilaksi gelişen olgumuz literatürdeki en küçük yaştaki hastadır ve komponent splgE değerinin oldukça yüksek olması dikkat çekicidir. Hastamızın çevresel olarak yoğun kabak çekirdeği alerjisi ile karşılaşması dual alerjen hipotezi ile açıklanabilir. Özellikle atopik dermatit ve besin alerjisi olan vakalarda tohum alerjilerinin de akılda bulundurulması, dikkatli bir öykü alınması ve şüpheli olgularda kabak çekirdeği gibi yaygın yenilebilir tohumların tanı testlerine dahil edilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: kabak çekirdeği, anafilaksi, besin alerjisi

PS-045

Seftriakson ile Geç Tip İlaç Alerjisi Öyküsü Olan Hastada Farklı Beta Laktam Grubu ile Erken Tip Alerji

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

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji

Amaç: İlaç alerjileri hem erişkin hem de çocuk yaş grubunda özellikle yeni ilaçların kullanıma girmesi ile giderek artmaktadır. Gelişen reaksiyonun zamanına göre erken ve geç tip olmak üzere ikiye ayrılmakta, erken tip reaksiyonların ilaç alınımından sonraki ilk 1-6 saat içinde geliştiği, geç tip reaksiyonların ise ilaç alınımından sonraki bir saatten birkaç güne kadar ortaya çıkabildiği bilinmektedir.

Metod: Bu bildiride seftriakson ile geç tip reaksiyon tarifleyen ve Amoksisilin-Klavulonik asit ile erken tip reaksiyon gelişen bir hasta sunulmak istenmiştir.

Bulgular: Olgu:Pnömonok menenjit nedeniyle 15 gün vankomisin ve seftriakson tedavisi alan altı yaşında kız hasta, tedavi bitiminden üç gün sonra tüm vücutta yaygın, basmakla solan, kaşıntılı hiperemik maküler vasıflı döküntülerinin ortaya çıkması üzerine Alerji Departmanına danışıldı. Mukoza tutulumu olmayan, diğer sistemik muayenesi doğal olan hastada ilaç erüpsiyonu düşünüldü ve 1 mg/kg'dan metilprednizolon ve antihistaminik başlandı. Yedi günlük tedavi sonrası döküntüleri tamamen kayboldu. İlaç kesiminden üç gün sonra döküntü ortaya çıkması nedeni ile geç tip ilaç alerjisi düşünüldü. Hem vankomisin hem de seftriakson ile ilaç alerji testi planlandı. Ailenin bu testleri kabul etmemesi üzerine Amoksisilin-Klavulonik asit ile oral provokasyon yapıldı. İlk dozdan sonra 15 dakika içinde karın cildinde yaygın ürtikeryal döküntüsü oldu, provokasyon sonlandırıldı. Hastanın penisilin alerjisi mi yoksa klavulonik asit alerjisi mi olduğunun netleştirilmesi için klavulonik asit ile alerji testi planlandı. e geç tip reaksiyon tarifleyen ve Amoksisilin-Klavulonik asit ile erken tip reaksiyon gelişen bir hasta sunulmak istenmiştir.

Sonuç: İlaç alerjisi ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde asıl amaç; başvuru nedeni olan reaksiyonun ilaç alerjisine bağlı olup olmadığını doğrulamaktır.İlaç alerjisi tanısı kesin veya yüksek olasılıkta konulursa hastaya benzer endikasyonlarda kullanılabilir güvenli alternatif ilaç önerilmelidir. Beta-laktamlarla geç tip reaksiyonlarda çapraz reaksiyon olasılığı %5'den düşüktür. Sefalosporinlerle geç tip reaksiyon öyküsü olan düşük riskli bireylerde yan zinciri farklı penisilinler alternatif olarak kullanılabilirliğinden hastaya Amoksisilin-Klavulonik asit ile oral provokasyon yapılmış ancak erken tip reaksiyon geliştiği gözlenmiştir. Bu bildiri, bütün ilaç provokasyonlarının erken/geç tip fark etmeksizin anafilaksi önlemleri altında yapılmasının önemini vurgulamak amacı ile sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beta laktam grubu antibiyotikler, erken tip ilaç alerjisi, geç tip ilaç alerjisi

PS.046

MVP (Mean platelet volume) düzeyi normal bir wiskott aldrich sendromu olgusu

Musa Şahin¹, Melis Aydın Mut¹, Ebru Çelebi Develi¹, Veysi Akbey¹, Aysu İlhan Yalaki¹, Aylin Kont Özhan¹, Tuğba Arıkoğlu¹,
Semanur Kuyucu¹

Mersin Tıp Fakültesi

Amaç: Wiskott-Aldrich Sendromu; Wiskott-Aldrich Sendromu proteini (WASP) geninde meydana gelen mutasyonların neden olduğu, X'e bağlı kalıtılan, mikrotrombositopeni, egzema ve tekrarlayan enfeksiyonlar triadı ile seyreden; otoimmün hastalıkların artışı gösterdiği ve lenforetiküler neoplazi riski bulunan bir primer immün yetmezlik hastalığıdır. Wiskott-Aldrich Sendromu'nda genellikle mikrotrombositler görülmekle birlikte nadir olgularda trombosit volümü normal olabilmektedir. Burada trombositopeni ve egzeması olup trombosit volümü normal olan olguyu sunmaktayız.

Metod: .

Bulgular: 4,5 aylık erkek hasta, 2,5 aylık iken anemi ve trombositopeni nedeniyle Çocuk Hematoloji Bölümü tarafından takip edilmekteyken egzemalarının eşlik etmesi üzerine primer immün yetmezlik olabileceği şüphesiyle tarafımıza danışıldı. Özgeçmişinde herhangi bir enfeksiyon ve kanama öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde anne-baba akrabalığının ve kardeş ölüm öyküsünün olmadığı, yine benzer şikayetleri olan herhangi bir akrabasının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ağırlık: 6,3 kg (%10 P), boy: 65 cm (%50 P), her iki alt ekstremitte, gövde ve yüz bölgesinde peteşiyal döküntü, yanak ve boyun kısmında egzematöz lezyonları mevcuttu. Bunların dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: $7,43 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemogloblin: 7,9 g/dL, Lenfosit: $3,79 \times 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil: $2,44 \times 10^3/\mu\text{L}$, eozinofil: $0,24 \times 10^3/\mu\text{L}$, ortalama trombosit volümü: 8,6 fl (7,4-10,4), trombosit: $25 \times 10^3/\mu$, CD3: %47 (48-75), CD4: %46 (33-58), CD8: %9,5 (11-25), CD56: %5,9 (2-14), TREC: %21 (64-94), IGG:1930 mg/dl (294-1165) IGM: 18 mg/dl (33-154), IGE: 2 IU/mL, IGA: 154 mg/dl (13,5-72). Periferik yaymasında trombositler tekli nadiren ikili kümeli olup boyutları normaldi. Hastanın yapılan genetik tetkik sonucunda WASP geninde c.310C> T (p.Gln104Ter)-rs193922414 hemizigot mutasyon tespit edilmesi üzerine Wiskott-Aldrich sendromu tanısı konuldu. İntravenöz immünglobulin, flukonazol ve trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi başlandı. Kemik iliği transplantasyonu planlanan hastanın donör taraması devam etmektedir.

Sonuç: Dolaşımdaki trombosit sayısının düşük olması, Wiskott Aldrich Sendromu'nun ayırt edici özelliğidir ve hastalığın en yaygın görülen belirtileri olan spontan ve/veya travma sonrası kanama ataklarına neden olur. Wiskott Aldrich Sendromu trombositleri, patognomonik olarak küçük hacimlidir. Fakat literatürde bazı vaka raporlarında normal boyutta trombositleri olan Wiskott Aldrich Sendromu hastaları tanımlanmıştır. Klinik uyumluluk halinde normal boyuttaki trombositlerin varlığında bile Wiskott-Aldrich Sendromu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: wiskott aldrich sendromu, mpv (mean platelet volume), egzema, trombositopeni, immün yetmezlik

PS-047

Bir Buğday Alerjisi Olgusu: Makarna Anafilaksisi

Hamit Boloğur¹, Şefika İlknur Kökçü Karadağ¹, Nilay Çalışkan¹, Güler Yıldırım¹, Hilal Güngör¹, Muhammed Fatih Erbay¹, Merve Karaca Şahin¹, Aslı Topçak¹, Deniz Özçeker¹

¹SBU Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünolojive Alerji Eğitim Kliniği

Amaç: Buğday, dünyanın birçok yerinde kolaylıkla yetiştirilebilen ve besin değeri yüksek bir besin kaynağıdır. Buğday alerjisi çocuklarda en yaygın görülen besin alerjilerinden biridir. Toplumlarda tüketim sıklığına göre görülme oranları değişiklik gösterir. Buğday alerjileri hafif düzeyli deri tutulumundan hayatı tehdit edici anafilaksi tablosuna kadar çok çeşitli klinik şekillerde karşımıza çıkabilir. Buğday alerjileri çoğunlukla çocukluk çağında görülüp adolesan dönemde hastaların yaklaşık 2/3'ü'nde geriler. Burada 17 yaşında bir hastanın buğday alerjisinin anafilaksi kliniği ile başvurabileceğini vurgulamak istedik.

Metod: 17 yaşında kız hasta, uzun zamandır makarna yedikten sonra karın ağrısı, halsizlik, kaşıntı şikayeti olması ve son 6 aydır makarna ve pirinç yedikten sonra karın ağrısı, kaşıntı şikayetlerine ek olarak döküntü olması üzerine başvurdu. En son makarna yemesi sonrasında kaşıntı, dudakta şişlik, karın ağrısı ve kusma olması üzerine acil servise başvurmuş ve anafilaksi ön tanısıyla adrenalin uygulanmış. Hastanın tetkiklerinde IgE:25,6 g/L, buğday- gluten-arpa-çavdar-yulaf-yumurta spesifik değerleri negatif; gıda deri prick testi negatif; gliadin ve pirinç protein: negatif; Prick to prick testlerinde ise haşlanmış makarna: 3*3 mm, haşlanmış pirinç 6*6 mm olarak sonuçlandı. Hastane koşullarında anafilaksi önlemleri alınarak haşlanmış makarna ile provokasyon yapıldı. Hastanın provokasyonun 3. basamağında makarna yemesi sonrasında alt dudakta anjioödem, halsizlik, karın ağrısı, bulantı olması üzerine bakılan tansiyon değeri 80/50 mm/Hg saptandı ve anafilaksi kabul edilip provokasyonu sonlandırıldı; anafilaksi tedavi ve takibi yapıldı. Penepin reçetesi düzenlendi, diyet önerildi, poliklinik kontrolü planlandı.

Bulgular: ..

Sonuç: Tahıllar tüm dünyada ortak besin hammaddesidir. Buğday, arpa, yulaf, pirinç, çavdar ve mısırdan oluşur. Özellikle buğday çocuklarda besin alerjisinin en sık nedenlerinden biridir. Biz bu vaka örneğinde buğdaya bağlı IgE aracılıklı reaksiyonların kutanöz, solunum ve gastrointestinal bulgularla kendini gösterebildiği gibi ciddi ve hayatı tehdit eden anafilaksi kliniğiyle de karşımıza çıkabileceğini; hastanın invivo ve invitro testlerinin negatif sonuçlanmasına rağmen klinik öykü güçlü ise mutlaka provokasyon testlerinin yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Besin Alerjisi, Buğday Alerjisi

PS-048

El-Ayak-Ağız Hastalığı ile İzlenen SJS Olgusu

Müge Selin Ensari¹, Seda Şirin¹, Kezban İpek Demir¹, Ayşegül Ertuğrul¹, Ezgi Ulusoy Severcan¹, Ahmet Zülfikar Akelma²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Amaç: Enfeksiyon hastalıklarının ayırıcı tanısında ağır ilaç reaksiyonlarını akılda tutmak

Metod: 6 yaşında el-ayak-ağız hastalığı nedeniyle yatırılan erkek hasta

Bulgular: Stevens Jhonson Sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) en sık ilaçların tetiklediği, yoğun nekroz ve blister oluşumu sonucunda epidermin ayrılması ile ortaya çıkan ağır, yaşamı tehdit eden mukokutanöz reaksiyonlardır. Virüsler, bakteriler, ultraviyole ışınları neden olabilmekle beraber idiyopatik olarak da görülebilir. Epidermal soyulmanın <%10 olması SJS, >%30 olması TEN olarak sınıflanır. Genellikle yeni bir ilaç kullanılmaya başladıktan sonra ilk 8 hafta içerisinde SJS/TEN gelişir. Daha uzun süredir kullanılan ilaçların SJS/TEN'e neden olması olası değildir. 6 yaşında erkek hasta 5-6 gün önce burun akıntısı, ateş, halsizlik şikayetinin olması, bu şikayetlerden 2 gün sonra dudaklarda kızarıklık, şişlik meydana gelmesi, ardından avuç içlerinde kızarıklık ve bül şikayeti başlayıp artması üzerine hastanemize başvurdu. Hasta el-ayak-ağız hastalığı ön tanısı ile yatırılarak, hastaya amoksisilin-klavulunik asit, asiklovir, triflukan tedavisi başlandı. Öğrenildi. Yatışından 1 gün sonra gözlerde kızarıklık, ağız çevresinde kurutlu lezyonların kanamaya başlaması nedeniyle hasta tarafımıza konsülte edildi. Hastanın özgeçmişinde epilepsi tanısı nedeniyle 6 aydır sodyum valproat, topiramet ve 5 aydır levetirasteam kullandığı görüldü. 25 gündür de hastaya nöbetleri kontrol altına alınamadığı için klobazam başlandı. Öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde dudaklarında kurutlu lezyonlar, skleralarında hiperemi, ağız içinde mukozal kanama, avuç içlerinde özellikle sol elde 2*3 cm hiperemik büller, bacak ve gluteal bölgede maküler lezyonlar, skrotumda 1-2 adet maküler lezyon, NIKOLSKY+ olduğu saptandı. Hastada ön planda SJS düşünüldü. Hastanın SJS na yol açabilecek şüpheli ilaç olan klobazam stoplandı. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Hastaya 1 gr/kg dan İVİG (2 gün), 2mg/kg dan/gün metilprednizolon (14 gün), proton pompa inhibitörü (PPI) tedavisi başlandı. Günlük göz konsültasyonu istendi, yara bakımı yapıldı. Biyopsi ve cilt lezyonları için dermatolojiye konsülte edildi. Gözde psödomembran gelişmesi nedeniyle siklosporin damla tedaviye eklendi. Hastanın biyopsi sonucu SJS ile uyumlu geldi. Metilprednizolon tedavisi 8 haftaya tamamlanacak şekilde azaltılarak kesilmesi planlandı. Hastanın kliniğinin gerilemesi üzerine metilprednizolon şeması verilerek taburcu edildi.

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

Hastanın ağız çevresindeki kurutlu lezyonları



Hastanın yatışının 1. günü sol eldeki bülleri



Hastanın yatışının 2. günü sağ eldeki bülleri



Sonuç: SJS/TEN gibi ağır seyredebilecek ilaç reaksiyonlarının viral enfeksiyon gibi baş vurabileceği akılda tutulmalı ve biyopsi alınarak yakın takip ile hızlı tedavi kararı verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağır ilaç reaksiyonu, el-ayak-ağız hastalığı, SJS

PS-049

Alerjik Çocukların Cilt Sebum ve Nem Düzeyleri Ev Tozu Akar Alerjisini Ne Kadar Öngörebilir?

Uğur Altaş¹, Seda Çevik¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Alerjik hastalık tanılı çocuklarda, cilt nemi ve sebum düzeylerine göre ev tozu akar alerjisinin öngörülmesini değerlendirmek

Metod: Bu çalışma astım, alerjik rinit(AR) ve atopik dermatit (AD) tanılı çocuklar ile sağlıklı bir kontrol grubunu içeren bir vaka kontrol çalışmasıdır. Katılımcıların cilt nemi ve sebum seviyeleri dijital bir cihaz kullanılarak non-invaziv olarak ölçülmüştür. Cilt nemi ve sebum seviyeleri taşınabilir kalem şeklindeki LCD Ekranlı Dijital Cilt Nemi Yağ Analiz Cihazı (Reyoung-Beauty, Shenzhen, Çin) kullanılarak kübital fossadan ölçülmüştür. Cihaz, biyoempedans adı verilen non-invaziv bir yöntem kullanarak nem ve sebum seviyelerini ölçmektedir. Toplam 421 hasta ve 143 sağlıklı çocuk çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Toplam 421 hasta ve 143 sağlıklı çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Cilt nem yüzdesinin medyan değeri astım, AR ve AD hastalarında kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (her biri için $p < 0,001$). Cilt sebum yüzdesinin medyan değeri astım ve AD hastalarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla $p = 0,002$ ve $p = 0,003$). Solunum yolu alerjik hastalıklarında (astım ve AR) ve AD'de ev tozu akarı alerjisi için cilt nem yüzdesinin prediktif değerini ayrı ayrı değerlendirmek için ROC analizi yapılmıştır. Astım ve AR hastalarında cilt nemi için %35,5'lik bir kesim noktası kullanıldığında, duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %81,3 ve %56,5 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Astım, AR ve AD hastaları ile yaptığımız çalışmada, hastalarda cilt nem yüzdesi kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. AD hastalarında tedavi planlanırken cilt bariyerinin işlevini korumaya yönelik yaklaşımlardan biri olan cilt nemlendirmesi klinik pratikte sıklıkla uygulanmaktadır. Astım ve AR gibi solunumsal alerjik hastalıkları olan hastalarda deri tutulumu AD'de olduğu gibi tüm hastalarda görülmemektedir. Bu nedenle bu hastalarda nemlendirici kullanımı üzerinde daha az durulmaktadır. Klinik uygulamada, çocuklarda cilt neminin ve sebumun non-invaziv bir yöntemle ölçülmesi, cilt nem ve sebum dengesinin değerlendirilmesinde ve cildin bariyer fonksiyonunun korunmasında faydalı olabilir. Astım ve AR'de cilt nemi için bulduğumuz cut-off değeri olan %35,5'in altındaki değerlerde ev tozu akarları gibi alerjen duyarlılığının varlığı mümkün olabileceğinden, çalışma sonuçlarımız pediatri klinikleri açısından yol gösterici olacaktır

Anahtar Kelimeler: Çocuk alerji, cilt nemi, cilt sebumu

PS-050

Hayati Tehdit Oluşturan Ürtiker

Gizem Kabadayı¹, Halime Yağmur¹, Damla Baysal Bakır¹, Özge Atay¹, Suna Asilsoy¹, Nevin Uzuner¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji

Amaç: GİRİŞ:Soğuk ürtikeri soğuğa maruziyet ile cilt mast hücresi aktivasyonu,proinflamatuvar medyatörlerin salınmasına bağlı olarak ürtiker/anjiyoödem ile karakterize fiziksel ürtikerin bir alt tipidir.Nadir de olsa, soğuk teması sistemik reaksiyonlara ve anafilaksiye neden olabilir.Tanıda buz testi kullanılır.Buz testi negatif olan olgular, ek sistem şikayetleri açısından sorgulanmalı ve otoinflamatuvar hastalıklar açısından değerlendirilmelidir.Tedavide ilk basamak soğuk maruziyetinden kaçınmaktır,antihistaminikler (AH), dirençli olgularda ise omalizumab ve siklosporin tedavileri önerilmektedir.Anafilaksi öyküsü,sistemik semptomu olan veya soğuktan kaçınmanın güç olduğu olgularda adrenalin otoenjektörü reçete edilmelidir. Bu bildiride anafilaksi ile başvuran soğuk ürtikerli bir olgu sunulmuştur.

Metod: OLGU:15 yaş erkek hasta soğuk havada ciltte kızarma,kabarma,yanma şikayetleriyle başvurdu.Öyküsünden ilk kez 1yıl önce denize girdikten sonra tüm vücutta ürtikeryal döküntüyle birlikte bayıldığı,anafilaksi ön tanısı ile ambulansda adrenalin uygulandığı öğrenildi.Hasta soğuk su içtiğinde dilinin acıdığını, kış aylarında özellikle yüz bölgesinde kızarıklık,kabarma olduğunu, soğuk su ile banyo yapamadığını ve yaz döneminde dahi kışkırtıcı ortamda bulunamadığını belirtmekteydi. Dış merkezde başlanan AH tedavilere yanıt alınamaması üzerine omalizumab başlandığı, ancak 6aylık tedaviden fayda görülmediği anlaşıldı.Muayenesinde cilt ve sistem bakıları olağandı.Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.Kronik ürtiker açısından tetkik edilen hastada;Buz testi ve otolog serum testi pozitifliği, hipokomplementemi ve hafif proteinüri saptandı (Tablo-1).Soğuk ürtikeri ön tanısıyla bilastin başlandı.Eğitim verilerek adrenalin otoenjektör reçete edildi.Antihistaminik 4 kata kadar artırıldığı halde semptomları yeterince kontrol altına alınamadı.Klinik ve laboratuvar bulguları nedeniyle planlanan otoinflamatuvar genetik panelinde LPIN2 geninde heterozigot klinik önemi bilinmeyen mutasyon saptandı. AH ve omalizumab tedavilerine yanıtızsız hastaya siklosporin başlanması planlandı.Ancak aile ilaç yan etkileri nedeni ile tedaviyi reddetti. Soğuktan sakınma, AH tedavisine devam edilmesi planlandı.Ebeveynlerden genetik analiz planlandı,sonuç takip ediliyor.

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

Tablo-1: Hastanın tetkik sonuçları

Hemogram	C3: 79,2 mg/dL (Düşük, kontrol C3:113 Normal)
Hb:14,2 g/dL	C4: 9,2 mg/dL. (Düşük, kontrol C4:15,8 Normal)
WBC:5400/mm ³	C1 inh: Normal
ANS: 3200/mm ³	fT4 (Serbest T4) 0.73 ng/dL Normal
ALS: 1900/mm ³	Anti TPO (Anti M)<28.00U/mL, Negatif
EOS:80 Eozinofil %1,5	Anti TG (Anti T)<15.00 U/mL, Negatif
PLT: 257.000	ANA Negatif
Biyokimya	Kriyoglobulin negatif
AST: 23 U/L	Seroloji
ALT: 19 U/L	Viralleroloji(HAV, HBV, HCV, EBV, CMV, HIV): negatif
BUN: 13,4	IGG: 1077 mg/dL (N)
Kr: 0,7	IGA: 63 (N)
Crp: 0,47 mg/L	IGM: 97 (N)
Sedimentasyon:2mm/h	Total IgE: 4,8 IU/mL
TİT:Protein: 15, Eritrosit: 0	Spesifik IgE (Ot,toz, küf, zeytin, kedi, köpek,Gıda karışımı): Negatif.
Spot idrar: Protein(Spot) 33.2 mg/dL pozitif	
Kreatinin(Spot) 332.63 mg/dL normal	
Kalsiyum(Spot İdrar) 6.27 mg/dL normal	Deri Prick Testi: Negatif
Protein/Kreatinin 0,0998 normal	
Kalsiyum/Kreatinin 0,0188 normal	
Koagülasyon: Normal	Buz küpü testi: pozitif
	Otolog serum testi:15 mm (pozitif)
	Deri biyopsi sonucu: DİF MİKROSKOPİK BULGULAR
	IgG: negatif
	IgA: negatif
	IgM: negatif
	C3: negatif
	Fibrinojen: negatif
	GENETİK SONUCU
	LPIN2 geninin 15.ekzonunda klinik önemi bilinmeyen heterozigot, novel c.2053A>T (chr18:2924430,plle685Phe) değişimi saptanmıştır.

Bulgular: TARTIŞMA:Soğuk ürtiker tanısında buz testi standarttır.Ayrıca, diğer indüklenebilir ürtikerlerden farklı olarak hemogram, sedim, crp kontrolü ve varsa ateş, eklem şikayeti gibi ek sistemik şikayetlerine özgü ileri incelemeler gerekmektedir.Bu hastalarda soğuk maruziyeti sonrasında, en az bir kez sistemik reaksiyon görülme sıklığı %66.2-76.7, anafilaksi sıklığı ise %18.9-38.0'dir. Bu nedenle, hastalara eğitim verilerek adrenalin otoenjektör reçetelenmesi hayati olabilmektedir.

Sonuç: SONUÇ:Soğuk ürtikeri ile başvuran ancak standart tedaviye beklenen yanıt alınamayan ve/veya ağır sistemik reaksiyon tarifi olan olgularda ayrıntılı anamnez ve muayaneyi takiben olası otoinflamatuvar hastalıklar açısından ileri tetkikler planlanmalı, şüpheli olgularda genetik analizlerden faydalanılmalıdır.Tedavide soğuktan kaçınma, standart ürtiker tedavilerine ek olarak olası mortal sistemik reaksiyonlar için anafilaksi yönetimi ve tedavisi planlanmalıdır.

Hastanın cilt bulguları



Soğuk hava maruziyeti (klima) sonrası elde ürtiker

Hastanın cilt bulguları



Soğuk maruziyeti ile gelişen kulakta ürtiker ve ödem

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, otoinflamatuar, soğuk, ürtiker, buztesti

PS-051

Sistemik Lupus Eritematozus, Hashimoto Tiroiditi ve Kronik Spontan Ürtikeri Olan Hastada Omalizumabın Etkinliği; Olgu Sunumu

Öner Özdemir¹, Ümmügülüm Dikici¹, Sena Sultan Karaca²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları BD, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Günlük dozun dört katına çıkarılmasına rağmen antihistaminik tedavisine yanıt vermeyen kronik spontan ürtiker (CSU) hastaları tedaviye dirençli olarak kabul edilir. Bu hastalar için kılavuzlarda önerilen ek tedaviler arasında omalizumab, immünosupresif ve anti-inflamatuar ajanlar yer almaktadır. Otoimmünite de CSU'nun patofizyolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Burada sistemik lupus eritematozus, Hashimoto tiroiditi ve antihistamine dirençli CSU'su olan ve omalizumab ve hidroksiklorokin ile tedavi edilen bir hasta sunulmuştur.

Metod: On beş yaşında kız hasta son üç aydır geceleri başlayan tüm vücutta yaygın kaşıntı, kızarıklık ve kabarma, gözlerde ve dudaklarda yaklaşık 20 dakika süren şişlik yakınmaları ile bir ay önce dış merkeze başvurdu. Hastaya günde 1x5 mg desloratadin başlanmış ve bir ay kullanmasına rağmen şikâyetlerinde azalma olmamıştı. Bu nedenle merkezimize yönlendirilmişti. Hastanın öyküsü sorgulandığında 4 yıl önce boyunda şişlik nedeniyle çocuk endokrinoloji bölümünde Hashimoto tiroiditi tanısı aldığı ve o zamandan beri levotiroksin 50 mcg tablet kullandığı ve tiroid hastalığının kontrol altında olduğu öğrenildi. Ancak CSU tedavisine direnç nedeniyle antihistaminik tedavi dozu artırıldı ve montelukast eklendi.

Bulgular: ANA kromozom granüler patern 1/320 pozitif ve anti-TPO: 109.4 (N: 0-60 IU/ml) pozitif. Raynaud fenomeni olan hastaya SLE tanısı konularak hidroksiklorokin (200 mg tablet/gün) başlandı ancak ürtiker ve anjiyoödem şikâyetlerinde azalma olmadı. Bunun üzerine hastaya ayda bir kez 300 mg omalizumab başlandı. Tedavi öncesi ürtiker aktivite skoru (UAS7) 38 ve ürtiker kontrol testi (UCT) 7 olan hastanın omalizumab tedavisinin 6. ayında UAS7: 0 UCT: 16 idi. Ürtiker hidroksiklorokin ve omalizumab tedavisi altında kontrol altına alındı. Hidroksiklorokin inflamasyonu baskılayarak ürtiker üzerine etkili olduğu bilindiğinden 9. ayda omalizumab dozu 300 mg'dan 150 mg'a düşürüldü. Omalizumab tedavisi 4 hafta aralıklarla 3 kez 150 mg, daha sonra 6 hafta aralıklarla 3 kez, daha sonra 8 hafta aralıklarla 3 kez verilerek kesildi. Omalizumab kesilmesinin üçüncü ayında hasta hidroksiklorokin ve levotiroksin tedavilerini almakta ve CSU açısından remisyonunda olarak izlenmeye devam etmektedir.

Sonuç: CSU ve otoimmünite birlikteliği olan ve antihistaminiklere dirençli hastalarda hidroksiklorokin ilavesi CSU semptomlarını kontrol altına alamadığında, olgumuzda olduğu gibi eş zamanlı olarak omalizumab kullanılması faydalı olabilir. Bu şekilde otoimmün tiroid hastalığı olan hastaların tedaviye direncinin kırılmasının yanı sıra CSU tedavisinde omalizumab + klorokin birlikte güvenle kullanılabileceği de görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozus, Hashimoto Tiroiditi, Kronik Spontan Ürtiker

PS-052

Nadir Bir Hiper IgM Sendromu: Urasil-N Glikosilaz (UNG) Eksikliği

Erhan Bahadır¹, Bahri Can Duran¹, Murat Özer², Baran Erman³, Serap Özmen¹, Caner Aytekin¹

¹Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünoloji ve Allerji Bölümü, Ankara

²Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Allerji Bölümü, Ordu

³Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Can Sucak Translasyonel İmmünoloji Araştırma Laboratuvarı, Ankara

Amaç: Hiper IgM sendromu IgG ve IgA düzeylerinde belirgin düşüklük ile yüksek veya normal IgM düzeyi ile karakterize bir primer immün yetmezliktir (PİY). Klinikte tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar, otoimmünite ve malinite görülür. Burada nadir bir hiper IgM sendromu nedeni olan urasil-N glikosilaz (UNG) eksikliği gösterilen bir olgu sunulmuştur.

Metod: Vaka sunumu

Bulgular: Nefes darlığı ve öksürük yakınmasıyla başvuran 12 yaşındaki kız hastanın öyküsünde tekrarlayan akciğer enfeksiyonları vardı. Hastanın yakınmaları aylıkken başlamış ve 5-6 kere akciğer enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatmıştı. Hastaya astım tanısı ile inhaler kortikosteroid tedavileri verilmiş, ancak yarar görmemiş. Anne-babası arasında birinci dereceden akrabalık olan hastanın ailesinde önemli hastalık yoktu. Fizik muayenede solunum sesleri kaba duyulan hastanın skolyozu vardı. Total lenfosit ve nötrofil sayıları normal, serum IgG (<70 mg/dl) ve IgA (<5 mg/dl) düzeyleri ölçülemeyecek kadar düşük, IgM düzeyi (850 mg/dl) ise çok yüksekti. AntiHbs ve rubella IgG negatif, izohemaglutinin titresi pozitif bulundu. Periferik kan lenfosit alt grupları ve in-vitro T hücre fonksiyonları normaldi. İzotip dönüşümü yapmış hafıza B hücreleri (%1) düşük saptandı. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde bronşiektazi ve kronik değişiklikler görüldü. Bu bulgularla hastaya hiper IgM sendromu tanısı konuldu ve üç haftada bir 600 mg/kg/dozunda İVİG replasman tedavisi ile TMP/SMX profilaksisi başlandı. Genetik analizde UNG geninde daha önce tanımlanmamış olası patojenik homozigot (c.309del; p.Ser103ArgfsTer12) varyant saptandı. Altı aylık izlemde hasta akciğer enfeksiyonu geçirmedi, solunum semptomları düzeldi, boy uzaması ve kilo alımı gözlemlendi

Sonuç: Hiper IgM sendromu nedenlerinden biri olan UNG eksikliği sadece üç hastada tanımlanmıştır. PİY hastalıklarında genetik analiz için mutlaka çaba gösterilmeli ve sağlık otoritesi bu yönden destek sunmalıdır. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları olan ve astım tedavisine iyi yanıt vermeyen hastalarda PİY hastalıkları düşünülmelidir. Erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hiper IgM, UNG, İVİG

PS-053

Nonspesifik Lipid Transfer Protein İlişkili Anafilaksi Gelişen Çocuk Olgu

Demet Tekcan¹, Muhammed İbrahim Özsüer¹, İlknur Külhaş Çelik¹, Hasibe Artaç¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji BD

Amaç: Nonspesifik lipid transfer proteinleri (nsLTP) tüm bitkilerde bulunan ve bitkilerin gelişiminde rol oynayan anahtar proteinlerdir. Özellikle Akdeniz bölgesinde erişkinlerde IgE aracılı besin anafilaksilerinin etyolojisinde önemli alerjenler olup çocuklarda daha nadir görülmektedir. Bu bildiriye, nsLTP ilişkili gelişen bir çocuk anafilaksi olgusunu sunmayı amaçladık.

Metod: Dört yaşında erkek hasta; 3 ay önce akşam yemeğinde hamsi balığı, limon ve üzüm yedikten yaklaşık 15 dakika sonra ürtiker, dudaklarda anjioödem ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine başvurduğu çocuk acil polikliniğinde hipotansiyon ve uvula ödemi saptanmış. Anafilaksi olarak değerlendirilen hastaya adrenalin yapılması sonrası semptomları gerilemiş. Polikliniğimize başvuran hastaya Adrenalin otoenjektör reçete edilerek takibe alındı. Anafilaksi etyolojisine yönelik yapılan prick to prick testinde hamsi negatif, üzüm 5x5 mm, limon 2x2 mm (histamin 5x5 mm) olarak saptandı. Hastaya hamsi balığı ile yapılan oral provakasyon testinde (OPT) reaksiyon gözlenmedi. Hastanın anafilaksi sonrası farklı zamanlarda elma ve mısır yediğinde de dudaklarda şişlik olduğu öğrenildi. Hastadan moleküler bileşene dayalı alerji testi multiplex makroarray testi (ALEX2 test) gönderildi.

Bulgular: ALEX2 testi sonucunda nsLTP duyarlılığına bağlı olarak çapraz reaksiyon veren besinlerde duyarlılık saptandı. Ceviz Jug r3 4.5 kU/l; Elma Mald 3 :7.34 kU/l ; Şeftali Pru p3 : 7.53 kU/l ; Üzüm Vit v 1 : 4.64 kU/l; Mısır Zea m 14 : 2.71 kU/l ; Kivi : Act d 10 1.74 kU/l olarak geldi. Ayrıca ağaç poleni Plaa3: 2.3 kU/l ve yabancı ot Artv3:1.5 kU/l olarak geldi ancak hastanın kliniği yoktu. Hastanın diyetinden reaksiyon öyküsü olan üzüm, mısır ve elma çıkarıldı. Daha önce hiç tüketmediğini ifade ettiği ceviz ile OPT planlandı.

Sonuç: Non-spesifik lipid transfer proteinleri içeren alerjenler IgE aracılı anafilaksi gibi ciddi reaksiyonlara sebep olabilirler. Çoklu alerjileri olan hastalarda çapraz reaksiyon gösteren alerjenlere duyarlılığın tespitinde bileşene dayalı tanı testler (BDT), hastaların yönetiminde yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Besin Alerjisi, Anafilaksi, Nonspesifik Lipid Transfer Protein

PS-054

Doğuştan Bağışıklık Kusurlarında Malignite Gelişiminin Değerlendirilmesi

Selcen Bozkurt¹, Melek Yorğun Altunbaş¹, Salim Can¹, Razin Amirov¹, Necmiye Öztürk¹, Sevgi Bilgiç Eltan¹, Elif Karakoç Aydıner¹, Ahmet Özen¹, Safa Barış¹

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

Amaç: Doğuştan bağışıklık kusuru olan (DBK) hastalarda immün disregülasyon ve onkogenез arasındaki etkileşim, teşhis, tedavi ve prognoz açısından önemli zorluklara neden olmaktadır. Bu çalışmada, DBK hastalarında malignite gelişimi ile ilişkili risk faktörleri, klinik ve laboratuvar bulguları ile prognostik faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Metod: Malignite gelişen DBK tanılı 24 hastanın demografik özellikleri, immünolojik profilleri, klinik bulguları ve tedavi yöntemleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 12 erkek ve 12 kadın hasta dahil edildi. DBK tanı yaşı ortanca 8.3 yıl (IQR 5-11.5), malignite gelişim yaşı ortanca 10.5 yıl (IQR 6-16) idi. En yaygın DBK grubu kombine immün yetmezlik (KİY) idi (n=10, %41.6). Hastalarda gözlenen maligniteler arasında en yaygın tanı lenfoma idi (n=16, %66.6). Diğer dağılımlar sırasıyla, adenokarsinom %12.5 (n=3), skuamöz hücreli karsinom %8.3 (n=2), kolanjiokarsinom %4.1 (n=1), Wilms tümörü %4.1 (n=1), akut miyeloid lösemi %4.1 (n=1), nöroblastom %4.1 (n=1) ve germ hücreli tümör %4.1 (n=1) olarak belirlendi. Lenfoma en çok KİY grubunda gözlemlendi (n=6). Hastaların yarısında (n=12) kronik EBV enfeksiyonu saptandı. Tedavi yöntemleri arasında kemoterapi (23/24 hasta), cerrahi işlemler (11/24 hasta) ve immünomodülatör tedavi (7/24 hasta) yer aldı. Altı hastaya hematopoetik kök hücre nakli uygulandı. Ortanca takip süresi 5 yıl (IQR 2-9.5) idi. Toplamda 15 ölüm (%62.5) gerçekleşti.

Sonuç: Doğuştan bağışık kusuru olan bireyler, malignite gelişimi açısından yüksek risk altındadır ve bu durum hayatta kalma oranlarını olumsuz etkiler. Özellikle KİY hastalarında lenfoma başta olmak üzere malign dönüşüme duyarlılığın farkında olunması, erken tanı ve yönetim ile hayatta kalma oranlarını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğuştan bağışıklık kusuru, Malignite

PS-055

DOCK8 Eksikliği Olan Hastalarımızın Klinik ve İmmünolojik Özellikleri: Tek merkez deneyimi

Emre Fırat¹, Figen Çelebi Çelik¹, Ömer Akçal², Berna Uzunoğlu¹, Necmi Can Yüksel¹, Nesrin Gülez¹, Ferah Genel¹

¹İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı

²Biruni Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç: DOCK8 eksikliği; persistan veya tekrarlayan viral cilt enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları, otoimmünite, egzama, gıda alerjileri, yüksek serum IgE ve eozinofili düzeyleri ile karakterize otozomal resesif kalıtılan, kombine immün yetmezliğe neden olmaktadır. Doğal seyir ağır enfeksiyonlar, organ hasarları ve maligniteye yatkınlık nedeniyle kötü prognozlidir. Günümüzde tek küratif tedavisi hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) ile mümkündür. Çalışmamızda, genetik olarak DOCK8 eksikliği tanısı konulan on beş hastanın klinik ve immünolojik özellikleri ile takip ve prognozlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmaya, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünoloji polikliniğinde 2000-2024 yılları arasında takip edilen DOCK8 eksikliği tanısı konulan 15 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, immünolojik özellikleri ve uygulanan tedaviler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: On beş hastanın %73'ü erkek, %27'si kadındı. Semptom yaşı ve tanı yaşı ortanca değerleri sırasıyla 6 ay ve 40 aydı. Hastaların %73,5'inde anne-baba arasında akrabalık, %46,7'sinde ailede primer immün yetmezlik öyküsü vardı. Hastalık başlangıç semptomları sıklık sırasına göre %80 atopik dermatit, %40 tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonlarıydı. Olguların öyküleri incelendiğinde %33 besin alerjisi, %13,5 herpetik keratit, %13,5 anafilaksi eşlik ediyordu. Laboratuvar değerleri incelendiğinde mutlak eozinofil sayısı 2820 (650-37300) ve %40'ında IgE 2000'in üzerindeydi. Tüm hastaların akım sitometrisinde CD3 ve CD3+CD4+ hücre sayısı düşüklüğü ve genetik değerlendirmesinde DOCK8 mutasyonu mevcuttu. Olguların %80'inde IgA veya IgM düzeyinde düşüklük vardı. HIES skorlaması 32 (18-52), SCORAD skorlaması 51 (35-78) olarak hesaplandı. Hastaların izleminde bronşektazi (%47), otoimmün hemolitik anemi (%6,7), otoimmün tiroidit (%6,7), gastrointestinal sistem tümör (%6,7), squamoz hücreli deri tümörü (%6,7) ve aort anevrizması (%6,7) gelişti. Üç hasta nakil yapılamadan önce enfeksiyon nedeniyle kaybedildi. Sekiz hastaya (%53,5) HKHN yapıldı. İki hasta nakile bağlı komplikasyonlar sebebiyle kaybedildi. Altı hasta ise HKHN sonrası düzenli takip edilmektedir.

Sonuç: DOCK8 eksikliği ülkemizde kombine immün yetmezlikler içinde önemli bir yer tutmaktadır. Ağır atopik dermatit, besin alerjileri, tekrarlayan sinopulmoner ve cilt enfeksiyonları ile başvuran, akraba evliliği öyküsü olan hastalarda DOCK8 eksikliği akla gelmelidir. Tanıda akım sitometri ile lenfosit alt gruplarının değerlendirilmesi önemli olup, kesin tanı için genetik mutasyon analizi altın standarttır. Tedavide mümkün olan en kısa sürede yapılan HKHN hayat kurtarıcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: DOCK8 eksikliği, klinik, immünolojik özellikler, izlem, hematopoetik kök hücre nakli

PS-056

Nöbet Mi? Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu Mu? Muz Kaynaklı Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu Olgusu

Gülay İrem Parlak Özel¹, Yüksel KAVAS YILDIZ¹, Mehmet Cihat SİFİL¹, Şule Büyük Yayıtokgil¹, Emine VEZİR²

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

²TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

Amaç: Besin protein ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), hayatın ilk yılında ortaya çıkan şiddetli gastrointestinal semptomlarla karakterize Ig E aracılı olmayan bir gıda alerjisidir. BPİES semptomları spesifik değildir, şüpheli gıda alımından 1-4 saat sonra tekrarlayan kusma, solgunluk, uyuşukluk ve şiddetli vakalarda hipotoni, hipotansiyon ve metabolik bozukluklar görülebilir. BPİES genellikle süt veya soyadan kaynaklanır, ancak meyve proteinleri de dahil olmak üzere katı gıda proteinleriyle de ilişkili olabilir. Burada tekrarlayan bayılma şikayeti ile başvuran ve epilepsi düşünülerek antiepileptik tedavi başlanan vakanın aslında BPİES olgusu olduğuna dikkat çekmek istedik.

Metod: Bu vakada tekrarlayan bayılma şikayeti ile hastaneye başvuran ve epilepsi düşünülerek antiepileptik tedavi başlanan BPİES olgusundan bahsedilmiştir.

Bulgular: Sık hastalanma şikayetiyle tarafımıza yönlendirilen 13 aylık erkek hastanın öykü ve epikrizinden 5 aylıktan ilk kez muz yedikten 1 saat sonra tekrarlayan kusma, ishal ve sonrasında bayılma şikayeti olduğu, bu şikayetlerle başvuru hastanede hidrate edilerek takip edildiği, muz ve şeftali birlikte alımından sonra tekrarlayan bol miktarda kusma ve devamında bayılma şikayeti ile tekrar hastane başvurusunda nöbet olduğu düşünülerek levitiresetam tedavisi başlandığı, takibinde benzer durum tekrarlamadığı, daha sonra şeftali tüketiminde herhangi bir şikayeti olmadığı ancak muz tüketimi olmadığı öğrenildi. Hastanın kliniğimize başvurusunda fizik muayenesi normal, kilo ve boy persentili yaşlarıyla uyumluydu. Hastanın tam kan sayımında özellik yoktu, immünglobulin değerleri yaşa göre hafif düşüktü. Muz ve şeftali ile prik testi negatif, muz spesifik IgE<0.10, şeftali spesifik IgE<0.10, total IgE 4.88 saptandı. Hastanın epilepsi tanısı sırasında yapılan tetkiklerinde elektroensefalografisinin normal olması, bayılmalarının hep kusma ve ishal atakları sırasında olması ve bu şikayetlerin muz ile ilişkili olması nedeniyle hastada muz ile tetiklenen BPİES düşünülerek muz ile BPİES protokollü oral yükleme testi yapıldı. Hastada muz provakasyonu bittikten 3 saat sonra tekrarlayan bol miktarda kusma, halsizlik, baygınlık, uyku hali görüldü ve muz BPİES kanıtlandı. Hastada muz eliminasyon diyeti devam edildi. Hastanın levitiresetam tedavisinin kademeli azaltılarak kesilmesi planlandı.

Sonuç: Bu olgu sunumu muz kaynaklı nadir görülen ve geniş klinik prezentasyonu nedeniyle nöbet ile dahi karışabilen besin protein ilişkili enterokolit sendromunu hatırlatması nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Muz, Besin Protein İlişkili Enterokolit Sendromu

PS-057

Hayatın İlk 100 Gününde Tip 1 Reaksiyonlar

Gülçin Kaymakoğlu¹, Tezcan Özbay², Özlem Sancaklı¹, Demet Can¹

¹İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları Kliniği

²İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Kliniği

Amaç: Tip 1 ya da erken tip alerjik reaksiyonlar (ürtiker, anjiyoödem, anafilaksi, erken ilaç reaksiyonu vb.) çocukluk çağında sık görülen bir hastalık grubu olmasına rağmen hayatın ilk döneminde çok nadirdir. Bu çalışmada 10 yıllık bir dönemde erken tip alerjik reaksiyon gözlenmiş olan 0-3 ay yaş aralığındaki hastaların klinik, laboratuvar ve etiyolojik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Hastanemiz dijital kayıt sisteminden 2014-2024 yılları arasında ayaktan başvuran veya hastaneye yatışı sırasında alerji-immünoloji konsültasyonu istenmiş olan ve konsültasyon istenmemiş ancak erken tip alerjik reaksiyon ile ilişkili tanı kodları girilmiş olan 0-3 ay yaş aralığındaki hastaların tümü çalışmaya alındı. Hastaların ailelerine telefon edilerek eksik bilgiler tamamlandı.

Bulgular: Çalışmaya alınma kriterlerine uyan 73 bebek incelendiğinde Tip 1 reaksiyon tanısı alan 9 bebek (%12) saptandı. Hastaların %44'ü (n=4) erkekti. Yaşlarının ortancası 2 (0-3) aydı. Hastaların %22'si (n=2) anafilaksi olup aynı anda ürtiker ve hipotansiyon saptanmıştı. Diğer 7 bebekte sadece ürtiker vardı. Reaksiyon başlangıç süresi ortanca 60 (5-120) dakikaydı. Reaksiyon sonlanma süresi ortanca 1 (0-7) gündü. Hastaların %56'sında (n=5) tetikleyici faktör ilaçlar, %44'ünde (n=4) ise besinlerdi. Tetikleyici ilaçların hepsi beta-laktam antibiyotiklerdi. Besin allerjisi saptanan bebeklerde ise sorumlu besin inek sütü, bir bebekte inek sütü & fındık idi. Sorumlu besinler 4 bebeğin diyetinden elimine edilmişti. Hastaların hepsine semptomların kontrolü için ilk aşamada antihistaminik uygulanmıştı. Anafilaksi tanısı alan iki olguya ek olarak IM adrenalın uygulanmıştı. Besin allerjisi ile tetkik edilen bebeklerden 2' sinde inek sütü sIgE yüksekliği ve hemogramda eozinofili saptandı, kalan 2'sinin tekrar hastane başvurusu olmadı. Beta-laktam allerjisi olan bir bebeğin poliklinik izleminde yaklaşık 2 yaş civarında penisilin ile oral provokasyon testi negatif saptandı. Takip edilen bebeklerin %22'sinde (n=2) atopik marş gözlemlendi. Beta-laktam allerjisi olan bir hastanın hışıltılı bebek, İnek Sütü Protein Allerjisi (İSPA) olan bir hastanın ise hem hışıltılı bebek hem de ilerleyen dönemde yumurta ile ürtiker ve tahin ile anafilaksi nedeniyle kliniğimizde takibe alındığı görüldü.

Hasta Bilgileri

Hasta No	Yaşı	Klinik bulgu	Reaksiyon başlangıç süresi	Reaksiyon sonlanma zamanı	Şüpheli tetikleyici	Tedavi	Tetkik
1 (Down,AML)	4 gün	Ampisilin infüzyonu ile flushing hipotansiyon	1 saat	15dk	Ampisilin	İm adrenalın	Largopen Prov.
2 (Sifilizli anne bebeği)	8 gün	Penisilin 6.günde ilaçtan 2 saat sonra tüm vücutta maküler döküntü	2 saat	3 gün	Penisilin	İv ah	-
3 (NEK)	14 gün	Tedavinin 6.gününde ilaç erüpsiyonu	??	?	Metronidazol Gentamisin Ampisilin	İlacın kesilmesi İv ah	-
4 (Geç neonatal sepsis)	2.5 ay	Vankomisin 9.gününde tüm vücutta yaygın döküntü	5 dk		Vankomisin	İlacın kesilmesi İv ah	-
5 (Konjenital kardiyak)	2 ay	Ert bitişi kızarıklık, vankomisin den 10 dk., Piperasilin den 30 dk snra kızarıklık	10-30 dk	1 hf	Piperasilin Vankomisin Morfin Fentanil Alprostadil Ketamin	İlacın kesilmesi İv ah	-
6 (Süt allerjisi)	2.5 ay	Anne fındık yedikten 1 saat sonra ürtiker	1 saat	1 gün	Fındık Süt ve süt ürünleri	Gıda eliminasyonu	-
7	1 ay	Anne koyun yoğurdu yedikten sonra yüzde kızarıklık el ve ayaklarda anjiyoödem	2 saat	1 gün	İnek sütü	İm ah Yumurta ve susam diyeti Adrenalin	C3-4 n İnek sütü sp 0.8 eos%8 tot ige 22
8	3 ay	İnek sütü içtikten sonra ürtiker	30 dk	2 saat	İnek sütü	İm ah	-
9	2 ay	Mama yedikten sonra ağız çevresinde kızarıklık, kulakta şişlik	30 dk	1 gün	İnek sütü bazlı mama	İm ah Aa bazlı mama	İnek sütü sp 0.63 y.akı 0.72 eso% 5.2 PTP y.akı 3 mm, tahin 4mm

Sonuç: Hayatın ilk aylarında erken tip alerjik reaksiyonlar nadir de olsa karşımıza çıkabilir. Belki de infant anafilaksileri gibi çevresel risk faktörleri ve farkındalığın artması ile hızla tırmanan bir başlık haline gelecektir.

Anahtar Kelimeler: Erken tip alerjik reaksiyon, Erken bebeklik dönemi

PS-058

Tekrarlayan Dirençli Alerjik Bronkopulmoner Aspergilloz Gelişen Kistik Fibrozisli Hastada Omalizumab Desensitizasyon Deneyimimiz

Nur Ümit¹, Gaye Kocatepe¹, Özgül Güngör¹, Damla Altıntaş¹, Ceren Gülerüz¹, Dilara Fatma Kocacık Uygun¹, Ayşen Bingöl¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Amaç: Biyolojik ajanlar kanser ve inflamatuvar hastalıklar için hedefe yönelik tedavilerin temel taşıdır ve günümüzde kullanımını önemli ölçüde artırmıştır. Artan kullanıma paralel olarak, aşırı duyarlılık reaksiyonlarında da artış gözlenmektedir. Desensitizasyon, reaksiyon gösteren hastaların tedaviye devam edilebilmesi için güvenli ve etkili bir yoldur. Ancak monoklonal antikor desensitizasyonuna ilişkin veriler sınırlıdır.

Metod: Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde kistik fibrozis (KF) tanısıyla takipli, tekrarlayan alerjik bronkopulmoner aspergilloz (ABPA) öyküsü olan, omalizumaba karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen olgumuzda uyguladığımız desensitizasyon deneyimimizi sunmayı planladık.

Bulgular: Sık pulmoner alevlenme geçiren, parenteral antibiyoterapi amaçlı sık hastane yatışı ve tedavilere rağmen solunum fonksiyon testlerinde düşüklük olan 16 yaşında KF tanılı erkek hastanın özgeçmişinde 11 yaşındayken geçirilmiş ABPA öyküsü mevcuttu. O dönem verilen kortikosteroid ve antifungal tedavilere dirençli olması nedeniyle biyolojik ajan olarak omalizumab başlanmış olan hastanın tedavi sırasında akut ürtiker gelişmiş, premedikasyon altında omalizumab 6 ay devam edilmişti. Hasta 16 yaşındayken son poliklinik takiplerinde *Aspergillus fumigatus* spesifik IgE pozitifliği, yüksek total IgE düzeyi (1213 IU/mL), yüksek eozinofil düzeyi (700 hücre/ μ L) ve akciğer tomografisinde her iki akciğer üst loblarda daha belirgin olmak üzere santral ağırlıklı tübülökistik bronşiektaziler, peribronşial kalınlık artışı ve mukus tıkaçları, sağ akciğer orta lobda ve sol inferior lingular segmentte sentrilobüler nodüler dansiteler olması nedeniyle tekrar ABPA olarak değerlendirildi; geçmişte kortikosteroide yanıtızsızlık ve yan etki gelişmesi (osteoporoz, kan şekeri yüksekliği) nedeniyle 2 haftada bir 300 mg subkutan omalizumab tedavisine başlandı. Hastanın uygulanan ilk dozdan sonra vücudunda yaygın ürtiker, öksürük ve solunum sıkıntısı gelişti. Hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak, sonraki dozlarda desensitizasyon kararı verildi. Literatür verileri ışığında tedavi dozuna 30 dakika aralarla uygulanan toplam 8 basamakta ulaşıldı. Hasta takiplerinde aynı protokol ile 3 dozu başarılı olarak almış ve reaksiyon gözlenmemiştir, poliklinik takiplerimize devam etmektedir.

Sonuç: Günümüzde kullanımı önemli ölçüde artan biyolojik ajanlara karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonlarında, hastaların tedaviye devam edebilmeleri için desensitizasyon uygulamaları yapılabileceği akılda tutulmalıdır. Literatürde biyolojik ajanlarla desensitizasyon için vaka düzeyinde bilgiler olup daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alerjik bronkopulmoner aspergilloz, Omalizumab, Desensitizasyon

PS-059

Ağır Eozinofilik Astımlı Olguda Mepolizumab'ın Etkinliği

Ebru Çelebi Develi¹, Veysi Akbey¹, Aysu İlhan Yalaki¹, Musa Şahin¹, Melis Aydın Mut¹, Aylin Kont Özhan¹, Tuğba Arıkoğlu¹, Semanur Kuyucu¹

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Ağır astım, doğru ve uygun bir tedaviye bağlı kalınmasına ve astımı kötüleştiren faktörlerin tedavi edilmesine rağmen kontrol altına alınamayan veya yüksek doz tedavide basamak inildiğinde şiddetlenen astım tipidir. Çocuklarda ağır astım, pediatrik popülasyonun %2-5'ini etkilemekte, yaşam kalitesini etkileyen önemli sonuçlara neden olmaktadır. Uygulanan medikal tedavilere rağmen düzelmeyen hastalarda biyolojik ajanların kullanılması astım kontrolünü sağlayabilmektedir. Mepolizumab, IL-5 antagonisti olup, eozinofillerin spesifik reseptörlerine bağlanmasını engelleyen bir monoklonal antikordur. Bu sunuda kliniğimizde ağır eozinofilik astımı olan ve mepolizumab tedavisi verdiğimiz bir olguyu sunmaktayız.

Metod: Olgu: 16 yaşındaki erkek hasta öksürük, nefes darlığı, solunum sıkıntısı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Öyküsünde 6 yaşından beri astım tanısıyla dış merkezde takipli olduğu ve 2 yıldır inhale kortikosteroid kullandığı, son 6 aydır haftada en az 4 kez salbutamol ihtiyacının olduğu, eforla nefes darlığının arttığı, günlük aktivitelerini rahat yerine getiremediği, haftada en az 4 gece nefes darlığıyla uyandığı, son 1 yılda 2 kez hastanede yattığı ve 5 kez sistemik steroid aldığı öğrenildi.

Bulgular: Fizik muayenesinde; dinlemekle her iki akciğerinde ronküsleri mevcuttu. Laboratuvar bulgularında eozinofil sayısı: 930 (n/mm³), eozinofil yüzdesi (%): 10.6, total IgE: 125 mg/dl, phadiotop: 1.8 (+), deri testinde: solsola kali (+), kedi epiteli (+), köpek epiteli (+) olarak tespit edildi. Akciğer grafisinde hiperinflasyon, kostalarda düzleşmesi vardı. Spirometrisi; FEV1: 87, FEV1/FVC: 60, PEF: 88, MMF: 36, reverzibilite: 24, reverzibilite volumü: 830 olarak sonuçlandı. Hastanın Astım Kontrol Testi (AKT): 5 puan olarak hesaplandı. Hastaya tedavide yüksek doz İKS+Uzun etkili beta-2 agonist başlandı ve takibe alındı. Ancak mevcut şikayetleri gerilemedi. Spirometrisinde obstrüksiyon ve reverzibilitesi devam etti ve AKT: 8 puan olarak hesaplandı. Bunun üzerine hastaya mepolizumab tedavisi başlandı. Hastanın 3 ve 6. Ay kontrollerinde semptomları tamamen düzeldi. Kan eozinofil sayısı: 300'e kadar geriledi. Spirometrisinde obstrüksiyon ve reverzibilite gözlenmedi. AKT:25 puan olarak hesaplandı.

Tedavi Yanıtının Değerlendirilmesi

Değişkenler	Pre-Mepolizumab	Mepolizumab 4.hafta	Mepolizumab 12.hafta	Mepolizumab 24.hafta
AKT	5	20	25	25
Eozinofil (n/mm ³)	930	480	350	300
Eozinofil (%)	10,6	5,2	4,8	4,2
İKS (tedavi/yl)	5	1	-	-
Atak sayısı /yl	10	5	-	-
FEV1	87	112	110	118
FEV1/FVC	60	73	80	82
PEF	88	90	90	93
MMF	36	68	68	70
Reverzibilite	24	7	5	1
Reverzibilite Volumü	830	110	80	30

Sonuç: Çocuklarda tedavisi ve kontrolü güç olan ağır astım standart basamak tedavileri ile kontrol edilemezse uygun biyolojik tedaviler uygulanabilir. Mepolizumab ağır eosinofilik astımı olan bu çocuklarda uygulanabilecek iyi bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: astım, mepolizumab, çocuk, spirometri, eosinofil

PS-060

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

Zeynep Güleç Köksal¹, Seda Şirin², Ahmet Zülfikar Akelma³

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Amaç: Kuruyemişlere karşı alerji, ciddi alerjik reaksiyonların önde gelen nedenlerinden biri olup ölümcül sonuçlara neden olabilir. Çocuklarda kuruyemiş alerjilerin klinik özellikleri hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu çalışmada, çocuklarda kuruyemiş alerjilerinin klinik ve laboratuvar özelliklerini araştırmak ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Metod: Bu retrospektif çalışmaya, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Alerji Kliniği'nde 2023-2024 yılları arasında kuruyemiş alerjisi (fındık, ceviz, kaju, antep fıstığı ve badem) tespit edilen 0-18 yaş aralığındaki çocuklar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları, cinsiyetleri, alerjinin başlangıç yaşı, alerjik reaksiyonların türü, ailede atopi öyküsü, eşlik eden gıda alerjilerinin varlığı ve laboratuvar özellikleri medikal kayıtlardan toplandı.

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

Kuruyemiş alerjisi olan hastaların demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri

Demografik Veriler	
Yaş, ay; median (IQR)	41.03 (20.66-53.85)
Cinsiyet, n (%)	
<input type="checkbox"/> Erkek	35 (53)
<input type="checkbox"/> Kadın	31 (47)
Ailesel atopi varlığı	29 (43,9)
Tanı başlangıç yaşı, ay; median (IQR)	9 (6-12,25)
Eşlik eden alerjik hastalık	
Anafilaksi, n (%)	15 (22.7)
Atopik dermatit, n (%)	55 (83.3)
Astım, n (%)	6 (9.1)
Alerjik rinit, n (%)	5 (7.6)
Diğer besin alerjisi, n (%)	58 (87.9)
Adrenalin otoenjektör recete	26 (39.4)
Laboratuvar	
Total IgE, median (IQR)	163 (65.27-442)
Eozinofil, n	400 (227-595)
Eozinofil, %	4 (2.60-6.52)
Ceviz spesifik IgE, median (IQR) (n=22)*	1.89 (0.74-13.62)
Fındık spesifik IgE, median (IQR) (n=41)*	3.72 (1.53-17.92)
Kaju spesifik Ig E, median (IQR) (n=19)*	2.24 (0.17-4.67)
Antep fıstığı spesifik Ig E, median (IQR) (n=14)*	6.81 (1.65-20.47)
Badem spesifik IgE, median (IQR) (n=7)*	0.97 (0.35-1.48)
Fizik muayene bulguları	
Oral semptom, n (%)	4 (6,1)
Cilt tutulumu, n (%)	65 (98,5)
Gastrointestinal, n (%)	10 (15,2)
Üst havayolu tutulumu, n (%)	5 (7,6)
Solunum sistem tutulumu, n (%)	9 (13,6)

Tekli ve çoklu kuruyemiş alerjisi olan hastaların demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri

Demografik Veriler	TEKLİ (n=44)	ÇOKLU (n=22)	P değeri
Yaş, ay; median (IQR)	21,96 (17,73-50,75)	45,43 (38,80-70,97)	0,001
Cinsiyet, n (%)			
<input type="checkbox"/> Erkek	24 (54,5)	11 (50)	
<input type="checkbox"/> Kadın	20 (45,5)	11 (50)	0,727
Ailesel atopi varlığı	18 (40,9)	11 (50)	0,483
Tanı başlangıç yaşı, ay; median (IQR)	8 (6-12)	12 (6-24)	0,085
Eşlik eden alerjik hastalık			
Anafilaksi, n (%)	4 (9,1)	11 (50)	<0,001*
Atopik dermatit, n (%)	40 (90,9)	15 (68,2)	0,020
Astım, n (%)	3 (6,8)	3 (13,6)	NA
Alerjik rinit, n (%)	2 (4,5)	3 (13,6)	NA
Diğer besin alerjisi, n (%)	38 (86,4)	19 (86,4)	NA
Adrenalin otoenjektör recete	9 (20,9)	17 (77,3)	<0,001
Laboratuvar			
Total IgE, median (IQR)	365 (227,5-590)	460 (215-595)	0,624
Eozinofil, n	149 (62,22-353,75)	202,5 (67,45-757,75)	0,463
Eozinofil, %	3,4 (2,6-6,27)	5,05 (2,50-7,87)	0,288
Fizik muayene bulguları			
Oral semptom, n (%)	2 (4,5)	2 (9,1)	0,407*
Cilt tutulumu, n (%)	43 (97,7)	22 (100)	0,476
Gastrointestinal, n (%)	3 (6,8)	7 (31,8)	0,012*
Üst havayolu tutulumu, n (%)	3 (6,8)	2 (9,1)	NA
Solunum sistem tutulumu, n (%)	1 (2,3)	8 (36,4)	<0,001*

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

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

Tekli-Çoklu Kuruyemiş Alerjisi



Anahtar Kelimeler: Kuruyemiş alerjisi, fındık, ceviz, anafilaksi, pediatri

PS-061

Nadir Görülen Bir Gıda Alerjisi Olgusu: Mısır Alerjisi

Muhammed Fatih Erbay¹, Nilay Çalışkan¹, Güler Yıldırım¹, Hamit Boloğur¹, Hilal Güngör¹, Merve Karaca Şahin¹, Aslı Topçak¹, Şefika İlknur Kökcü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Mısır, dünya genelinde yaygın olarak tüketilen bir gıda maddesidir. Ancak, mısır alerjisi nadir görülen bir gıda alerjisi türüdür.

Metod: Bu posterde, mısır tüketimi sonrasında ürtiker gelişen 15 yaşında kız hastamız sunulacaktır.

Bulgular: 15 yaş kız, Öykü; 1 yıldır ara ara tüm vücutta yaygın kaşıntılı ve deriden kabarık lezyon yakınması ile başvuran hastanın bu yakınmalarının özellikle patlamış mısır, konserve mısır ve mısır cipsi tükettikten sonra geliştiği öğrenildi. Laboratuvar; Total IgE: 35,4 kU/L Eozinofil sayısı: $0.09 \times 10^9/\mu\text{L}$ Eozinofil yüzdesi: %1.4 Haşlanmış mısır ile prik to prik test sonucu: Negatif. Hastamızın mısır ile deri testi negatif sonuçlanmasına rağmen öyküsünde ürtiker ile mısır tüketimi arasında kuvvetli bir ilişki tariflemesi nedeniyle mısır ile provakasyon testi uygulandı. Test esnasında hastamızın kolunda ve ensesinde ürtiker gelişmesi üzerine testi sonlandırarak mısır alerjisi kabul edildi.

ürtikeryal döküntü



"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

ürtikeryal döküntü



ürtikeryal döküntü



Sonuç: Bu olgu sunumumuzda, öyküsünde tetikleyici belirten hastalarımızın deri test sonuçları negatif sonuçlansa dahi şüpheli gıda ile provakasyon yapmanın tanı koymak için gerekli olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: besin alerjisi, mısır alerjisi, provakasyon testi

PS-062

Alerji Testlerinde Lanset, Çok Başlı Aplikatör ve Spesifik İmmunglobulin E'nin Tanısal Etkinliğinin Karşılaştırılması

İşıl Turan¹, Selami Ulaş¹, Serdar Al¹, Çiğdem Aydoğmuş¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Alerjik rinit ve alerjik astım, çocuklarda sık görülen solunum hastalıklarıdır. Bu hastalıkların tanısında, deri prik testleri (DPT) ve alerjen spesifik immunglobulin E (SpIgE) ölçümleri önemli bir rol oynamaktadır. Son yıllarda hızlı tanı kitlerinin kullanımı artmıştır. Bu çalışmanın amacı çok başlı aplikatör ve alerjen SpIgE'lerin tanısal performanslarını altın standart kabul edilen lanset DPT göre etkinlikleri araştırıldı.

Metod: Çok başlı aplikatör, lanset ile aynı alerjen solüsyonları kullanılarak aynı hastalara deri prik testleri yapıldı. Ayrıca, her hastadan alerjen SpIgE düzeyleri ölçüldü. Lanset ile yapılan DPT'lere göre çok başlı aplikatör ve alerjen SpIgE'lerin tanısal performansları istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular: Toplamda alerjen SpIgE'leri de alınan 105 hasta üzerinde 2100 DPT yapıldı. Hastalarda sıklık sırasına göre ev tozu akarı, polenler ve küf alerjen duyarlılığı saptandı. Çok başlı aplikatör ile yapılan DPT %73.3, lanset ile yapılan DPT %82.9 ve SpIgE ile yapılan test %81 oranında duyarlanma tespit edildi. Çok başlı aplikatörün tanısal duyarlılık değeri %0-52 arasında ve lanset ile korelasyonları zayıf bulundu.

Sonuç: Hızlı sonuç alma amaçlı testler, alerjen duyarlılığını tespit etmekte yeterince etkin olmamıştır. Lanset ile yapılan DPT ve SpIgE ölçümleri gibi doğru ve güvenilir tanı yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Bu çalışma, alerjen duyarlılığı tespitinde alerjen solüsyonları da kullanılarak yapılan farklı DPT yöntemlerinin değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır ve alerjik hastalıkların tanı ve tedavisinde doğru yönlendirmeler yapmak adına önemli bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: deri testleri, duyarlılık ve özgüllük, ekipman ve malzemeler, çocuklar, alerji

PS-063

Sitarabin ile Anafilaksi Gelişen Pediatrik Hastada Başarılı Desensitizasyon

Funda Aytekin Güvenir¹, Zeynep Şengül Emeksiz¹, Emre Sefa Gültekin², Zeliha Güzelküçük², Namık Yaşar Özbek², Emine Dibeek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

Amaç: Sitarabin (ARA-C), Akut Miyeloid Lösemi (AML) ve Non Hodgkin lenfoma tedavisinde kullanılan kemoterapötik bir ajandır. ARA-C ile bildirilen istenmeyen ilaç reaksiyonları sıklıkla ilacın farmakolojik etkileri kaynaklı olup anafilaksi nadir bildirilmiştir.

Metod: Burada ARA-C ile anafilaksi gelişen ve başarılı bir şekilde desensitizasyon uygulanan çocuk hasta sunulmuştur.

Bulgular: 3 yıl önce aplastik anemi nedeni ile hematopoetik kök hücre nakli (HSCT) yapılmış olan 17 yaş erkek hasta, takibinde trombositopeni gelişmesi nedeni ile yapılan kemik iliği aspirasyonunda AML-M0 tanısı aldı. İkinci HSCT öncesinde ARA-C ile indüksiyon tedavisi (12 saatte bir 100 mg/m²) planlanan hasta 3. doz ARA-C verildiği sırada, infuzyonun 20. dakikasında nefes darlığı, hışıltı, flushing ve kulaklarda anjiyoödem gelişti. Hastaya adrenalin uygulandı ve adrenalin sonrasında semptomları geriledi. ARA-C tedavisini mutlaka alması gerekmesi ve alternatif tedavi olmaması nedeniyle desensitizasyon ile tedavinin verilmesine karar verildi. Desensitizasyon protokolü; 4 solüsyon, 16 basamaklı (her solüsyon için 4 basamak: 0,001 mg/mL, 0,01 mg/mL, 0,1 mg/mL ve 1 mg/mL) olarak uygulandı ve reaksiyon olmaksızın tamamlandı. Desensitizasyon sonrası 12 doz ARA-C tedavisi sorunsuz olarak verilebildi.

Sonuç: ARA-C tedavisi ile anafilaksi gelişen olguda başarılı desensitizasyon protokolü ile tedavinin devamlılığı sağlanabilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, desensitizasyon, kemoterapötik alerjisi

PS-064

Morquio Sendromu Tanılı Hastada Elosulfase Alfa Enzimi Desensitizasyonu Sırasında Omalizumab Kullanımı

Handan Duman Şenol¹, Pınar Şahin¹, Emine Ülgen¹, İlke Baş¹, Mehmet Geyik¹, Hatice Ceren Eser¹, Ayşe Aygün¹, Ezgi Topyıldız¹, Hülya Anıl², Koray Harmancı², Esen Demir¹, Figen Gülen¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı

Amaç: Morquio Sendromu mukopolisakkaridoz tip IVA (MPS tip IVA) olarak da adlandırılan N-asetil galaktozamin-6 sülfataz enziminin yetersiz aktivitesinin neden olduğu, sık aralıklarla enzim replasman tedavisinin ihtiyaç duyulduğu bir hastalıktır. İlaç reaksiyonu olduğunda hastaların tedavisi aksamaktadır. Erken tip reaksiyonların varlığında desensitizasyon protokolleri uygulanabilmektedir. Desensitizasyon esnasında gelişen reaksiyonlarda anti IgE monoklonal antikor olan omalizumabın premedikasyon veya adjuvan tedavi olarak kullanıldığı bazı vaka raporları ve küçük örneklemlerli çalışmalar yayınlanmıştır.

Metod: Elosulfase alfa enzim replasman tedavisi esnasında anafilaksi geliştiren hastada desensitizasyon yapılan, omalizumab kullanılan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: 2.5 yaşında Morquio sendromu tanısı alan, haftada bir 2mg/kg elosulfase alfa enzim replasmanı tedavisi uygulanan hasta, tedavisinin 3. yılında infüzyon başladıktan 30 dakika sonra ürtiker, göğüs ağrısı ve nefes darlığı gelişmesi sebebi ile anafilaksi tanısı almış. İntramusküler adrenalin, intravenöz metilprednizolon ve feniramin tedavileri verilerek alerji kliniğine yönlendirilmiş. MPS Tip IVA'nın alternatif tedavisi mevcut olmadığı için hastaya desensitizasyon uygulanması planlandı. Öncesinde montelukast, metilprednizolon ve feniramin verilerek 16 basamaklı 4 solüsyonlu desensitizasyon protokolüne başlandı. İlk uygulamada herhangi bir reaksiyon gelişmeyen hastaya bir sonraki hafta 12 basamaklı desensitizasyon protokolü uygulanırken protokolün 11. basamağında anafilaksi gelişti. Bir sonraki hafta yine 12 basamaklı protokol esnasında reaksiyon gelişmesi nedeniyle hastaya omalizumab tedavisi ile birlikte desensitizasyon yapılması planlandı. Tablo 1'de desensitizasyon protokollerinin basamakları ve omalizumabın doz aralıkları sunulmuştur. Son omalizumab dozu ile enzim replasman tedavisi desensitizasyon yapılmadan verildi. Hastada alerjik reaksiyon gelişmedi. 5. dozdan sonra omalizumab tedavisi kesildi. Hasta halen sorunsuz bir şekilde haftalık enzim replasman tedavisine devam etmektedir.

Tablo 1: Desensitizasyon Protokolleri ve Omalizumab Uygulanma Zamanları

Hafta	Desensitizasyon Protokolleri	Omalizumab
1	12 Basamaklı	Uygulandı
2	12 Basamaklı	-
3	12 Basamaklı	Uygulandı
4	8 Basamaklı	-
5	8 Basamaklı	-
6	8 Basamaklı	Uygulandı
7	6 Basamaklı	-
8	6 Basamaklı	-
9	6 Basamaklı	-
10	6 Basamaklı	-
11	4 Basamaklı	Uygulandı
12	4 Basamaklı	-
13	4 Basamaklı	-
14	4 Basamaklı	-
15	4 Basamaklı	-
16	4 Basamaklı	-
17	4 Basamaklı	-
18	Yapılmadı	Uygulandı

Sonuç: Alternatif ilacın olmadığı erken tip reaksiyonların tedavisinde desensitizasyon protokolleri uygulanabilmektedir. Desensitizasyon esnasındaki reaksiyonların kontrol altına alınabilmesinde ve tedavinin devamının sağlanması amacıyla omalizumab adjuvan olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: mps, morque, desensitizasyon, omalizumab, anafilaksi

PS-065

Çoklu Gıda Alerjisinin Başarılı Çözümü: Oral İmmünoterapi

İlke Baş¹, Handan Duman Şenol¹, Esen Demir¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji BD

Amaç: Besin alerjileri, dünya genelinde çocuklarda yaygın olarak görülmektedir. Çoklu besin alerjisi yaklaşık %30 sıklıkta olup hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini düşürmekte ve özellikle inek sütü alerjisinin eşlik etmesi durumunda çocukların büyümesini de etkilemektedir. Oral immünoterapi (OİT) hastaların alerjenlere karşı tolerans geliştirmelerini sağlamak amacıyla, alerjenlerin düşük dozlarla başlayarak kademeli olarak artırılması prensibine dayanan bir tedavi yöntemidir. Çoklu besin alerjisi olan bu hastalarda OİT'in birlikte yapılması durumunda yan etkilerin tekli yapılan OİT'e göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Biz de çoklu besin alerjili hastada ilk çoklu OİT deneyimimizi paylaşmak istedik.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: Üç aylık kız hasta, vücutta döküntü, kaşıntı nedeniyle başvurduğu dış merkezde atopik dermatit ve çoklu besin alerjisi (inek sütü, keçi sütü, yumurta, fındık duyarlılığı) tanısı almış. Anneye, üç yıl süreyle alerji saptanan gıdaların eliminasyonu uygulanmış ve bu süreçte olguya ileri derece hidrolize formula desteği verilmiş. Üç yaşında yapılan deri prik testlerinde (DPT) susam ve çoklu kuruyemiş duyarlılığı saptanmış, uygulanan besin yükleme testinde fırınlanmış süt ve peynir tüketimi ile iki kez anafilaksi geçirmiş en son yaklaşık altı ay önce yine kazara fındıklı kek tüketimiyle anafilaksi öyküsü olan hasta kliniğimize oral immünoterapi (OİT) için başvurdu. Hastanın yapılan DPT, bakılan besin-sp IgE ve bileşene dayalı testlerinin sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Hastaya eş zamanlı olarak inek sütü, fındık, ceviz, antep fıstığı ve susam ile oral immünoterapi uygulanmış (Tablo 2-3) ve reaksiyon gelişmeksizin OİT tamamlanmıştır. Halen hasta alerjisi olan tüm gıdaları sorunsuz tüketebilmektedir.

Tablo1: Hastanın Kan, Deri Prik Testi (DPT) ve Bileşene Dayalı Test Sonuçları

	2017	2020	Gıda DPT	2019
Total Ig E (IU/mL)	565.8	530.6	Histamin	8 mm
Eozinofil % (Sayı 10 ⁹ /µL)	%19.8 (3060)		İnek Sütü	10 mm
Spesifik Ig E			Keçi Sütü	11 mm
f2 İnek Sütü (kU/L)	21.9	62.70	Kazein	10 mm
f325 Koyun Sütü (kU/L)		29.00	Yumurta Beyazı	5 mm
f300 Keçi Sütü (kU/L)	8.06	<0.10	Yumurta Sarısı	6 mm
f17 Fındık (kU/L)	3.5	19.50	Koyun Eti	5 mm
f13 Yer Fıstığı (kU/L)		1.44	Yer Fıstığı	-
f201 Kaju (kU/L)		24.04	Antep Fıstığı	-
fx3 (Tahıllar) (kU/L)	2.14		Ceviz	8 mm
f78 Kazein (kU/L)	6.12	41.00	Badem	-
f245 Yumurta (kU/L)	>100		Fındık	9 mm
f10 Susam (kU/L)		9.59	Susam	9 mm
f20 Badem (kU/L)		2.04	Aeroalerjen DPT	
f203 Antep Fıstığı (kU/L)		95.40	Histamin	8 mm
f256 Ceviz (kU/L)		38.20	D. Farinea	5 mm
			D. Pteronyssinus	7 mm
			Kedi Epiteli	6 mm
			İnek Epiteli	-
			Zeytin	-
			A.Alterna	-

BİLEŞENE DAYALI TEST		2019	2021	2022	2023	
POLEN	Çim poleni	≤0,10	≤0,10	≤0,10	≤0,10	
	Ağaç poleni	≤0,10				
	Yabani ot poleni	≤0,10	≤0,10	≤0,10		
AKARLAR	Ev tozu & depo akarları					
	Ev tozu akarı (Amerikan)					
	Der f1	Sistein-proteaz	21.57	39.93	40.74	25.4
	Der f2	NPC2 Ailesi	8.06	60.85	49.48	42.15
	Ev tozu akarı (Avrupa)					
	Der p1	Sistein-proteaz	4.47	1.60	0.81	4.14
	Der p2	NPC2 Ailesi	23.56	58.03	45.66	40.38
	Der p23	Peritrofin benzeri protein	1.37	1.99	1.06	4.22
BİTKİSEL BESİNLER	Ceviz					
	Jug r1	2S Albumin	6.93	66.96	50	40.96
	Jug r2	7/8S Globulin	9.12	44.02	34.73	44.35
	Jug r4	11S Globulin		5.82	2.5	4.54
	Jug r6	7/8S Globulin		36.39	18.57	9.17
	Fındık					
	Cor a9	11S Globulin	2.83	3.34	0.72	0.96
	Cor a11	7/8S Globulin	4.56	8.44	2.58	11.33
	Cor a14	2S Albumin	36.18	64.75	47.32	27.48
	Antep Fıstığı					
	Pis v1	2S Albumin	27.42	44.67	44.67	35.11
	Pis v2	11S Globulin Subunit			6	6.15
	Pis v3	7/8S Globulin			14.82	10.28
	Susam					
	Ses i1	2S Albumin	22.76	20.62	20.62	19.21
Kaju						
Ana o3	2S Albumin	33.05	66.69	43.37	41.02	
HAYVANSAL BESİNLER	İnek Sütü					
	Bos d4	a-Laktalbumin	≤0,10	0.93	1.75	3.93
	Bos d5	B-Laktoglobulin	≤0,10		1.1	
	Bos d8	Kazein	8.73	51.79	24.54	9.04

Tablo 2: OİT uygulanan besin ölçeleri ve içerdikleri protein miktarı

CEVİZ	PROTEİN MİKTARI	FINDIK	PROTEİN MİKTARI	TAHİN	SUSAM PROTEİNİ MİKTARI	ANTEP FISTIĞI	PROTEİN MİKTARI
100 gr	15 gr	100 gr	15 gr	5 ml	1000 mg	100 gr	20 gr
1 gr	150 mg	1 gr	150 mg	1 ml	200 mg	1 gr	200 mg
1/100 >>1 cc	1,5 mg	1/100 >>1 cc	1,5 mg	1/100 >>1 cc	2 mg	1/100 >>1 cc	2 mg
1/10 >> 1cc	15 mg	1/10 >> 1cc	15 mg	1/10 >> 1cc	20 mg	1/10 >> 1cc	20 mg
1 Ceviz >>5 gr	750 mg	1 Fındık>> 1gr	150 mg	1 çay kaşığı susam >>1 ml	200 mg	1 Antep fıstığı>>0,5 gr	100 mg

Tablo 3: OİT uygulama şemaları

HAFTA	SÜT (DİLÜSYON)	MİKTAR	PROTEİN MİKTARI	CEVİZ (DİLÜSYON)	PROTEİN MİKTARI	FINDIK (DİLÜSYON)	PROTEİN MİKTARI	TAHİN (DİLÜSYON)	SUSAM PROTEİNİ MİKTARI	ANTEP FISTIĞI (DİLÜSYON)	PROTEİN MİKTARI
1.Hafta	1/100	1cc		1/100 >>1 cc	1,5 mg	1/100 >>1 cc	1,5	1/100 >>1 cc	2 mg	1/100 >>1 cc	2mg
2.Hafta		2cc		2 cc	3 mg	2 cc	3	2 cc	4 mg	2 cc	4 mg
3.Hafta		4cc		4 cc	6 mg	4 cc	6	4 cc	8 mg	4 cc	8 mg
4.Hafta		8cc		8 cc	12 mg	8 cc	12	8 cc	16 mg	6 cc	12 mg
5.Hafta	1/10	1cc		1/10 >> 1 cc	15 mg	1/10 >> 1 cc	15 mg	1/10 >> 1 cc	20 mg	1/10 >> 1 cc	20 mg
6.Hafta		2 cc		3 cc	45 mg	2 cc	30 mg	2 cc	40 mg	2 cc	40 mg
7.Hafta		4 cc		7 cc	75 mg	4 cc	60 mg	4 cc	80 mg	6 cc	120 mg
8.Hafta	Suφ	1 cc		8 cc (= 1 gr (Suφ))	150 mg	8 cc	120 mg	8 cc	160 mg	2 gram (Suφ)	400 mg
9.Hafta		2 cc				1 gram (Suφ)	150 mg	1 cc (Suφ)	200mg	3 gram	600 mg
10.Hafta		4 cc				2 gram	300 mg	2 cc	400mg	5 gram	1000 mg
11.Hafta		10 cc				3 gram	450 mg	4 cc	800 mg		
12.Hafta		16 cc				5 gram	750 mg	5 cc	1000 mg		
13.Hafta		25 cc						10 cc	2000 mg		
14.Hafta		30 cc						15 cc	3000 mg		
15.Hafta		40 cc						20 cc	4000 mg		
16.Hafta		50 cc									
17.Hafta		75 cc									
18.Hafta		100 cc	3.33 gr								
19.Hafta		125 cc									
20.Hafta		150 cc									
21.Hafta		175 cc									
22.Hafta		200 cc									

Sonuç: Besin alerjili hastalar OİT sırasında anafilaksi dahil yan etkiler ile karşılaşabilmektedir. Çoklu OİT uygulamaları (beş alerjen) esnasında yan etkilerin daha az görüldüğü bildirilmektedir. Çoklu gıda alerjisi olan hastalarda eş zamanlı çoklu OİT uygulanması güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir. Çoklu besin OİT uygulamasını sonuçlarıyla anlatan bu olgu alerjik reaksiyonların şiddetini azaltarak uzun vadede hastanın yaşam kalitesini artırması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: oral immünoterapi, besin alerjisi

PS-066

Deri prick testine bağlı olarak gelişen sistemik reaksiyon; olgu sunumu

Ece Tüsüz Önata¹, Öner Özdemir¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları BD, Sakarya

Amaç: Deri prick testleri besinlerin ticari formlarından ziyade taze formlarıyla prick to prick yöntemiyle de uygulanabilir. Deri testlerinin genellikle güvenli olduğu bilinmesine rağmen bu testlerle ilişkili reaksiyonları değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Burada prick to prick test sonrasında sistemik reaksiyon gelişen bir olgudan bahsedeceğiz.

Metod: 6 aylık kız hasta atopik dermatit nedeniyle yönlendirilmişti. Hastanın 2-3 aylıkken yüz bölgesinde yaygın olmak üzere gövde ve ekstremitelerinde kaşıntılı, eritemli, skuamli lezyonları mevcut olup düzenli nemlendirme ile gerilemişti. Hastaya kliniğimizde süt ve yumurta prick to prick testi uygulandı. Hastaya prick to prick testinin konulmasından yaklaşık 20-25 dakika sonra vücudunda yaygın ürtiker gelişti. Genel durumu iyi olan hastanın solunum sıkıntısı, kusma ishal gibi ek sistemik semptomu yoktu. Fizik muayenesinde solunum sesleri dinlemekle doğaldı. Kan basıncı:80/50 mm Hg, Kalp tepe atımı:110/ dk, Satürasyon:%98 olarak ölçüldü. Hastanın deri prick ve prick to prick testi: negatif kontrol:0x0 mm, pozitif kontrol:10x10 mm; inek sütü ticari:7x5 mm; inek sütü uht:6x6 mm; yumurta sarısı ticari:10x5 mm; yumurta sarısı kendisi:5x5 mm; yumurta beyazı ticari:7x20 mm; yumurta beyazı kendisi:16x10 mm olarak saptandı. Hasta servise alınarak iv feniramin ve metilprednizolon tedavisi uygulandı. 4 saatlik gözlem sonrasında şikâyetleri gerileyen ve ek sistemik semptomu olmayan hasta önerilerle taburcu edildi. Hastaya süt ürünü ve yumurta diyeti başlandı ve hasta takibe alındı. Spesifik IgE değerleri: yumurta akı: 12,5; yumurta sarısı: 5,94; süt :0,47; alfa laktalbumin :0,97; beta laktoglobulin:0,25; kazein :<0,10 olarak sonuçlandı.

Bulgular: Önceki çalışmalar deri prick ve prick to prick testi ile sistemik reaksiyon riskinin çok düşük olduğunu göstermiştir. 2013-2019 yılları arasında kendi merkezimizde deri prick testi yapılan 12.519 vakanın incelendiği bir çalışmada hiçbir hastada sistemik reaksiyon görülmemiştir. Ancak literatürde özellikle de birden fazla gıda alerjisi için yapılan prick to prick testi sonrasında anafilaksi gelişen vaka raporlarına rastlamaktayız. Deri testleri sistemik bir anafilaktik reaksiyona uygun girişimlerde bulunulabilecek donanımı olan ortamlarda, deneyimli personel tarafından yapılmalıdır. Hastalar işlem öncesinde mutlaka muayene edilmeli ve özellikle kontrolsüz astımı, polisensitizasyonu ve yüksek derecede deri prick testi reaktivitesi olabilecek hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

Sonuç: Deri prick testleri sonrasında sistemik reaksiyon gelişimi nadir olsa da özellikle riskli hastalarda sistemik reaksiyon görülme ihtimalinin olduğunu ve uygun önlemler alınarak işlemin yapılması gerektiğini tekrar hatırlatmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Deri prick testi, sistemik reaksiyon, inek sütü

PS-067

Filaggrin Mutasyonu Pozitif, Ağır Atopik Dermatiti Olan Bir Olgu

Eren Sarı¹, Ercan Nain², Elif Yılmaz Güleç³, Nurhan Kasap⁴, Özlem Yılmaz¹

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Alerji ve İmmünoloji BD, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, Türkiye

²Çocuk Alerji ve İmmünoloji, Serbest hekim, Çanakkale, Türkiye

³Tıbbi Genetik AD, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

⁴Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü, İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Atopik dermatit (AD) kutanöz inflamasyonun eşlik ettiği, kaşıntılı, kronik ve rekürren ataklarla seyreden, dünya genelinde çocukların %20'sini etkileyebilen bir cilt hastalığıdır. Ağır AD, yetişkinlerde çocuklara göre daha sık görülmeyle birlikte tüm vakaların %10'undan azını oluşturur. Filaggrin genindeki (FLG) mutasyonlar, bugüne kadar AD ile ilişkilendirilen en yaygın ve önemli genetik defektler olarak tanımlanmıştır. FLG mutasyonları taşıyan AD hastalarının, FLG mutasyonları olmayan AD hastalarına göre daha kalıcı ve şiddetli hastalığa sahip oldukları gösterilmiştir. Konvansiyonel tedavilere dirençli ve çok yüksek total IgE düzeyi olan bu olguyu sunmaktaki amacımız, ayırıcı tanılar gözden geçirilip tanı doğruladıktan sonra, moleküler tedavi seçenekleri içinde uygun tedavi yönetimini tartışmaktır.

Metod: .

Bulgular: 11 yaş kız olgu, 6 aylıktan itibaren AD tanısı ile takipli, döküntü ve kaşıntı şikâyetlerinin artması üzerine merkezi-mize yönlendirildi. Olgu, daha önce çok sayıda nemlendirici, lokal ve kısa süreli sistemik kortikosteroid ve antihistaminik tedavileri almıştı. Başka bir merkezde başlangıç dozunun ½'si ile ev tozu akarı immünoterapisi başlandığı, ancak ilk dozdan hemen sonra tip 1 reaksiyon gelişmesi nedeniyle immünoterapinin kesildiği öğrenildi. Olgunun atopik dermatit şiddeti ağırdı. (SKORAD indeksi: 85) Özgeçmişinde primer immün yetersizlik (PİY) düşündürülen tekrarlayan bakteriyel, viral enfeksiyon, otoimmünite ve aile öyküsü yoktu. Deri testinde, ev tozu akarı ve çayır poleni duyarlılığı mevcuttu. Total IgE düzeyi 13107 IU/ml'di. Düzenli yoğun nemlendirici, ıslak pansuman, kortikosteroid ve topikal kalsinörin inhibitörü ile proaktif tedavi, çamaşır sulu banyo, enfekte görünümlü lezyonları için kısa süreli lokal ve sistemik antibiyotik tedavileri etkili olmadı. Olgu, 6 ay süreyle kullanılan siklosporine yanıtıydı. Bu süreçte IgE yüksekliği ve ağır egzema ile seyreden PİY yönünden araştırıldı ve immün yetmezlik saptanmadı. Tüm ekzom analizi sonucunda FLG c.3757 G>T nonsense patojenik mutasyonu saptandı. Yukarıda açıklanan tedavi yöntemlerine yanıt alınamayan olguya, dupilumab tedavisi planlandı, ancak ülkemizde yaş grubuna göre onayı ve geri ödemesi olmadığı başlanamadı. Selektif JAK1 inhibitörü verilmesi planlanmakta ve bu yönde hazırlıkları sürdürülmektedir.

Sonuç: Ağır AD, tedavisi ve yönetimi zor bir hastalıktır. Bu olgu ile FLG mutasyonu olan bir ağır AD'nin yönetimine dair bilgi vermeyi amaçladık. Ayrıca çok yüksek IgE değerleri ayırıcı tanıda Hiper IgE sendromlarını akla getirirse de, nonsense FLG mutasyonunun kutanöz duyarlılıkları ve şiddetli alerjik reaksiyonlarının büyük oranda açıklayabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Atopik Dermatit, Dupilumab, Filaggrin, Hiper IgE, JAK İnhibitörleri

PS-068

Papatya Çayı İle Anafilaksi Geçiren Polen Alerjili Bir Olgu

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

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji

Amaç: Anafilaksi; son yıllarda sıklığı diğer alerjik hastalıklarla paralel olarak giderek artan ve hayatı tehdit edebilen sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Genel popülasyonda yaşam boyu anafilaksi prevalansının %0,3 ile %5,1 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Çoğunlukla besinler, ilaçlar ve arı venomunun tetiklediği immunolojik mekanizmalarla ortaya çıksa da non-immunolojik mekanizmaların da anafilaksi gelişimine sebep olduğu gösterilmiştir.

Metod: Bu bildiride papatya çayı ile anafilaksi geçiren bir olgu, nadir görülmesi nedeni ile sunulmak istenmiştir.

Bulgular: On bir yaş erkek hastanın, bir yıl önce papatya çayı içtikten hemen sonra yüzünde kızarıklık, döküntü ve nefes darlığı gelişmesi üzerine hastaneye başvurduğu, anafilaksi olarak değerlendirilerek uygun tedavi aldığı, adrenalin otoenjektör ile taburcu edildiği öğrenildi. Bu olaydan sonra papatya çayı tüketmediği ancak 2 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında sefdinir etken maddeli ilacın ilk dozundan yarım saat sonra yüzünde döküntü, öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvurduğu hastanede anafilaksi tedavisi uygulandığı ifade edildi. İkinci kez anafilaksi geçiren hasta Çocuk Alerji Ünitesine başvurduğundaki değerlendirilmesinde; atopik dermatit öyküsü ve mevsimsel alerjik rinokonjunktivit semptomlarının olduğu, fizik muayenesinde nazal konka hipertrofinin bulunduğu, tetkiklerinde eozinofilisinin (%6,7; 490/mm³) ve deri prik testinde çoklu alerjen duyarlılığının olduğu görüldü. Deri prik testinde; çayır poleni 8,5 mm, compositea 3 mm, kedi 4,5 mm ve papatya 3,5 mm olarak saptandı. İlaç alerji testi planlanan hastaya test yapılana kadar beta laktam grubu antibiyotikleri ve çapraz reaksiyon verebilecek ilaçları kullanmaması önerildi. Mevsimsel alerjik rinokonjunktivit tedavisi verilen hastaya polen duyarlılığı önlemleri anlatılarak başta papatya olmak üzere bitki çayı tüketmemesi önerildi.

Sonuç: Anafilaksi; mast hücre ve bazofil kaynaklı mediyatörlere bağlı olarak aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilen sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Anafilaksi uyaranları değerlendirildiğinde çocuklar ve genç erişkinlerde besinler ilk sırayı alırken, bunu venomlar ve ilaçlar takip etmektedir. Papatya; Papatyagiller (Asteraceae) ailesine ait bir bitki türüdür. Özellikle polen alerjisi olan kişilerde hipersensitivite reaksiyonlarına yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bildiride nadir görülmesi nedeni ile papatya çayı ile anafilaksi geçiren bir olgu sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: anafilaksi, polen alerjisi, papatya

PS-069

Nadir Bir Ürtiker: Akuajenik Ürtiker

Aslı Berivan Topçak¹, Nilay Çalışkan¹, Güler Yıldırım¹, Merve Karaca Şahin¹, Hamit Boloğur¹, Hilal Güngör¹, Fatih Erbay¹, Şefika İlknur Kökçü Karadağ¹, Deniz Özçeker¹

¹Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Akuajenik ürtiker kronik, 2021 EACCI sınıflamasına göre uyarılabilir ürtikerin alt grubu olarak kabul edilmektedir. Literatürde ilk defa 1964 yılında Shelley veRawnsley tarafından tanımlanmış olup günümüze kadar az sayıda vakabilendirilmiştir. Su ve sebunun birleşiminin toksik madde oluşturması, histaminbağımsız ve asetilkolin salınımı ilişkili mekanizmalar ile suda çözünen epidermalantijenlerin mast hücre salınımına yol açması suçlansa da etyoloji net olarakgösterilmemiştir. Genetik şekli ortaya konulamamıştır, ancak literatürde aileselvakalar bildirilmiştir. Karakteristik lezyonu su ile temastan 20-30 dakika sonra ortayaçıkan 1-3mmlik folikülozentrik kabarıklık ve bunu çevreleyen 1-3cmlik eritemlilezyonlardır. Ortaya çıkmasında sıcaklık ve pH in etkisi yoktur ancak sudaki tuzderişimi ile ilgili olan vakalar bulunmaktadır. Tanı öykü ve uyarı testi ilekonulmaktadır. Tedavide ise kaçınma mümkün olmadığından antihistaminik tedavisi,yanıtsız olgularda PUVA tedavisi gibi seçenekler mevcuttur.Burada akuajenik ürtikeri olan bir vaka sunulacaktır.

Metod: Retrospektif vaka değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgular: 15 yaşında adölesan, sağlıklı, beyaz tenli kız hasta birkaç aydır olan banyoda ve denize girdikten birkaç dakika sonra kaşıntılı, kızamık döküntü yakınması ile başvurdu. Bu döküntüye eşlik eden anjioödem, nefes darlığı, karın ağrısı, bulantı gibi semptomları yoktu. Döküntüler sıcak veya soğuk su olmasına göre değişmiyordu. Fiziksel aktivite, emosyonel durum veya hava sıcaklığına göre değişiklik yoktu. Lezyonlar genelde gövde ve ekstremitelerde çıkıyordu.Ailede ve kendisinde atopi öyküsü yoktu. Hastanın kliniğe başvurusunda aktif ürtikeri yoktu. Diğer sistemik bakışı normal izlendi. Dermografizm negatif saptandı. Ailenin çektiği fotoğraflardan lezyonun ürtiker plağı olduğu görüldü.Ana negatif sonuçlandı. Triptaz,Sedimentasyon ve amilaz değeri normal izlendi.Olgunun ıslak havlu ile provokasyon testi EACCI kılavuzuna uygun olarak yapıldı. 5.dakikada ürtiker plağı görüldü, test pozitif kabul edildi. Olguya daha sonra yapılankontak alerji yama testi negatif sonuçlandı.Tedavide olguya günde bir defa 10mg rupatadin tedavisi başlandı. Tedavi yanıtı UKT(ürtiker kontrol testi) ile değerlendirildi.

"Alerjide teorikten pratiğe genç bakış"

Provakasyon testi ile oluşan ürtiker



Provakasyon testi ile oluşan ürtiker



Hastamızın tetkik sonuçları

WBC	7110/uL
ANS	4100/uL
EOZ	260/uL
HB	13,7 gr/L
PLT	220.000/ uL
CRP	<0,2 mg/L
TSH/FT4/Anti-TPO	2,7/0,8/<0,25
IG-E	386 U/mL

Sonuç: Bu olguda amacımız nadir kronik, uyarılabilir ürtiker formu olan akuajenik ürtikere dikkat çekmek, bilinirliğini arttırmaktır.

Anahtar Kelimeler: Akuajenik Ürtiker, Kronik Uyarılabilir Ürtiker

PS-070

Klorfeniramin Hipersensitivitesi Olan Olgu Sunumu

Halil Alkaya¹, Hayrunnisa Bekis Bozkurt¹, Seda Çevik¹, Uğur Altaş¹, Betül Keser¹, Mehmet Yaşar Özkars¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Klorfeniramin maleat ürtiker, rinit ve konjonktivit tedavisinde yaygın olarak kullanılan H1 antihistaminiktir. Antihistaminiklerden dolayı ürtiker ve anjioödem vakaları bildirilmiş olmasına karşın anafilaksi gelişimi nadirdir. Ürtiker tedavisinin temel taşı olan antihistaminikler nadir de olsa ürtiker/AÖ ve anafilaksi nedeni olabilir. Klorfeniramin alımı sonrası anafilaksi gelişen hastanın sunulması ve farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Metod: Olgu Sunumu

Bulgular: 14 yaş erkek hasta, hastanemize başvurudan 3 hafta önce bulantı ve kusma ile dış merkeze başvurduğunda intravenöz klorfeniramin uygulamasının serum infüzyonunun 5. dakikasında tüm vücutta yaygın ürtiker, gözlerde anjioödem, öksürük ve seste boğuklaşma meydana gelmesi üzerine hastanın serumu durdurulup anafilaksi kabul edilip, IM Adrenalin yapılmıştır. Hastaya klorfeniramin hipersensitivitesi ön tanısı ile deri prick testi uygulandı negatif saptandı. 1/100 sulandırma ile yapılan ID testin pozitif kontrolü önce 6x6 mm 20 dk sonra 14x11 mm ve etrafı hiperemik endurasyon mevcuttu ve test pozitif kabul edilerek sonlandırıldı. Hastaya güvenli alternatif antihistaminik olarak setirizin ile provokasyon planlandı.

Sonuç: Antihistaminikler hipersensitivite reaksiyonlarının tedavisinde sıklıkla kullanıldığından ve antihistaminik aşırı duyarlılığı nadir görüldüğünden vakalar yeterince tanınmamaktadırlar. Altta yatan mekanizma net olmamakla birlikte en çok genç ve orta yaş erişkinlerde ve genelde kadınlarda görülmektedir. Bir ilacın gösterdiği reaksiyonu aynı sınıftan başka bir ilacın da göstermesi mümkündür. Tanı için deri testleri ve provokasyon testleri önerilmektedir. Farklı sınıftan en az bir güvenli ilaç provokasyona tabi tutulup alternatif yaratılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: klorfeniramin maleat, anafilaksi, setirizin