Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

Prof. Dr. Enver Hasanoğlu Anısına

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi

25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi

4-8 Kasım 2026 - Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

BİLDİRİ KİTABI

www.millipediatri2026.org

NETKON
www.netmice.com.tr

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Milli Pediatri Derneği'nin 70. yılına ulaşmanın gururunu ve mutluluğunu yaşıyoruz. Bu anlamlı yılda, 4-8 Kasım 2026 tarihleri arasında Antalya'nın eşsiz doğası ve konforuyla öne çıkan Titanic Deluxe Golf Belek Otel'de düzenleyeceğimiz 70. Türkiye Milli Pediatri Kongresi & 2. Uluslararası Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi'ne sizleri büyük bir heyecanla davet ediyoruz.

Bu yıl kongremiz, alanında değerli yurt içi ve yurt dışından gelecek uzman konuşmacıların katkılarıyla çocuk sağlığının güncel ve geleceğe yön veren konularını ele alacak; uluslararası bilimsel etkileşim ve çok yönlü paylaşımlarla zenginleşecektir.

Kongremiz kapsamında, İtalya, İngiltere, Almanya, Hırvatistan, Romanya, Azerbaycan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Özbekistan, Mısır, Ürdün, Rusya ve Kuzey Makedonya Cumhuriyeti'nden değerli akademisyenler bir araya gelecektir.

Kongrenin resmi dilleri Türkçe ve İngilizce olup, tüm oturumlarda simültane çeviri yapılacaktır.

Kongre programında; konferanslar, paneller & "Uzmanına Danışalım" Oturumları, sözel ve poster sunumları ve kurslar olacaktır. Bilimsel içeriğin yanı sıra, Antalya'nın büyüleyici atmosferinde hazırladığımız renkli sosyal etkinlikler ve yurt dışından katılacak misafirlerimizin katkı sağlayacağı uluslararası dinamizm ile kongremizin unutulmaz bir buluşma olacağına inanıyoruz.

Bilimin, paylaşımın ve dostluğun bir araya geldiği bu büyük pediatri şöleninde sizleri aramızda görmekten büyük onur duyacağız.

Sevgi ve Saygılarımızla,

Prof. Dr. Aysun BİDECİ
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Ayhan DAĞDEMİR
Türkiye Milli Pediatri Derneği Başkanı

TÜRKİYE MİLLİ PEDİATRİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Prof. Dr. Ayhan DAĞDEMİR

BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Elif ÖZMERT

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Aysun BİDECİ

GENEL SEKRETER YARDIMCISI

Prof. Dr. Mustafa ARGA

SAYMAN

Prof. Dr. İlyas OKUR

ÜYELER

Prof. Dr. Özlem TEKŞAM

Prof. Dr. Koray BODUROĞLU

Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA

Prof. Dr. Hasan TEZER

Prof. Dr. Behzat ÖZKAN

Prof. Dr. E. Zeynep İNCE

Prof. Dr. Funda ÇETİN

Prof. Dr. Filiz ORHON

Prof. Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Düzenleme Kurulu

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Aysun BİDECİ

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. Basim AL-ZOUBI

Dr. Mustafa ARGA

Dr. Canan AYGÜN

Dr. Sevcan BAKKALOĞLU EZGÜ

Dr. Aysun BİDECİ

Dr. Koray BODUROĞLU

Dr. Ruveyde BUNDAK

Dr. Yıldız CAMCIOĞLU

Dr. Funda ÇETİN

Dr. Merih ÇETİNKAYA

Dr. Ayhan DAĞDEMİR

Dr. Ayla GÜNLEMEZ

Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Dr. Adamos HADJIPANAYIS

Dr. Zeynep İNCE

Dr. Emin KÜREKÇİ

Dr. Timur MEŞE

Dr. Aida MUJKIC

Dr. İlyas OKUR

Dr. Filiz ORHON

Dr. Hasan ÖZEN

Dr. Elif ÖZMERT

Dr. Behzat ÖZKAN

Dr. Massimo PETTOELLO-MANTOVANI

Dr. Doina Anca PLESCA

Dr. Hakan POYRAZOĞLU

Dr. Erkin RAHIMOV

Dr. Aspazija SOFIJANOVA

Dr. Demet SOYLU

Dr. Özlem TEKŞAM

Dr. Hasan TEZER

Dr. Ahmed YOUNES

** Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 01

Demir Eksikliği Anemisinde Demir Tedavisinin, İştah Ve Serum Ghrelin, GLP-1, Amilin Düzeyleri Üzerine Etkisi

Tuğçe Çakır[2], Zerrin Orbak[2], Nurinnisa Öztürk[3], Ömer Faruk Bayrakturan[3], Hakan Döneray[2], Atilla Çayır[2]

Tuğçe Çakır / Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Bu çalışmada, demir eksikliği anemisinde tedavinin ghrelin, GLP-1, amilin hormonları ve iştah üzerine etkisini araştırmaktır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya yaşları 12-24 ay arasında değişen 30 demir eksikliği anemisi olan olgu, 15 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Olguların başvuruda boy, kilo, baş çevresi ölçülerek SDS hesaplanmış alınan kan örneklerinde ghrelin, GLP-1, amilin düzeyleri ELISA ile ölçülmüştür. Olguların iştahını değerlendirmek üzere tedavi öncesi 3 günlük diyet kalorileri ve tedavi sonrası 3 günlük diyetleri kaydedilerek günlük ortalama kalori alımları hesaplanmıştır. Aynı zamanda tedavi öncesi ve sonrasında beslenme davranış durumlarını tespit etmek üzere Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği anketi uygulanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Tedavi öncesi DEA grubunda ghrelin düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede düşük, GLP-1 ve amilin düzeyleri ise yüksek bulundu ($p < 0,001$). Tedavi sonrasında ghrelin düzeyleri anlamlı şekilde artarken ($p < 0,001$), GLP-1 ve amilin düzeylerinde anlamlı düşüş saptandı ($p < 0,05$). Tedaviyle birlikte olguların günlük enerji alımları (662,53 kcal/gün →827,63 kcal/gün; $p=0,001$), vücut ağırlığı ve SDS değerleri anlamlı şekilde arttı. Ghrelin için yapılan ROC analizinde 36,16 ng/mL cut-off değeri, %97 duyarlılık ve %72 özgüllük ile ayırt edici bulundu ($AUC=0,816$; $p < 0,001$).Bu çalışma, infant yaş grubunda demir eksikliği anemisinin ve demir tedavisinin iştah düzenlenmesinde rol oynayan ghrelin, GLP-1 ve amilin gibi hormonlar üzerinde değişiklikler oluşturabildiğini göstermektedir. Demir tedavisi, genel iyilik hali ve hematolojik parametrelerde düzelme sağlamanın yanı sıra ghrelin düzeylerinde artışa, GLP-1 ve amilin düzeylerinde düşüşle sonuçlanmıştır. Bu da iştah ve beslenme davranışlarında olumlu değişimlerle sonuçlanarak olguların tedavi sonrasında günlük kalori alımlarında artışın yanı sıra boy kilo ve SDS'de yükseliş ile sonuçlanmıştır. Bulgularımız, demir eksikliğinin yalnızca hematolojik bir sorun değil, aynı zamanda enerji alımı, büyüme ve iştah açısından çok boyutlu bir tablo olduğunu göstermektedir. Bu hormonal etkilerin mekanizmasının daha geniş örneklemler ve uzunlamasına çalışmalarla aydınlatılması gerekmektedir.

Demir Tedavisinin İştah, Serum Ghrelin, GLP-1 ve Amilin Üzerine Etkisi

Parametre	DEA (n=30)	Demir tedavisi sonrası (n=30)	Sağlıklı (n=15)	p
İştah skoru	86,83 ± 18,44	76,9 ±10,77	91,40 ± 13,10	0,615a 0,476b 0,065c
Günlük kalori (kcal/gün)	662,53 ± 65,37	827,63±82,90	827,63 ± 25,0	0,001a 0,269b 0,001c
Ghrelin (ng/mL)	24,22 ± 4,05	37,34± 5,03	38,83±3,99	0,001a 0,001b 0,546c
GLP-1 (pg/mL)	361,02 ± 86,62	276,22± 43,49	296,32±17,39	0,001a 0,004b 0,564c
Amilin (pg/mL)	1976,87 ± 579,88	1670,86± 422,73	1686,77±215,44	0,034a 0,127b 0,994c

a: Demir eksikliği anemisi (DEA) olan grupla Demir tedavisi sonrası grup arasındaki karşılaştırma.

b: Demir eksikliği anemisi (DEA) olan grupla Sağlıklı grup arasındaki karşılaştırma.

c: Demir tedavisi sonrası grupla Sağlıklı grup arasındaki karşılaştırma.

Anahtar Kelimeler: demir eksikliği anemisi, ghrelin, amilin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 02

Türk Kızlarında Menarş Sonrası Boy Kazanımını Etkileyen Klinik ve Sosyoekonomik Parametrelerin Değerlendirilmesi

Emrullah Arslan[1], Gülümay Vural Topaktaş[1], Sevim Onguner[1], Kübra Şen Küçük[2], Aybüke Pınar[3], Fulya Mete Kalaycı[4], Zeynep Bengül Köder[5], Hasan Karakaş[6], Agah Akın[7], Veli Eldem[8], Özge Yıldırım Salbaş[9], Elif İnan Balcı[10], Sibel Tuğçe Akgün[11], Sevinç Odabaşı Güneş[12], Zümrüt Kocabey Sütçü[13], Gamze Çelmeli[14], Ayşe Özden[15], Aylin Kılınç Uğurlu[7], Hanife Gül Balkı[16], Ali Ataş[17], Tolga Ünüvar[2], Bumin Nuri Dündar[1], Hakan Döneray[15], Gürkan Tarçın[11], Semra Çetinkaya[8], Filiz Tütüncüler[5], Ayşe Derya Buluş[3], Damla Gökşen[4], Serap Semiz[18], Ahmet Anık[2], Olcay Evliyaoğlu[6], Nursel Murat Şahin[8], Aysun Bideci[7]

Emrullah Arslan / T.C. Sağlık Bakanlığı, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Menarş, lineer büyüme hızının azaldığı ancak final boya ulaşana kadar sürecin devam ettiği kritik bir aşamadır. Menarş ile başvuran kızların ve ebeveynlerinin cevaplanmasını beklediği en önemli soru menarş sonrası boy uzama potansiyelidir. Bu çalışmada, geniş bir olgu serisinde menarş sonrası boy kazanımını etkileyen biyolojik ve sosyoekonomik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çok merkezli bu kohort çalışmasına, menarş yaşı ≥10 yıl olan, puberteyi veya lineer büyümeyi etkileyecek herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan 847 sağlıklı kız çocuk dahil edilmiştir. Şehirler sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre; metropoller (N=590), gelişmiş şehirler (N=210) ve gelişmekte olan şehirler (N=47) olarak sınıflandırılmıştır. Olguların menarş anındaki takvim yaşları, boy ve vücut kitle indeksi (VKİ) SDS değerleri, kemik yaşları ve ebeveyn eğitim durumları geriye dönük olarak kaydedilmiştir. Verilerin analizinde ANOVA, hiyerarşik regresyon ve etkileşim modelleri kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma grubunda ortalama menarş yaşı 12,25 ± 1,25 yıl, menarş sonrası toplam boy kazanımı ise 6,90 ± 3,33 cm olarak saptanmıştır. Menarş anındaki takvim yaşının boy kazanımı üzerinde en belirleyici parametre olduğu görülmüştür. Menarş anındaki takvim yaşının boy kazanımı üzerindeki belirleyici etkisi incelendiğinde; 11 yaş ve altında menarş olan kızların 9,51 ± 3,84 cm, 11-12 yaş grubundakilerin 6,99 ± 2,93 cm ve 13 yaş ve üzerindekilerin 4,90 ± 2,35 cm boy kazandığı saptanmıştır ($p < 0,001$). Kemik yaşının büyüme potansiyeli üzerindeki etkisi incelendiğinde, menarş anındaki kemik yaşının boy kazanımı ile güçlü bir negatif korelasyon gösterdiği ($r = -0,405$, $p < 0,001$) ve kemik yaşındaki her bir yıllık artışın menarş sonrası boy kazanımını yaklaşık olarak 1,26 cm azalttığı saptanmıştır. Şehirlerin gelişmişlik düzeyine göre yapılan karşılaştırmada, gelişmekte olan şehirlerdeki kızların toplam boy kazanımının (7,75 ± 3,56 cm), metropollerdeki (7,03 ± 3,30 cm) akranlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu izlenmiştir ($p = 0,009$). Bu bölgesel farkın, menarş sonrası ilk yılın uzama hızından ziyade, büyümenin ikinci ve üçüncü yıllardaki sürekliliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ($p < 0,001$). Sosyoekonomik bir gösterge olarak ebeveyn eğitim düzeyindeki artışın, yaşanılan bölgeden bağımsız olarak boy kazanımı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).Türk kızlarında menarş sonrası lineer büyüme potansiyeli; kronolojik yaş, iskelet matürasyonu ve sosyoekonomik çevre ile kompleks bir etkileşim içerisindedir. Menarş anındaki kemik yaşı, epifizeal füzyon süreci hakkında takvim yaşından bağımsız, yüksek düzeyde prediktif bir değer sunmaktadır. Ebeveyn eğitim düzeyi ve bölgesel gelişmişlik düzeyine bağlı olarak büyüme temposunun ve süresinin değişkenlik göstermesi, klinik izlemde sadece takvim yaşının değil, sosyodemografik değişkenlerin de dikkate alınması gerektiğini ortaya koymakta ve post-menarşal büyüme öngörüsünde biyopsikososyal bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menarş sonrası boy kazanımı, Menarş yaşı, Final boy

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 04

Azalan Pediatri Tercihiyle İlişkili Etkenler ve Yeniden Tercih Edilebilirliğe Yönelik Çözüm Alanları

Nadide Melike Sav[1], Sibel Yel[2], Metin Kaya Gürgöze[3], Ayşenur Paç Kısaarslan[2]

Nadide Melike Sav / Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Pediatrinin uzmanlık tercihlerindeki gerileme, çocuk sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir sağlık insan gücü sorunudur. Bu çalışmada, tıp öğrencileri ile mezun/pratisyen hekimlerin pediatriye yönelik tercih ve algılarının; staj deneyimi, çalışma koşulları ve mesleki beklentiler çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu çok merkezli kesitsel çalışma, Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 12 üniversiteden dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf tıp öğrencileri ile mezun/pratisyen hekimlerin katılımıyla yürütüldü. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen çevrim içi anketle toplandı. Pediatri tercih düzeyiyle ilişkili faktörler, çok değişkenli parsiyel orantılı odds modeliyle; pediatriyi ilk 10 tercih içinde değerlendirme durumu ise ikili lojistik regresyonla incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Çalışmaya 212 katılımcı dâhil edildi; katılımcıların %65,1'i altıncı sınıf/intörn hekimdi. Pediatri, katılımcıların %5,2'sinin ilk tercihi olurken %34,0'ı tarafından ilk 10 tercih arasında değerlendirildi; %32,5'i pediatriyi hiçbir koşulda düşünmediğini belirtti. Yoğun iş yükü ve nöbet sayısı katılımcıların %63,7'si için caydırıcıydı; %62,7'si uzmanlık seçiminde iş–yaşam dengesini önemsiyordu. Malpraktis ve yasal risklerin yüksek olduğu görüşüne %76,4 oranında katılım gösterildi. Buna karşılık pediatrinin toplum sağlığına katkısı %85,4, güçlü ve bütüncül klinik beceri kazandırması %84,0 oranında olumlu değerlendirildi. Katılımcıların %41,0'ının staj sonrasında pediatriye bakışı olumlu yönde değişti; %56,1'i çalışma koşulları belirgin biçimde iyileştirilirse pediatriyi daha güçlü bir seçenek olarak değerlendireceğini bildirdi. Pediatriye yönelik bakışın staj sonrasında olumlu hâle gelmesi veya olumlu kalması, pediatriyi daha üst sıralarda değerlendirmeyle güçlü biçimde ilişkiliydi (düzeltilmiş odds oranı=7,02; %95 güven aralığı: 3,61–13,64; $p < 0,001$). Olumlu algı puanındaki her bir standart sapmalık artış da daha yüksek tercih düzeyiyle ilişkiliydi (düzeltilmiş odds oranı=1,51; %95 güven aralığı: 1,12–2,03; p=0,007).Sonuç: Bulgular, pediatrinin algılanan mesleki değerinden çok ağır çalışma koşulları, yoğun nöbet yükü ve hukuki riskler nedeniyle tercih kaybettiğini düşündürmektedir. Katılımcıların yarısından fazlasının koşullar iyileştirildiğinde pediatriyi daha güçlü bir seçenek olarak değerlendireceğini belirtmesi, bu eğilimin değiştirilebilir olduğunu göstermektedir. Nitelikli staj deneyiminin güçlendirilmesi ve çalışma koşulları ile mesleki güvencede somut iyileştirmeler yapılması, pediatrinin tercih edilebilirliği ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, Uzmanlık Tercihi, Çalışma Koşulları

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 05

Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanılı Çocuk Hastalarda Ekzokrin Pankreas Yetmezliği Sıklığı

Burcu GÜVEN[1], Tuba KARACA[1], Semra ATASOY YILMAZ[1], Emine Ayça Cimbek[2], Hakan Kardeş[2], Ayça SARICA[2], Gülay KARAGÜZEL[2]

Burcu GÜVEN / Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Tip 1 diyabetes mellitus (DM), çocuklarda en sık görülen metabolik bozukluklardan biridir. Tip 1 DM' de tanı yaşının daha erken yaşlara kaydığı, dolayısıyla hastalarda uzun dönem komplikasyonların daha erken geliştiği bilinmektedir. Bu komplikasyonlardan biri de ekzokrin pankreas yetmezliğidir (PEY). Bu çalışmada amacımız; Pediatrik Tip 1 DM tanılı olgularda PEY sıklığını ve gelişimini etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya KTÜ Tıp Fakültesi çocuk endokrinoloji polikliniğinde takip edilen Tip1 DM tanılı pediatrik hastalar alındı. Pankreas yetmezliğine sebep olabilecek kistik fibrozis, kronik pankreatit, subtotal pankreatektomi gibi hastalıkları olan olgular dışlandı.Tüm hastaların demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, diyabet süreleri, tanı anı diyabet otoantikorları, C-peptit düzeyleri, laboratuvar bulguları (serum glukoz, HbA1C, amilaz, lipaz, lipit panel, Vitamin A,E,D, fekal elastaz ve steatokrit) kaydedildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya alınan 41 hastanın 27(%65.9)'si kız olup yaş ortalaması 11.6 ± 4,1(2-18 yıl), diyabet izlem süresi ortalama 4.0(0.5-12 yıl)idi. Hastaların 14(%34.1)'ünde PEY tespit edildi, bu hastaların 4(%9.8) 'ünde ağır PEY mevcuttu. Diyabet süresi ile pankreas yetmezliği arasında pozitif korelasyon görüldü. PEY olan hastalarda (n=14, %34.1) diyabet süresi medyanı 7.25 yıl iken, PEY olmayanlarda (n=27, %65.9) 3.00 yıl olarak bulundu (Mann-Whitney U=264.0, p=0.040). Diyabet süresi ile PEY varlığı arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (Spearman rho=0.328, p=0.037). ROC analizinde diyabet süresinin PEY'i öngörmedeki tanısal değeri anlamlı bulundu (AUC=0.698, %95 GA: 0.529–0.857, p=0.040). Youden indeksine göre en iyi ayrım noktası 5.0 yıl olarak tespit edildi (duyarlılık %71.4, özgüllük %66.7).Yapılan çalışmalarda Tip 1 veya Tip 2 DM tanılı erişkin hastalarda PEY saptanmıştır. Çocuklarda bu konuyla ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır.Tip1 DM 'li hastalarda diyabet izlem süresi ve pankreas yetmezliği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Bu çalışmada tarama için en uygun zaman 5 yıl olarak tespit edilmiştir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tip1 Diyabet, Ekzokrin Pankreas Yetmezliği

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 06

Ulusal Yenidoğan Tarama Programı ile Konjenital Hipotiroidi Tanısı Alan Olgularda Kalıcı ve Geçici Konjenital Hipotiroidi Ayırımında Kullanılabilecek Belirteçler

Çağla Bengü VURAL[1], Yağmur ÜNSAL[1], Nur Berna ÇELİK ERTAŞ[1], Doğuş VURALLI KARAOĞLAN[1], Elmas Nazlı GÖNÇ[1], Z. Alev ÖZÖN[1]

Çağla Bengü VURAL / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

Giriş: Yaşamın ilk üç yılında tiroid hormonlarının (TH) beyin gelişimi üzerine kritik önemli etkisi olması, eksikliğinde kalıcı bilişsel ve motor gerilik görülmesi nedeniyle yenidoğanlarda konjenital hipotiroidi (KH) taranmaktadır. Tarama programında TSH eşik değerinin düşürülmesi, 3 yaşında geçici/kalıcı ayırımı yapılana kadar çok sayıda geçici KH'li olgunun TH tedavisi kullanmasına yol açmaktadır. Bu durum ülkemiz gibi iyot eksikliği toplumlarında daha yaygındır. Bu çalışmada yenidoğan taramasıyla KH tanısı alan, üç yaş civarında geçici/kalıcı ayırımı yapılmış hastaları değerlendirerek, geçici KH'nin daha erken öngörülmesini sağlayabilecek belirleyicileri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Aralık 2006-Aralık 2024 tarihleri arasında ulusal tarama programından yönlendirilip KH tanısı ile izlenen, 3 yaşında kalıcı/geçici KH ayırımı yapılan olguların klinik, demografik, görüntüleme ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir. Tiroid agenezisi, ektopi gibi kalıcı KH olduğu kesin olgular çalışma dışında tutulmuş, çalışmaya tiroid bezi yerinde görüntülenen olgular dahil edilmiştir. İncelenen özellikler odds oranı (OR) ile değerlendirilmiş, çoklu lojistik regresyonda anlamlı saptanan özellikler ROC analizi ile incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmada 244 olgu (K/E: 1/1,3) incelenmiş; %73,4'ü geçici, %26,6'sı kalıcı KH olarak tanımlanmıştır. Kalıcı olguların %53,8'inin kız, geçici olguların ise %60,3'ünün erkek olduğu görülmüştür (p=0,048). Kalıcı KH tanılı olgular bir sendromla daha sık ilişkilendirilmiştir (p=0,019). Kalıcı KH'de tarama kapsamında alınan topuk kanı kapiller TSH serum eşdeğeri geçicilerden yüksektir (p=0,040); ilk başvuruda ölçülen serum TSH ve sT4 düzeyi ise gruplar arasında benzerdir. Başlangıç değerlerine göre TSH değerlerinin normal aralığa gelme süresi geçici KH'lilerde kalıcılara göre daha kısadır (p=0,022). Geçici KH'li bebeklerin levotiroksin ihtiyacı tedavilerinin ilk kontrolünden itibaren daha düşüktür. Tedavi başladıktan 1-2 hafta sonra kontrol TH ölçümüne göre değiştirilen levotiroksin dozu kalıcı/geçici KH ayırımdaki en erken değişkendir. Olguların ilk yıl, ikinci yıl ve üçüncü yıl değerlendirmelerinde kalıcı KH'lilerde hem ortalama TSH düzeyi hem de o yıl için ortanca TSH düzeyi belirgin yüksektir. İki yaşındaki levotiroksin tedavi dozunun 1,8 µg/kg/gün'ün üzerinde olmasının kalıcı KH riskini 174,1 kat (OR: 174,1; %95 GA: 12,2-2474,9; p < 0,001) ve TSH düzeyinin 3,3 mIU/L'den yüksek olmasının ise riski 172,2 kat (OR: 172,2; %95 GA: 11,2-2652,5; p < 0,001) arttırdığı görülmüş olup bu belirteçler kalıcı KH riskini öngören en güçlü belirteçlerdir. Ayrıca ilk tanıda serum TSH düzeyinin 72 mIU/L'den yüksek olması kalıcı KH riskini 7,2 kat (OR: 7,149; %95 GA: 1,019-50,140; p=0,048) arttırmaktadır. USG incelemelerinde tiroid hacmi -2 SDS altındaki olguların tümünün kalıcı KH grubunda olduğu saptanmıştır. Tiroid bezi görüntülemesinde kalıcı sorun saptanmayan olguların izlemindeki levotiroksin tedavi dozunun 1,8 µg/kg/gün'ün, TSH'nın 3,3 mIU/L'nın üzerinde olması kalıcı/geçici KH ayrımını en iyi ortaya koyan belirteçler olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kalıcı Konjenital Hipotiroidi, Geçici Konjenital Hipotiroidi, Levotiroksin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 07

Kronik Baş Ağrısı Olan Pediatrik Hastaların Klinik ve Mikronutrient Değerlendirilmesi

Damla Geçkalan[1], Seçil Oktay[2]

Damla Geçkalan / Bakırçay Üniversitesi, Çiğli EAH, Pediatri ABD.

Giriş: Baş ağrısı çocuk hastalarda klinik başvuruların önemli nedenlerindendir. Çalışmalarda primer baş ağrısı prevalans %62, gerilim tipi baş ağrısı %17 ve migren %11 olarak bildirilmektedir. Kronik baş ağrısıyla başvuran çocukların ağrı zamanı, eşlik eden belirtileri, ayrıcı tanılar değerlendirilmelidir. Amacımız; çocuk nöroloji polikliniğine başvuran kronik baş ağrısı tanısı konulan pediatrik hastaların klinik ve mikronutrient özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2025–Eylül 2026 tarihleri arasında Aydın Şehir Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğine başvuran, üç aydan uzun süredir baş ağrısı bulunan 88 çocuk hasta dahil edildi. Baş ağrısı özellikleri, çocuk nörolojisi uzmanı tarafından klinik değerlendirme ve baş ağrısı günlükleri temel alınarak değerlendirildi. Üç aydan uzun süredir ayda ≥15 gün gerilim tipi baş ağrısı özellikleri gösteren hastalar, kronik gerilim tipi baş ağrısı; başlangıcından itibaren 24 saat içinde sürekli hale gelerek üç aydan uzun süren baş ağrısı bulunan hastalar ise yeni günlük persistan baş ağrısı (NDPH) olarak sınıflandırıldı. Hastaların klinik bulguları, ağrı süresi ve şiddeti, magnezyum, vitamin B12, 25-hidroksivitamin düzeyleri, beyin manyetik rezonans sonucu, tansiyon ölçümleri, göz muayene bulguları kaydedildi. Hastalara klinik değerlendirme sonucunda 160–300 mg magnezyum tedavisi önerildi. Baş ağrısı şiddeti başlangıçta ve tedavinin üçüncü haftasında 0–10 puanlık Görsel Analog Ölçek (VAS) ile değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların 57'si kızdı (%64,8); yaş ortalaması 15,16±1,74 yıldı. Hastaların %52,3'ü kronik gerilim tipi, %47,7'si yeni günlük persistan baş ağrısıydı . Baş ağrısı süresi: hastaların 7'sinde < 1 saat, 35'inde 1– < 4 saat, 18'inde 4– < 24 saat, 28'inde ≥ 24 saat olarak saptandı. Yaşa göre tansiyon değerleri; %3,4'ünde yüksek saptanıp bu hastalar kardiyoloji ve nefroloji bölümlerine yönlendirildi. Hastaların göz dibi muayenesi normaldi. Baş ağrısına ek olarak; fonofobi %62,5, fotofobi %63,6, bulantı %58 ve kusma %21,6 şikayetleri mevcuttu. Mikronutrient sonuçlarında; B12: 343 ±121 pg/ml, Magnezyum: 2,03 ± 0,84 mg/dl ve D vitamin: 18,7 ± 6,3 ng/ml idi. Baş ağrısı grupları arasında B12, magnezyum ve D vitamini dağılımı arasında istatistiksel fark saptanmadı (p=0,39, p= 0, 62 ve p=0,98). Vitamin eksikliği saptanan hastalara tedavi verildi. Magnezyum tedavisi alan hastaların öncesi ve sonrası görsel ağrı skalası değerlendirildi. Ağrı hastaların %84,1'inde şiddetli olarak değerlendirildi. Başlangıçta şiddetli ağrısı olan 74 hastanın 71'inde ağrının hafif düzeye gerilediği gözlendi ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p < 0,001). Sonuç olarak, baş ağrısı ile başvuran hastalar için ayırıcı tanı için gerekli tetkikler yapılmalıdır. Vitamin eksikliklerinin giderilmesi ve magnezyum desteği sonrasında bildirilen ağrı azalması, kısa dönem izlem açısından dikkat çekicidir; ancak kontrollü prospektif daha geniş çalışmalar gerekmektedir.

Hastaların Klinik ve Mikronutrient Bulgularının Değerlendirilmesi

Özellik	Tüm grup	Gerilim tipi	Kronik günlük
Baş ağrısı: Şiddetli / orta / hafif	74 / 13 / 1	42 / 4 / 0	32 / 9 / 1
Tansiyon: normal/ düşük/ yüksek	65 / 20 / 3	35 / 11 / 0	30 / 9 / 3
Fonofobi / fotofobi	55 / 56	31 / 30	24 / 26
Bulantı / kusma	51 / 19	26 / 9	25 / 10
Patolojik MRG bulgusu	6	2	4
B12 düzeyi; ortalama±SS	343,2±121,3	348,4±118,5	337,4±125,5
25-Hidroksi vitamin D düzeyi; ortalama±SS	18,76±6,37	18,92±6,34	18,58±6,48
Magnezyum düzeyi; ortalama±SS	2,03 ± 0,84	2,07 ± 0,8	1,98 ± 0,89

Anahtar Kelimeler: kronik baş ağrısı; ağrı şiddeti; magnezyum

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 08

Yaygın Çocukluk Çağı Obezitesinde Hiperfajinin Şiddeti Değil Süresi Adipoziteyle İlişkilidir: Hiperfaji Hiçbir Boyutuyla Metabolik Riski Göstermez

Ahmet Kahveci[1], Tuba Seven Menevşe[1]

Ahmet Kahveci / Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Dykens Hiperfaji Anketi Prader-Willi sendromu için geliştirildi; monogenik obezitede hedefe yönelik tedavilerin ortaya çıkmasıyla hiperfajinin ölçülmesi klinik pratiğin parçası oldu. Anket artık yaygın (eksojen) obezitesi olan çocuklarda da sık uygulanıyor ve yüksek puan çoğu zaman daha ağır bir metabolik tablonun habercisi gibi yorumlanıyor. Bu varsayım hiç sınanmadı: hiperfajinin şiddeti metabolik yükü mü yansıtıyor, yoksa belirleyici olan hiperfajinin ne zamandır sürdüğü mü?

Materyal ve Metot: Obezitesi olan 350 çocuk ve ergende (anketi olmayan 114 kayıt dışlandı) Dykens toplam puanı 15 metabolik parametre (açlık glukozu, insülin, HOMA-IR, HbA1c, trigliserit, total, LDL ve HDL kolesterol, ALT, AST, GGT, ürik asit, OGTT 1- ve 2-saat glukozu, Matsuda indeksi) ve dört klinik sonlanımla (ultrasonografik hepatosteatoz, akantozis nigrikans, IDF 2007 metabolik sendromu, prediyabet) karşılaştırıldı. Hiperfaji süresi, güncel yaş ile anketin puanlanmayan 12. maddesinde ebeveynin bildirdiği başlangıç yaşının farkıydı. İlişkiler yaş, cinsiyet ve VKİ-SDS için düzeltildi; çoklu karşılaştırma yanlış keşif oranıyla denetlendi.

Bulgular ve Sonuç: Ortanca yaş 13,2 yıl, 214 olgu erkekti; ortalama puan 24,3±7,7 idi. Dykens puanı; açlık ve yükleme sonrası glisemiden insülin direncine, lipidlerden karaciğer enzimlerine uzanan 15 parametrenin hiçbiriyle ilişkili değildi (düzeltilmiş |rho| ≤0,12; tümü $p > 0,05$). Düzeltme öncesi görülen iki zayıf sinyal, HbA1c ile korelasyon (rho 0,11) ve hepatosteatozlu çocuklarda biraz daha yüksek puan (24'e karşı 21), VKİ-SDS hesaba katıldığında kayboldu. Akantozis nigrikans, metabolik sendrom ve prediyabetle ilişki yoktu ve 176 karşılaştırmanın hiçbiri çoklu test düzeltmesini geçmedi. Puan prepubertal çocuklarda pubertallerden yüksekti (26'ya karşı 23; $p=0,003$). Buna karşılık hiperfaji süresi (ortanca 4,4 yıl) yaş, cinsiyet ve puandan bağımsız olarak VKİ-SDS ile ilişkiliydi ($p < 0,001$): başlangıç her bir yıl erkene kaydıkça VKİ-SDS 0,05 birim arttı ve beş yaştan önce başlayanlarda VKİ-SDS belirgin olarak daha yüksekti (2,94'e karşı 2,54; $p=0,004$).Yaygın çocukluk çağı obezitesinde Dykens puanı çocuğun yemeğe yönelimini ölçer, metabolik yükünü ölçmez; puanla metabolik profil arasındaki her zayıf bağ adipozite üzerinden geçmektedir. Obezitenin derecesini belirleyen hiperfajinin şiddeti değil kümülatif süresidir; bu, erken başlangıcın kalıcı bir iz bıraktığını düşündürür. Klinik soru "ne kadar yiyor" değil "ne zamandan beri böyle yiyor" olmalıdır; puanlanmayan 12. madde bu bilgiyi tek soruda verir. Yüksek puan metabolik taramanın yerine geçmemeli, prepubertal yaşta yüksek puan ve erken başlangıç ise genetik obezite değerlendirmesini gündeme getirmelidir. Kesitsel tasarım ve başlangıç yaşının ebeveyn bildirimine dayanması başlıca sınırlılıklardır.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı obezitesi, hiperfaji, Dykens Hiperfaji Anketi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 09

2023 Türkiye Depremleri Sonrasında Geçici Yerleşimlerde Yaşayan Çocuklarda Beslenme Güçlükleri, Malnütrisyon ve Antropometrik Farklılıklar

Zeliha Haytoğlu[1], Ali İşlek[2], Gökhan Tümgör[2], Dinçer Yıldızdaş[3], Adnan Barutçu[5], Nejat Narlı[4], Çiğdem El[6]

Zeliha Haytoğlu / Çukurova Üniversitesi. Çocuk Sağlıüı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Afet sonrası uzun süreli geçici yerleşim koşulları, çocuklarda beslenme yetersizliklerinin devam etmesine ve büyüme sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu çalışmada, 2023 Türkiye depremlerinden yaklaşık iki yıl sonra Antakya'daki geçici yerleşimlerde yaşayan çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesi ve üst orta kol çevresi (MUAC) ile triseps deri kıvrım kalınlığının (TSF) geleneksel antropometrik sınıflandırmaya sağladığı tamamlayıcı bilginin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Kesitsel saha çalışması, Hatay'ın Antakya ilçelerindeki geçici konteyner yerleşimlerinde gerçekleştirildi. Kırk yerleşim arasından olasılıkla orantılı büyüklük örneklemesiyle seçilen 20 yerleşimdeki çocuklar değerlendirildi. Toplam 1.300 çocuğun antropometrik ölçümleri, beslenme özellikleri, sosyoekonomik koşulları ve yakın dönem kilo kaybı bilgileri incelendi. Beş yaş altında boya göre ağırlık Z-skoru (WHZ), beş yaş ve üzerinde yaşa göre beden kitle indeksi Z-skoru (BAZ) ve her iki grupta yaşa göre boy Z-skoru (HAZ) kullanıldı. Altı–17 yaş grubunda MUAC ve TSF, Türk çocuklarına özgü yaş ve cinsiyet referanslarına göre değerlendirildi. Z-skorunun −2'nin altında olması düşük antropometrik değer olarak tanımlandı.

Bulgular ve Sonuç: Çocukların 670'i (%51,5) erkekti. Beş yaş altındaki 381 çocuğun %15,2'sinde bodurluk, %14,1'inde zayıflık saptandı. Beş yaş ve üzerindeki 919 çocukta bodurluk %10,2, incelik (thinness) %6,3 ve obezite %11,3 oranındaydı. Ailelerin %82,6'sının geliri asgari ücret veya altındaydı. Üç ana öğün tüketme sıklığı beş yaş altında %69,4, beş yaş ve üzerinde %64,8 olarak belirlendi. Son 24 saatte et tüketimi sırasıyla %45,7 ve %49,1, tahıl tüketimi %70,6 ve %79,1 idi.Üst kol antropometrisi ve geleneksel antropometrik fenotipleri değerlendirilebilen 785 çocukta MUAC-Z medyanları normal antropometri, izole bodurluk, izole incelik ve birlikte bodurluk-incelik gruplarında sırasıyla −0,36, −0,96, −1,43 ve −2,87 idi. TSF-Z medyanları aynı sırayla 0,28, 0,09, −0,48 ve −0,80 olarak bulundu. Geleneksel antropometrisi normal 675 çocuğun 38'inde (%5,6) MUAC veya TSF düşüklüğü saptandı. Bu çocuklar daha büyük yaşta ve daha düşük normal BAZ değerlerine sahipti. Yakın dönem kilo kaybı ve diyet çeşitliliğiyle bağımsız anlamlı ilişki gösterilemedi. Depremden yaklaşık iki yıl sonra geçici yerleşimlerde yaşayan çocuklarda beslenme sorunları ve antropometrik büyüme bozuklukları önemli düzeyde devam etmektedir. MUAC ve TSF, geleneksel antropometrik fenotiplerin içindeki heterojenliği ve normal antropometrisi bulunan bazı çocuklardaki ek düşük ölçümleri ortaya koymaktadır. Bu göstergeler, beslenme değerlendirmesinde geleneksel antropometriyi tamamlayabilir; ancak bağımsız klinik risk belirleme değerleri ileri çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Deprem sonrası beslenme; Çocuklarda malnütrisyon; Üst kol antropometrisi (MUAC ve TSF).

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 10

Çocuk Onkoloji Hastalarında Febril Nötropeni Atakları: Klinik Enfeksiyon Odakları, Mikrobiyolojik İzolatlar ve 15 Yıllık Değişim

Gökçe Pınar Reis İskenderoğlu[1], Ayşenur Bahadır[1]

Gökçe Pınar Reis İskenderoğlu / Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği

Giriş: Febril nötropeni, çocukluk çağı malignitelerinin tedavisinde sık görülen ve acil değerlendirmeyle ampirik antimikrobiyal tedavi gerektiren önemli bir komplikasyondur. Enfeksiyon odağının erken belirlenmesi, merkeze özgü mikrobiyolojik etkenlerin izlenmesi ve ampirik tedavi politikalarının bu verilere göre güncellenmesi klinik yönetim açısından önemlidir. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir çocuk hematoloji-onkoloji merkezinde febril nötropeni ataklarının klinik enfeksiyon odaklarının, kan ve idrar kültürü izolatlarının ve 15 yıllık dönemdeki değişimin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada 2011-2025 yılları arasında malignite tanısıyla izlenen ve febril nötropeni atağı gelişen 18 yaş altı hastalar incelendi. Yaş, cinsiyet, primer malignite tanısı, febril nötropeni atağı sayısı, klinik enfeksiyon odaklarıyla kan ve idrar kültürü izolatları kaydedildi. Aynı atakta birden fazla enfeksiyon odağı bulunabilmesi nedeniyle odak sayıları birbirini dışlayan kategoriler olarak değerlendirilmedi. Ataklar 2011-2015, 2016-2020 ve 2021-2025 dönemlerine ayrıldı; her dönem için toplam febril nötropeni atağı sayısının aynı dönemdeki yeni tanı sayısına oranı merkez düzeyinde febril nötropeni yükünün göstergesi olarak hesaplandı. Bulgular sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma veya ortanca olarak sunuldu.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma döneminde 428 çocukluk çağı malignite hastası değerlendirildi. Hastaların 299'u (%69,9) lösemi, 129'u (%30,1) solid tümör tanılıydı. Lösemi hastalarının 255'i akut lenfoblastik lösemi, 44'ü akut miyeloid lösemi idi. Erkek/kız oranı 2,1; ortanca yaş 6,5 yıl, yaş aralığı 28 gün-18 yıl ve ortalama yaş 7,4 ± 3,2 yıl olarak saptandı. Toplam 1284 febril nötropeni atağı incelendi, atakların 616'sında (%48,0) klinik ve/veya mikrobiyolojik enfeksiyon bulgusu saptandı. En sık klinik enfeksiyon odakları pnömoni (n=186; %14,5) ve oral mukozit (n=161; %12,5) idi. Kan kültürlerinde 542 izolat saptandı; koagülaz-negatif stafilokoklar (n=359; %66,2), Escherichia coli (n=46; %8,5), Staphylococcus aureus (n=34; %6,3), Klebsiella pneumoniae (n=29; %5,4) ve viridans grup streptokoklar (n=25; %4,6) en sık izole edilen mikroorganizmalardı. İdrar kültürlerinde 74 izolat saptandı; en sık Escherichia coli (n=31; %41,9), Enterococcus spp. (n=14; %18,9), Klebsiella pneumoniae (n=12; %16,2) ve Proteus spp. (n=12; %16,2) görüldü. Yeni tanı başına düşen febril nötropeni atağı sayısı 2011-2015 döneminde 6,6, 2016-2020 döneminde 3,0 ve 2021-2025 döneminde 1,3 olarak bulundu. Sonuç olarak, febril nötropeni ataklarının yaklaşık yarısında klinik ve/veya mikrobiyolojik enfeksiyon bulgusu saptandı. Pnömoni ve oral mukozit en sık klinik odaklar; koagülaz-negatif stafilokoklar kan kültürlerinde, Escherichia coli ise idrar kültürlerinde en sık izole edilen mikroorganizmalardı. Koagülaz-negatif stafilokokların yüksek oranı, santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon ile olası kontaminasyon ayrımı gözetilerek yorumlanmalıdır. Yeni tanı başına düşen febril nötropeni atağı sayısında dönemler boyunca azalma gözlenmekle birlikte, retrospektif çalışma tasarımı nedeniyle bu değişimin nedenlerine ilişkin nedensel çıkarım yapılamaz. Merkeze özgü enfeksiyon odaklarının ve mikrobiyolojik dağılımın düzenli izlenmesi, ampirik tedavi politikalarının güncellenmesine katkı sağlayabilir.

Tablo 1.Hasta grubu ve febril nötropeni yükü

Değişken	Sonuç
Toplam hasta sayısı	428
Lösemi	299 (%69,9)
Akut Lenfoblastik Lösemi	255 (%59,6)
Akut Myeloid Lösemi	44 (%10,3)
Solid tümör	129 (%30,1)
Erkek/kız oranı	2,1
Ortanca yaş	6,5 yıl
Yaş aralığı	28 gün-18 yıl
Ortalama yaş	7,4 +/- 3,2 yıl
Toplam febril nötropeni atağı	1284
Klinik ve/veya mikrobiyolojik enfeksiyon bulgusu saptanan atak	616 (%48,0)

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve tanısal özellikleri ile toplam febril nötropeni atak sayısı ve klinik ve/veya mikrobiyolojik enfeksiyon bulgusu saptanan atakların dağılımı sunulmuştur.

Tablo 2. Febril nötropeni ataklarında saptanan klinik enfeksiyon odakları

Enfeksiyon odağı	n	Tüm FN atakları içindeki oran
Pnömoni	186	%14,5
Oral mukozit	161	%12,5
Gastroenterit	45	%3,5
Tiflitis	41	%3,2
Kateter enfeksiyonu	39	%3,0
Sellülit	31	%2,4
Sepsis	26	%2,0
Diş apsesi	21	%1,6
Zona	21	%1,6
Otitis media	17	%1,3
Anal apse	16	%1,2
Su çiçeği	14	%1,1
Batın apsesi	7	%0,5

Enfeksiyon odaklarının sayı ve tüm febril nötropeni atakları içindeki oranları sunulmuştur. Aynı febril nötropeni atağında birden fazla enfeksiyon odağı saptanmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Febril nötropeni; çocuk onkoloji; kan kültürü; mikrobiyolojik izolat; enfeksiyon odağı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 11

Pediatrik Hastalarda İnfluenza ile İlişkili Nörolojik Komplikasyonlar: Çok Merkezli TURK-INF Çalışmasında Klinik Özellikler, Sonuçlar ve Nöroinfluenza Şiddet Skoru

Sevgi Kuş[1], Şilem Özdem Alataş[1], Gülşen Akkoç[2], Sevliya Öcal Demir Öcal Demir[2], Mustafa Gençeli[3], Murat Sütçü[4], Sema Yıldırım Arslan[5], Esra Çiftci[6], Selim Öncel[7], Gül Arga[8], Şefika Elmas Bozdemir[9], Elif Kıymet[10], Yıldız Ekemen Keleş[10], Edanur Yeşil[11], Manolya Kara[12], Nazan Dalgıç[13], Ümit Çelik[14], Canan Özlü[15], Ayşe Tekin Yılmaz[16], Esra Çakmak Taşkın[17], Semra Bayturan[18], Özlem Özgür Gündeşlioğlu[19], Mavera Uşaklıoğlu Erol[20], Tuğçe Tural Kara[21], Zeynep Özel[22], Selin Taşar Karabulut, Ümit Aslan Sarıtaş, Selin Koçar, Nihal Olgaç Dündar, Fatih Durak, İsmail Hakkı Akbeyaz, Feyza İnceköy Girgin Özge Metin Akcan[23], Büşra Kaygusuz Aydemir, Hamit Solmaz Acer, Solmaz Çelebi, Rabia Tütüncü Toker, Muhittin Bodur, Hatice Sınav Ütkü, Halil Özdemir, Tanıl Kendirli, Elif Somuncu, Deniz Camcı Erten Müjgan Arslan, Muhammet Furkan Korkmaz, Hande Gazeteci Tekin, Fatma Kuşgöz, Güldane Dikme, Burçin Gönüllü Polat, Çiğdem Yanar Ayanoğlu, Leyla Bulut Özen, Ulaş Özdemir, Esra Sarıgeçili, Pakize Cennetoğlu[23], Ali Korulmaz, Ömer Karaca, Meryem Baysal, Filiz Kibar Edibe Pembegül Yıldız, Demet Demirkol, Ayşe Kübra Açık[23], Mustafa Agah Tekindal[24], Ayper Somer[20], Ergin Çiftçi[8], Hasan Tezer[25], Ateş Kara[26], Dilek Yılmaz[27]

Sevgi Kuş / İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

Giriş: İnfluenza ile ilişkili nörolojik komplikasyonlar (İİNK), febril nöbetlerden nörolojik morbidite ve mortalite ile ilişkili ağır ensefalopatiye kadar uzanan geniş bir klinik spektrumu kapsamaktadır. Bu çalışmada, çocuklarda influenza ile ilişkili nörolojik komplikasyonların klinik özelliklerinin ve sonuçlarının tanımlanması ve Nöroinfluenza Şiddet Skoru'nun (NISS) hastalık şiddetini retrospektif olarak değerlendiren bir ölçüt olarak araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif, çok merkezli çalışmaya, Türkiye'de 21 üçüncü basamak merkezde 2023–2025 influenza sezonlarında laboratuvar doğrulanmış influenza nedeniyle hastaneye yatırılan ve nörolojik bulguları olan 1 ay–18 yaş arasındaki çocuklar dahil edildi. Klinik ve laboratuvar bulguları, nörogörüntüleme sonuçları, tedaviler ve mevcut 6 aylık izlem verileri değerlendirildi. NISS; klinik seyir, tedavi gereksinimleri ve nörogörüntüleme değişkenlerini içeren, hastalık şiddetini retrospektif olarak özetlemek amacıyla post hoc oluşturulmuş keşifsel bir indeks olarak değerlendirildi. Nörolojik sonuçlar mevcut 6 aylık takip verilerine göre belirlendi.

Bulgular ve Sonuç: Laboratuvar doğrulanmış influenza nedeniyle hastaneye yatırılan 5093 çocuğun 397'sinde (%7,8) nörolojik komplikasyon saptandı. Ortalama yaş 45,6 ay olup hastaların %70,8'i 5 yaşından küçüktü. Yalnızca 5 çocuk (%1,3) mevsimsel influenza aşısı olmuştu ve hastaların yaklaşık dörtte birinde solunum sistemi semptomu yoktu. En sık nörolojik bulgu 306 hastada (%77,1) görülen nöbetlerdi; akut ensefalopati 72 hastada (%18,1) saptandı. Hastaların çoğunda tam nörolojik iyileşme görülürken, %5,0'ında kalıcı nörolojik sekel gelişti ve mortalite %1,3 olarak bulundu. Keşifsel ROC analizinde yüksek NISS değerleri kötü nörolojik sonuçlarla ilişkiliydi (AUC: 0,890; %95 GA: 0,819–0,960; $p < 0,001$). NISS ≥2 eşik değeri bu retrospektif kohortta %79,5 duyarlılık ve %90,8 özgüllük gösterdi. NISS ≥2 olan hastalarda hastanede yatış süresi daha uzun, kalıcı nörolojik sekel ve mortalite oranları daha yüksekti. İİNK, belirgin solunum sistemi semptomları bulunmasa dahi akut nörolojik bulgularla başvuran çocuklarda akılda tutulmalıdır. NISS nörolojik hastalık şiddetinin standartlaştırılmış retrospektif bir özeti olabilir; ancak post hoc oluşturulması ve klinik seyir sırasında ortaya çıkan değişkenleri içermesi nedeniyle erken öngörü veya risk sınıflandırma aracı olarak kullanılmamalıdır. Klinik kullanımdan önce başlangıç değişkenleriyle prospektif olarak doğrulanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza sezonu, influenza ilişkili nörolojik komplikasyonlar, ensefalopati

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 12

Ergen ve Genç Yetişkinlerde Anormal Menstrüasyonun Tanınması: Menstrüel Öz-Değerlendirme ve Bilgi Düzeyi

Eylem Şerife KALKAN[1], Nur MUTLU[1], Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN[1], Sinem AKGÜL[1]

Eylem Şerife KALKAN / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Normal menstrüasyonu erken yaşlardan itibaren tanımak ve bilmek, menstrüel problemlerin zamanında fark edilmesi ve uygun sağlık hizmetine başvurulması açısından önemlidir. Çalışmamızda, ergen ve genç yetişkinlerin menstrüel durumlarına ilişkin öz-değerlendirmelerinin doğruluğunun belirlenmesini, menstrüel parametrelere ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesini ve doğru menstrüel öz-değerlendirme ile ilişkili faktörlerin araştırılmasını amaçladık.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel çalışmaya, Aralık 2025-Şubat 2026 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı polikliniğine başvuran veya sosyal medya duyurusu sonrası katılmayı kabul eden ve daha önce bilinen menstrüel problemi olmayan postmenarş 10–24 yaş arası ergen ve genç yetişkinler dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, daha önce menstrüasyon hakkında bilgi alıp almadıkları ve menstrüel bilgi kaynakları öğrenildi. Menstrüel öz-değerlendirmeleri menstrüasyonlarının normal olup olmadığı, normal değilse hangi özelliğin normal olmadığı sorularak değerlendirildi. Menstrüel bilgi düzeyleri, kendi menstrüel deneyimlerinden bağımsız olarak açık uçlu sorularla değerlendirildi ve tam ve kısmi doğru yanıtlar temelinde 0-16 arasında bir adet bilgisi puanı hesaplandı. Menstrüel semptomları Menstrüasyon Semptom Ölçeği (MSÖ) ve ağrı şiddetleri Görsel Analog Skalası (GAS) ile değerlendirildi. Hekim tarafından alınan ayrıntılı menstrüel öykü doğrultusunda katılımcıların menstrüel durumları önceden belirlenen klinik ölçütlere göre normal veya anormal olarak sınıflandırıldı.

Bulgular ve Sonuç: Toplam 278 katılımcının yaş ortalaması 17,1 ± 3,4 ve menarş sonrası geçen ortalama süre 4,8 ± 3,2 yıldı. Katılımcıların %85,6'sı daha önce menstrüasyon hakkında bilgi almıştı. En sık bilgi kaynağı ebeveynlerdi (%64,4) ve sağlık profesyonellerinin oranı %5,4'tü. Katılımcıların %19,8'inde (n=55) anormal menstrüasyon mevcuttu. Katılımcıların %24,5'i (n = 68) menstrüel durumunu yanlış değerlendirdi ve yanlış değerlendirmelerin %80,9'u (n = 55) normal menstrüasyonun anormal olarak algılanmasından kaynaklandı. Anormal menstrüel durumu tanımada duyarlılık %76,4, özgüllük %75,3, pozitif prediktif değer %43,3 ve negatif prediktif değer %92,8 bulundu. Öz-değerlendirme ile katılımcıların mevcut menstrüel durumları arasındaki tutarlılık orta düzeydeydi ($\kappa = 0.408$; $p < 0.001$). Ortalama menstrüel bilgi puanı 7,4 ± 2,4'tü. Menstrüel bilgi puanı yaş ($r = 0.160$, $p = 0.007$), menarş sonrası geçen süre ($r = 0.178$, $p = 0.003$), MSÖ-negatif duygu/somatik şikayetler ($r = 0.121$, $p = 0.044$) ve MSÖ-menstrüel ağrı semptomları alt ölçekleri ($r = 0.135$, $p = 0.026$) ile pozitif korelasyon gösterdi. Yaş, menarş yaşı, anne ve babanın eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi, menstrüel bilgi puanı, MSÖ ve GAS puanlarından hiçbiri doğru menstrüel öz-değerlendirmeyle anlamlı ilişki göstermedi.Sonuç: Ergen ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte biri kendi menstrüel durumunu yanlış değerlendirmekte ve yanlış değerlendirme çoğunlukla normal menstrüel özelliklerin anormal olarak değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Menstrüel bilgi eksikliği ve sağlık profesyonellerinin bilgi kaynağı olarak sınırlı rolü, kapsamlı menstrüel sağlık eğitimlerine gereksinim olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ergen, menstrüel bilgi, menstrüel öz-değerlendirme

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 14

Prediyaliz Kronik Böbrek Hastalığı Olan Çocuklarda Sistemik İnflamasyon Belirteçlerinin Prognostik Değeri

banu şenler[1], izel kahraman[2], fatma özak batıbay[2], aslı kavaz tufan[2], nuran çetin[2]

banu şenler / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Eskişehir, Türkiye

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH), çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kronik inflamasyonun böbrek fonksiyonunda azalma, kardiyovasküler komplikasyonlar, ölüm ve yetersiz beslenme ile ilişkili olduğu ve ayrıca KBH'nin ilerlemesinde rol oynadığı belirlenmiştir. Son yıllarda sistemik inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamatuar yanıt indeksi (SIRI), nötrofil yüzdesi/albümin oranı (NPAR) ve sistemik inflamasyonun toplam indeksi (AISI) sistemik inflamatuar yanıtı belirlemek için prognostik belirteçler olarak önerilmekte ve çeşitli hastalıklarda subklinik inflamasyonu belirlemek için kullanılmaktadır. Bu çalışmada, diyaliz öncesi KBH olan çocuklarda bu belirteçlerin prognostik değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Evre 2-4 KBH olan çocuklardan elde edilen veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların nötrofil/lenfosit oranı (NLO) trombosit/lenfosit oranı (TLO), SIRI, SII, AISI, NPAR, ortalama trombosit hacmi (MPV)/trombosit oranı (MPR) hesaplandı.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmada 42 hastadan (14 evre 2, 20 evre 3, 8 evre 4 KBH) ve 43 kontrol grubundan elde edilen veriler analiz edildi. Hasta grubunda NPAR, MPV ve MPR kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (sırası ile p=0,028, p=0,002, p=0,007). Evre 4 KBH'li hastalarda NPAR hem evre 2, hem de evre 3'tekilerden daha yüksekti (sırası ile p=0,001, p=0,003). Nötrofil yüzdesi/albümin oranı ile glomerül filtrasyon hızı arasında negatif, spot idrar mikroalbumin/kreatinin oranı ile arasında pozitif korelasyon saptandı (sırası ile r=-0,45, p=0,003; r=0,361, p=0,019). Hipertansiyon olan 18 hastada NLO, SII, AISI olmayanlara göre anlamlı yüksek bulundu (sırası ile p=0,035, p=0.000, p=0,001). Lojistik regresyon analizinde SII ve AISI ile hipertansiyon arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu saptandı (sırası ile Odds oranı=1,87, p=0,036, Odds oranı=3,87, p=0,041). Glomerül filtrasyon hızı ile AISI ve SII arasında korelasyon yoktu (p > 0,05). Diyaliz öncesi KBH olan çocuklarda NPAR prognostik bir gösterge olabilir. Hipertansiyonu olan KBH hastalarındaki SIRI ve AISI yüksekliği, KBH olan çocuklarda hipertansiyon gelişiminde inflamasyonun rol oynadığını desteklemektedir. Sistemik inflamasyonun toplam indeksi ve SII rutin poliklinik izlemlerinde hipertansiyon varlığı için potansiyel biyobelirteçler olabilir. Sistemik inflamatuar yanıtı yansıtan ve tam kan sayımı ile belirlenebilen bu inflamatuar göstergeler daha pahalı veya özel inflamatuar belirteçlerin aksine, ek maliyet olmadan standart kan testlerinden kolayca hesaplanabilir. Nötrofil yüzdesi/albümin oranı, AISI ve SII ucuz ve rutin olarak elde edilebildiklerinden dolayı günlük pratikte kolaylıkla kullanılabilir pratik göstergeler olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Prediyaliz, Sistemik İnflamasyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 15

ANCA-Negatif ve ANCA-Pozitif Çocukluk Çağı Pauci-İmmün Glomerülonefritinde Klinik Özellikler ve Böbrek Sonuçları

Deniz Karapolat Sarali[1], Bora Gülhan[2], Diclehan Orhan[3], Evra Çelikkaya[4], Mihriban İnözü[5], Faysal Gök[6], Mutlu Hayran[7], Emine Gülşah Özdemir[2], Eda Didem Kurt Şükür[2], Ali Düzova[2], Yelda Bilginer[8], Fatih Özaltın[2]

Deniz Karapolat Sarali / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Pauci-immün glomerülonefrit çocukluk çağında nadir görülmekte olup, antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) durumuna göre klinik özellikler ve böbrek sonuçları hakkında pediatrik veriler sınırlıdır. Bu çalışmada ANCA-negatif ve ANCA-pozitif çocukların klinik, laboratuvar, histopatolojik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve böbrek sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Ocak 2013-Aralık 2025 tarihleri arasında dört üçüncü basamak çocuk nefroloji merkezinde izlenen, böbrek biyopsisi ile pauci-immün glomerülonefrit tanısı doğrulanan 21 hasta değerlendirildi. Hastalar ANCA durumuna göre ANCA-negatif ve ANCA-pozitif olarak iki gruba ayrıldı. Demografik, klinik, laboratuvar, histopatolojik ve tedavi verileri karşılaştırıldı. Böbrek sonucu, 12. ayda tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) < 60 mL/dk/1,73 m^2 olması olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Yirmi bir hastanın 14'ü (%66,7) ANCA-negatif, 7'si (%33,3) ANCA-pozitifti. Ortanca yaş 12 yıl olup hastaların %57,1'i kızdı. ANCA-pozitif hastalarda başvuru sırasında serum kreatinin düzeyi daha yüksek, eGFR daha düşük ve kresent daha fazlaydı. Akut böbrek replasman tedavisi gereksinimi ANCA-pozitif grupta daha sık görüldü (%57,1'e karşı %14,3; p=0,040). İndüksiyon tedavisinde siklofosfamid kullanımı ANCA-pozitif grupta daha yüksekti (%100'e karşı %57,1; p=0,040) ve tüm ANCA-pozitif hastalar rituksimab aldı. On ikinci ayda ortanca eGFR ANCA-pozitif hastalarda anlamlı olarak daha düşüktü (44,5'e karşı 86,1 mL/dk/1,73 m^2; p=0,031). 12. ayda eGFR < 60 mL/dk/1,73 m^2 olması ANCA-pozitif grupta 4/6 hastada görülürken, ANCA-negatif gruptaki 12 hastanın hiçbirinde görülmedi (p=0,005). Keşifsel analizde, siklofosfamid sürekliliği analizine dahil edilen 14 hastanın 12'sinde 12. ay eGFR verisi mevcuttu. Kesintisiz siklofosfamid tedavisi alan ve 12. ayda değerlendirilebilen 7 hastanın 6'sı ANCA-negatif, 1'i ANCA-pozitifti ve bu hastaların hiçbirinde 12. ayda eGFR < 60 mL/dk/1,73 m^2 saptanmadı. Siklofosfamid tedavisi kesilen veya rituksimab eklenmesiyle değiştirilen 5 hastanın tamamı ANCA-pozitifti ve bu hastaların 4'ünde 12. ayda eGFR < 60 mL/dk/1,73 m^2 saptandı (p=0,010).ANCA-pozitif çocuklarda başvuru sırasında daha şiddetli böbrek tutulumu ve 12. ayda daha kötü böbrek sonuçları gözlendi. ANCA durumu, pediatrik pauci-immün glomerülonefritte böbrek riski yüksek hastaların erken dönemde belirlenmesine yardımcı olabilir. Siklofosfamid sürekliliği ile 12. ay böbrek fonksiyonları arasında gözlenen ilişki dikkat çekici olmakla birlikte, küçük örneklem büyüklüğü ve endikasyona bağlı karıştırıcılık nedeniyle bu bulgu hipotez oluşturucu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pauci-immün glomerülonefrit, ANCA, çocukluk çağı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 16

İshal İlişkili Hemolitik Üremik Sendromda Renal ve Hematolojik Hastalık Şiddetinin Ayrışması

Neslihan Günay[2], Tuğçe Yolcusoy[1], Damla Boğazlıyan[1], Sibel Yel[2], Muammer Hakan Poyrazoğlu[2], İsmail Dursun[2]

Tuğçe Yolcusoy / Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: İshal ilişkili hemolitik üremik sendromda (HÜS) trombositopeni ve hemoliz, trombotik mikroanjiyopatinin temel hematolojik göstergeleridir. Bununla birlikte, hematolojik hastalık şiddetinin akut renal tutulum ve uzun dönem böbrek sonuçlarıyla ne ölçüde paralel olduğu açık değildir. Bu çalışmada, trombositopeninin şiddeti ile akut renal tutulum, renal iyileşme ve uzun dönem böbrek fonksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: İshal ilişkili HÜS tanısıyla izlenen 61 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Hematolojik hastalık şiddeti en düşük trombosit sayısı ve pik laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyi ile; renal hastalık şiddeti ise pik serum kreatinin düzeyi, anüri, diyaliz gereksinimi ve diyaliz süresi ile değerlendirildi. Renal iyileşme süresi, serum kreatinin düzeyinin pik değerinden ≥%50 azalmasına kadar geçen süre olarak tanımlandı. Uzun dönem böbrek fonksiyonu son kontrol tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ile değerlendirildi. En düşük trombosit sayısı sürekli değişken olarak analiz edildi; ayrıca hastalar en düşük trombosit sayısı < 50.000/mm^3 ve ≥50.000/mm^3 olacak şekilde iki grupta karşılaştırıldı.

Bulgular ve Sonuç: En düşük trombosit sayısı azaldıkça pik LDH düzeyi artarken (p=0,002), daha ağır trombositopeni daha ağır renal tutulumla ilişkili değildi. Aksine, en düşük trombosit sayısı ≥50.000/mm^3 olan hastalarda, < 50.000/mm^3 olanlara göre diyaliz süresi daha uzun (medyan 19'a karşı 11 gün; p=0,023), renal iyileşme daha geç (medyan 8,5'a karşı 5 gün; p=0,009) ve son kontrol eGFR daha düşüktü (medyan 80,8'e karşı 110,6 mL/dk/1,73 m^2; p < 0,001). Diyaliz gereksinimi açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Son kontrolde eGFR < 90 mL/dk/1,73 m^2 sıklığı ≥50.000/mm^3 grubunda %59,3 (16/27), < 50.000/mm^3 grubunda ise %4,3 (1/23) idi (p < 0,001). İshal ilişkili HÜS'te hematolojik ve renal hastalık şiddeti her zaman paralel seyretmemektedir. Derin trombositopeni daha belirgin hematolojik mikroanjiyopati ile ilişkiliyken, daha ağır renal tutulumun göstergesi değildi. Aksine, görece korunmuş trombosit sayısı daha uzun renal iyileşme ve daha kötü uzun dönem böbrek fonksiyonlarıyla ilişkili bulundu. Bu bulgular, ishal ilişkili HÜS'te renal ve hematolojik hastalık şiddetinin ayrışabileceğini ve trombositopeninin derecesinin tek başına genel hastalık şiddetinin göstergesi olarak değerlendirilmemesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: trombositopeni, hemolitik üremik sendrom, renal tutulum

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 17

Hipernatremik Dehidratasyonlu Yenidoğanlarda Başvuru Serum Kreatinini Hastalık Şiddetinin Erken ve Bağımsız Bir Göstergesi Olabilir mi?

mahli batuhan özdoğar[1], dilem aydın[1], özgür özdemir şimşek[1], özgür olukman[1]

mahli batuhan özdoğar / bakırçay üniversitesi çiğli eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Hipernatremik dehidratasyon, yetersiz anne sütü alımına bağlı olarak gelişen ve akut böbrek hasarı, nörolojik komplikasyonlar ile önemli bir yenidoğan sorunudur. Günümüzde tanıda serum sodyum düzeyi temel belirteçtir, ancak klinik şiddeti öngörebilecek pratik biyobelirteçler sınırlıdır. Serum kreatinin düzeyi renal perfüzyon bozukluğunu yansıtabilse de, erken risk sınıflandırmasındaki rolü net değildir. Bu çalışmada, başvuru serum kreatinin düzeyinin hastalık şiddetiyle ilişkisini ve uzamış hastane yatışını öngörmedeki değerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Ocak 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan servisinde hipernatremik dehidratasyon tanısıyla yatırılan miad 80 yenidoğan dahil edildi. Çalışmaya serum sodyum düzeyi ≥150 mmol/L olan, majör konjenital anomalisi veya bilinen böbrek hastalığı olmayan olgular dahil edildi.Gestasyon haftası, doğum ağırlığı, tartı kaybı yüzdesi, serum sodyum, üre ve kreatinin düzeyleri ile hastanede yatış süresi kaydedildi.Verilerin dağılımı değerlendirildikten sonra, sürekli değişkenler uygun şekilde ortalama ± standart sapma veya medyan ile sunuldu. Başvuru serum kreatinin düzeyi ile klinik ve laboratuvar parametreleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Uzamış hastane yatışı, çalışma popülasyonunun medyan yatış süresi esas alınarak ≥3 gün olarak tanımlandı. Hastanede yatış süresi ile ilişkili bağımsız değişkenler çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Başvuru serum kreatinin düzeyinin uzamış hastane yatışını öngörme performansı ROC eğrisi analizi ile araştırıldı.

Bulgular ve Sonuç: Başvuru sodyum düzeyi 153,5 mmol/L (151–156), kreatinin düzeyi 0,72 mg/dL (0,60–0,83), üre düzeyi 29,9 mg/dL (23–44), tartı kaybı %11,2 (%9,8–12,4) ve hastanede yatış süresi 2 gün (2–3) olarak saptandı.Başvuru kreatinin düzeyi ile üre arasında güçlü pozitif korelasyon (rho=0,690; $p < 0,001$), hastanede yatış süresi ile güçlü pozitif korelasyon (rho=0,664; $p < 0,001$) ve sodyum ile zayıf ancak anlamlı pozitif korelasyon (rho=0,254; p=0,029) saptandı. Tartı kaybı yüzdesi ile kreatinin düzeyi arasında zayıf negatif korelasyon izlendi (rho=−0,263; p=0,024).Çok değişkenli analizde başvuru serum kreatinin düzeyi; serum sodyumu, serum üresi ve tartı kaybından bağımsız olarak hastanede yatış süresi ile ilişkili bulundu (β=0,691; %95 GA: 0,366–1,015; $p < 0,001$).ROC analizinde başvuru serum kreatinin düzeyinin uzamış hastane yatışını (≥3 gün) öngörmede yüksek ayırt ediciliğe sahip olduğu belirlendi (AUC=0,883; %95 GA: 0,754–0,976).Hipernatremik dehidratasyonda serum sodyumu hastalığın tanısını ortaya koyarken, başvuru serum kreatinin düzeyi hastalığın klinik şiddetini ve uzamış hastane yatışı riskini öngörebilen bağımsız bir biyobelirteç olarak öne çıkmaktadır. Bulgularımız, serum kreatininin yalnızca böbrek fonksiyonunu yansıtan bir laboratuvar parametresi değil, aynı zamanda ilk değerlendirme sırasında erken risk sınıflandırmasına katkı sağlayabilecek, kolay ulaşılabilir bir klinik araç olabileceğini göstermektedir. Serum kreatinin düzeyinin başlangıç değerlendirmesine sistematik olarak dahil edilmesi, daha yakın izlem gerektiren olguların erken dönemde belirlenmesine ve klinik yönetimin optimize edilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: hipernatremik dehidratasyon, serum kreatinini, hastalık şiddeti

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 18

Mefv ekzon 10 heterozigot mutasyonu olan hastalarda kolşisin kullanımına göre klinik ve laboratuvar özellikler

Gülşah Gunes[1], Eda Kayhan[2], Hüseyin Taştanoğlu[3], Sümeyra Özdemir Çiçek[3], Ayşenur Paç Kısaarslan[3], Muammer Hakan Poyrazoğlu[3]

Gülşah Gunes / Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Düzce, Türkiye

Giriş: Bu çalışmada, MEFV geninin ekzon 10 bölgesinde heterozigot mutasyonu bulunan pediatrik hastalarda klinik ve laboratuvar özelliklerin değerlendirilmesi ve bu bulguların kolşisin kullanım durumuna göre karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Retrospektif özellikte olan bu çalışmada, 1990–2025 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Çocuk Romatoloji Polikliniği'nde izlenen, MEFV geninin ekzon 10 bölgesinde heterozigot mutasyonu saptanan ve en az 6 ay takip edilen 18 yaş altı 100 hasta değerlendirildi. Hastalar kolşisin kullanım durumuna göre; kolşisin başlanıp kesilmeyen (Grup 1, n=67), kolşisin başlanıp sonradan kesilen (Grup 2, n=12) ve kolşisin hiç başlanmayan (Grup 3, n=21) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Demografik veriler, klinik bulgular, akut faz reaktan yüksekliği, subklinik inflamasyon, komorbiditeler, sekel bulguları, MEFV varyantları, kolşisin tedavi özellikleri ve laboratuvar parametreleri değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Olguların medyan yaşı ve cinsiyet dağılımı gruplar arasında benzerdi (p=0,386; p=0,909). Başvuru yaşı (p=0,013), klinik başlangıç yaşı (p=0,043) ve takip süresi (p=0,001) açısından anlamlı farklılık saptandı. En sık heterozigot varyant M694V olup, mutasyon dağılımı açısından fark yoktu (p=0,908). Kolşisin öncesi dönemde ateş ve karın ağrısı Grup 1 ve 2'de Grup 3'e göre daha sık görüldü (her ikisi için $p < 0,001$). Egzersiz sonrası bacak ağrısı Grup 1'de daha yüksekti (p=0,023). Atak sırasında akut faz reaktan yüksekliği Grup 1'de daha fazlaydı (p=0,003), subklinik inflamasyon oranları benzerdi (p=0,714). Kolşisin başlama yaşı Grup 2'de daha düşük (p=0,020), günlük kolşisin dozu Grup 1'de daha yüksekti (p=0,005). Kolşisin sonrası ISSF skorları her iki tedavi grubunda başvuru ve son muayenede düşüktü ve gruplar arasında fark yoktu (p=0,599). Başvuru anında CRP (p=0,044) ve SAA (p=0,022) Grup 1'de daha yüksek bulundu. Son muayenede laboratuvar parametreleri benzerdi. Tüm gruplarda amiloidoz ve splenomegali saptanmadı, büyüme geriliği oranları farklı değildi (p=0,297). En sık komorbidite juvenil idiopatik artrit idi (%5).MEFV ekzon 10 heterozigot mutasyonu taşıyan pediatrik olgularda kolşisin başlama/başlamama durumuna göre klinik özelliklerde farklılıklar izlenmekle birlikte, genetik varyant dağılımı ve uzun dönem sekel bulguları açısından belirgin farklılık saptanmadı. Bu hasta grubunda klinik bulguların ve özellikle atak sırasında inflamatuvar belirteç yüksekliğinin dikkatle değerlendirilmesi, gereksiz uzun süreli kolşisin kullanımının önlenmesi ve uygun izlem stratejisinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: MEFV geni, heterozigot varyant, Ailevi Akdeniz Ateşi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 19

Çocuklarda Febril Konvülsiyonların Etiyolojisi ve COVID-19 Enfeksiyonunun Febril Status Epileptikus ile İlişkisi: 424 Olguluk Tek Merkez Deneyim 424 Olguluk Tek Merkez Retrospektif Çalışma

Merve ÖZEK İŞ[1], Özge TOPTAŞ DEDEOĞLU[1]

Merve ÖZEK İŞ / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Febril konvülsiyon (FK), erken çocukluk döneminde görülen en yaygın nörolojik bozukluklardan biridir. Viral enfeksiyonlar FK gelişiminde önemli rol oynasa da, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun FK alt tipleri ve özellikle febril status epileptikus (FSE) üzerindeki etkisi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada, 6–60 aylık çocuklarda FK etiyolojisinin değerlendirilmesi ve COVID-19 enfeksiyonunun FSE gelişimiyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Tek merkezli, retrospektif ve gözlemsel tasarımdaki çalışmaya 1 Eylül 2021–1 Eylül 2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği ve Çocuk Nöroloji polikliniğine FK tanısıyla başvuran 6–60 aylık 424 hasta dahil edildi. Hastalar basit FK, komplike FK ve FSE olarak üç grupta değerlendirildi. FSE tanımı için ILAE güncel operasyonel kriteri (≥5 dakika) esas alındı. Viral etiyolojinin değerlendirilmesinde SARS-CoV-2 dahil 21 patojeni kapsayan multipleks RT-qPCR tabanlı solunum yolu viral paneli kullanıldı. Demografik veriler, perinatal risk faktörleri, soygeçmiş özellikleri, laboratuvar bulguları (WBC, ANS, CRP), nörogörüntüleme ve EEG sonuçları kayıt altına alındı. İstatistiksel analizler SPSS 29.0 ile yapıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların %65,6'sı erkek, %34,4'ü kız olup yaş medyanı 23,5 aydı. FK tiplerine göre: basit FK %58,3 (n=247), komplike FK %21,4 (n=91), FSE %20,3 (n=86). FK tipleri ile yaş grubu, cinsiyet ve doğum haftası arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Anne-baba akrabalığı FSE grubunda anlamlı derecede yüksek bulundu (%19,8 vs. %7,3; p=0,003). En sık enfeksiyon odağı üst solunum yolu enfeksiyonu idi (%77,4; $p < 0,001$). SYVP uygulanan 295 hastanın %20,3'ünde COVID-19 saptandı. COVID-19 pozitifliği FSE grubunda diğer FK tiplerine kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek oranda izlendi (Likelihood Ratio testi, p=0,037). Yaş arttıkça FSE'ye kıyasla basit veya komplike FK görülme olasılığı yükseldi (OR=1,345; $p < 0,001$). WBC, ANS ve CRP düzeyleri; nörogörüntüleme ve EEG bulguları FK tipleri arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$). FSE tanısı alan 86 hastanın %29,1'i ikinci, %2,3'ü üçüncü seviye yoğun bakımda izlendi; mortalite saptanmadı. Bulgularımız, COVID-19 enfeksiyonunun küçük çocuklarda febril status epileptikus gelişimi ile ilişkili olabileceğini ve nöbet şiddetini etkileyen bağımsız bir faktör olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. FK yönetiminde SARS-CoV-2 testi dahil virolojik değerlendirme, etiyoloji temelli risk sınıflamasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Febril konvülsiyon, COVID-19, Febril status epileptikus

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 20

Pediatrik Acil Serviste Uzamış Kalış Süresi Öngörüsünde PEDOCS Skoru ile Akış Metriklerinin Karşılaştırmalı Analizi

İlkay Akbaş[1], Derşan Onur[1], Oğuzhan Çam[1], Özdemir Öztürk[2], Emel Berksoy[2]

İlkay Akbaş / S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş: Amaç: Pediatrik acil serviste uzamış kalış süresi öngörüsünde PEDOCS (Pediatric Emergency Department Overcrowding Scale) kalabalık skorunun, bu skoru oluşturan ham değişkenlerin, acil servis akış metrikleri olan varış ve çıkış hızlarının ayrım performanslarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Yöntem: Üçüncü basamak bir pediatrik acil serviste 2020-2025 yılları arasındaki 625.864 başvurunun retrospektif ikincil veri analizi yapıldı. Uzamış kalış süresi (> 6 saat) öngörüsü için beş lojistik regresyon modeli oluşturuldu: M1 (PEDOCS, sabit ağırlıklı), M2 (PEDOCS bileşenleri, serbest ağırlıklı), M3 (varış ve çıkış hızları), M4 (dört ham bileşen) ve M5 (PEDOCS ile varış ve çıkış hızları). Modellerin ayrım performansı alıcı işletim karakteristiği eğrisi altındaki alan (AUROC), değişkenlerin göreli katkısı McFadden pseudo-R^2 temelli genel baskınlık analiziyle değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Kohortta uzamış kalış süresi oranı %14,4 (n=90.115) olarak saptandı. M1–M5 için AUROC değerleri sırasıyla 0,5928; 0,5910; 0,5536; 0,6322 ve 0,6324 idi. M5, M1'e kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ayrım performansı sağladı (sırasıyla AUROC 0,632 ve 0,593; $p < 0,001$). M5 ile M4 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (ΔAUROC= 0,0002; $p = 0,076$). Genel baskınlık analizinde, modelin McFadden sözde R2 değerine normalize katkısı M5'te PEDOCS için %69,4, M4'te toplam kayıtlı hasta sayısı için %53,5 idi. Sonuç: PEDOCS'a son saatteki varış ve çıkış hızlarının eklenmesi uzamış kalış süresini öngörmede daha iyi performans sağladı. PEDOCS'a s akış göstergelerinin eklenmesi, sistem düzeyinde uzamış kalış süresi risk izlemini güçlendirebilir.

Tablo 1. Beş modelin CV AUROC değerleri ve %95 güven aralıkları

Model	Prediktörler	AUROC	%95 GA	Sıra
M5	PEDOCS + Varış + Çıkış	0,6324	0,6305–0,6344	1(en yüksek)
M4	4 ham bileşen (referans)	0,6322	0,6303–0,6342	2
M1	PEDOCS (sabit ağırlık)	0,5928	0,5908–0,5948	3
M2	Bekleme + Kayıtlı (serbest)	0,5910	0,5890–0,5930	4
M3	Varış hızı + Çıkış hızı	0,5536	0,5515–0,5557	5(en düşük)

AUROC: Alıcı İşletim Karakteristiği Eğrisi Altındaki Alan; CV: çapraz doğrulama; GA: güven aralığı; PEDOCS: Pediatric Emergency Department Overcrowding Scale.

Anahtar Kelimeler: PEDOCS; Çocuk Acil, Acil Servis Kalabalığı, Uzamış Kalış Süresi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 21

MARFAN SENDROMLU ÇOCUKLARDA KEMİK YAPIM VE YIKIM MARKERLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep KEMER AKTAŞ[1], Banu NUR[2], Nuray ÖZTÜRK[2], Aslı TOYLU[3], Ahmet Hakan NUR[4], Sadıka Halide AKBAŞ[5], Ercan MIHÇI[2]

Zeynep KEMER AKTAŞ / Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Marfan Sendromu FBN-1 genindeki mutasyon sonucu bağ dokusunda yapısal bozukluklara yol açan otozomal dominant bir sendromdur. FBN-1 mutasyonları, TGF-β seviyelerini artırarak iskelet sistemi ve kemikmetabolizmasını etkileyebilir. Bu çalışmada, MFS tanılı FBN-1 mutasyonu pozitif olan çocuklarda kemik ilişkili biyokimyasal testleri, serum kemik markerları, kemik mineral dansitometresi değerlerini incelenmek, sendromlu bireylerin kırık sıklığını değerlendirmek ve bilinen bir hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubuyla biyokimyasal serum kemik markerlarının kıyaslanması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Ocak 2010- Haziran 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından takip edilen FBN-1 mutasyonu pozitif 25 MFS tanılı çocuk ve bilinen bağ dokusu hastalığı olmayan sağlıklı 34 çocuk kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. DEXA yöntemiyle yapılan KMY ölçümlerinin boya göre düzeltilmiş Z-skorları, kemik ilişkili biyokimyasal testler (25OHD, PTH, ALP, Ca, P), ve serum kemik markerları (Osteokalsin, CTX, PINP, TGF-β1) ELISA yöntemi ile analiz edilip kıyaslandı.

Bulgular ve Sonuç: Marfan Sendromu tanılı olgularda kontrol grubuna kıyasla ortalama boy SDS yüksek, BMI düşük bulundu ($p < 0.001$). Marfan ve kontrol grupları arasında kemik ilişkili biyokimyasal testler ile Osteokalsin ve CTX arasında fark yokken, MFS grubunun kontrole kıyasla TGF-β1 ve PINP seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görüldü ($p < 0.001$). Marfan grubunda serum 25OHD düzeyi 16 olguda (%64,0) yeterli, 3 olguda (%12,0) yetersiz ve 6 olguda (%24,0) eksik olarak saptandı. DEXA verisi mevcut 17 Marfan olgusunda, boy uzunluğuna göre HAZ düzeltmesi uygulandığında femur boyun ve L1-L4 lomber BMD Z skorları istatistiksel anlamlı düşüş gösterdi ($p < 0,001$). DEXA verisi mevcut 17 Marfan olgusunun femur boyun HAZ skoruna göre oluşturulan düşük KMY (n=11) ve normal KMY (n=6) grupları karşılaştırıldığında, düşük KMY grubunun yaşı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,037$). Biyokimyasal parametreler ve serum kemik belirteçleri açısından ise her iki grupta da anlamlı fark gözlenmedi ($p > 0,05$). L1-L4 vertebra HAZ skoruna göre oluşturulan düşük KMY (n=12) ve normal KMY (n=5) grupları arasında yaş dahil incelenen tüm parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tüm kohort üzerinde yapılan korelasyon analizinde TGF-β1 ile P1NP arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,469$, $p < 0,001$); P1NP ile osteokalsin arasında da benzer düzeyde pozitif korelasyon gözlendi ($r=0,459$, $p < 0,001$). Çalışma grubumuzda yalnızca 1 olgunun travma ilişkili kırık öyküsü vardı. Çalışmamız, pediatrik MFS olgularında kemik sağlığı açısından önemli biyobelirteçleri detaylı olarak inceleyen çalışmalardan biridir. Olguların FBN-1 mutasyon pozitifliği çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Marfan Sendromlu olguların uzun dönem takibinde kemik sağlığının düzenli olarak izlenmesi ve uygun koruyucu önlemlerin alınması önerilmektedir.

tablo-3

Ölçüm	HAZ düzeltmesi öncesi Z skoru Ortanca	HAZ düzeltmesi sonrası Z skoru Ortanca (IQR)	p değeri
Femur boyun BMD	-1,60	-2,41	<0,001
L1-L4 Lomber BMD	-1,90	-2,97	<0,001

Marfan grubunda kemik mineral yoğunluğu Z skorlarının HAZ düzeltmesi öncesi ve sonrası karşılaştırması

tablo 1

Değişken, Ortanca (IQR)	Marfan Grubu (n=25)	Kontrol Grubu (n=34)	p değeri
Yaş (ay)	139,0 (107,0)	145,0 (66,0)	0,878
Cinsiyet, n (%)			
Kız	11 (%44,0)	15 (%44,1)	0,993
Erkek	14 (%56,0)	19 (%55,9)	
Boy SDS	2,52 (2,21)	-0,13 (1,39)	<0,001
BMI (kg/m^2)	15,14 (1,82)	21,12 (4,60)	<0,001

Tablo 1. Grupların demografik ve antropometrik özelliklerinin karşılaştırması

Anahtar Kelimeler: Marfan Sendromu, Kemik Mineral Yoğunluğu, TGF-β1

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 24

Febril Nöbet İle Başvuran Çocukların Serum Kopeptin Düzeylerinin Klinik Ve Laboratuvar Özellikleri İle İlişkisinin Araştırılması

Nur Bostan[2], Buse Kılıç Öztürk[2], Ahmet Baysal[1], Özlem Uğur Aydın[1], Derda Yücel Şen[1], Büşra Yemiş[1], Coşkun Yarar[1], Sabiha Şahin[3], Emre Güngör[3], Kürşat Bora Çarman[1]

Nur Bostan / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Febril nöbet (FN), 6 ay–5 yaş arasındaki çocuklarda merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, metabolik bozukluk veya tanımlanabilir başka bir nöbet nedeni olmaksızın ateşle ilişkili gelişen ve çocukluk çağında sık görülen nörolojik tablolardan biridir. FN patofizyolojisinde nöroendokrin stres, nöronal eksitabilite, inflamatuvar yanıt ve olası immün mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada FN ile başvuran çocuklarda serum kopeptin, prolaktin, nörofilament hafif zincir (NfL) ve anti-glutamik asit dekarboksilaz 65 (anti-GAD65) düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu biyobelirteçlerin klinik ve laboratuvar bulguları ile ilişkilerinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Prospektif vaka-kontrol çalışmasına 6 ay–5 yaş arasında FN grubu (n=54), ateşli ancak nöbet geçirmeyen kontrol grubu (n=54) ve sağlıklı kontrol grubu (n=49) olmak üzere toplam 157 çocuk dahil edildi. Hastaların klinik özellikleri, enfeksiyon etiyolojileri, hemogram, biyokimya, kan gazı ve tam idrar tetkiki parametreleri değerlendirildi. Serum kopeptin, prolaktin, NfL ve anti-GAD65 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçülerek gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular ve Sonuç: FN grubunun yaş ortalaması 27,69±14,42 ay olup olguların %51,9'u erkekti. Olguların %79,6'sı basit FN, %16,7'si komplike FN ve %3,7'si febril status epileptikus olarak sınıflandırıldı. En sık enfeksiyon odağı üst solunum yolu enfeksiyonu, en sık viral etken İnfluenza A idi. FN grubunda lökosit sayısı üç grup arasında en yüksek düzeyde bulundu (p=0,012). FN ve ateşli kontrol gruplarında nötrofil sayıları sağlıklı kontrollere göre yüksek, lenfosit/nötrofil oranı düşük bulundu (p=0,001). FN grubunda PCO_2, laktat ve laktat/albümin oranı ateşli kontrol grubuna göre daha yüksekti (tümü için p=0,001). Serum glukoz düzeyi FN grubunda diğer iki gruba göre yüksek (p=0,001), CRP düzeyi ise ateşli kontrol grubuna göre düşük bulundu (p=0,003). Anti-GAD65, kopeptin, prolaktin ve NfL düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0,455; p=0,205; p=0,190; p=0,291).FN'li çocuklarda akut dönemde çeşitli hematolojik ve metabolik değişiklikler saptanmasına rağmen kopeptin, prolaktin, NfL ve anti-GAD65 düzeyleri grupları ayırt etmede anlamlı farklılık göstermedi. Bu biyobelirteçlerin tanısal ve prognostik değerlerinin belirlenebilmesi için daha geniş örneklemli ve uzun dönem izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Febril Nöbet, Kopeptin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 25

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE SEDOANALJEZİ UYGULANAN HASTALARDA NONİNVAZİV END-TİDAL-CO2 MONİTORİZASYONU İLE HİPOVENTİLASYON GELİŞME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Ceren KİRAZ KOÇU[1], Ayla AKCA ÇAĞLAR[2], Okşan DERİNÖZ GÜLERYÜZ[2]

Fatma Ceren KİRAZ KOÇU / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Çocuk acil servislerinde uygulanan sedoanaljezi,ağrılı girişimler sırasında hastanın konforunu sağlamak ve kaygısını gidermek açısından temel bir bakım standardıdır. Ancak çocukların hava yolu anatomisi ve solunum fizyolojisi nedeniyle sedasyon sırasında üst hava yolu obstrüksiyonu,apne ve alveoler hipoventilasyon gibi istenmeyen olaylar gelişebilmektedir. Nabız oksimetrisi oksijenasyonu yansıttığından,özellikle ek oksijen verilen hastalarda hipoventilasyon fark edilemeyebilir; bu nedenle ventilasyonun noninvaziv kapnografi yöntemi ile end-tidal-CO2 (EtCO2) ölçülerek izleminin klinik önemi giderek artmaktadır.Bu çalışmanın amacı çocuk acil servisinde ketamin ile sedoanaljezi uygulanan hastalarda kapnografi izleminin hipoventilasyonu saptamadaki etkinliğini,hipoventilasyon gelişme zamanını,hipoventilasyonla ilişkili etkenleri prospektif olarak değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Temmuz–Eylül 2026 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'nde ağrılı girişimler sırasında intravenöz 1 mg/kg/doz (max:50 mg) ketamin ile sedoanaljezi uygulanan 1 ay–18 yaş arasındaki hastalar prospektif gözlemsel olarak çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar işlem başlangıcından itibaren bazal bilinç düzeyine dönene kadar eş zamanlı nabız oksimetri ve nazal kanül aracılığıyla EtCO2 düzeyini gösteren kapnografi ile izlendi.Vital bulgular, EtCO2 düzeyi ve kapnogram dalga formları kesintisiz olarak kaydedildi. Sedasyon derinliği modifiye Ramsay sedasyon skalası ile değerlendirildi (Tablo 1). Hipoventilasyon; EtCO2 değerinin > 50 mmHg olması veya bazal değere göre > 10 mmHg artması/azalması veya hiperventilasyon olmaksızın < 30 mmHg olması olarak tanımlandı.

Tablo-1. Olguların Demografik, Klinik ve Kapnografik Özellikleri

	Tüm hastalar(n=70) N (%)	Hipoventilasyon gelişenler (n=24) N (%)
Cinsiyet		
Erkek	45 (64,3)	13 (54,2)
Kız	25 (35,7)	11 (45,8)
Yaş (ay), medyan (IQR)	90,50 (45,75-151,25)	75,50 (40,25-105,00)
Yaş grubu		
0-3 yaş	13 (18,6)	5 (20,8)
4-8 yaş	26 (37,1)	13 (54,2)
9-12 yaş	13 (18,6)	4 (16,7)
13-18 yaş	18 (25,7)	2 (8,3)
Vücut Ağırlığı (kg) medyan (IQR)	27,00 (16,87-50,00)	22,50 (15,00-34,50)
Boy (cm) medyan (IQR)	128,00 (105,00-150,50)	111,00 (96,50-130,00)
BKİ (kg/m^2) medyan (IQR)	17,83 (15,20-20,86)	16,94 (14,89-20,63)
Başvuru Saatleri		
Başvuru Saati (08-16)	20 (28,6)	9 (37,5)
Başvuru Saati (16-24)	46 (65,7)	13 (54,2)
Başvuru Saati (24-08)	4 (5,7)	2 (8,3)
Açlık süresi (dk), medyan (IQR)	260,50 (240,00-360,00)	250,00(240,00-351,50)
Sedoanaljezi Endikasyonu		
Ortopedik girişim	24 (34,3)	9 (37,5)
Kesi/Sütur atılması	44 (62,9)	15 (62,5)
Lomber ponksiyon	2 (2,9)	0
Ketamin dozu (mg), medyan (IQR)	26,50 (16,87-50,00)	22,50 (15,00-34,50)

Uygulanan doz sayısı		
Tek doz uygulanan	47 (67,1)	16 (66,7)
İki doz uygulanan	20 (28,6)	8 (33,3)
Üç doz uygulanan	3 (4,3)	0
Modifiye Ramsay sedasyon skoru		
1-Uyanık ve dikkatli; bilişsel etkilenme yok veya minimal	0	0
2-Uyanık; sakin; normal sesle verilen komuta yanıt	2 (2,9)	1 (4,2)
3-Uyuyor görünümde; normal sesle verilen komuta yanıt	5 (7,1)	0
4-Uyuyor görünümde; yüksek sese veya hafif glabellar vuruya yanıt	7 (10,0)	1 (4,2)
5-Uykuda; yüksek sese veya güçlü glabellar vuruya yavş yanıt	7 (10,0)	1 (4,2)
6-Uykuda; yalnızca ağrılı uyarana yavaş amaca yönelik yanıt	31 (44,3)	14 (58,3)
7-Uykuda; ağrılı uyarana yalnızca refleks çekme yanıtı	18 (25,7)	7 (29,2)
8-Hiçbir uyarana (ağrılı uyaran dahil) yanıt yok; genel anestezi düzeyi	0	0
İşlem süresi (dk), medyan (IQR)	20,50 (14,50-30,00)	24,0 (17,25-30,75)
Hipoventilasyon		
Var	24 (34,3)	
Yok	46 (65,7)	
Kapnogram Dalga Formu		
Normal	41(58,6)	-
Hiperventilasyon	5 (7,1)	-
Hipopneik Hipoventilasyon	12 (17,1)	12 (50)
Periyodik Solunumlu Hipopneik Hipoventilasyon	12 (17,1)	12 (50)

Uygulanan müdahaleler		
Sözel/dokunsal uyarı	24 (34,3)	24 (100)
Oksijen titrasyonu	24 (34,3)	24 (100)
Başa pozisyon verme	24 (34,3)	24 (100)
Çene itme/kaldırma	15 (21,4)	15 (62,5)
Balon-maske ventilasyon	0	0
Endotrakeal entübasyon	0	0
Bazal vücut sıcaklığı (°C)	36,8 ± 0,31	36,76 ± 0,28
Bazal kalp hızı (atım/dk)	113,91 ± 22,85	118,67 ± 21,16
Bazal solunum sayısı(/dk)	25,90 ± 5,63	27,67 ± 5,32
Bazal sistolik kan basıncı (mmHg)	115,27 ± 14,88	110,88 ± 14,19
Bazal diastolik kan basıncı (mmHg)	75,11 ±11,27	73,68 ± 11,34
Bazal SpO2 (%)	99,27 ± 0,99	99,04 ± 1,04
Bazal EtCO2 (mmHg)	32,86 ± 2,71	32,13 ± 2,40
EtCO2 düşüşünün başladığı dakika, medyan (IQR)	3,50 (1,25-8,00)	
En düşük EtCO2 değerine ulaşılan dakika, medyan (IQR)	6,50(3,25-17,50)	

Bulgular ve Sonuç: BULGULAR: Çalışmaya toplam 70 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 90,5 ay olup %64,3'ü (n=45) erkekti.Kesintisiz kapnografi izlemi ile olguların %34,3'ünde (n=24) hipoventilasyon saptandı [hipopneik hipoventilasyon (n=12), periyodik solunumlu hipopneik hipoventilasyon (n=12)]. Uygulama sırasında rutin olarak oksijen desteği alan hastaların hiçbirinde nabız oksimetrisinde desatürasyon izlenmedi.Hipoventilasyon gelişen olgularda EtCO2 düşüşü ketamin uygulamasından sonra medyan (IQR) 3,5 (1,25-8,00) dakikada başladı ve en düşük değere medyan (IQR) 6,5 (3,25-17,50) dakikada ulaştı. Kapnografi izlemi esnasında hipoventilasyon tespit edilen bu olguların tamamına (n=24) başa pozisyon ve sözel/taktil uyarı verilirken %62,5'ine (n=15) ek olarak çene itme/kaldırma manevrası uygulandı. Hiçbir hastada balon-maske ventilasyon veya entübasyon müdahalesi gerekmedi. Hipoventilasyon gelişen ve gelişmeyen grupta modifiye Ramsay skorları medyan değerleri arasında anlamlı fark tespit edilememiş iken [sırasıyla medyan (IQR) 6 (6-7) ile 6 (4-6)] hipoventilasyon gelişen grupta modifiye Ramsay skoru 6 ve üzeri olan hastaların oranı hipoventilasyon gelişmeyen gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı [sırasıyla %87,5, %60,9, OR: 4,50; %95 GA: 1,17–17,30; p=0,028)(Tablo2). SONUÇ: Ketamin ile uygulanan sedoanaljezi sırasında hastalarda hipoventilasyon gelişebilmektedir. Bu çalışmada hipoventilasyon çoğunlukla ketamin uygulamasını izleyen ilk dakikalarda başladığı ve derin sedasyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Noninvaziv kapnografi izlemi hipoventilasyonu desatürasyon gelişmeden erken dönemde saptayabilmektedir.Bu nedenle çocuk acil servisinde sedoanaljezinin güvenli uygulanabilmesi açısından kapnografi ile izlemin merkezlerin pediatrik sedasyon uygulama protokollerine rutin olarak dahil edilmesi önerilmektedir.

Tablo-2. Hipoventilasyon Gelişen ve Gelişmeyen Olguların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Parametre	Hipoventilasyon gelişen (n=24) N (%)	Hipoventilasyon gelişmeyen (n=46) N (%)	OR (%95 GA)	P
Erkek cinsiyet	13 (54,2)	32 (69,6)	1,93(0,69-5,36)	0,293
1 ay- 5 yaş	9 (39,1)	11(23,9)	2,04 (0,69-6,00)	0,261
Vücut Ağırlığı ≤20 kg	11(45,8)	15 (32,6)	1,74 (0,63-4,81)	0,307
Mesai dışı başvuru (16:00-08:00)	15 (62,5)	35 (76,1)	0,52 (0,18-1,52)	0,272
Açlık süresi ≤240 dk	11 (45,8)	18 (39,1)	1,31 (0,48-35,57)	0,618
Kesi/Yara Onarımı	15 (62,5)	29 (63,0)	0,97 (0,35-2,71)	1,000
Ek doz uygulanması	8 (33,3)	15 (32,6)	1,03 (0,36-2,95)	1,000
Modifiye Ramsay sedasyon skoru ≥ 6	21 (87,5)	28 (60,9)	4,50 (1,17-17,30)	0,028
İşlem süresi ≥20 dk	15 (62,5)	24 (52,2)	1,52 (0,55-4,18)	0,456

Anahtar Kelimeler: Kapnografi, Hipoventilasyon, Çocuk acil servisinde sedoanaljezi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 26

Çocuk Acilde Artmış Kreatin Kinaz Düzeyi Hangi Hastada, Ne Zaman, Ne Kadar Önemli?

Gözde Uluışık Güngör[1], Eylül Doğan İçkin[1], İrem Çakmak Adsız[1], Ahmet Ziya Birbilen[2], Leman Akcan Yıldız[2], Özlem Tekşam[2]

Eylül Doğan İçkin / Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Çocuklarda kreatin kinaz (CK) yüksekliği farklı etiyolojilerle ilişkili olup klinik seyri değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada çocuk acil servisinde CK yüksekliği saptanan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin, etiyolojik dağılımının ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu tek merkezli retrospektif çalışmada, çocuk acil polikliniğinde 2015–2025 yılları arasında değerlendirilen, 18 yaşından küçük ve CK düzeyi > 1000 U/L saptanan hastalar değerlendirildi. Demografik özellikler, altta yatan hastalıklar, klinik bulgular, başvuru sırasında ve klinik izlem sırasından saptanan en yüksek CK değerleri ile klinik sonuçlar değerlendirildi. Akut böbrek hasarı (ABH) klinik kayıtlara göre belirlendi. Sürekli değişkenler medyan (25.–75. persentil) olarak sunuldu. Karşılaştırmalarda hasta düzeyinde kümelenmiş standart hatalarla tekrarlayan başvurular dikkate alındı; CK değerlerine logaritmik dönüşüm, çoklu karşılaştırmalara Holm düzeltmesi uygulandı.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Çalışmada 146 hastaya ait 155 başvuru incelendi Başvuruların 121'i (%78,1) erkek hastalara aitti. Medyan yaş 6,86 (4,40–11,23) yıldı; 50 başvuruda (%32,3) altta yatan hastalık mevcuttu. En sık etiyolojiler viral miyozit (n=78; %50,3), travma (n=32; %20,6) ve musküler distrofi (n=15; %9,7) idi. Başvuru CK medyanı 2314 (1249,5–4194,5), en yüksek CK medyanı 3103 (1733,5–6656) U/L bulundu. Viral miyozit grubunda yaş daha düşük; ateş, kas ağrısı ve yürüyememe daha sıktı (düzeltilmiş $p < 0,001$). Başvuruların 101'inde (%65,2) hastaneye yatırıldı; medyan yatış süresi 3 (1–7) gündü. Yoğun bakım gereksinimi 23 (%14,8), ABH iki (%1,3), tüm nedenlere bağlı ölüm beş (%3,2) başvuruda saptandı. Viral miyozit grubunda 11 başvuruda (%14,1) en yüksek CK ≥10.000 U/L olup maksimum değer 36.445 U/L'ye ulaşmasına rağmen, bu grupta kayıtlı ABH, yoğun bakım gereksinimi veya ölüm gözlenmedi. Travma başvurularının 18'inde (%56,3) yoğun bakım gerekti. Başvuru CK düzeyleri yatış yapılan ve ayaktan izlenen başvurular arasında veya yoğun bakım gereksinimine göre anlamlı farklılık göstermedi (düzeltilmiş p=0,458 ve p=1,000).Belirgin CK yüksekliğinde klinik seyir etiyolojik gruplar arasında farklılık göstermiştir. Viral miyozitte yüksek CK değerlerine rağmen ağır klinik sonuç bulunmaması ve yoğun bakım gereksiniminin travma grubunda yoğunlaşması, biyokimyasal yüksekliğin klinik ağırlıkla paralel seyretmeyebileceğini düşündürmektedir. Başvuru CK'sının yatış veya yoğun bakım gereksinimine göre farklılaşmaması, risk değerlendirmesinde CK düzeyinin tek başına belirleyici kabul edilmemesi; etiyoloji ve klinik durumla birlikte yorumlanması gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: kreatin kinaz, çocuk acil, viral miyozit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 27

Saç Dökülmesi Olan Çocuklarda Hematolojik Parametreler, Demir Depoları ve Mikrobesin Düzeyleri: Kontrol Gruplu Bir Çalışma

Elif Uğurlu[1], Sümeyye Evsile[1], Simge Süel Eroğlu[2], Gökçe Celep[1]

Elif Uğurlu / Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Saç dökülmesi ile başvuran çocuklarda ferritin, B12 vitamini, folat ve tam kan sayımı rutin olarak istenmektedir; ancak bu parametrelerin çocukluk çağı saç dökülmesindeki rolü tartışmalıdır ve mikrobesin eksikliklerinin sağlıklı çocuklarda da sık görülmesi yorumu güçleştirmektedir. Bu çalışmada saç dökülmesi olan çocuklarda demir depoları, diğer mikrobesin düzeyleri ve hematolojik parametrelerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2024–Eylül 2026 tarihleri arasında saç dökülmesi yakınmasıyla başvuran 6–17 yaş arası 72 çocuk ile rutin laboratuvar değerlendirmesi için başvuran ve saç dökülmesi olmayan 78 çocuk dahil edildi. Serum ferritin, demir, total demir bağlama kapasitesi (TDBK), B12 vitamini, folat, hemoglobin, hematokrit ve ortalama eritrosit hacmi karşılaştırıldı. Ferritin < 15 ng/mL, B12 vitamini < 300 pg/mL ve folat < 4 ng/mL düşük kabul edildi; anemi yaşa ve cinsiyete özgü eşiklere göre tanımlandı. Gruplar normallik dağılımına göre t testi ve Mann–Whitney U testi, ki-kare veya Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı; yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş kovaryans analizi yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Hasta grubu kontrol grubundan daha büyük yaştaydı (14,69±2,67'ye karşı 11,01±3,21 yıl; p < 0,001) ve kız oranı daha yüksekti (%90,3'e karşı %61,5; p < 0,001). Ferritin hasta grubunda daha düşüktü (medyan 12,3'e karşı 17 ng/mL; p=0,002) ve bu fark yaş ile cinsiyete göre düzeltme sonrasında da devam etti (p=0,006). TDBK hasta grubunda daha yüksekti (400,2±52,4'e karşı 362,3±48,1 µg/dL; düzeltilmiş p=0,010). Buna karşın düşük ferritin sıklığı (%54,3'e karşı %39,7; p=0,077), düşük B12 vitamini (%49,3'e karşı %37,2; p=0,139), düşük folat (%9,3'e karşı %11,5; p=0,676), anemi (%15,3'e karşı %6,4; p=0,079) ve en az bir mikrobesin eksikliği (%72,9'a karşı %65,4; p=0,327) sıklıkları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. B12 vitamini ve folat düzeyleri ile hemoglobin düzeltilmiş analizlerde gruplar arasında benzerdi. Saç dökülmesi olan çocuklarda ferritin düzeyleri yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak daha düşük, TDBK ise daha yüksektir; bu bulgular demir depolarının azalmasının çocukluk çağı saç dökülmesinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte mikrobesin eksiklikleri sağlıklı çocuklarda da sık görülmekte ve ferritinin 15 ng/mL'nin altında olma sıklığı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. Saç dökülmesi olan çocuklarda ferritin düzeyi değerlendirilmeli; ancak eşik altı değerler tek başına saç dökülmesinin nedeni olarak kabul edilmemelidir. Bulguların daha büyük ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Saç dökülmesi, hematolojik parametreler, mikrobesin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 28

Çocuklara Yönelik Şiddetin Çocuk Acil Servise Yansıması

Bilgesu Akbıyık[1], Zeynep Beyza Oruç[2], Furkan Çağrı Kavas[1], Beray Evli[1], Irmak Üstündağ Bayatlı[1], Ayla Akca Çağlar[1], Okşan Derinöz Güleryüz[1]

Bilgesu Akbıyık / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş: Çocuk ve ergenlik döneminde fiziksel şiddet, aile içi istismardan akran şiddetine ve tanınmayan kişilerin saldırılarına kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde darp nedeniyle çocuk acil servisine başvuran hastaların demografik özelliklerini, fail profillerini ve yaralanma ciddiyetini birlikte değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.Bu çalışmada, darp nedeniyle çocuk acil servisine başvuran hastaların demografik ve klinik özellikleri ile yaralanma özelliklerinin değerlendirilmesi, şiddetin boyutunun ortaya konması ve çocuk istismarı ile akran şiddetine yönelik klinik farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ocak 2021–Haziran 2026 tarihleri arasında üçüncü basamak bir çocuk acil servisine kişilerarası şiddet/darp sonucu yaralanma nedeniyle başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri, olayın özellikleri, fail profili, darp türü, yaralanma paternleri ve morbidite durumları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya dahil edilen 559 hastanın 454'ü (%81,2) erkek, ortanca yaş 15 yıl (IQR 12–16) idi. Darp olayları en sık okulda gerçekleşmiş (n=217; %38,9) ve en sık akran şiddetiyle ilişkili bulunmuştu (n=356; %63,7). On beş yaş üzerindeki hastalarda ise sokak ve halka açık alanlarda tanınmayan kişiler tarafından darp edilme sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Darp olaylarının 117'sinde (%20,9) bıçak, muşta veya benzeri aletler kullanılmıştı. Hastaların 136'sında (%24,3) istismar/ihmal, 40'ında (%7,2) ise ev içi şiddet şüphesi bulunmaktaydı. İhmal şüphesi, 15 yaş altındaki hastalarda anlamlı olarak daha sık saptandı ($p=0,031$). Hastaların 42'sinde (%7,5) tekrarlayan acil servis başvurusu mevcuttu. Künt travmaya bağlı kırıklar en sık baş-boyun bölgesinde (%10,6) saptanmış olup bu bölgedeki kırıkların %91,8'ini nazal fraktürler oluşturmaktaydı. Yaralanmaların 64'ü (%11,4) penetran travmaya bağlıydı. On beş yaş üzerindeki hastalarda penetran travmaya bağlı kesiler anlamlı olarak daha sık saptandı ($p < 0,001$). Yaralanma tipi ile anatomik bölge arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, künt yaralanmalar baş, boyun, yüz, orbita ve toraks yaralanmalarıyla; penetran yaralanmalarsa alt ekstremite yaralanmalarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu ($p < 0,05$). On beş yaş üzerindeki hastalarda cerrahi girişim sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,025$).Bu yaş grubunda alet kullanımı, birden fazla kişi tarafından darp edilme, laserasyon, kesi, hematom ve nazal fraktür sıklıkları anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,001$). Darp olaylarının en sık okulda ve akran şiddeti şeklinde görülmesi, okul temelli şiddeti önleme programlarının önemini vurgulamaktadır. On beş yaş üzerindekilerin sokak ve halka açık alanlarda tanınmayan kişiler tarafından darp edilmenin daha sık olması, yaşa ve ortama özgü koruyucu önlemlerin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu yaş grubunda çoklu yaralanma, nazal fraktür ve cerrahi girişim sıklığının daha yüksek olması, yaralanmaların daha ciddi seyrettiğini düşündürmektedir. Her darp başvurusu, istismar ve ihmal riskinin değerlendirilmesi, çocuğun güvenliğinin sağlanması ve tekrarlayan şiddetin önlenmesinde bir müdahale fırsatı olarak ele alınmalıdır.

Tablo-1: Hastaların demografi

	TOPLAM HASTA (N:559)(%)	15 YAŞ ÜSTÜ (N:303) (%)*	15 YAŞ ALTI (N:256) (%)*	OR	P
Yaş, medyan (range IQR) (min-maks) (yıl)	15 (IQR 12-16) (6 ay-17 yıl)	-	-	-	-
Cinsiyet					
Erkek	455(81.2)	251 (82.8)	204 (79.7)	1.23 (0.80-1.88)	0.383
Yıllara göre başvuru					
2021	79(14.1)	40(13.2)	39(15.2)	0.84(0.52-1.36)	0.543
2022	70(12.5)	41(13.5)	29(11.3)	1.22(0.73-2.03)	0.445
2023	111(19.9)	60(19.8)	51(19.9)	0.99(0.65-1.50)	1.000
2024	128(22.9)	73(24.1)	55(21.5)	1.16(0.77-1.72)	0.481
2025	114(20.4)	63(20.8)	51(19.9)	1.05(0.69-1.59)	0.834
2026	57(10.2)	26(8.6)	31(12.1)	0.68(0.39-1.18)	0.207
Başvuru saati					
08:00–16:00	188(33.6)	91(30.0)	97(37.9)	0.70(0.49-1.00)	0.059
16:00–00:00	317(56.7)	178(58.7)	139 (54.3)	1.19 (0.85-1.67)	0.305
00:00–08:00	54(9.7)	34(11.2)	20(7.8)	1.49(0.83-2.66)	0.197
Olay zamanı					
08:00–16:00	319(57.1)	137(45.2)	182(71.1)	2.98(2.09-4.23)	<0.001
16:00–00:00	216(38.6)	144(47.5)	72(28.1)	2.31(1.62-3.29)	<0.001
00:00–08:00	24(4.3)	22(7.3)	2(0.8)	9.94(2.31-42.7)	<0.001
Başvuru Şekli					
112	111(19.9)	76(25.1)	35(13.7)	2.11 (1.36-3.28)	<0.001
Triaj Kategorisi					
Yeşil	357(63.9)	162 (53.5)	195 (76.2)	2.78 (1.93-4.01)	<0.001
Sarı	199(35.6)	138 (45.5)	61 (23.8)	2.67 (1.85-3.85)	<0.001
Kırmızı	3(0.5)	3 (1.0)	0	NA	0.254
Getiren kişi					
Anne-baba	269(48.1)	102 (33.7)	167 (65.2)	3.69(2.60-5.25)	<0.001
Veri elde edilemedi	138(24.7)	76(25.1)	62(24.2)	1.04 (0.71-1.54)	0.844
Yalnız başvuru	101(18.1)	90 (29.7)	11(4.3)	9.41 (4.90-18.07)	<0.001
Arkadaş	15(2.7)	13(4.3)	2(0.8)	5.69 (1.27-25.46)	0.015
Öğretmen	14(2.5)	9 (3.0)	5 (2.0)	1.53 (0.50-4.64)	0.589

* Sütuna göre yüzdeler ** Bıçak, muşta, çakı, tabanca, sopa vb

Tablo-2: Çocuk acil servisinde yaralanmaların değerlendirilmesi

	TOPLAM HASTA (N:559)(%)	15 YAŞ ÜSTÜ (N:303) (%)*	15 YAŞ ALTI (N:256) (%)*	OR	P
Yaralanma sayısı					
Çoklu	358(64.0)	220 (72.6)	138 (53.9)	2.26 (1.59-3.22)	<0.001
Yaralanma Türü (Birden fazla yaralanma olabilir)					
Künt	500(89.4)	269 (88.8)	231 (90,6)	0.82 (0.47-1.42)	0,578
Penetran	64(11.4)	49(16.2)	15(5.9)	3.09(1.69-5.67)	<0.001
-Kesici/delici	61(10.8)	47 (15.5)	14(5.5)	3.16 (1.69-5.88)	<0.001
-Ateşli silah	3(0.6)	2 (0.7)	1 (0.4)	1.68 (0.15-18.72)	1.000
Yaralanma bulgusu (Birden fazla yaralanma bulgusu olabilir)					
Abrazyon	228(40.8)	138 (45.5)	90 (35.2)	1.52 (1.08-2.14)	0.020
Laserasyon	80(14.3)	59 (19.5)	21 (8.2)	2.70(1.59-4.59)	<0.001
Kesi	55(9.8)	44(14.5)	11(4.3)	3.78(1.91-7.49)	<0.001
Hematom	140(25.0)	96 (31.7)	44 (17.2)	2.23 (1.49-3.35)	<0.001
Ekimoz	179(32.0)	103 (34.0)	76 (29.7)	1.22 (0.85-1.74)	0.317
Hiperemi	248(44.4)	131 (43.2)	117 (45.7)	0.90 (0.64-1.26)	0.608
Isırık izi	11(2.0)	5 (1.7)	6 (2.3)	0.69 (0.21-2.31)	0.762
Yanık	3(0.5)	2 (0.7)	1 (0.4)	1.69 (0.15-18.79)	1.000
Kırık/çıkık şüphesi	67(11.9)	54 (17.8)	13 (5.1)	4.41 (2.30-8..44)	<0.001
Yaralanma bölgesi (Birden fazla bölgede yaralanma olabilir)					
Baş	237(42.4)	144 (47.5)	93 (36.3)	1.58 (1.13-2.23)	0.008
Boyun	99(17.7)	52(17.2)	47 (18.4)	0.92 (0.59-1.42)	0.739
Yüz	290(51.9)	174 (57.4)	116 (45.3)	1.62 (1.16-2.27)	0.005
Orbita	94(16.8)	59 (19.5)	35 (13.7)	1.52 (0.96-2.40)	0.070
Ağız-diş	34(6.1)	22 (7.3)	12 (4.7)	1.59 (0.77-3.28)	0.219
Toraks	62(11.1)	37 (12.2)	25 (9.8)	1.28 (0.75-2.19)	0.418
Sırt	54(9.7)	31 (10.2)	23 (9.0)	1.15 (0.65-2.03)	0.668
Batın	66(11.8)	30 (9.9)	36 (14.1)	0.67(0.40-1.12)	0.148
Üst ekstremite	174(31.1)	112 (37.0)	62 (24.2)	1.83 (1.26-2.65)	<0.001
Alt ekstremite	106(19.0)	59 (19.5)	47 (18.4)	1.07 (0.70-1.64)	0.747
Genital	7(1.3)	2 (0.7)	5 (2.0)	0.33 (0.06-1.74)	0.256
Görüntülemede kırık saptandı mı?Evetse;	70(12.5)	56 (18.5)	14 (5.5)	3.91 (2.12-7.22)	<0.001
Kırık Yeri					

* Sütuna göre yüzdeler ** 1 hasta laparotomi, 1 hasta pnömotoraks, 2 hasta orbita tabanı fraktürü, 1 hasta kulak zarı perforasyonu, 2 hasta retina dekolmanı, 1 hasta acil penetran göz laserasyonu, 1 hasta kurşun çıkarılması, 1 hasta ise pulmoner laserasyon, hemotoraks ve pnömotoraks nedeniyle opere edilmiştir. *** 11 hasta çocuk cerrahisi, 4 hasta göz hastalıkları, 2 hasta ortopedi, 4 hasta plastik cerrahi servisine; 1 hasta kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: çocuk şiddeti, akran, acil

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 29

32 Gestasyonel Haftanın Altında Doğan Prematüre Bebeklerde Seri İdrar Pterin Düzeylerinin Postnatal Değişimi ve Neonatal Morbiditelerle İlişkisi

İrem Şalk Divarcı[2], Adil Umut Zübarioğlu[1], Alper Divarcı[1], Ali Bülbül[1], Evrim Kıray Baş[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], Muammer Kazdal[1], Esra İşat[3], Şerif Cansever[4], Hasan Sinan Uslu[1]

Adil Umut Zübarioğlu / Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

Giriş: Bu çalışmada, 32. gebelik haftasının altında doğan prematüre bebeklerde postnatal 1., 14. ve 28. günlerde idrar neopterin, 7,8-dihidroneopterin ve biopterin düzeylerinin HPLC yöntemiyle ölçülmesi; pterin profilinin postnatal dönemdeki değişiminin belirlenmesi ve bu değişimin başlıca neonatal morbiditeler ile ilişkisinin keşifsel olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu tek merkezli, prospektif, longitudinal gözlemsel kohort çalışmasına 32. gebelik haftasının altında doğan 43 prematüre bebek dahil edildi. Postnatal 1., 14. ve 28. günlerde alınan idrar örneklerinde neopterin ve biopterin başta olmak üzere pterin fraksiyonları HPLC yöntemiyle ölçüldü. Neopterin ve biopterin düzeyleri üriner kreatinine oranlanarak NE/CREA ve BIO/CREA değerleri, ayrıca kreatininden bağımsız NE/BIO oranı hesaplandı. Zaman içindeki değişim Friedman testiyle değerlendirildi. Neonatal morbiditelerle ilişkiler Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyonu ile keşifsel olarak incelendi; çoklu karşılaştırmalar Benjamini-Hochberg yanlış keşif oranı (FDR) düzeltmesiyle değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Kohortun medyan gestasyonel yaşı 30,3 (IQR 27,4-31,6) hafta, medyan doğum ağırlığı 1160 (IQR 930-1640) g idi. Bebeklerin %67,4'ünde (n=29) en az bir ağır morbidite veya mortalite, %18,6'sında (n=8) mortalite gözlendi. Üç zaman noktasında da örnek alınabilen 37 bebekte NE/CREA ve BIO/CREA düzeyleri zaman içinde anlamlı değişim gösterdi (sırasıyla p=0,002 ve p=0,010); NE/BIO oranındaki değişim istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,073). Ağır morbidite/mortalite gelişen bebeklerin gestasyonel yaşı ve doğum ağırlığı daha düşüktü (sırasıyla p < 0,001 ve p=0,001). PVL ile Δ28-1 BIO/CREA ve gestasyonel yaş ile NE/BIO değişimleri başta olmak üzere bazı keşifsel ilişkiler saptandı; ancak morbidite-pterin ilişkilerinin hiçbiri FDR düzeltmesi sonrasında istatistiksel anlamlılığını korumadı. Ayrıca 14. ve 28. gün örnekleri bulunmayan altı bebeğin tamamının kaybedilmiş olması, longitudinal analizlerde belirgin bir sağkalım/örneklenebilirlik yanlılığına işaret etti. Sonuç olarak < 32 gestasyonel hafta doğan prematüre bebeklerde seri üriner pterin ölçümü uygulanabilir olup NE/CREA ve BIO/CREA değerleri postnatal ilk 28 gün içinde anlamlı değişim göstermektedir. NE/BIO ve delta pterin ölçümleri ile bazı neonatal morbiditeler arasında keşifsel ilişkiler gözlenmiş olmakla birlikte, bu ilişkiler çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrasında doğrulanmamıştır. Bulgular, pterin dinamiklerinin prematüre yenidoğanlarda araştırılmaya değer bir biyobelirteç alanı olduğunu düşündürmekte; klinik veya prognostik kullanıma ilişkin çıkarımlar için gestasyonel yaşa göre ayarlanmış, yeterli örneklem büyüklüğüne sahip ve olay zamanlarıyla biyobelirteç ölçümlerini eşleştiren çok merkezli longitudinal çalışmalar gerekmektedir.

Primer pterinlerle klinik/ordinal değişkenler arasındaki p<0,05 korelasyonlar

Hedef değişken	Pterin	Zaman/Δ	n	rho	p	q
PVL evresi	BIO/CREA	Δ28-1	37	-0,53	<0,001	0,093
Gestasyonel yaş	NE/BIO	Δ14-1	37	0,51	0,001	0,094
Gestasyonel yaş	NE/BIO	Δ28-14	37	-0,49	0,002	0,109
Doğum ağırlığı	NE/BIO	Δ14-1	37	0,47	0,003	0,109
PVL evresi	NE/BIO	Δ28-1	37	0,45	0,005	0,151
İVK evresi	NE/BIO	Δ14-1	37	-0,43	0,008	0,151
Doğum ağırlığı	NE/BIO	Δ28-14	37	-0,43	0,008	0,151
NEK evresi	NE/BIO	28.gün	37	0,43	0,008	0,151
Yatış süresi	NE/BIO	Δ28-14	32	0,45	0,010	0,162
PVL evresi	NE/CREA	Δ28-1	37	-0,41	0,011	0,163
Gestasyonel yaş	BIO/CREA	Δ28-1	37	0,40	0,014	0,179
Gestasyonel yaş	NE/CREA	Δ28-1	37	0,40	0,015	0,179
Gestasyonel yaş	BIO/CREA	Δ28-14	37	0,39	0,016	0,179
PVL evresi	BIO/CREA	28.gün	37	-0,38	0,020	0,200
Doğum ağırlığı	NE/CREA	Δ28-1	37	0,38	0,022	0,200
PVL evresi	NE/CREA	28.gün	37	-0,38	0,022	0,200
NEK evresi	NE/BIO	Δ28-14	37	0,36	0,028	0,240
İnvaziv MV süresi	NE/BIO	Δ14-1	37	-0,36	0,030	0,241

Seçilmiş keşifsel karşılaştırmalar için rank-biserial r'den türetilen AUC karşılıkları

Sonlanım	Belirteç (Zaman/Δ)	n var/yok	AUC	p
PVL	BIO/CREA (Δ28-1)	8/25	0,87	0,002
PVL	NE/BIO (Δ28-1)	8/25	0,82	0,009
BPD	NE/CREA (Δ28-1)	10/27	0,76	0,017
Ağır morbidite/mortalite	NE/BIO (28.gün)	23/14	0,73	0,023
Ağır morbidite/mortalite	NE/BIO (Δ28-14)	23/14	0,73	0,021
GNS	NE/BIO (28.gün)	18/19	0,71	0,032

Anahtar Kelimeler: Prematürite, pterin, neonatal morbidite

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 30

Türkiye'deki Ebeveynlerde Çocukların Sosyal Medyada Paylaşımı ve Mahremiyet Yönetimi: Sosyal Medya Kullanımı, Gönderi Görünürlüğü ve Kimlik Koruma Uygulamaları

Ali Kansu Tehçi[1], Mehmet Tolga Köle[1], Öykü Duman[1], Sanem Sert[1], İbrahim Kandemir[2], Emel Örün[1], Eyüp Sarı[1], Meda Kondolot[1]

Sanem Sert / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Çocuklara ait fotoğraf, video ve kişisel bilgilerin ebeveynler tarafından sosyal medya platformlarında paylaşılması, "sharenting" olarak tanımlanmaktadır. Bu davranış çocukların dijital kimliğinin ebeveynleri tarafından şekillenmesine, mahremiyet ve dijital ayak izi açısından çeşitli risklerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu çalışmada, Türkiye'deki ebeveynlerin çocuklarına ilişkin sosyal medya paylaşım davranışlarının; ebeveyn ve çocuk özellikleri, sosyal medya kullanım yoğunluğu, gönderi görünürlüğü ve çocuğun yüzünü veya kimliğini gizlemeye yönelik uygulamalarla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Mart 2025–Şubat 2026 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi çocuk polikliniklerinde gerçekleştirilen tek merkezli, kesitsel çalışmaya, 1 aydan büyük ve 18 yaşından küçük en az bir çocuğu bulunan 1541 ebeveyn dahil edildi. Veriler yüz yüze uygulanan yapılandırılmış anket ve Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış 16 maddelik Sharenting Evaluation Scale ile toplandı. Ölçek; öz kontrol, sosyal davranış ve etkiler olmak üzere üç alt boyut ile toplam puanı değerlendirmektedir. Sosyal medya kullanım süresi, takipçi sayısı, en sık kullanılan platform, çocukla ilgili gönderilerin görünürlüğü ve yüz/kimlik gizleme uygulamaları sorgulandı. İlişkiler Spearman sıra korelasyonu, Kendall tau-b ve Kruskal–Wallis testleri ile değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Katılımcıların yaş ortancası 35 (31–40) yıl olup %84,9'u kadındı. Çocukların yaş ortancası 6 (2–10) yıl idi. Katılımcıların %99,0'ı sosyal medya kullanıyordu ve en sık kullanılan platform Instagram'dı (%72,4). Ebeveynlerin %59,5'i çocuklarına ait fotoğraf veya videoları en az nadiren paylaşıyordu. Çocuklarının fotoğrafını paylaşan 1313 ebeveynin %68,1'i gönderilerini yalnızca arkadaş listesiyle, %27,3'ü kısıtlı veya özel hesaplarla sınırlandırırken, %4,6'sı herkese açık paylaşım yapıyordu. Çocukla ilgili içerik paylaşan ve ilgili soruya yanıt veren 1300 ebeveynin %55,2'si çocuğun yüzünü veya kimliğini gizlemeye yönelik en az bir yöntem kullanıyordu. Daha uzun günlük sosyal medya kullanım süresi ve daha fazla takipçi sayısı, tüm ölçek alt boyutları ve toplam puanla pozitif ilişkiliydi (tümü $p < 0,001$). Ebeveyn ve çocuk yaşları ise tüm boyutlarla zayıf negatif ilişkiliydi (tümü $p < 0,001$). Kimlik gizleme yöntemi kullanmayanlarda öz kontrol, etkiler ve toplam puan daha yüksekti (tümü $p < 0,001$). Gönderi görünürlüğü, tüm ölçek boyutlarıyla anlamlı farklılık gösterdi (tümü $p < 0,001$).Türkiye'deki bu geniş ebeveyn örnekleminde çocukların sosyal medyada paylaşımı yaygın olup, paylaşım davranışı sosyal medya kullanım yoğunluğu ve çevrimiçi izleyici ağıyla ilişkili bulundu. Ebeveynlerin çoğu gönderi görünürlüğünü sınırlandırmakta ve önemli bir bölümü çocuğun yüzünü veya kimliğini korumaya yönelik yöntemler kullanmaktadır. Çocuk mahremiyetine yönelik danışmanlıkta yalnızca paylaşım sıklığı değil; sosyal medya kullanım yoğunluğu, izleyici kapsamı, tanımlanabilir görsel ve bağlamsal bilgilerin paylaşımı ve çocuğun gelişen özerkliği birlikte ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sharenting, sosyal medya, dijital ayakizi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 31

Kronik Sağlık Sorunu ve Özel Gereksinimi Olan Çocuklarda Okula Devamlılık ve Eğitim Yaşantısındaki Güçlükler

Ayşe Mete Yeşil[1], Gözde Uluışık Güngör[2], Nilüfer Gazel Erpolat[2], Ahmet Buğrahan Yıldız[3], Elif Nursel Özmert[1]

Gözde Uluışık Güngör / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Özel gereksinimi olan çocukların eğitime katılımı; akademik kazanımların yanı sıra sosyal katılım, bağımsızlık ve günlük yaşam becerilerinin gelişimi açısından önemlidir. Kronik sağlık sorunları ve işlevsel kısıtlılıklar okul devamlılığını ve okul ortamındaki katılımı olumsuz etkileyebilmekte; birden fazla alanda özel gereksiniminin bulunması eğitim sürecindeki destek gereksinimini artırabilmektedir. Bu çalışmada Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) olan çocukların okula devam durumlarının ve eğitim yaşamında karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Tek merkezli, tanımlayıcı kesitsel çalışmaya 5–10 yaş arasında ve dil-konuşma-iletişim, hareket gelişimi ve/veya bilişsel gelişim alanlarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde son iki yılda ÇÖZGER düzenlenmiş 84 çocuk dahil edildi. Demografik özellikler ve özel gereksinimlerine ilişkin bilgiler hastane kayıtlarından, okul yaşamına ilişkin veriler ailelerle yapılan telefon görüşmelerinden elde edildi.

Bulgular ve Sonuç: Çocukların ortanca yaşı 7 yıl [ÇAA: 6–9] olup 55'i (%65,5) erkekti. Çocukların 65'inde (%77,4) dil-konuşma-iletişim, 40'ında (%47,6) bilişsel ve 39'unda (%46,4) hareket alanında; 53 çocukta (%63,1) birden fazla alanda özel gereksinim mevcuttu. Çocukların 57'sinde (%67,9) eşlik eden hastalık/tıbbi tanı (en sık genetik [n=20 (%23,8)] ve nörolojik [n=19(%22,6)] hastalıklar) mevcuttu. Çocukların 58'i (%69,0) okul öncesi eğitime katılmış, 68'i (%81,0) özel eğitim merkezine devam etmekte ve 74'ü (%88,1) örgün bir okula kayıtlıydı. Geçmiş eğitim yaşantısında 51 çocukta (%60,7) eğitimi etkileyen en az bir güçlük, 15 çocukta (%17,9) okulu bırakma öyküsü vardı. Devamsızlık gün sayısı belirlenebilen çocukların 17'sinde (%23,3) son eğitim yılında ≥20 gün devamsızlık saptandı; en sık nedenler hastalık/enfeksiyon [n=37 (%44,0)] ve hastane randevularıydı[n=28 (%33,3)]. Güncel okul yaşamı değerlendirilebilen 76 çocuğun 63'ünde (%82,9) en az bir güçlük bildirildi. Akran ilişkilerinde güçlük çocukların yarısında [n=38 (%50,0)] görülmüş ve tek/çoklu özel gereksinim grupları arasında farklılık göstermemiştir. Çoklu özel gereksinim grubunda düzenli okul devamı daha düşük; öz bakım, beslenme, bireysel destek ve aile destek gereksinimleri daha yüksekti. Bilişsel ve hareket alanında özel gereksinimi bulunan çocuklarda da okul devamlılığı, bazı okul güçlükleri ve destek gereksinimlerinde anlamlı farklılıklar saptandı ($p < 0,05$). Karşılaştırmalar Tablo 1'de sunulmuştur. Özel gereksinimi olan çocuklarda eğitim yaşamına ilişkin güçlükler yaygındır. Akran ilişkilerindeki güçlüklerin tek ve çoklu özel gereksinim gruplarında benzer sıklıkta görülmesi, sosyal katılımın tüm çocuklarda aynı önemle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çoklu özel gereksinimde öz bakım, beslenme ve bireysel destek gereksinimlerinin belirginleşmesi, çocuğun eğitim yaşamının planlanmasında işlevselliğinin ve ailenin destek gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Eğitim ve destek sistemlerinin çocukların bireysel gereksinimlerini tanıyan, aileleri sürece dahil eden ve disiplinler arası koordinasyonu destekleyen bir yapıda planlanması önemlidir. Kronik hasta izleminde çocuk hekimlerinin çocuğun bütüncül izlemi ve farkındalığı ile bu konuda daha fazla araştırma ve savunuculuğa gereksinimi vardır.

Tablo 1. Özel gereksinim özelliklerine göre okul devamlılığı, eğitim yaşantısındaki güçlükler ve destek

gereksinimlerinin karşılaştırılması

Değişken	Tek alan (n=31)	Çoklu alan (n=53)	p	Bilişsel var (n=40)	Bilişsel yok (n=44)	p	Hareket var (n=39)	Hareket yok (n=45)	p
Demografik özellikler									
Yaş, ortanca [ÇAA], yıl	8 [6,5–9]	7 [6–9]	0,429	7 [5,8–9]	7 [6,8–9]	0,431	7 [5–8]	8 [7–9]	0,010
Erkek cinsiyet, n (%)	25 (80,6)	30 (56,6)	0,025	22 (55,0)	33 (75,0)	0,054	19 (48,7)	36 (80,0)	0,003
Eğitime erişim									
Özel eğitim merkezine devam	24 (77,4)	44 (83,0)	0,528	33 (82,5)	35 (79,5)	0,731	31 (79,5)	37 (82,2)	0,750
Okul öncesi eğitime katılım	23 (74,2)	35 (66,0)	0,435	25 (62,5)	33 (75,0)	0,216	22 (56,4)	36 (80,0)	0,020
Halen bir okula kayıtlı	29 (93,5)	45 (84,9)	0,311	32 (80,0)	42 (95,5)	0,042	31 (79,5)	43 (95,6)	0,039
Eğitim şekli			<0,001			<0,001			0,001
→Normal sınıf	21/30 (70,0)	16/46 (34,8)		7/33 (21,2)	30/43 (69,8)		11/32 (34,4)	26/44 (59,1)	
→Kaynaştırma/bütünleştirme	8/30 (26,7)	10/46 (21,7)		8/33 (24,2)	10/43 (23,3)		5/32 (15,6)	13/44 (29,5)	
→Özel eğitim sınıfı	1/30 (3,3)	20/46 (43,5)		18/33 (54,5)	3/43 (7,0)		16/32 (50,0)	5/44 (11,4)	
Okula devamlılık									
Düzenli okula devam	28/30 (93,3)	40/53 (75,5)	0,042	28/40 (70,0)	40/43 (93,0)	0,006	27/39 (69,2)	41/44 (93,2)	0,005
Yıllık devamsızlık, ortanca [ÇAA], gün	7 [4–10]	10 [5–20]	0,095	10 [5–20]	6,5 [4–10]	0,014	10 [7–20]	5 [4–10]	0,008
≥20 gün devamsızlık	4/31 (12,9)	13/42 (31,0)	0,071	11/29 (37,9)	6/44 (13,6)	0,016	11/30 (36,7)	6/43 (14,0)	0,024
Güncel okul yaşamındaki güçlükler									
En az bir okul güçlüğü	22/31 (71,0)	41/45 (91,1)	0,022	30/32 (93,8)	33/44 (75,0)	0,032	30/31 (96,8)	33/45 (73,3)	0,008
Akran ilişkilerinde güçlük	17/31 (54,8)	21/45 (46,7)	0,484	14/32 (43,8)	24/44 (54,5)	0,353	15/31 (48,4)	23/45 (51,1)	0,815
Sınıf uyumunda güçlük	9/31 (29,0)	15/45 (33,3)	0,804	12/32 (37,5)	12/44 (27,3)	0,344	12/31 (38,7)	12/45 (26,7)	0,267
Ulaşım güçlüğü	4/31 (12,9)	12/45 (26,7)	0,167	9/32 (28,1)	7/44 (15,9)	0,197	13/31 (41,9)	3/45 (6,7)	<0,001
Özbakım güçlüğü	4/31 (12,9)	19/45 (42,2)	0,006	16/32 (50,0)	7/44 (15,9)	0,001	20/31 (64,5)	3/45 (6,7)	<0,001
Beslenme güçlüğü	1/31 (3,2)	18/45 (40,0)	<0,001	11/32 (34,4)	8/44 (18,2)	0,107	15/31 (48,4)	4/45 (8,9)	<0,001
Bireysel destek gereksinimi	0/31 (0)	8/44 (18,2)	0,018	7/31 (22,6)	1/44 (2,3)	0,007	6/30 (20,0)	2/45 (4,4)	0,053
Ailelerin destek gereksinimleri									
En az bir destek gereksinimi	13/31 (41,9)	35/53 (66,0)	0,031	28 (70,0)	20 (45,5)	0,023	27 (69,2)	21 (46,7)	0,037
Ulaşım/erişim desteği	3/31 (9,7)	14/53 (26,4)	0,065	11 (27,5)	6 (13,6)	0,114	13 (33,3)	4 (8,9)	0,005
Günlük bakım/özbakım/refakat desteği	1/31 (3,2)	15/53 (28,3)	0,005	13 (32,5)	3 (6,8)	0,003	14 (35,9)	2 (4,4)	<0,001
Geçmiş eğitim yaşantısı									

Değişken	Tek alan (n=31)	Çoklu alan (n=53)	p	Bilişsel var (n=40)	Bilişsel yok (n=44)	p	Hare-ket var (n=39)	Hareket yok (n=45)	p
Okulu bırakma öyküsü	5/30 (16,7)	10/51 (19,6)	0,742	10/38 (26,3)	5/43 (11,6)	0,089	8/37 (21,6)	7/44 (15,9)	0,510
Geçmiş eğitim sürecinde ≥1 güçlük	18/31 (58,1)	33/53 (62,3)	0,704	25 (62,5)	26 (59,1)	0,749	25 (64,1)	26 (57,8)	0,554

Anahtar Kelimeler: Özel gereksinimli çocuklar, Eğitimde güçlükler, Okul katılımı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 33

Besin Alerjili Bebeklerde Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Sürecinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

Nermin Sönmez Yalçın[1], ece şenbaykal yiğit[1], özlem bağ[1], ilke taşkırdı[1], tuba tuncel[1]

Nermin Sönmez Yalçın / İzmir Şehir Hastanesi

Giriş: Tamamlayıcı beslenme dönemi, büyüme ve gelişmenin desteklenmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması açısından bebeklik döneminin önemli basamaklarından biridir. Besin alerjisi olan bebeklerde sorumlu alerjenlerden kaçınma gerekliliğinin yanı sıra, ailelerin alerjik reaksiyon gelişmesine ilişkin endişeleri ve uygulanan diyet kısıtlamaları bu süreci zorlaştırabilmektedir. Bu durum bazı besinlerin gereksiz yere geciktirilmesine, besin çeşitliliğinin azalmasına ve besin reddi gibi beslenme güçlüklerinin gelişmesine neden olabilmektedir. Ayrıca besin alerjisinin oluşturduğu kaygı, annelerin beslenme sürecine yönelik tutumlarını da etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, besin alerjisi olan bebekler ile sağlıklı kontrollerin tamamlayıcı beslenmeye geçiş özelliklerinin, bu süreçte yaşanan güçlüklerin, bebeklerin beslenme davranışlarının ve annelerin beslenme sürecine yönelik tutumlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak planlanan çalışmaya 9–18 ay arasında toplam 128 bebek dahil edildi. Besin alerjisi tanısı ile izlenen 64 bebek çalışma grubunu, besin alerjisi veya kronik hastalığı bulunmayan 64 sağlıklı bebek kontrol grubunu oluşturdu. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan anket formu aracılığıyla toplandı. Anket kapsamında demografik özellikler, anne sütü ve formül mama ile beslenme öyküsü, tamamlayıcı beslenme uygulamaları ve geçiş sürecinde yaşanan güçlükler sorgulandı. Besin alerjisi grubunda ayrıca semptom başlangıç yaşı, tanı yaşı, klinik bulgular, sorumlu besinler, hastalık seyri, maternal eliminasyon diyeti ve diyet kısıtlamaları kaydedildi. Anneler Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Davranışları Ölçeği ve Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'ni doldurdu.

Bulgular ve Sonuç: Besin alerjisi ve kontrol gruplarında tamamlayıcı besinlerin ilk tadım yaşı (5,8±0,5 ve 5,7±0,5 ay; p=0,285) ve düzenli tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı (6,0±0,3 ve 6,0±0,4 ay; p=0,596) benzerdi. Buna karşın tamamlayıcı beslenmeye geçişte güçlük, besin alerjisi olan bebeklerde anlamlı olarak daha sık görüldü (%67,2'ye karşı %37,5; p=0,001). Besin alerjisi grubunda Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Davranışları Ölçeği puanı daha düşük (108,9±14,6'ya karşı 125,4±8,1; p < 0,001), Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği toplam puanı ise daha yüksekti (54,0±14,3'e karşı 40,5±8,0; p < 0,001). Besin alerjili bebeklerde alerjen olmayan besinlerin başlanmasının geciktirilmesi daha düşük tamamlayıcı beslenme davranış puanlarıyla ilişkiliydi (p=0,007). Tamamlayıcı beslenmeye geçişte güçlük yaşayanlarda beslenme davranış puanları daha düşük (p < 0,001), anne tutum puanları ise daha yüksekti (p=0,007). İnek sütü alerjisi daha yüksek anne tutum puanı ile ilişkili bulundu (p=0,012). Besin alerjisi olan bebeklerde tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı sağlıklı kontrollerle benzer olmakla birlikte, geçiş sürecinde güçlükler daha sık görülmekte ve daha olumsuz beslenme davranışları ile maternal tutumlar izlenmektedir. Besin alerjili bebeklerin yönetiminde alerjenlerden kaçınmanın yanı sıra gereksiz diyet kısıtlamalarının önlenmesi, besin çeşitliliğinin korunması ve sağlıklı beslenme davranışlarının desteklenmesine yönelik aile danışmanlığı da önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Besin Alerjisi, Tamamlayıcı Beslenme, Beslenme Davranışı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 34

Anne Teknoferansı ve Ruhsal Durumunun Çocuğun Ekran Kullanımı ve Davranışsal Özellikleri ile İlişkisi

Nafiye Ünsal[1], Ayşe Mete Yeşil[1], Buse Şencan Karakuş[1], Şeyma Kahraman[1], Ebru Cihan Çam[1], Elif Nursel Özmert[1]

Nafiye Ünsal / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte geçirdikleri ortak zaman dilimlerinde teknolojik cihaz kullanmaları çocukları ile olan iletişimlerini ve etkileşimlerini kesintiye uğratabilir. Teknoferans olarak tanımlanan bu durumun, çocukların davranış sorunları ve ebeveyn ruhsal belirtileri ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada annenin ekran süresi, teknoferansı ve ruhsal belirtileri ile çocukların ekran süresi ve davranış sorunları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Gelişimsel Pediatri Bölümü' nde izlenen 58 çocuk ve annesi dahil edildi. Anne ve çocukların günlük ekran kullanım süreleri ile sosyodemografik özellikleri ve ölçekler anne bildirimine göre kaydedildi. Anne teknoferansı; ''ebeveyn teknoferansı özellikleri'', ''ebeveyn teknoferansının çocuğa yansımaları'' ve ''ebeveynlerin akıllı cihaz kullanımını azaltmaya yönelik aldığı önlemler'' alt boyutlarını içeren Ebeveyn Teknoferans Ölçeği ile değerlendirildi. Annelerin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) ile değerlendirildi. Çocukların davranışsal özellikleri ise içselleştirme (içe çekilme, kaygı-depresyon, somatik yakınmalar) ve dışsallaştırma (agresif davranışlar, kural çiğneme) davranış sorunlarını değerlendiren Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/ 4-18 (ÇDDÖ/ 4–18) ile değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya alınan 58 çocuğun medyan yaşı 60 ay olup %52' si kızdı. Çocukların %65' i (n=38) okul öncesi eğitime, %38' i (n=22) özel eğitime devam ediyordu; %50' sinde (n=29) kronik veya genetik hastalık vardı. Annelerin medyan yaşı 35 idi ve %60' ı (n=35) üniversite mezunuydu. Annelerin günlük ekran süresi medyanı 120dk, çocukların ise 60dk bulundu.Yapılan korelasyon analizleri sonucunda anne ekran süresi, çocuk ekran süresi ile pozitif ilişkili bulunmuştur ($r= 0.612$, $p < 0.01$). Ayrıca anne ekran süresi ile DASÖ- stres puanı ($r= 0.268$, $p < 0.05$) ve çocuğun içselleştirme ($r= 0.251$ $p=0.057$) ve dışsallaştırma ($r= 0.265$, $p < 0.05$) davranış puanları arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. "Ebeveyn teknoferansı özellikleri" alt ölçeği ile, anne ekran süresi ($r= 0.319$ $p < 0.05$) ve çocuğun ekran süresi ($r= 0.288$, $p < 0.05$) arasında da pozitif ilişki bulunmuştur. Ebeveyn Teknoferans Ölçeği, DASÖ ve ÇDDÖ puanları arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Öte yandan "akıllı cihaz kullanımını azaltmaya yönelik alınan önlemler" alt ölçeğinin annenin stres, depresyon puanları ve çocuğun içselleştirme davranış puanları ile negatif ilişkili olduğu bulunmuş ve ayrıntılar Tablo 1' de gösterilmiştir. Bulgular, teknoferansın annenin ruhsal sağlığı ve akıllı cihaz kullanımına ilişkin tutumları üzerinden çocuğun duygusal ve davranışsal özellikleriyle bağlantılı olabileceğini ortaya koymaktadır. Annenin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arttıkça, teknoferansı artmakta; bu durum çocuğa duyarlı yanıt vermesini azaltarak çocuğun davranışsal uyum sorunlarını artırabilmektedir. Çocuğun ekran kullanımı ve davranış sorunlarının değerlendirilmesinde, annenin ruhsal iyilik halinin dikkate alınması ve desteklenmesi hem teknoferansın azaltılmasına hem de çocuğun duygusal ve davranışsal gelişimine katkı sağlayacaktır.

Tablo 1. Annenin Depresyon, Anksiyete ve Stres Puanları, Teknoferans Ölçeği Alt Boyut Puanları ve Çocuğun Davranış Puanları Arasındaki İlişkiler.

	DASÖ-21 Depresyon	DASÖ-21 Anksiyete	DASÖ-21 Stres	ÇDDÖ İçselleştirme	ÇDDÖ Dışsallaştırma	ÇDDÖ Toplam
EBEVEYN TEKNOFERANS ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI						
Ebeveyn Teknoferansı Özellikleri	0.420**	0.325*	0.427**	0.285*	0.231	0.294*
Ebeveyn Teknoferansının Çocuğa Yansımaları	0.395**	0.360**	0.400**	0.188	0.193	0.233
Akıllı Cihaz Kullanımını Azaltmaya Yönelik Alınan Önlemler	-0.333*	-0.224	-0.272*	-0.277*	-0.215	-0.285*
DASÖ-21 ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI						
DASÖ-21 Depresyon	_	_	_	0.537**	0.387**	0.450**
DASÖ-21 Anksiyete	_	_	_	0.596**	0.437**	0.490**
DASÖ-21 Stres	_	_	_	0.579**	0.448**	0.499**

Not: Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir; * p<0.05, **p<0.01. DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği- 21 ÇDDÖ: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

Anahtar Kelimeler: teknoferans, çocuk davranış sorunları, gelişimsel pediatri

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 35

Çocuk Hastanesinde Yatış Sürecinde Anne Sütüyle Beslenme: Yaşa ve Kliniğe Göre Yatış ve Taburculuk Örüntüleri

Sultan İçöz Başarır[1], Ece İrem Deveci[1], Melda Çelik[1], Sıdıka Songül Yalçın[1]

Sultan İçöz Başarır / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Hastaneye yatış, özellikle yaşamın ilk aylarında anne sütüyle beslenmenin sürdürülmesi açısından önemli bir dönemdir. Bu çalışmada üçüncü basamak bir çocuk hastanesinde yatan bebek ve çocuklarda yatış ve taburculuk sırasındaki anne sütü ve formula kullanımının; yaş, yatış yapılan klinik ve hastanede kalış süresine göre değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde son 18 ay içinde hastaneye yatırılan 2.590 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, yatış ve taburculuk servisi, yatış süresi, yatış ve taburculuktaki beslenme yolu ve besin türü incelendi. Ana beslenme analizinde oral veya "diğer" yolla beslenen çocuklar değerlendirildi; intravenöz ve total parenteral beslenme besin türü karşılaştırmalarının dışında bırakıldı. Formula ve biberonla formula kullanımı "formula/biberon" olarak birlikte değerlendirildi. B82 ayrıca incelendi; diğer servislerdeki çocuklar < 1 ay, 1–3 ay, 4–5 ay, 6–11 ay ve ≥12 ay yaş gruplarına ayrıldı. Çocuk Acil Polikliniği/ÇAP'ta izlenen çocuklar ile diğer pediatri servislerinde yatan çocukların anne sütü alma durumları ayrıca karşılaştırıldı.

Bulgular ve Sonuç: Toplam 2.590 hastane yatışının 1.340'ını hastanede doğup Bl82 den taburcu edilen yenidoğanlar oluştururken, 63 yenidoğan yoğun bakım kliniğine devredildi. Anne sütü alımı taburculukta %94,6 iken; formula/biberon kullanımı ise %0,5'ten %5,4 idi. Bu grupta ortanca yatış süresi 2 (ÇAA: 1–2) gündü.Yenidoğan servisi dışındaki çocuklarda anne sütü alma oranı yaşla birlikte belirgin olarak daha düşüktü. Yatışta anne sütü alma oranları < 1 ayda %92,6, 1–3 ayda %78,8, 4–5 ayda %59,8, 6–11 ayda %54,3 ve ≥12 ayda %54,7 idi. Taburculukta bu oranlar sırasıyla %93,3, %76,6, %62,9, %54,3 ve %57,4 olarak bulundu. Formula/biberon kullanımı özellikle 4–5 aylık bebeklerde yüksekti ve yatışta %39,4, taburculukta %34,8 olarak saptandı.Anne sütüyle beslenme klinik izlem yerine göre de farklılık gösterdi. ÇAP'ta izlenenlerle diğer pediatri servislerindeki çocuklar karşılaştırıldığında anne sütü alma oranları 1–3 ayda %84,0'a karşı %69,6; 4–5 ayda %70,7'ye karşı %50,5 ve 6–11 ayda %60,2'ye karşı %50,3 idi. ≥12 aylık çocuklarda ise oranlar sırasıyla %48,4 ve %59,8 olarak bulundu.Yenidoğan dönemi sonrasında anne sütü alma oranları yaşla birlikte belirgin biçimde azalmakta ve klinikler arasında farklılık göstermektedir. Özellikle yaşamın ilk altı ayında hastaneye yatış, anne sütüyle beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi için önemli bir fırsat olarak ele alınmalı; hastane süresince anne sütünün korunmasına yönelik yaşa ve kliniğe özgü destek uygulamaları güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütüyle beslenme, hastanede yatan çocuk, formula

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 36

YAŞAMIN İLK ALTI AYINDA YALNIZ ANNE SÜTÜ İLE BESLENMENİN SEYRİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Özlem Özdemir Balcı[2], Meltem Koyuncu Arslan[2], Kader Gazi[2], Seval Gündoğdu[1], Murat Anıl[1]

Seval Gündoğdu / İzmir Demokrasi Üniversitesi

Giriş: Yaşamın ilk altı ayında yalnız anne sütü ile beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişmenin desteklenmesinde temel yaklaşımlardan biridir. Yalnız anne sütü ile beslenmenin başlanması ve sürdürülmesi; maternal özellikler, doğum süreci ve doğum sonrası erken dönem beslenme uygulamalarından etkilenebilmektedir. Çalışmamızda bebeklerin yaşamın ilk altı ayındaki beslenme örüntüsünün prospektif olarak izlenmesi, yalnız anne sütü ile beslenme oranlarının zaman içindeki değişiminin ortaya konulması ve beslenme biçimiyle ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Prospektif gözlemsel çalışmaya 61 anne-bebek çifti dahil edildi. Bebeklerin beslenme özellikleri doğumdan itibaren altıncı aya kadar emzirme danışmanlığı polikliniğinde izlendi. Yalnız anne sütü ile beslenen bebekler ile anne sütüne ek olarak formül mama alan bebekler; maternal ve ailesel özellikler ile prenatal, natal ve postnatal faktörler açısından karşılaştırıldı. Formül mama başlanma nedenleri ayrıca değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare veya Fisher Exact testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Yenidoğan döneminde bebeklerin 43'ü (%70,5) yalnız anne sütü ile beslendi. Bu oran ikinci ayda %80,3, üçüncü ayda %82, altıncı ayda %59'du. Formül mama ve ek gıda başlananlar dahil edildiğinde altıncı ayda bebeklerin %95,1'i anne sütü almaya devam etmekteydi. İlk değerlendirmede 25 yaşından küçük annelerin bebeklerinde karışık beslenme sıklığı daha yüksekti (%66,7'ye karşı %25,6; p=0,010). Doğumdan sonraki ilk 30 dakika içinde emzirilen bebeklerde yalnız anne sütü ile beslenme daha sık saptandı (%67,4'e karşı %38,9; p=0,039). Doğum sonrası ilk besin olarak formül mama verilmesi ise karışık beslenen grupta daha sıktı (%88,9'a karşı %53,3; p=0,009). Anne eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi, gebeliğin planlı olması, doğum şekli, ten tene temas ve yenidoğan döneminde emzik kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). İzlem süresi içinde 23 (%37,7) bebek formül mama desteği aldı; bunların %56,5'i ailenin kendi kararı ile formül mamaya başlarken, geriye kalan %43,5'i izlemin yapıldığı emzirme danışmanlığı polikliniği dışında görev yapan kurum dışı sağlık personelinin tavsiyesi ile formül mamaya yöneldi. Formül mama desteği alanların %74'nde anne sütünün yetersiz kaldığı düşünülüyordu.Anne sütü ile beslenmenin altıncı ayda yüksek oranda devam etmesine karşın yalnız anne sütü ile beslenmenin üçüncü aydan sonra belirgin olarak azaldı. Genç anne yaşı, emzirmenin doğumdan sonraki ilk 30 dakika içinde başlatılmaması ve ilk besin olarak formül mama verilmesi karışık beslenmeyle ilişkili faktörlerdi. Bulgularımız, yalnız anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesinde özellikle doğum sonrası ilk saatlerin kritik bir müdahale alanı olduğunu; erken emzirmenin desteklenmesi, gereksiz formül mama kullanımının önlenmesi, sağlık personelinin eğitiminin gözden geçirilmesi ve genç annelere hedeflenmiş emzirme desteği sağlanmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Emzirme sürekliliği, Emzirmeyi etkileyen faktörler

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 37

Çocuklarda Ekran Maruziyeti ve Uyku Kalitesi: Ekran Süresi mi, Kullanım Amacı mı?

Ayben Leblebici[1], Emre Güngör[2], Meltem Dinleyici[3]

Ayben Leblebici / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Pediatri Bilim Dalı

Giriş: Yaşa uygun süre ve kalitede uyku, çocukların büyüme ve gelişimi için temel bir gereksinimdir. Uzun ekran süresinin çocuklarda daha kısa ve daha düşük kaliteli uykuyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ebeveynlerin ekranı çocuğu sakinleştirmek için bir araç olarak kullanması yaygınlaşmaktadır ancak ekran kullanımının amacının uykuyla ilişkisi, süresine göre daha az incelenmiştir. Ülkemizde çocuklarda uyku sorunlarını değerlendiren çalışmalar ise sınırlıdır. 2–10 yaş arası çocuklarda ekran maruziyetinin süresi ve kullanım özellikleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Genel pediatri ve sosyal pediatri polikliniklerinde yürütülen bu kesitsel çalışmada, 2–10 yaş arası sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere bir ekran maruziyeti anketi ile Türkçe geçerliği yapılmış Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA; Children's Sleep Habits Questionnaire, CSHQ; 33 madde, 8 alt ölçek; toplam puan ≥41 klinik olarak anlamlı uyku bozukluğu) yüz yüze uygulandı. Eksik verisi fazla olanlar ve yaş aralığı dışındakiler çıkarıldıktan sonra 253 çocuk analize alındı. Sıralı değişkenler için Spearman korelasyonu, ikili değişkenler için Mann–Whitney U testi kullanıldı; toplam puanla anlamlı ilişkili değişkenler alt ölçek düzeyinde de incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Medyan (IQR) yaş 6 (4–7) yıl olup çocukların 171'inde (%67,6) CSHQ toplam puanı ≥41 idi. Günlük ekran maruziyeti süresi, ekran aracılı oyun süresi ve ekrana başlama yaşı, CSHQ toplam puanıyla korele değildi (tümü $p > 0,05$). Buna karşın, ebeveynin çocuğu sakinleştirmek için ekran kullandığını bildirdiği çocuklarda CSHQ toplam puanı daha yüksekti (medyan 45,5 vs 42,0, $p=0,0005$); bu fark yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku kaygısı, gece uyanmaları, uykuda solunum bozukluğu ve gün içi uykululuk alt ölçeklerinde anlamlıyken (tümü $p < 0,05$), uyku süresi ve parasomnilerde anlamlı değildi. Küçük yaş, daha yüksek CSHQ toplam puanıyla ilişkiliydi ($\rho=-0,258$, $p < 0,001$). Yemek sırasında ekran kullanımı, ebeveynin medya sınırı koyması, cep telefonu sahipliği, sosyal medya hesabı ve ebeveynle birlikte televizyon izleme ile anlamlı ilişki saptanmadı.Bu örneklemde günlük ekran süresi uyku bozukluğuyla ilişkili bulunmazken, ekranın sakinleştirme stratejisi olarak kullanılması CSHQ alt ölçeklerinin çoğunda daha yüksek sorun puanlarıyla ilişkiliydi. Ekran kullanımının süresinden çok amacı ve bağlamı pediatrik uyku sağlığıyla ilişkili olabilir; sağlıklı çocuk izlem vizitlerindeki danışmanlık bu yönde hedeflenebilir.

Tablo 1. Kategorik ekran maruziyeti değişkenlerine göre CSHQ toplam puanının karşılaştırılması

Ekran maruziyeti değişkeni	Var — medyan (n)	Yok — medyan (n)	p değeri
Yemek sırasında ekran kullanımı	43,5 (n=108)	42,0 (n=143)	0,297
Sakinleştirmek için ekran kullanımı	45,5 (n=52)	42,0 (n=201)	0,0005*
Ebeveynin medya sınırı koyması	42,6 (n=196)	44,0 (n=56)	0,540
Çocuğa ait cep telefonu olması	43,0 (n=17)	43,0 (n=236)	0,619
Çocuğun sosyal medya hesabı olması	46,5 (n=8)	43,0 (n=245)	0,170
Ebeveynle birlikte televizyon izleme	42,0 (n=161)	43,5 (n=92)	0,126

Tablodaki değerler, ilgili değişken açısından "var" ve "yok" gruplarındaki çocukların CSHQ toplam puanının medyanıdır (yüksek puan = daha fazla uyku sorunu). Tüm karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır. *Anlamlı (p<0,05).

Tablo 2. Sakinleştirme amaçlı ekran kullanımına göre CSHQ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

CSHQ alt ölçeği	Var — medyan (n)	Yok — medyan (n)	p değeri
Yatma zamanı direnci	6,0 (n=53)	6,0 (n=203)	0,009*
Uykuya dalmanın gecikmesi	1,0 (n=52)	1,0 (n=201)	0,026*
Uyku süresi	4,0 (n=53)	4,0 (n=203)	0,752
Uyku kaygısı	5,0 (n=53)	4,0 (n=203)	0,024*
Gece uyanmaları	3,0 (n=53)	3,0 (n=203)	<0,001*
Parasomniler	8,0 (n=53)	8,0 (n=203)	0,082
Uykuda solunum bozukluğu	3,0 (n=53)	3,0 (n=203)	0,048*
Gün içi uykululuk	14,0 (n=53)	13,0 (n=203)	0,013*

Tablodaki değerler, çocuğu sakinleştirmek amacıyla ekran kullanılan ("Var") ve kullanılmayan ("Yok") gruplardaki ilgili CSHQ alt ölçeğinin medyan puanıdır (yüksek puan = daha fazla sorun); n, o alt ölçekte puanı hesaplanabilen katılımcı sayısını gösterir. Tüm karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır. *Anlamlı (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: ekran süresi, uyku bozukluğu, çocuk uyku alışkanlıkları anketi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

SS - 38

Turner Sendromlu Hastalarda Karyotipin Kardiyak Prognoza Etkisinin İncelenmesi

Gözde Melisa Kalyoncu Arıcan[1], İbrahim İlker Çetin[2], Esra Kılıç[2], Pınar Kocaay[2]

Gözde Melisa Kalyoncu Arıcan / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Turner Sendromu, fenotipik dişilerde ikinci seks kromozomunun kısmen veya tamamen yokluğu ile ortaya çıkan bir kromozomal bozukluktur. Klinik olarak boy kısalığı, büyüme geriliği ve primer over yetmezliği en belirgin bulgular arasında yer alır. TS'de kardiyovasküler anomaliler sık görülmekte olup, en yaygın bulgular biküspit aortik kapak ve aort koarktasyonudur. BAV varlığı aort dilatasyonu ve diseksiyon riskini artırırken, koarktasyonda ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Kardiyovasküler hastalıklar, Turner Sendromu olan bireylerde morbiditenin yaklaşık yarısından sorumludur.

Materyal ve Metot: Ağustos 2019-Aralık 2023 tarihleri arasında, Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Genetik polikliniğinde 0 ay - 18 yaş aralığında izlenen Turner sendromu genetik tanısı alan 86 hastanın kardiyolojik bulguları çalışmaya dahil edildi. Hastaların karyotip sınıflandırılması 45 X0 (Monozomi X) , Mozaisizm, Yapısal Bozukluklar ve Yapısal Bozuklukların Eşlik Ettiği Mozaisizm şeklinde sınıflandırılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: İncelenen 86 Turner Sendromu tanılı hastaların 31'i (%36) 45 X0 , 32'si (% 37,2) mozaisizm , 9'u (%10,5) yapısal bozukluklar , 14'ü (%16,5) yapısal bozuklukların eşlik ettiği mozaisizm olarak izlenmiştir. Olgularda en sık rastlanan kardiyak anomali, biküspit aortik kapak olup, toplamda 23 kişide (%26,7) saptanmıştır. Aort koarktasyonu 5 kişide (%5,8), aort dilatasyonu 7 kişide (%8,1) izlenmiştir. Aortik kapak patolojilerinin detaylı incelemesinde, hafif aort darlığı 4 kişide (%4,7) ve orta dereceli aort darlığı ise 1 kişide (%1,2) bulunmuştur. Aort yetmezliği olan bireylerde ise 16 kişide (%18,6) hafif yetmezlik saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,8, n=73) klinik izlem altındadır. Bunun yanında, 9 kişi (%10,5) cerrahi müdahaleden geçmiş ve 4 kişi (%4,7) medikal tedavi ile takip edilmektedir. Çalışmamızda Karyotip grubu ve aort dilatasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,017). 45,X0 karyotipi aort dilatasyonu riskini 11,96 kat artırıyordu (p=0,021), ancak mozaisizm anlamlı bir etki göstermedi (p=0,98). Hipertansiyon ile yapısal anomalilerin eşlik ettiği mozaisizm arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,035). Prognoz açısından gruplar arasında genel olarak anlamlı fark bulunmazken (p=0,123), monozomi grubunun (45,X0) diğer karyotiplere kıyasla prognoz açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği görüldü (p=0,017). Z skoru açısından monozomi grubunda daha yüksek oranlarda değerler izlendi (p=0,023). Monozomi grubu, Z skoru pozitifliği için anlamlı bir prediktör olarak saptandı (OR: 6,36; %95 CI: 1,198-33,767, p=0,03). Mozaisizm ise Z skoru üzerinde prediktör olarak anlamlı bulunmadı (p=0,998). Çalışmamız, Turner Sendromunda karyotip varyasyonlarının kardiyovasküler ve sistemik etkilerini ortaya koymuştur. 45,X0 karyotipinin aort dilatasyonu ve kardiyovasküler anomaliler açısından daha yüksek riskle ilişkili olduğu, ayrıca monozominin prognoz ve Z skoru pozitifliği açısından anlamlı bir prediktör olduğu saptanmıştır.Bu bulgular, Turner Sendromunda erken tanı ve izlem stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Turner sendromu, karyotip, izlem

POSTER BİLDİRİLER

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 01

Persistan Solunum Yetmezliği ile Seyreden ve Konjenital Sürfaktan Eksikliği Düşünülen Ölümcül Yenidoğan Olgusu

BÜLENT GÜNEŞ[1], MENAN ŞAVRAN[1], KÜBRA ŞAVRAN[1]

MENAN ŞAVRAN / HARRAN ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: Konjenital sürfaktan eksikliği, yenidoğan döneminde ağır solunum yetmezliği ile seyreden ve yüksek mortaliteye sahip nadir bir hastalıktır. Özellikle term veya terme yakın doğan bebeklerde uzamış ventilatör ihtiyacı, tekrarlayan sürfaktan gereksinimi ve ekstübasyon başarısızlığı durumlarında akla gelmelidir.

Materyal ve Metot: Otuz dokuz yaşındaki annenin supraventriküler taşikardi nedeniyle sezaryene alınması sonrası, 37 haftalık ve 3580 gram ağırlığında kız bebek doğdu. Apgar skorları birinci ve beşinci dakikada sırasıyla 6 ve 7 idi. Hasta doğumdan hemen sonra belirgin retraksiyonlar ve inleme ile seyreden ciddi solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı.Hasta kısa sürede entübe edilerek mekanik ventilatörde izleme alındı. Akciğer grafisinin respiratuvar distres sendromu ile uyumlu olması nedeniyle birden fazla doz sürfaktan tedavisi uygulandı. Ampirik geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı.Yoğun solunum desteğine rağmen hasta ventilatörden ayrılamadı ve uzun süre yüksek frekanslı osilatuar ventilasyon desteği gereksinimi oldu. İzlem sırasında persistan hipoksemi ve pulmoner hipertansiyon gelişmesi üzerine ilomedin, nitrik oksit, dopamin, dobutamin ve noradrenalin tedavileri uygulandı.Tekrarlayan ekstübasyon girişimleri başarısız oldu ve ağır bronkopulmoner displazi gelişti. Hastanede yatışı sırasında endotrakeal aspirat kültüründe Acinetobacter baumannii üremesi saptandı ve kolistin tedavisi başlandı.Persistan ağır solunum yetmezliği, tekrarlayan sürfaktan ihtiyacı, ekstübasyonun tolere edilememesi ve uzamış ventilatör bağımlılığı nedeniyle konjenital sürfaktan eksikliği düşünüldü. Hastada ayrıca hipotiroidi saptandı. Pulmoner hastalık ve hipotiroidinin birlikte bulunması nedeniyle NKX2-1 mutasyonu ile ilişkili beyin-akciğer-tiroid sendromu ayırıcı tanıda değerlendirildi ve tüm ekzom dizileme analizi gönderildi.Takip sürecinde hasta, DART protokolü dahil maksimal destek tedavilerine rağmen klinik olarak kötüleşmeye devam etti ve progresif solunum yetmezliği nedeniyle ex oldu.Konjenital sürfaktan eksikliği; SFTPB, SFTPC, ABCA3 ve NKX2-1 gen mutasyonları ile ilişkili olabilir. Özellikle term veya terme yakın doğan ve konvansiyonel tedaviye yanıt vermeyen ağır respiratuvar distres tablosu olan yenidoğanlarda düşünülmelidir.Bizim olgumuzda hipotiroidi ile birlikte persistan ağır akciğer hastalığının bulunması NKX2-1 ilişkili beyin-akciğer-tiroid sendromunu düşündürmüştür. Ekstübasyon başarısızlığı, uzamış HFO gereksinimi, bronkopulmoner displazi gelişimi ve dirençli pulmoner hipertansiyon konjenital sürfaktan disfonksiyon bozukluğunu destekleyen önemli bulgulardır.

Bulgular ve Sonuç: Term veya terme yakın yenidoğanlarda tedaviye dirençli respiratuvar distres sendromu varlığında konjenital sürfaktan eksikliği mutlaka akılda tutulmalıdır. Uzamış ventilatör ihtiyacı ve tekrarlayan sürfaktan uygulamalarına rağmen düzelmeyen hastalarda erken genetik inceleme tanı, prognoz ve aile danışmanlığı açısından önem taşımaktadır. Bu olgu, konjenital sürfaktan eksikliğinin agresif yoğun bakım tedavilerine rağmen ölümcül seyredebileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: persistan solunum yetmezliği sürfaktan eksikliği

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 02

Olanzapin İntoksikasyonunda Lipid Emülsiyon Tedavisi: Olgu Sunumu

BÜLENT GÜNEŞ[1], KÜBRA ŞAVRAN[1], MENAN ŞAVRAN[1]

KÜBRA ŞAVRAN / HARRAN ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: İntravenöz lipid emülsiyon tedavisi, özellikle yüksek lipofilik özellik gösteren ilaç intoksikasyonlarında son yıllarda giderek daha fazla kullanılan bir destek tedavi yöntemidir. Olanzapin; sedasyon, hipotansiyon, kardiyak ritim bozukluğu ve QT uzaması gibi ciddi toksik etkilere yol açabilen atipik antipsikotik ajanlardan biridir. Pediatrik yaş grubunda lipid emülsiyon tedavisine ilişkin deneyim sınırlı olmakla birlikte, dirençli kardiyotoksisite gelişen olgularda başarılı sonuçlar bildirilmektedir.

Materyal ve Metot: Dokuz yaşında erkek hasta, prematüre doğum öyküsü ve görme azlığı nedeniyle takip edilmekteydi. Pulse steroid tedavisi sırasında göğüs ağrısı, halsizlik ve belirgin bradikardi gelişmesi üzerine değerlendirmeye alındı. Monitörizasyonunda kalp hızının 55–65/dk arasında seyrettiği görüldü. Kullanılan ilaçlar yeniden sorgulandığında olanzapin (Zestat) kullanım öyküsü saptandı ve mevcut tablonun olanzapin ilişkili toksisiteye bağlı olabileceği düşünüldü.Hastada devam eden bradikardi, olası QT uzaması ve ventriküler aritmi gelişme riski nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı planlandı. Yoğun bakım izlemi sırasında sürekli kardiyak monitörizasyon, seri elektrokardiyografi ve vital bulgu takibi yapıldı. Hemodinamik instabilite gelişme ihtimali nedeniyle yakın gözlem altında tutuldu.Olgu için 114 Ulusal Zehir Danışma Merkezi ile görüşüldü. Olanzapinin yüksek lipofilik özellik gösterdiği, QT uzaması, ventriküler taşikardi, ani kardiyak ölüm ve rabdomiyoliz gibi ciddi komplikasyonlara neden olabileceği bildirildi. Destek tedavisine ek olarak intravenöz lipid emülsiyon tedavisi uygulanmasına karar verildi. Yoğun bakım koşullarında intravenöz lipid emülsiyon tedavisi başlandı. Lipid emülsiyon tedavisinin temel mekanizmasının "lipid sink" etkisi ile dolaşımdaki lipofilik ilacın bağlanarak hedef organ toksisitesinin azaltılması olduğu düşünüldü. Tedavi sonrasında hastanın kalp hızında düzelme gözlendi, vital bulguları stabil seyretti ve ek ritim bozukluğu gelişmedi. İzleminde göğüs ağrısının gerilediği, hemodinamik stabilitenin sağlandığı görüldü. Klinik düzelme üzerine yoğun bakım izlemi sonlandırılarak servise devredildi.Olanzapin intoksikasyonunda spesifik bir antidot bulunmamaktadır. Tedavinin temelini destek tedavisi oluşturmaktadır. Ancak ciddi kardiyotoksisite, hipotansiyon veya dirençli aritmi gelişen olgularda intravenöz lipid emülsiyon tedavisi önemli bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Lipofilik ilaçların plazmadan uzaklaştırılmasını sağlayan bu yöntem özellikle refrakter toksisite durumlarında hayat kurtarıcı olabilir. Pediatrik olgularda kullanım deneyimi sınırlı olmakla birlikte literatürde başarılı sonuçlar bildirilmektedir.

Bulgular ve Sonuç: Lipofilik özellik gösteren ilaç intoksikasyonlarında intravenöz lipid emülsiyon tedavisi etkili ve hayat kurtarıcı bir destek tedavi yöntemi olabilir. Özellikle kardiyak instabilite ve ritim bozukluğu riski bulunan pediatrik olgularda erken dönemde düşünülmesi mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Olanzapin İntoksikasyonu Lipid Emülsiyon Tedavisi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 03

Transfüzyon Bağımlı Talasemili Çocuklarda Anksiyete Belirtileri, Problemli İnternet Kullanımı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler

Ömer Furkan Kızılsoy[1], Elif Güler Kazancı[2]

Ömer Furkan Kızılsoy / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Orhangazi Devlet Hastanesi, Bursa, Türkiye

Giriş: Transfüzyon bağımlı talasemi; kronik anemi, düzenli eritrosit transfüzyonu ve demir birikimi nedeniyle yaşam boyu izlem gerektiren bir hastalıktır. Hastalık ve tedavi yükü, somatik komplikasyonların yanı sıra çocukların psikososyal işlevselliğini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu çalışmada transfüzyon bağımlı talasemili çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtileri, problemli internet kullanımı, yaşam kalitesi ve klinik hastalık yükü göstergeleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu tek merkezli, kesitsel ve keşifsel pilot çalışmaya çocuk hematoloji polikliniğinde transfüzyon bağımlı talasemi tanısıyla izlenen 8–17 yaşlarındaki hastalar dahil edildi. Yaş, cinsiyet, pretransfüzyon hemoglobin, ferritin ve yıllık transfüzyon sayısı kaydedildi. Anksiyete belirtileri Beck Çocuk ve Gençler İçin Anksiyete Envanteri, problemli internet kullanımı 20 maddelik Young İnternet Bağımlılığı Testi, yaşam kalitesi ise Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analiziyle incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya 13 hasta dahil edildi; hastaların 8'i (%61,5) erkekti. Yaş ortalaması 12,4±3,2 yıl, pretransfüzyon hemoglobin ortalaması 8,4±0,9 g/dL, ferritin ortancası 1802 ng/mL ve yıllık transfüzyon sayısı ortancası 18 idi. Anksiyete, Young İnternet Bağımlılığı Testi ve genel yaşam kalitesi puanlarının ortancaları sırasıyla 6, 24 ve 68,48 bulundu. Anksiyete puanı genel yaşam kalitesi (ρ=-0,819; $p < 0,001$) ve okul işlevselliğiyle (ρ=-0,847; $p < 0,001$) güçlü negatif ilişki gösterdi. Young İnternet Bağımlılığı Testi puanı anksiyeteyle pozitif (ρ=0,630; p=0,021), okul işlevselliğiyle negatif ilişkiliydi (ρ=-0,671; p=0,012). Ferritin düzeyi genel yaşam kalitesi (ρ=-0,594; p=0,032) ve duygusal işlevsellikle (ρ=-0,684; p=0,010) negatif ilişkiliydi. Yıllık transfüzyon sayısı ile genel (ρ=-0,557; p=0,048), fiziksel (ρ=-0,564; p=0,045) ve sosyal yaşam kalitesi (ρ=-0,639; p=0,019) arasında negatif ilişkiler saptandı. Pretransfüzyon hemoglobin düzeyi ile anksiyete veya genel yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.Transfüzyon bağımlı talasemili çocuklarda anksiyete belirtileri ve problemli internet kullanımı, özellikle okul işlevselliğindeki azalmayla ilişkili bulundu. Ferritin düzeyi ve transfüzyon sıklığının yaşam kalitesinin bazı alanlarıyla ilişkisi, klinik hastalık yükü ile psikososyal sonuçların birlikte değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. Bulgular, küçük örneklem nedeniyle keşifsel olarak yorumlanmalı ve daha geniş çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Talasemi, Anksiyete, Yaşam Kalitesi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 08

Dirençli Hipertansiyon ve Baş Ağrısı ile Başvuran Pediatrik Olguda Nadir Bir Tanı: Primer Hiperaldosteronizm

Bülent GÜNEŞ[1], Ramazan Şengül[1]

Ramazan Şengül / Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Çocukluk çağında hipertansiyon prevalansı giderek artmakta olup, özellikle erken yaşta başlayan, şiddetli ve çoklu antihipertansif tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan hipertansiyon olgularında sekonder nedenlerin araştırılması büyük önem taşımaktadır. Primer hiperaldosteronizm, çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte, tanı konulduğunda tedavi edilebilir sekonder hipertansiyon nedenlerinden biridir.

Materyal ve Metot: Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran dirençli hipertansiyon olgusunun klinik izlemi, laboratuvar verileri ve tedavi süreçleri retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmanın materyalini; tekrarlayan baş ağrısı ve bulantı yakınmaları ile acil servise başvuran, arteriyel kan basıncı 160/95 mmHg ölçülerek Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilen 13 yaşında erkek hasta oluşturmaktadır. Hastanın özgeçmişinde FMF tanısı mevcut olup düzenli kolşisin tedavisi almaktaydı. Soygeçmişinde ise annede migren öyküsü sorgulanmış, hastanın auralı baş ağrısı tarifi değerlendirilmiştir. Sekonder hipertansiyon etiyolojisini aydınlatmak amacıyla; rutin biyokimya, hemogram, ekokardiyografi, renal doppler ultrasonografi, üriner ultrasonografi, beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) ve dinamik tüm abdomen BT tetkikleri analiz edilmiştir. Hormonal ve endokrinolojik inceleme kapsamında aldosteron düzeyi, plazma renin aktivitesi ve aldosteron/renin oranı (ARR) hesaplanmıştır. Ayırıcı tanı kapsamında feokromositoma dışlaması amacıyla plazma ve 24 saatlik idrarda metanefrin ve normetanefrin düzeyleri ile hipofiz-adrenal aksın değerlendirilmesinde ACTH ve kortizol seviyeleri incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Hastanın rutin biyokimya, hemogram, ekokardiyografi ve renal doppler ultrasonografi incelemeleri normal saptanmıştır. Dinamik tüm abdomen BT'de bilateral adrenal bezler ve batın içi vasküler yapılar doğal olarak değerlendirilmiştir. Beyin BT'sinde sekonder baş ağrısına yol açabilecek akut gross patoloji izlenmemiştir. Yapılan endokrinolojik değerlendirmede; aldosteron düzeyi 134 ng/dL ile belirgin yüksek, plazma renin aktivitesi 1,261 ng/mL/saat (düşük-normal) saptanmış, aldosteron/renin oranı (ARR) ise yaklaşık 106,3 olarak hesaplanarak primer hiperaldosteronizm tanısı konmuştur. Feokromositoma taraması normal sınırlarda saptanarak bu olasılık uzaklaştırılmıştır. Güncel ACTH düzeyi 14,5 pg/mL, kontrol kortizol düzeyi ise 13,11 µg/dL olarak ölçülmüştür. Yoğun bakımda nitrogliserin infüzyonu ile kan basıncı kontrolü sağlanan hasta, amlodipin, enalapril ve doksazosin içeren üçlü antihipertansif tedaviyle stabilize edilerek taburcu edilmiştir.Sonuç olarak; çocukluk çağında nedeni açıklanamayan, ağır ve çoklu antihipertansif tedaviye dirençli hipertansiyon olgularında, baş ağrısının migren veya FMF gibi eşlik eden kronik patolojilere bağlanarak primer nedenlerle açıklanmasıyla yetinilmemeli; primer hiperaldosteronizm başta olmak üzere endokrinolojik sekonder nedenler erken dönemde araştırılmalıdır. Adrenal bezlerin görüntülemede tamamen normal izlenmesi primer hiperaldosteronizm tanısını dışlamamaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımı, uzun dönemde hedef organ hasarı ve kardiyovasküler morbiditenin önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: MİGREN, DİRENÇLİ HİPERTANSİYON

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 100

Moleküler Tanının Ötesinde: Genetik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde Karşılanmamış Genetik Danışmanlık Gereksinimleri

Senanur SOYLU EMİNOĞLU[1], Hülya ERCAN EMREOL[1], Veysel ÇAM[1], Yelda BİLGİNER[1], Gülen Eda ÜTİNE[1]

Senanur SOYLU EMİNOĞLU / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Moleküler tanı yöntemleri, çocukluk çağındaki genetik hastalıkların tanısını kolaylaştırmıştır. Bu çalışmada, genetik hastalığı olan çocukların bakım verenlerinde genetik danışmanlığa erişim ve genetik bilginin anlaşılma düzeyi ile bunların aile planlamasına ilişkin kararlar üzerindeki etkileri ve psikososyal yük ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel, anket temelli ön çalışmaya, şüpheli veya doğrulanmış genetik hastalık nedeniyle genetik değerlendirme yapılan 39 çocuğun bakım verenleri dahil edilmiştir. Elli yedi maddeden oluşan anket ile demografik özellikler, ebeveynler arası akraba evliliği, aile öyküsü, genetik hastalık ve kalıtım konusundaki bilgi düzeyi, genetik test sonuçlarının aileye bildirilmesi, taşıyıcılık durumunun anlaşılması, genetik danışmanlık deneyimi, algılanan tekrarlama riski, aile planlamasına ilişkin kararları, preimplantasyon genetik testine (PGT) yönelik tutumlar, psikososyal sonuçlar ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan engeller değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Etkilenmiş 39 çocuğun 24'ü kızdı. 19/39 olguda akraba evliliği bildirilmiştir. Benzer hastalık öyküsü 11/39 ailede mevcut olup, 24/39 olguda diğer aile bireyleri için genetik test önerilmiştir. En sık bildirilen tanılar adenozin deaminaz 2 eksikliği [6/39], mevalonat kinaz eksikliği/hiperimmünoglobulin D sendromu [5/39], DOCK11 ilişkili hastalık [4/39] iken diğer katılımcılarda ise nadir immünolojik, otoinflamatuvar veya vaskülitik fenotipler saptanmıştır.Genetik test sonuçları 35/39 aileye bildirilmiş; yalnızca 15/39 katılımcı çocuğun hastalığının genetik geçişli olduğunu önceden ayrıntılı olarak bildiğini belirtmiştir. Taşıyıcılık durumu 21/39 katılımcıya ayrıntılı açıklanmış; 10/39 bilgi aldığını ancak yeterince anlayamadığını, 8/39 ise bilgi almadığını bildirmiştir.Gelecekte doğacak çocuğun da hastalıktan etkilenebileceğine ilişkin endişe 35/38 katılımcı tarafından bildirilmiş ve 21/39 katılımcı yeni bir çocuk sahibi olma konusundaki kararlarını etkilediğini belirtmiştir. Genetik tekrarlama riski hakkında bilgi, 35/38 katılımcı tarafından önemli veya çok önemli olarak değerlendirilmiştir. Daha önce 10/39 katılımcı PGT'yi değerlendirmiş olmasına rağmen, 20/39 katılımcı PGT kullanmaya istekli olduğunu belirtmiştir. 16/39 katılımcı başka bir çocuk sahibi olmamaya karar verdiğini bildirmiştir.Hastalığın genetik olduğunu öğrendikten sonra anksiyete 29/39, kendisini veya eşini suçlama 16/38 katılımcıda bildirilmiştir. 30/39 katılımcı çocuklarının gelecekte evlenmesi veya çocuk sahibi olması konusunda endişe duyduğunu, 10/39 ise psikolojik destek aldığını veya değerlendirdiğini belirtmiştir. Evlilik öncesi genetik tarama 35/39, akraba evliliğini düşünen bireyler için zorunlu genetik danışmanlık 32/39 katılımcı tarafından desteklenmiştir. Genetik test sonuçlarının bildirilme oranı yüksek olmasına rağmen, genetik danışmanlığa erişim ve genetik bilginin anlaşılması açısından önemli eksiklikler sürmektedir. Yüksek tekrarlama riski kaygısı, PGT'ye ilgi, aile planlamasına ilişkin kararlar üzerindeki değişiklikler ve psikososyal yük, moleküler test sonucunun bildirilmesinin tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Yapılandırılmış genetik danışmanlığın; tekrarlama riski, aile planlaması seçenekleri, eğitim materyalleri ve psikososyal desteği içerecek şekilde rutin bakımın parçası olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: genetik danışmanlık, preimplantasyon genetik test

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 101

Organik Asidemiyi Taklit Eden Bir Durum: Tıbbi Bakım İhmali Sonucu Gelişen Ağır Vitamin B12 Eksikliği ve Nutrisyonel Rikets

Merve Setenay Akyüzlüer Güneş[1], Zelal Keskin[1], Engin Köse[1], İlkyaz Türktan[1], Zehra Aycan[3], Fatma Tuba Eminoğlu[2]

Zelal Keskin / Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Ağır vitamin B12 eksikliği, süt çocuklarında pansitopeni ve sekonder metilmalonik asidüriye yol açarak primer organik asidemileri taklit edebilir. Bu bildiride, koruyucu sağlık uygulamalarının reddedilmesi ve tamamlayıcı beslenmeye geçilememesi sonucunda çoklu nutrisyonel eksiklikler gelişen 11 aylık bir kız hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Hastanın klinik, beslenme, laboratuvar ve radyolojik verileri hastane kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi. Olgunun sunumu için ailesinden bilgilendirilmiş onam alındı.

Bulgular ve Sonuç: Olgu: On bir aylık kız hasta; üst solunum yolu enfeksiyonu, kusma, ishal ve hızlı solunum yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Ağır metabolik asidoz (pH: 7,11; HCO_3: 5,2 mmol/L), laktat yüksekliği (4,6 mmol/L) ve belirgin ketonüri (> 160 mg/dL) nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Solunum yolu viral panelinde rinovirüs/enterovirüs pozitifliği saptandı. Stabilize edilen hasta, organik asidemi ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi.Kabulünde vücut ağırlığı 6,8 kg (-2,4 SDS), boyu 66 cm (-2,86 SDS) idi. Hasta halsiz ve soluk görünümdeydi; raşitik rozarisi mevcuttu. Ailenin yenidoğan taramasını, rutin aşıları, demir ve D vitamini profilaksilerini reddettiği; hastanın tamamlayıcı beslenmeye geçemediği ve yalnızca anne sütüyle beslendiği öğrenildi.Kan gazı, kan şekeri ve amonyak düzeyleri normaldi. Makrositer anemi (hemoglobin: 9,8 g/dL, MCV: 105 fL), RDW yüksekliği (%26,6) ve ağır vitamin B12 eksikliği (< 105 pg/mL) saptandı. İzlemde hemoglobin 6,9 g/dL'ye, mutlak nötrofil sayısı $0,51\times10^9$/L'ye ve trombosit sayısı 37×10^9/L'ye geriledi. Periferik yaymada makrositoz, poikilositoz ve hipersegmente nötrofiller izlendi. Homosistein 25 µmol/L ile yüksekti. İdrar organik asit analizinde metilmalonik asit 13,04 mmol/mol kreatinin saptanırken açilkarnitin profili ve kan amino asit analizi normaldi. Bu bulgularla metilmalonik asidürinin vitamin B12 eksikliğine sekonder olduğu düşünüldü.Fosfor 2,37 mg/dL, alkalen fosfataz 687 U/L ve 25-OH vitamin D 10,84 ng/mL idi. El-bilek grafisindeki metafizer genişleme, çanaklaşma ve düzensizlikle evre 2 nutrisyonel rikets tanısı konuldu. Vitamin B12, D vitamini, kalsiyum, folat ve demir replasmanları ile beslenme desteği başlandı. Birinci haftada hemoglobin 10,4 g/dL'ye, mutlak nötrofil sayısı $3,29\times10^9$/L'ye ve trombosit sayısı 210×10^9/L'ye yükseldi.Sonuç: Ağır vitamin B12 eksikliği, enfeksiyon ve azalmış oral alımla tetiklenen metabolik dekompansasyon, metilmalonik asidüri ve pansitopeniyle primer organik asidemileri taklit edebilir. Tanıda metabolik ve hematolojik bulgularla maternal ve süt çocuğu beslenme öyküsü birlikte değerlendirilmelidir. Koruyucu sağlık uygulamalarının reddedildiği olgularda çoklu nutrisyonel eksiklikler ve tıbbi bakım ihmali olasılığı multidisipliner olarak ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12 eksikliği, metilmalonik asidüri, nutrisyonel rikets

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 102

Karın Ağrısı ile Başvuran Bir Çocukta Komplike Pulmoner Kist Hidatik

Nihan Koçer[1], Cihan Aydeniz[1]

Nihan Koçer / Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un neden olduğu ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu endemik bölgelerde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturan paraziter bir hastalıktır. Çocuklarda akciğer, karaciğerden sonra en sık tutulan ikinci organdır ve pulmoner tutulum erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Klinik bulgular özgül değildir. Rüptüre veya komplike pulmoner kistler pnömoniyi taklit edebilir. Tanı; klinik, serolojik ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesiyle konulmaktadır. Tedavide temel yaklaşım cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Antiparaziter tedavi seçilmiş olgularda tek başına veya cerrahi tedaviye ek olarak uygulanabilmektedir.

Materyal ve Metot: Karın ağrısı ve ateş yakınmaları ile başvuran dokuz yaşındaki kız hastanın klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Dokuz yaşında kız hasta, dört gündür devam eden karın ağrısı ve ateş yakınmaları nedeniyle tekrarlayan acil başvuruları sonrasında çocuk polikliniğine başvurdu. Sol üst kadran ağrısı ön plandaydı. Osmaniye'de yaşayan hastanın evde kedi beslediği, bunun dışında köy veya çiftlik yaşamı ve belirgin hayvan teması olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta-kötü, takipnesi ve solunum sıkıntısı mevcuttu. Bilateral yaygın raller ve sol bazalde solunum seslerinde azalma saptandı. Oda havasında satürasyonu %90–91 idi. Akciğer grafisinde sol bazalde infiltratif görünüm, plevral efüzyon şüphesi ve kaviter lezyon izlendi (Resim-1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol alt lobda 4 cm'ye kadar ulaşan, içerisinde dependan seviyelenme bulunan kaviter lezyon ve çevresinde geniş konsolidasyon alanları izlendi (Resim-2). Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda öncelikle bakteriyel pnömoni ve komplike parapnömonik efüzyon düşünülerek ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Kan kültürleri, solunum yolu viral paneli ve diğer mikrobiyolojik incelemelerde etken saptanmadı. Quantiferon ve üç farklı zamanda aside dirençli basil (ARB) incelemesi negatifti. Kaviter lezyon ve görüntüleme bulguları nedeniyle kist hidatik düşünülerek indirekt hemaglütinasyon (IHA) testi gönderildi ve 1/640 titrede pozitif saptandı. Abdominal ultrasonografide (USG) patolojik bulgu saptanmadı. Plevral sıvı örneklemesi, sıvı miktarının yetersiz olması nedeniyle yapılamadı. Klinik, radyolojik ve serolojik bulgularla pulmoner kist hidatik tanısı konuldu. İzleminde klinik durumu düzelen ve oksijen gereksinimi ortadan kalkan hastaya albendazol başlandı. Cerrahi tedavi amacıyla ileri merkeze sevk edildi. Karın ağrısı, çocuklarda pnömoninin tek veya baskın başvuru semptomu olabilir. Özellikle bazal yerleşimli pnömonilerde abdominal yakınmalar ön planda olabilir. Bu nedenle hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesi ve tüm sistem muayenelerinin yapılması önem taşımaktadır. Pulmoner kist hidatik, çocuklarda nonspesifik bulgularla ortaya çıkabilmekte ve komplike veya rüptüre kistler pnömoniyi taklit edebilmektedir. Sunulan olgu, özellikle endemik bölgelerde karın ağrısı ile başvuran çocuklarda pulmoner nedenlerin ve kist hidatiğin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: karın ağrısı, pulmoner kist hidatik, pnömoni

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 103

Rhinovirüs Pnömonisi İzleminde Gelişen Akut Böbrek Yetmezliği: RIFLE Kriterleri ile Bir Olgu Sunumu

Bahar Can Çelikkıran[1], Gülhan Atakul[1], Özlem Saraç[1], Ünal Utku Karaaslan[1], Orhan Deniz Kara[1], Hasan Ağın[1]

Bahar Can Çelikkıran / S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Viral alt solunum yolu enfeksiyonları çocukluk çağında sık görülse de sistemik komplikasyonlar, özellikle de akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişimi klinik seyri ağırlaştırabilmektedir.Sunumda Rhinovirüs birlikteliğine bağlı pnömoni ve ABY gelişen 10 aylık olgunun klinik yönetimi ve sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır

Materyal ve Metot: Rhinovirüs pnömonisi izleminde gelişen akut böbrek yetmezliği olgusunun klinik bulgular ,labortuvar ve görüntülemeler ile değerlendirilmesi

Bulgular ve Sonuç: OLGU:Özgeçmişinde özellik olmayan 10 aylık kız hasta, iki gündür olan öksürük ve hırıltı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Takipnesi belirgin olan hastaya tip 1 solunum yetmezliği ön tanısı konuldu. Acil serviste, oksijen desteği ve inhaler tedavilere rağmen takipnesinin gerilememesi ve hipoksinin derinleşmesi üzerine entübe edildi, yoğun bakıma yatırıldı. Yoğun bakımda, mekanik ventilatör ile takip edilen hastanın, akciğer grafisinde sol orta zonda ve sağ üst zonda atelektazi ile uyumlu alanlar tespit edildi. Pnömoni düşünülen hastaya, yaşına uygun sıvı desteği, sedasyon/analjezi ile olası bakteriyel ve viral etkenler açısından seftriakson (100mg/kg/gün), oseltamivir(4-6 mg/kg/gün) başlandı. Obstruktif tip dinleme bulgularının olması nedeniyle metilprednizalon intravenöz (2mg/kg/gün), budesonid (2x500mcg) inhaler tedavisi başlandı. Hastadan kan kültürü, solunum PCR gönderildi. Solunum PCR'da rhinovirus ve bocavirus tespit edildi. Oseltamivir tedavisi kesildi. İzleminin 2. Gününde, böbrek fonksiyon testlerinde (BFT) yükselme olduğu tespit edildi. Fraksiyone sodyum atılımı (FENa) değeri hesaplandı 26 olarak sonuçlandı ve renal ABY olduğu düşünüldü. Renal ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Yatışının 3. gününde ekstübe edildi ve yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi (YANKOT) ile izleme başlandı. Çocuk nefroloji ile konsulte edilen hastanın, RIFLE kriterlerine göre "yetmezlik" (failure) aşamasında olduğu düşünüldü. Diürezi takip edildi ve normal seyretti.Hemoglobin değeri düşük olan hastaya solunum yetmezliği ve taşikardi semptomları da eşlik etmesi üzerine eritrosit replasmanı yapıldı.Hastanın solunum yetmezliği kademeli olarak geriledi ve YANKOT tedavisi 5.gününde sonlandırıldı. Kan kültüründe üreme olmaması üzerine seftriakson tedavisi kesildi. Beslenmesi kademeli olarak açılıp, mayi desteği azaltıldı. Hastanın kontrol BFT değerleri normal sınırlara geriledi. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta, süt çocuğu servisine devredildi.SONUÇ:Süt çocukluğu döneminde görülen Rhinovirus gibi viral pnömoniler, direkt viral etki veya sekonder inflamatuar yanıtlar aracılığıyla ağır akut böbrek yetmezliğine yol açabilmektedir. Bu vakalarda erken dönemde BFT takibinin yapılması ve hidrasyon yönetiminin titizlikle planlanması, kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Rhinovirüs, ABY, Pnömoni

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 104

Çocukta Salmonella Enteritidis Enterokolitine Eşlik Eden Akut Pankreatit : Olgu Sunumu

İsmail Kaan Zeytinoğlu[1], Ece Kudat[1], Tuba Giray[1], Emine Manolya Kara[3], Meltem Uğraş[2], Ahsen Dönmez Türkmen[2]

İsmail Kaan Zeytinoğlu / Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Nontifoidal Salmonella enfeksiyonları, özellikle düşük sosyoekonomik düzey ve yetersizsanitasyon koşullarının bulunduğu ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Çocuklarda sıklıklakendini sınırlayan akut gastroenterite neden olmakla birlikte, nadiren ağır enterokolit ve akutpankreatit gibi komplikasyonlarla seyredebilir. Bu olgu sunumunda, Salmonella enteritidisenterokoliti sırasında akut pankreatit gelişen bir çocuk hasta tartışılmıştır.

Materyal ve Metot: Bilinen kronik hastalığı olmayan 10 yaşındaki kız hasta; 39,5 °C ateş, kusma, sulu ishal vekarın ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Öyküsünde, başvuru öncesinde şüpheli gıda tüketimiolduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde orta-ağır dehidratasyon bulguları, barsak seslerindehiperaktivite ve batın alt kadranlarında hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı.Laboratuvar incelemelerinde lenfopeni ve C-reaktif protein (CRP) düzeyinde yükseklik (105mg/L) saptandı. İdrar analizinde keton pozitifliği, dışkı mikroskopisinde lökosit pozitifliğigörüldü ve dışkı kültüründe Salmonella enteritidis üredi. Antibiyogram sonucuna göresefotaksim ve metronidazol tedavileri başlandı. Tedavinin 72. saatinde ateşin devam etmesiüzerine siprofloksasin tedavisine geçildi.Batında yaygın hassasiyeti devam eden hastanın abdominal bilgisayarlı tomografisinde distalileumdan tüm kolona uzanan enterokolit, mezenterik lenfadenopati ve artmış intraabdominalserbest sıvı izlendi. Yatışının 7. gününde CRP düzeyi negatifleşen hastada devam eden karınağrısının etiyolojisini araştırmak amacıyla yapılan incelemelerde amilaz 883 U/L (N<100U/L) ve lipaz 874 U/L (N<40 U/L) olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde pankreasbaşında hafif ödem izlendi. Akut pankreatit tanısı ile izleme alınan hasta, yatışının 10.gününde taburcu edildi. Salmonella enfeksiyonunun komplike seyretmesi nedeniyle hastanınimmün yetmezlik açısından değerlendirilmesi planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Salmonella enterokoliti sırasında görülen karın ağrısının enfeksiyona bağlı olduğudüşünülerek eşlik eden akut pankreatit bulgularının gözden kaçırılması mümkündür. Bunedenle, konvansiyonel tedaviye rağmen devam eden karın ağrısı varlığında CRP düzeyinegatifleşsse bile akut pankreatit ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: salmonella enteritidis, enterokolit, akut pankreatit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 105

Çocukta Gastrik Trichobezoar: Bir Olgu Sunumu

Zeynep Nihan ÇOBANOĞLU[1], Gülseren ŞAHİN[2], Ayşegül TOK[2], Ayşe KARAMAN[3], Berna UÇAN[4]

Zeynep Nihan ÇOBANOĞLU / Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Trikobezoar, sindirilemeyen saç materyalinin gastrointestinal sistemde birikerek kitle oluşturmasıyla gelişen nadir bir bezoar türüdür ve özellikle çocukluk ile adölesan dönemde, çoğunlukla kız hastalarda görülmektedir. Sıklıkla trikotilomani(saç koparma) ve trikofaji(saç yeme) ile ilişkili olmaktadır. Klinik bulgular genellikle özgül olmayıp karın ağrısı, bulantı- kusma, erken doyma, kilo kaybı ve karında palpabl kitle şeklinde ortaya çıkabilir. Tanıda üst gastrointestinal sistem endoskopisi temel yöntem olup, büyük veya gecikmiş olgularda gastrik çıkış ve/veya intestinal obstrüksiyon, ülserasyon, kanama ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Materyal ve Metot: 11 yaş 11 aylık kız hasta karın ağrısı, erken doyma, beslenme sonrası şişkinlik, iştahsızlık ve son bir ayda 6-7 kilo verme (va:47 Boy:159 vki sds: -0.15) şikayetleri ile çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünden 15 ay önce, 7 yıldır devam eden saç koparma ve saç yeme şikayeti ile çocuk psikiyatri tarafından çocuk gastroenterolojiye yönlendirildiği ve hastaya tanısal amaçlı endoskopi planlandığı fakat ailenin kabul etmediği öğrenildi. Bize başvurusundaki fizik muayenesinde epigastrik hassasiyeti dışında özellikli bulgusu yoktu. Yapılan tetkiklerde hemoglobin değeri 7,5 g/dL, Ferritin 7 µg/L, B12 vitamin 318 ng/L olarak sonuçlandı. Karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyon testleri normal aralıkta idi. Ayakta direkt karın grafisi (Resim 1A) ve abdomen ultrasonografisi (Resim 1B) bezoar şüpheli sonuçlanan hastaya endoskopi öncesinde eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Endoskopide mide korpusunun 2/3'ünün bezoar ile dolu olduğu görüldü (Resim 2A). Endoskopik yöntemlerle çıkarılamayacak kadar büyük ve kaplayıcı bir lezyon olması üzerine çocuk cerrahi tarafından bezoar eksizyonu yapıldı(Resim 2B).

Bulgular ve Sonuç: Trikobezoar, özgül olmayan gastrointestinal semptomlarla seyredebilmesi nedeniyle özellikle risk grubundaki hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik ve görüntüleme bulgularının trikobezoarı düşündürdüğü olgularda, tanının doğrulanması, bezoarın boyut ve yaygınlığının değerlendirilmesi, uygun tedavi stratejisinin belirlenmesi amacıyla üst gastrointestinal sistem endoskopisi geciktirilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Trikobezoar, Endoskopi, İştahsızlık

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 106

Şiddetli İnsülin Direncinin Yenidoğandaki Yüzü: Donohue Sendromu

Hacer Neslihan Turan[1], Ferhan İren[2], Aslıhan Sanrı[3], Gülden Yıldırım Usta[4], Emre Sanrı[1], Ünal Akça[5]

Hacer Neslihan Turan / Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Donohue sendromu (leprechaunism), insülin reseptör (INSR) genindeki bialelik mutasyonlara bağlı, otozomal resesif kalıtılan ve prevalansı 1/1.000.000'un altında olan en ağır kalıtsal insülin direnci sendromudur. İntrauterin ve postnatal büyüme geriliği, "elfin facies" olarak adlandırılan tipik dismorfik yüz görünümü, hipertrikoz, akantozis nigrikans, cilt altı yağ dokusu azlığı ve tokluk hiperglisemisi–açlık hipoglisemisi ile seyreden ağır insülin direnci ile karakterizedir. Hastaların çoğu yaşamın ilk iki yılında kaybedilir. Bu bildiride, yenidoğan döneminde yüksek doz insüline yanıtsız hiperglisemi ile seyreden ve moleküler olarak doğrulanan bir Donohue sendromu olgusu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen olgunun prenatal ve doğum öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, genetik analizleri ve ekokardiyografik bulguları hasta dosyasından retrospektif olarak değerlendirildi. Olgunun yayımlanması ve fotoğrafların kullanımı için aileden yazılı onam alındı.

Bulgular ve Sonuç: Otuz bir yaşındaki annenin ikinci gebeliğinden 35. gebelik haftasında 1000 g ağırlığında sezaryen ile doğan erkek bebek, prematürite ve intrauterin büyüme geriliği nedeniyle yatırıldı. Prenatal dönemde büyüme geriliği ve dismorfik görünüm nedeniyle önerilen amniyosentez aile tarafından kabul edilmemişti. Soygeçmişinde üçüncü derece akrabalık, annede hipotiroidi ve gestasyonel diyabet mevcuttu. Fizik muayenede gevşek ve kuru cilt, kaba saçlar, yüz, kollar ve sırtta hipertrikoz, akantozis nigrikans, hiperpigmentasyon, displastik tırnaklar, kalın dudaklar, gingival hipertrofi, cilt altı yağ dokusunda belirgin azalma, batın distansiyonu, büyük el ve ayaklar, geniş kulaklar, mikrognati, hipospadias ve inmemiş testis saptandı (Resim 1, Resim 2). Solunum sıkıntısı nedeniyle entübe izlenen hastada postnatal ikinci günde hiperglisemi (283 mg/dL) gelişti; başlangıçta sepsis ve prematüriteye bağlı stres hiperglisemisi düşünüldü. İnsülin infüzyonu 0,3 U/kg/saat dozunda başlanarak 1 U/kg/saat düzeyine çıkarıldı, ancak yanıt alınamadı. C-peptid düzeyinin belirgin yüksek (40 ng/mL) olması ile neonatal diyabet dışlandı ve tablo ağır insülin direnci olarak değerlendirildi. Kromozom analizi ve kromozomal mikroarray normaldi. INSR gen dizi analizinde NM_000208.4: c.3702del (p.Glu1234AspfsTer13) homozigot, olası patojenik çerçeve kayması varyantı saptanarak tanı doğrulandı. Ekokardiyografide sekundum atriyal septal defekt, asimetrik septal hipertrofi ile seyreden hipertrofik kardiyomiyopati ve orta derecede sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu saptandı; izlemde aort darlığı ve yetmezliği gelişti. Hasta postnatal 79. günde kalp yetmezliği zemininde gelişen kardiyojenik şok ve pulmoner hemoraji nedeniyle kaybedildi. Aileye otozomal resesif kalıtım, %25 tekrar riski ve prenatal tanı seçenekleri konusunda genetik danışmanlık verildi.Yenidoğanda dirençli hipergliseminin ayırıcı tanısında stres hiperglisemisi ve neonatal diyabetin yanı sıra, dismorfik bulguların ve yüksek C-peptid düzeyinin eşlik ettiği olgularda, özellikle akraba evliliği varlığında, Donohue sendromu gibi ağır insülin direnci sendromları akla getirilmelidir. Erken moleküler tanı, kardiyak komplikasyonların öngörülmesi ve ailelere genetik danışmanlık verilmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Donohue sendromu, insülin direnci, hiperglisemi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 107

ÇOKLU MIKNATIS YUTULMASINA BAĞLI İNTESTİNAL PERFORASYON OLGUSU

Bahadır Gül[1], Ayşegül Tok[1], Merve Duman Küçükkuray[1]

Bahadır Gül / Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Çocukluk çağı ev kazaları çesitli nedenlerle meydana gelmektedir. Bunlardan en göz ardı edileni ve zararsız olduğu düşünülen kazalar oyuncak ve benzeri cisimler ile meydana gelmektedir. Bu konuda geniş kitlelere ulaşmanın önemli olduğunu vurgulamak için bu vakayı getirmek istedik. Çocukluk çağında çoklu mıknatıs yutulması, bağırsak anslarının birbirine yapışarak iskemi, nekroz ve intestinal perforasyona yol açabilmesi nedeniyle yüksek morbidite riski taşıyan acil bir durumdur. Bu bildiride, dört adet boncuk mıknatıs yutulması sonucunda intestinal perforasyon gelişen, radyolojik olarak masif pnömoperitoneum saptanan yedi yaşındaki erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Yedi yaşında erkek hasta, dört adet boncuk mıknatısı yuttuktan 4 saat sonra acil servise başvurdu. İlk fizik muayenesinde vital bulguları stabil olup batın muayenesi doğaldı. Çekilen ilk ayakta direkt batın grafisinde, sağ alt kadranda dizilim gösteren dört adet radyoopak yabancı cisim izlendi (Şekil 1). Hasta hospitalize edilerek izleme alındı. Bir gün boyunca çekilen seri grafilerde mıknatısların yer değiştirmediği görüldü. Hastaya Endokolon kararı alındı. Endoskopisinde özellik olmayan hastanın kolonoskopisinde çekuma girildiğinde saat 8 yönünde 2 adet yuvarlak küçük neodminyum mıknatıs izlendi. 1 tanesi kolaylıkla basket ile alınabildi fakat 2 ve 3. sünün mukozayı perfore ettiği fistül hattı izlendi. Cerrahi ekibine haber verilerek fistül içerisindeki 1 mıknatısta doğurtularak basket ile çıkarıldı ancak 3. ve 4. mıknatısa ulaşılamadı. Kolonoskopide fistül hattı görülen ve perforasyon riski açısından Çocuk cerrahisine devredilen hastanın kontrol grafisinde her iki diyafram altında masif serbest hava (pnömoperitoneum) saptandı (Şekil 2).Çocuk cerrahisi tarafından İntestinal perforasyon tanısıyla hastaya laparatomi yapılarak ince bağırsak ve çekum primer sütürasyonu uygulandı. İzleminde komplikasyon gelişmedi.

Bulgular ve Sonuç: Çoklu mıknatısların çocuklara oyuncak olarak sunulması acil cerrahi operasyona giden ; hayatı tehdit eden durumlara yol açmaktadır. Bu cisimlerin yutulması, başlangıçta asemptomatik seyredebilen ancak hızla ilerleyerek masif pnömoperitoneum ve bağırsak perforasyonu ile sonuçlanabilen cerrahi bir acildir. Neodminyum mıknatıslar klasik mıknatıslara oranla 5-30 kat daha fazla tutunma gücüne sahiptir.[1,2] Birden fazla mıknatıs yutulması komplikasyon oranını 11-50% oranında arttırmaktadır.[3,4] Kocaeli üniversitesinden bildirilen 42 vakalık bir çalışmada 13(30.7%) vakanın (intestinal perforasyon nedeniyle cerrahi girişim yapıldığı bildirilmiştir.[5] Erken tanı, yakın klinik/radyolojik izlem ve zamanında endoskopik ve cerrahi müdahale morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Magnet, intestinal perforation, foreign body

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 108

ÇOCUKLARDA KORYORETİNİTİN BİR NEDENİ: TOXOCARA CANİS

Dudu Duygu Civan[1], Onur Tekeli[2], Abdulkadir Obut[3]

Dudu Duygu Civan / Sandıklı Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Amaç: Çocuklarda koryoretinit etiyolojisinde oküler toksokariyazisin de akılda tutulması gerektiğini vurgulamak.

Materyal ve Metot: Olgu sunumu

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: On iki yaşında erkek hasta; sağ gözde bulanık görme ve uçuşan cisimler şikayeti ile başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ gözde koryoretinit ve vitritis mevcuttu. Hastaya oküler toksoplazmoz ön tanısıyla ampirik olarak trimetoprim-sulfametoksazol ile sistemik metilprednizolon tedavisi başlandı. Etiyolojiye yönelik alınan Sitomegalovirüs, Toxoplasma gondii, Herpes simplex virus tip 1 ve 2 ve Bartonella henselae serolojik testlerinde anlamlı pozitiflik saptanmadı. Ancak Elisa ile Toxocara canis Ig G pozitifliği saptanması üzerine olgu oküler toksokariyazis olarak değerlendirilerek albendazol tedavisi başlandı. İzlemde görme bulanıklığı azaldı ve koryoretinit bulguları geriledi. Hastanın aralıklı izlemi sürüyor.Sonuç: Toksokariyazis, başlıca Toxocara canis ve Toxocara cati larvalarının neden olduğu zoonotik bir paraziter enfeksiyondur. Klinik bulgular asemptomatik enfeksiyondan ciddi organ tutulumuna kadar değişebilir. Klinik formları viseral larva migransı (VLM), oküler larva migransı (OLM), nörotoksokariyazis ve örtük/yaygın toksokariyazis olarak sınıflandırılır. OLM özellikle daha büyük çocuklarda ve ergenlerde görülebilir; gözdeki larvaların ve çevrelerinde gelişen granülomatöz inflamasyonun yol açtığı lezyonlar tek taraflı görme azalması, bulanık görme, fotofobi ve uçuşmalara neden olabilir. Lökokori ve şaşılık da görülebilen klinik bulgulardandır. Korunmada evcil hayvanların veteriner hekim önerisiyle düzenli olarak parazitlerden arındırılması, dışkılarının gecikmeden uygun şekilde uzaklaştırılması, hayvan veya toprakla temas ve yemek öncesinde ellerin yıkanması, çocukların toprak yemesinin önlenmesi ve etlerin iyice pişirilmesi önerilir. Erken tanı ve uygun tedavi, görmenin korunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Koryoretinit, toxocara canis

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 110

Yenidoğanda Dirençli Hiperkaleminin Nadir Bir Nedeni: Primer Psödohipoaldosteronizm

Elmas Merve KOCA[1], Ferhan İREN[2]

Elmas Merve KOCA / Samsun Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Yenidoğan döneminde hiponatremi ve hiperkalemi birlikteliği; başta konjenital adrenal hiperplazi (KAH) olmak üzere üriner sistem patolojileri ve metabolik hastalıklar gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak görülebilmektedir. Sık görülen nedenlerin dışlanmasının ardından klinik ve laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmesiyle, nadir görülen ve kalıtsal formları bulunan psödohipoaldosteronizm (PHA) ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olguda, yaşamının ilk günlerinde kusma ve beslenememe yakınmalarıyla başvuran, ciddi hiponatremi ve hiperkalemi saptanan bir yenidoğanda primer psödohipoaldosteronizmin klinik seyri, tanı süreci ve tedavi yaklaşımı ele alınmıştır.

Materyal ve Metot: Yirmi dokuz yaşındaki annenin beşinci gebeliğinden ikinci canlı doğum olarak, 38. gebelik haftasında, 3100 g ağırlığında normal spontan vajinal yolla doğan hasta; postnatal 7. gününde beslenememe, kilo kaybı, uyku hali ve şiddetli kusmayla başvurdu. Özgeçmişinde yenidoğan sarılığı nedeniyle hastanede yatışı, soy geçmişinde ikinci derece akraba evliliği vardı. Etiyolojiye yönelik üriner sistem görüntülemeleri ve idrar incelemeleri ile biyokimyasal, hormonal ve metabolik tetkikler yapıldı. Çocuk endokrinolojisi ve genetik bölümlerine konsülte edilerek genetik inceleme planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Başvuruda dehidrate ve letarjik olan hastada ciddi hiponatremi ve hiperkalemi, böbrek fonksiyon testlerinde bozulma, metabolik asidoz ve hiperglisemi saptandı. Bikarbonat, sodyum defisiti ve hiperkalemiye yönelik tedavilere rağmen elektrolit bozuklukları düzelmedi; izlemde ventriküler taşikardi gelişti. Ekokardiyografide ASD ve paradoksal azalmış septal hareket saptanması üzerine milrinon tedavisi başlandı. Üriner sistem incelemeleri ve metabolik incelemeler normaldi. KAH ön tanısıyla hidrokortizon ve fludrokortizon başlandı. ACTH'nin normal, kortizolün yüksek saptanması ve 17-OH progesteron sonucunun klinikle birlikte değerlendirilmesiyle KAH'dan uzaklaşılarak bu tedaviler kesildi. Poliüri gelişmesi ve hiponatremi ile dirençli hiperkaleminin sürmesi üzerine plazma renin aktivitesi ve aldosteron düzeyleri değerlendirildi. Hiperkaleminin kontrol edilememesi nedeniyle diyaliz uygulandı ve potasyum bağlayıcı reçine tedavisi başlandı. Diyaliz sonrası gerileyen hiperkalemi, enteral beslenmenin artırılmasıyla yeniden yükseldi. Plazma renin aktivitesi ve aldosteron düzeylerinin yüksekliği PHA tanısını destekledi. Beslenmenin kademeli artırılması ve potasyum bağlayıcı reçine dozunun düzenlenmesiyle elektrolit düzeyleri normale döndü ve diyaliz sonlandırıldı. Çocuk endokrinolojisi önerisiyle oral sodyum içeren potasyum bağlayıcı reçine tedavisine geçildi ve oral tuz desteği başlandı. Genetik analizde SCNN1A geninde homozigot c.587dup (p.Pro197AlafsTer9) frameshift varyantı saptandı ve ACMG ölçütlerine göre "olası patojenik" olarak sınıflandırıldı. Klinik, biyokimyasal ve moleküler bulgularla otozomal resesif psödohipoaldosteronizm tip 1B1 (PHA1B1) tanısı doğrulandı. Elektrolit dengesi sağlanan hasta taburcu edildi. Primer psödohipoaldosteronizm, yenidoğan döneminde ciddi hiponatremi ve dirençli hiperkaleminin nadir ancak yaşamı tehdit edebilen nedenlerinden biridir. Özellikle KAH ve üriner sistem patolojilerinin dışlandığı olgularda yüksek renin ve aldosteron düzeyleri tanıda yol göstericidir. Erken tanı ve uygun tedavi, ciddi hiperkalemiye bağlı komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Psödohipoaldosteronizm, Yenidoğan, Hiperkalemi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 111

Tedaviye Dirençli Herpes Zoster Oftalmikus Olgusunda Oküler Metalik Yabancı Cisim

Sevinj Khalilova[1], Öznur Bulut[1], Ayşe Büyükcam[1], Selda Hançerli Törün[1], Ayper Somer[1]

Sevinj Khalilova / İstanbul Üniversitesi, İstanbul tıp fakültesi

Giriş: Herpes zoster oftalmikus (HZO) , Varisella zoster virüsünün trigeminal sinirin oftalmik dalında reaktivasyonu sonucu gelişen, çocukluk ve adölesan dönemde erişkinlere kıyasla daha nadir görülen; periorbital veziküler döküntü, konjonktival hiperemi, keratit ve iridosiklit gibi oküler bulgularla seyredebilen bir enfeksiyondur.

Materyal ve Metot: Bilinen kronik hastalığı bulunmayan, meslek lisesi mekatronik bölümü öğrencisi ve sanayi stajyeri olan 17 yaşındaki erkek hasta, diş dolgusu işleminden bir gün sonra başlayan 39°C ateş, sol yanakta şişlik ve ardından gelişen sol gözde kızarıklık şikâyetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde, yaklaşık bir ay önce aynı gözde gelişen kızarıklığın topikal tedaviyle kısa sürede gerilediği öğrenildi. Travma veya böcek ısırığı öyküsü bulunmayan hastanın aile öyküsünde, babasının üveit nedeniyle takip edildiği belirtildi. Oftalmolojik muayenede sol göz kapağını açmada güçlük, sol gözde skleral hiperemi ve burun sırtı ile periorbital bölgede veziküler lezyonlar saptandı. Göz hareketleri serbest, pupiller ışık refleksleri bilateral korunmuştu. HZO ön tanısıyla intravenöz asiklovir, seftriakson, vankomisin, topikal prednizolon ve moksifloksasin tedavileri başlandı. İzlemde tekrarlanan oftalmolojik değerlendirmelerde HZO ile uyumlu bulguların yanı sıra üveit/iridosiklit açısından da değerlendirme yapıldı. Uygulanan tedaviye rağmen klinik yanıtın yetersiz kalması üzerine yatışının 11. gününde gerçekleştirilen kontrol oftalmolojik muayenesinde sol gözde metalik yabancı cisim saptanarak çıkarıldı. Yatışının 14. gününde veziküler lezyonlarda ve oküler inflamatuar bulgularda belirgin gerileme izlenen hasta, oral asiklovir profilaksisi ve oftalmoloji poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: HZO, immünkompetan adölesanlarda nadir görülmekle birlikte keratit ve ön üveit gibi ciddi oküler komplikasyonlara neden olabilmektedir (1,2). Olgumuzda dental girişimden bir gün sonra semptomların başlaması, viral reaktivasyon açısından olası bir tetikleyici ilişkiyi düşündürmektedir; ancak zamansal birliktelik nedenselliği kanıtlamamaktadır (3). Nazosiliyer sinir dağılımındaki veziküler lezyonlar, oküler tutulum açısından önemli bir uyarıcı bulgudur (4). Ailede üveit öyküsü bulunması, alternatif etiyolojilerin de değerlendirilmesini gerektirmiştir. Tedaviye beklenen yanıtın alınamaması üzerine metalik yabancı cismin saptanması, HZO ile eş zamanlı farklı oküler patolojilerin bulunabileceğini ve tekrarlanan ayrıntılı oftalmolojik muayenenin önemini vurgulamaktadır.Herpes zoster oftalmikus enfeksiyonlarında tedaviye dirençli olgular mutlaka tekrar değerlendirilmelidir. Bu olguda perioküler veziküler lezyonların varlığı herpes zoster oftalmikus tanısını konulması ve uygun tedavi başlanmasına rağmen teadviye direnç nedeni ile tekrar değerlendirilmiş ve sol gözde metalik yabancı cisim saptanarak çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster ophthalmicus, oküler yabancı cisim, iridosiklit.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 112

Sepsisli Adölesanda Akut Bilinç Değişikliğinin Nadir Bir Nedeni: CLOCC

OSMAN YİĞİTOĞLU[1], SİBĞATULLAH ALİ ORAK[2]

OSMAN YİĞİTOĞLU / Muş Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Korpus kallozumun sitotoksik lezyonları (CLOCCs), önceden MERS veya RESLES olarak adlandırılan, genellikle sekonder sitokin salınımı ve sitotoksik ödeme bağlı gelişen, korpus kallozum spleniumunda geçici difüzyon kısıtlanmasıyla seyreden klinik-radyolojik bir sendromdur. Pediatrik kohortlarda CLOCCs vakalarının çoğunluğunu enfeksiyon ilişkili olgular (%62,5) oluşturmakta olup en sık görülen nörolojik semptomlar nöbet (%50) ve bilinç değişikliğidir (%43,8). Çocukluk çağında sepsis ile ilişkili CLOCCs gelişimi ise oldukça nadir bildirilmektedir. Bu özet çalışmasında, sepsis seyri sırasında akut bilinç değişikliği ve reversibl splenial lezyon saptanan 14 yaşında bir erkek adölesan olgu, geniş pediatrik literatür verileri ışığında sunulmuştur.

Materyal ve Metot: On dört yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden yüksek ateş ve antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması üzerine başvurmuştur. Son 24 saatte uykuya meyil geliştiği öğrenilen hastanın fizik muayenesinde genel durum düşkünlüğü, konfüzyon ve somnolans saptanmış; belirgin fokal nörolojik defisit veya meningeal irritasyon bulgusuna rastlanmamıştır. Laboratuvar incelemelerinde sodyum: 132 mmol/L ve belirgin enflamatuar yük (CRP: 171 mg/L, prokalsitonin: 25 ng/mL) tespit edilmiş; EBV, CMV, HSV rubella, Rubeola, Parvovirus B19, Varisella, Toksoplazma ve Mycoplasma pneumoniae, HSV Tip1/2 serolojileri negatif sonuçlanmıştır. EEG'de normal uyanıklık bulguları izlenmiştir. Beyin difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemede korpus kallozum spleniumunda belirgin difüzyon kısıtlanması saptanarak Starkey ve arkadaşlarının tanımladığı kriterler doğrultusunda CLOCCs tanısı konulmuştur. Hastaya sepsise yönelik spesifik medikal ve destek tedavisi uygulanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Sepsise yönelik tedavinin 3. gününde hastanın ateşi, konfüzyonu ve uykuya meyilli hali tamamen gerilemiştir. Tedavinin 10. gününde gerçekleştirilen kontrol beyin MRG'sinde, korpus kallozum spleniumundaki difüzyon kısıtlanmasının tamamen ortadan kalktığı gözlenmiştir. Klinik düzelmeye tam radyolojik rezolüsyonun eşlik etmesi, reversibl CLOCCs tanısını doğrulamıştır. Literatürdeki pediatrik CLOCCs kohortlarında nörolojik semptomların gerileme süresi medyan 4,5 gün, MRG lezyonlarının tam çözünme süresi ise medyan 20 gün (5–150 gün) olarak bildirilmektedir. Olgumuzdaki 3 günde klinik ve 10 günde radyolojik iyileşme, enfeksiyon ilişkili pediatrik CLOCCs vakalarının hızlı ve sekele yol açmayan iyileşme seyriyle tam uyum göstermektedir. Pediatrik CLOCCs, erken tanı ve etiyolojiye yönelik doğru tedavi ile nörolojik sekel bırakmaksızın tam iyileşme gösteren, iyi prognoza sahip bir tablodur. Sepsis tablosundaki çocuklarda ortaya çıkan sitokin fırtınası, spleniumdaki nörotransmiter reseptör yoğunluğu nedeniyle sitotoksik ödeme yol açabilmektedir. İzole ve enfeksiyon ilişkili CLOCCs olgularında rutin agresif immünoterapi yerine sepsise ve etiyolojiye yönelik destekleyici tedaviler yeterlidir. Sepsisli çocuklarda konfüzyon gibi akut bilinç değişiklikleri geliştiğinde, nadir görülmesine rağmen CLOCCs ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Korpus kallozumun sitotoksik lezyonları, Sepsis, Konfüzyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 113

TRAFİK KAZASI SONRASI GECİKMİŞ BİLİOMAYA BAĞLI DİAFRAGMA ELEVASYONU

Ezgi Baransel Yılmaz[2], Ebru Kaçmaz[1], İhsan Yalçınkaya[1], Gökalp Çıkman[1]

Ezgi Baransel Yılmaz / Çifteler Devlet Hastanesi

Giriş: Karaciğer travması abdominal travmaların %15'ini oluşturur. Kanama dışında hasar,hilusa yakın olduğunda safra kanalları rüptürü ile sonradan teşhis edilen safra sızıntısına yol açar. Sağ lob özellikle yedinci segment en sık etkilenen kısımdır. Bilioma %4'e varan oranla en sık görülen komplikasyondur ve genellikle ilk bir haftada gelişir. Burada araç içi trafik kazasından günler sonra bilioma gelişen olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Trafik kazası sırasında araç içinden fırlayan 17 yaşında erkek hasta entübe, başvuru anı GKS 3, T12 burst kırığı nedeniyle Beyin Cerrahisi Bölümü operasyonu sonrası GKS 5 olarak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edildi. Bilateral hemotoraks nedeniyle Çocuk Cerrahisi tarafından toraks tüpü takıldı, görüntülemelerinde sol frontoparietal skalp hematomu, beyin sapı kontuzyonu, bilateral pulmoner kontuzyon, evre 1 karaciğer laserasyonu, sağ perirenal hematom ve batın içi hemorajik sıvı saptandı. Preop ve postopnöromonitör ile ağrılı uyarana her iki ekstiremiteden yanıt alınmadığı öğrenildi. İnvaziv mekanik ventilasyon desteğine alınan hastaya KİBAS koruyucu önlemlere ek olarak, %3 hipertonik mayi, n-asetilsistein ıv infuzyon, profilaktik levetiresetam, vankomisin ve sefotaksim antibiyoterapileri, sedonaljezi başlandı. Yatışının 25. gününde ekstübe edilerek YANKO desteğinde takibe alınan hasta, 34. gününde NIV S/T solunum desteğine alındı. Yatak başı USG'de atelektaziyi düşündüren statik hava bronkogramı içeren hepatizasyon bulgusu, akciğer PA grafisinde sağ diafragma hattı normalden yukarıda gözlendi. Abdomen USG'de sağ perihepatik mesafeden başlayarak karaciğeri komprese eden, sağ parakolik oluk boyunca sağ alt kadrana dek uzanım gösteren, diafragmaya bası ile akciğerde atalektazi yapan psödokist belirlendi. Girişimsel çocuk radyoloji tarafından USG eşliğinde perkutan drenaj katateri yerleştirildi. Drenden safra drenajı ile klinik ve radyolojik düzelme izlendi. MRCP'de karaciğer segment yedi düzeyinde intrahepatik safra yolları ile ilişkilenen bilioma saptandı. Günlük 500-1000 ml safra drenajı olan hasta ERCP ve sfinketerotomi yapılmak üzere yaşadığı şehirdeki bir merkeze sevk edildi.

Bulgular ve Sonuç: Bilioma ateş, sağ hipokondriak ağrı ve beslenme intoleransı ile bulgu verebileceği gibi asemptomatik de olabilir. Kist, seroma, psödokist, hematom ve karaciğer absesinden ayırt edilmelidir. Safra sızıntısı yavaş gerçekleştiğinde günler, haftalar, aylar içinde gelişebilir. Geç teşhisi artmış morbiditeyle ilişkilidir. Tedavisi %80 başarı ile USG eşliğinde ponksiyon ve drenajdır. Biliyer sistem travmasına bağlı gelişebilecek duktal stenoz, kolanjit, siroz gibi komplikasyonlar nedeniyle hastalar takip edilmelidir.Olgu sunumu için klinik sorumlusundan izin alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: bilioma, karaciğer travması, diyafragma elevasyonu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 115

Çoklu Mıknatıs Yutulmasına Bağlı Komplikasyonlar: Midede Ülser Gelişimiyle Sınırlı Olgu Sunumu

Şeyda Yıldız Sağıroğlu[1], Mehmet Kazan[1], Fatih Eren[1], Ayhan Gazi Kalaycı[1], Gönül Çaltepe[1]

Şeyda Yıldız Sağıroğlu / SAMSUN ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş: Çocuklarda yabancı cisim yutma sık görülür ve çoğu komplikasyonsuz vücuttan kendiliğinden atılır. Birden fazla güçlü mıknatıs yutulması ise nadirdir ama perforasyon, fistül gelişimi gibi yüksek morbidite ve mortalite risklerini barındırır.

Materyal ve Metot: Mıknatıs yutma nedeniyle kliniğimizde endoskopik olarak tedavi edilen 3 olgunun klinik, radyolojik ve endoskopik verileri hasta dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi. Yönetim, ulusal rehber ve güncel literatür doğrultusunda planlandı (Tablo 1). Ebeveynlerden yazılı onam alındı.OLGU 1: 4 yaşında erkek hasta, mıknatıs yutma şüphesiyle dış merkezden çocuk acil servisimize sevk edildi. Bulantı, kusma, karın ağrısı yakınması olan hastanın direkt batın grafisinde çoklu radyoopak yabancı cisim izlendi (Resim 1). Aynı gün yapılan özofagogastroduodenoskopide mide antrum üst duvarında birbirine yapışık 3, duodenum 2. kıtada 2 adet olmak üzere toplam 5 mıknatıs file yardımıyla tek tek güvenle çıkarıldı (Resim 2); antrumda basıya bağlı aktif kanamasız ülser (Resim 3), duodenumda ise eroze alanlar izlendi. Majör bir komplikasyon (kanama, perforasyon) gelişmedi. Hasta 1 gün sonra PPI ile 1 hafta sonra polikliniğe gelmek üzere, acil durumlar anlatılarak taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrol endoskopisinde antrumdaki ülser tamamen iyileşmişti.OLGU 2: 5 yaşında kız hasta. Ayakta batın grafisinde pelvik bölgede birbirine yapışık çoklu küçük küresel mıknatıs (boncuk tipi) izlendi; endoskopik olarak güvenle çıkarıldı (Resim 4).OLGU 3: 8 yaşında kız hasta. Ayakta batın grafisinde tek, büyük boyutlu oval radyoopak yabancı cisim (mıknatıs) izlendi; yaklaşık 5 cm uzunluğundaki mıknatıs endoskopla çıkarıldı (Resim 5).

Durum	Lokalizasyon	Yaklaşım
Tek mıknatıs	Özafagus veya midede	Endoskopik olarak alınabilir veya Aile uyumluysa eğitilerek (çevresi ve elbisesinden mıknatıs ve metal objeleri uzaklaştırma) seri filmlerle takip
Tek mıknatıs	Mideden aşağıda	Mümkünse endoskopiyle çıkarılır veya Seri filmler ve ebeveyn eğitimi ile takip Pasaj gecikirse laksatiflerle hızlandırma
Birden fazla mıknatıs/bir mıknatıs ile beraber metal bir obje yutulmuş	Özafagus veya Midede	İlk 12 saatte endoskopik çıkarma Endoskopi yapılamıyorsa sevk Transfer >12 saat ise cerrahiye danışma Endoskopik çıkarma başarılı olmazsa cerrahi girişim
Birden fazla mıknatıs/bir mıknatıs ile beraber metal bir obje yutulmuş	Mideden aşağıda-Semptomatik	Çocuk cerrahisi
Birden fazla mıknatıs/bir mıknatıs ile beraber metal bir obje yutulmuş	Mideden aşağıda-Asemptomatik	Röntgende obstrüksiyon/perforasyon bulgusu yoksa endoskopi (enteroskopi/kolonoskopi) veya 4-6 saatte bir röntgenle takip İlerleme yoksa PEG3350/laksatif Çıkmazsa endoskopi Yine çıkmazsa cerrahi

Bulgular ve Sonuç: Yabancı cisim yutma çocukluk çağında sık görülen bir acil durumdur ve olguların büyük kısmı komplikasyonsuz seyirle kendiliğinden atılır. Ancak birden fazla güçlü mıknatısın yutulması farklı bir klinik tabloya yol açar; farklı bağırsak segmentlerine veya aynı segmentte karşılıklı duvarlara yapışan mıknatıslar arasında dokuyu sıkıştırarak basınç nekrozu, ülserasyon, fistül ve perforasyona neden olabilir. Güncel rehberler, özofagus ve midede bulunan çoklu mıknatısların ilk 12 saat içinde endoskopik olarak çıkarılmasını; mideden aşağıdaki olgularda ise semptom ve görüntüleme bulgularına göre yakın takip veya girişim kararı verilmesini önermektedir. Sunduğumuz ilk olguda mıknatıslar mide ve duodenumda saptanmış, erken dönemde endoskopik olarak güvenle çıkarılmıştır; mide antrumunda basıya bağlı ülser gelişmesine karşın perforasyon veya aktif kanama gibi majör bir komplikasyon izlenmemiştir. Bu durum, çoklu mıknatıs yutan hastalarda erken tanı ve zamanında endoskopik girişimin morbiditeyi önemli ölçüde azalttığını desteklemektedir.Çoklu mıknatıs yutma sıklığı bu mıknatıslara ne kadar kolay ulaşılabildiğiyle ilişkilidir, bunlara ulaşımı zorlaştırmak/ortadan kaldırmak için gerekli yasal önlemlerin alınması ve yutulması halinde ise pratik, zaman kazandıran yöntemlerin benimsenmesi ve erken müdahale önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çoklu mıknatıs yutma, Çocuklarda mıknatıs yutma

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 116

Aşılı Bir Adölesanda Pnömokokal Menenjit: Aşılama Riski Tamamen Ortadan Kaldırıyor mu?

selin sinem kadıoğlu terzi[1], setenay altuntaş babacanoğlu[1], ilkin kış bulut[1], türkan aydın teke[1], tuğçe tural kara[1], hasan tezer[1]

selin sinem kadıoğlu terzi / gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesi

Giriş: Bakteriyel menenjit, çocukluk çağında önemli morbidite ve mortaliteye yol açabilen ciddi bir santral sinir sistemi enfeksiyonudur. Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis ve Haemophilus influenzae tip b çocukluk çağı bakteriyel menenjitinin başlıca etkenleri arasındadır. H. influenzae tip b ve pnömokok konjuge aşılarının yaygın kullanıma girmesiyle çocukluk çağı bakteriyel menenjit epidemiyolojisi önemli ölçüde değişmiş ve aşı ile önlenebilir etkenlere bağlı hastalık sıklığı belirgin olarak azalmıştır. Bununla birlikte, S. pneumoniae özellikle yenidoğan dönemi sonrasında bakteriyel menenjitin önemli etkenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Türkiye'de 7 valanlı pnömokok konjuge aşı (KPA-7) 2008 yılında ulusal bağışıklama programına dahil edilmiş, Nisan 2011'de 13 valanlı pnömokok konjuge aşı (KPA-13) uygulamasına geçilmiştir. Konjuge pnömokok aşılarının yaygın kullanımına rağmen, aşı dışı serotiplere ve daha nadiren aşı serotiplerine bağlı invaziv pnömokok hastalıkları görülebilmektedir. Bu olguda, rutin çocukluk çağı aşıları tam olan bir adölesanda gelişen pnömokokal menenjit sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgu:On beş yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden ateş, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmalarıyla başvurdu. Baş ağrısı oksipital bölgede, hareket ve öne eğilmekle artan, 7–8/10 şiddetindeydi. Başvurudan iki gün önce dış merkezde üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek oral amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanmıştı. Şikayetlerinin gerilememesi üzerine hastanemize başvuran hastanın vücut sıcaklığı 37,4°C olup diğer vital bulguları normaldi. Bilinci açık olan hastanın fizik muayenesinde ense sertliği mevcut olup, Kernig ve Brudzinski bulguları pozitifti. Menenjit ön tanısıyla yatırılan hastanın lökosit sayısı $30,86\times10^3$/µL, mutlak nötrofil sayısı $27,59\times10^3$/µL ve C-reaktif protein düzeyi 182,59 mg/L idi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde direkt bakıda 200 hücre/mm^3, BOS glukozu < 2 mg/dL ve BOS proteini 309 mg/dL saptandı; eş zamanlı kan glukozu 136 mg/dL idi. Bakteriyel menenjit düşünülerek seftriakson ve vankomisin tedavisi başlandı. Kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı; BOS multipleks PCR incelemesinde S. pneumoniae pozitif saptandı. Hastanın yaşına uygun rutin aşılarının tam olduğu ve dört doz KPA13 ile aşılandığı öğrenildi. Klinik izleminde bulguları gerileyen hasta, antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: S. pneumoniae'nın 100'den fazla serotipinin bulunması ve konjuge aşıların yalnızca belirli serotiplere karşı koruma sağlaması nedeniyle, yaşına uygun aşılanmış çocuklarda da aşı dışı serotiplere veya daha nadiren aşı serotiplerine bağlı pnömokokal menenjit gelişebilir. Bu olgu, tam aşılı olmanın klinik olarak menenjit düşünülen bir hastada pnömokokal etiyolojiyi dışlamadığını ve kültür negatif olgularda moleküler yöntemlerin etkenin gösterilmesinde önemli katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: menenjit, pnömokok, aşılama

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 117

Metilmalonik Asidemili Bir Çocukta Nadir ve Yaşamı Tehdit Eden Bir Komplikasyon Olarak Nekrotizan Pankreatit

İpek Culu Kaştan[1], Murat Erdal[3], Nazan Ülgen Tekerek[3], Hatice Yılmaz Dağlı[4], Güngör Karagüzel[5], Efil Aydın Yıldırım[5], Cemal Kaştan[6], Ahmet Faruk Gürbüz[6], Ayşe Ergül Bozacı[2]

İpek Culu Kaştan / Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Metilmalonik asidemi (MMA), metilmalonil-KoA mutaz enzimi eksikliği veya kobalamin metabolizmasındaki bozukluklara bağlı gelişen nadir, kalıtsal bir metabolizma hastalığıdır (1). Bebeklik döneminde beslenme güçlüğü, letarji, hipotoni ve metabolik asit-baz bozuklukları ile seyredebilir (2). Akut pankreatit, MMA'nın nadir ancak ciddi komplikasyonlarından biridir (3–5). Nekrotizan pankreatit ise pankreatik parankim ve/veya peripankreatik dokularda nekroz gelişimi ile karakterize ağır bir akut pankreatit formudur (4). MMA ile ilişkili pankreatit olguları bildirilmiş olmakla birlikte, nekrotizan pankreatite ilişkin veriler sınırlıdır (4–7). Bu yazıda, belirgin metabolik dekompansasyon olmaksızın nekrotizan pankreatit gelişen MMA tanılı bir çocuk olgu sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: Genetik olarak doğrulanmış metilmalonik asidemi (MMA; mut^0 tipi) ve kompanse evre 2 kronik böbrek hastalığı bulunan 2 yaşındaki erkek hasta kusma ve ateş yakınmalarıyla başvurdu. Başvuru sırasında amonyak, laktat ve bikarbonat düzeyleri normaldi ve metabolik asidoz saptanmadı. Hasta 7 aylıkken tekrarlayan kusma atakları sonrası tandem kütle spektrometrisinde C3 yüksekliği ve idrarda artmış metilmalonik asit atılımı ile tanı almış, protein kısıtlı diyet, L-karnitin ve karglumik asit tedavileriyle izlenmişti. Başvuru sonrası enteral beslenme kesilerek yüksek glukoz içerikli intravenöz sıvı, L-karnitin ve karglumik asit tedavileri uygulandı. İzlemde abdominal distansiyon ve kusmada artış gelişti; ardından solunum yetmezliği nedeniyle hasta entübe edilerek mekanik ventilasyona alındı. Kan gazında pH 7,45, bikarbonat 23,1 mmol/L ve laktat 6,2 mmol/L saptandı. Ağır metabolik asidoz olmamasına rağmen laktat düzeyleri klinik kötüleşmeyle birlikte arttı.Abdominal bilgisayarlı tomografide başlangıçta akut ödematöz pankreatit bulguları izlendi. Pankreatik enzimlerde gerileme olmasına rağmen kontrol görüntülemede pankreas distal korpus-kuyruk düzeyinde 13 × 14 mm kontrastlanmayan alan saptandı ve nekrotizan pankreatit olarak değerlendirildi. Nekroz ve devam eden ateş nedeniyle antimikrobiyal tedavi genişletildi. Refrakter metabolik asidoz veya hiperamonyemi olmamasına rağmen devam eden klinik kötüleşme ve laktat yüksekliği nedeniyle yardımcı tedavi olarak konvansiyonel hemodiyaliz uygulandı. Diyaliz sonrasında laktat düzeylerinde azalma ve klinik düzelme izlendi. Hasta altı günlük invaziv mekanik ventilasyonun ardından başarıyla ekstübe edildi.

Bulgular ve Sonuç: Bu olgu, MMA ile ilişkili nadir bir komplikasyon olan nekrotizan pankreatiti göstermektedir. Pankreatit organik asidemilerde bilinen bir komplikasyon olmakla birlikte, nekrotizan form nadiren bildirilmiştir (4, 7, 8). Belirgin metabolik dekompansasyon olmaksızın gelişmesi, pankreatik hasarda mitokondriyal disfonksiyon, toksik metabolit birikimi, oksidatif stres ve bozulmuş enerji metabolizması gibi ek mekanizmaların rol oynayabileceğini düşündürmektedir (6, 9). Hemodiyaliz, klinik kötüleşme ve artan laktat düzeyleri nedeniyle yardımcı tedavi olarak uygulanmış; sonrasında klinik ve biyokimyasal düzelme izlenmiştir. Ancak bu gözlem nedensel bir ilişkiyi göstermemektedir. Hemodiyalizin inflamatuvar mediyatörlerin ve toksik metabolitlerin uzaklaştırılmasına katkı sağlayabileceği bildirilmiştir (11–13). MMA'da nekrotizan pankreatitin optimal tedavisi henüz belirlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: metilmalonik asidemi, nekrotizan pankreatit, pediatrik yoğun bakım

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 118

Meier-Gorlin Sendromu: Olgu Sunumu

İLKNUR ELİFOĞLU[1], MEHMET UĞURLU[1], İLHAN HAZER[1], PELİN UNUL[1], EMİNE DEĞİRMEN ŞİŞMAN[1]

İLKNUR ELİFOĞLU / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Meier-Gorlin sendromu (MGS), mikrotia, patella aplazisi/hipoplazisi ve orantılı kısa boy ile karakterize, nadir görülen otozomal resesif büyüme bozukluğudur. Prenatal ve postnatal büyüme geriliğine kraniyofasiyal dismorfizm, iskelet anomalilieri ve gelişimsel sorunlar eşilik edebilmektedir. Klinik bulguların değişkenlik gösterebilmesi nedeniyle tanı süreci güç olabilmektedir. Bu olguda, kısa boy etiyolojisi araştırılırken tanı alan MGS olgusunun sunulması amaçlandı.

Materyal ve Metot: 5 yaş 5 aylık erkek hasta boy kısalığı nedeniyle çocuk endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi. Özgeçmişinde prematür doğum ve pes ekinovarus nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Psikomotor gelişiminde oturma ve yürüme basamaklarında gecikme, 3 yaşında cümle kurma öyküsü vardı. Anne-baba arasında akraba evliliği yok. Fizik muayenede genel durum iyi, vital bulgular stabil olup ağırlığı 12 kg (-2,76 SDS), boyu 94 cm (-2,79 SDS), baş çevresi 48,5 cm (-1,62 SDS), VKİ 13,5 kg/m^2 (-1,73 SDS) idi. Atipik yüz görünümü, mikrotia, mikrognati ve sağ birinci parmakta hiperekstansiyon; testisler retraktil ve bilateral 1 mL, kemik yaşı 1,5 yaş ile uyumluydu. Boy kısalığı etiyolojisi açısından yapılan değerlendirmede IGF-1 76,7 ng/mL (-0,98 SDS), IGFBP-3 4,24 µg/mL (1,4 SDS) bulundu; diğer rutin ve endokrinolojik laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı. Altı aylık izlemde 4 cm uzama gözlendi. Tüm ekzom dizilemede ORC6 geninde c.257_258del p.Phe86* ve c.2T > C p.Met1? varyantları bileşik heterozigot olarak saptandı ve patojenik olarak değerlendirildi. L-DOPA büyüme hormonu uyarı testinde pik GH 2,84 ng/mL bulundu; düşük yanıt nedeniyle glukagon testi uygulandı.

Bulgular ve Sonuç: MGS; mikrotia, patella hipoplazisi/aplazisi ve orantılı kısa boyun karakteristik olduğu nadir bir sendromdur. ORC6, DNA replikasyonunda görev alan origin recognition complex'in bir bileşenidir ve bialelik patojenik varyantları MGS fenotipi ile ilişkilidir. Bu olguda mikrotia ve belirgin orantılı kısa boyun yanı sıra genetik incelemede ORC6 varyantlarının saptanması tanıyı desteklemiştir. Büyüme hormonu eksikliği MGS'nin temel özelliği olmamakla birlikte, belirgin büyüme geriliği olan olgularda endokrin nedenler ayrıca değerlendirilmelidir.Orantılı kısa boy, mikrotia ve iskelet anomalilerinin birlikteliğinde MGS akılda tutulmalıdır. Klinik bulguların genetik inceleme ile birlikte değerlendirilmesi erken ve doğru tanı açısından önemlidir. Büyüme geriliği olan MGS olgularında büyüme hormonu eksikliği açısından uygun uyarı testleri yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meier-Gorlin, Boy kısalığı, Patella aplazisi/hipoplazisi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 119

Prematüre Bebekte Enterobacter hormaechei Sepsisine Eşlik Eden Tek Taraflı Adrenal Kanama ve Adrenal Kriz

Ecem İrem Akyüz[1], Saliha Gülşen Mansuroğlu[1], Özge Aydemir[2], Özge Sürmeli Onay[2], Tuğba Barsan Kaya[2]

Ecem İrem Akyüz / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Eskişehir, Türkiye

Giriş: Yenidoğanlarda adrenal bezlerin görece büyük ve yoğun vaskülarize olması, venöz basınç değişiklikleri ve hipoksiye bağlı hasara duyarlılıklarını artırmaktadır. Perinatal hipoksi, doğum travması, koagülopati ve sepsis başlıca risk faktörleridir. Çoğu asemptomatik seyretse de anemi, dolaşım bozukluğu ve nadiren adrenal yetmezliğe neden olabilir. Prematürelerde hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın immatüritesi ve sınırlı adrenal rezerv, ağır stres durumlarında yetersiz kortizol yanıtına yol açabilir. Sepsise bağlı adrenal kanama ve adrenal yetmezlik klasik olarak bilateral adrenal hemoraji ile ilişkilendirilmekte ve Waterhouse-Friderichsen sendromu olarak tanımlanmaktadır. Burada, Enterobacter hormaechei sepsisi sırasında tek taraflı adrenal hematom ve adrenal kriz gelişen prematüre bebek sunulmuştur.

Materyal ve Metot: ...

Bulgular ve Sonuç: Eklampsi ve Doppler ultrasonografide end-diastolik akım kaybı nedeniyle 29. gebelik haftasında acil sezaryen ile 850 g doğan kız bebek; prematürite, intrauterin büyüme kısıtlılığı, respiratuvar distres sendromu, grade III intraventriküler hemoraji ve periventriküler hemorajik enfarkt tanılarıyla izlenmekteydi. Postnatal 33. günde noninvaziv solunum desteğinde stabil olan hastada tekrarlayan apne, hipoaktivite ve dolaşım bozukluğu gelişti. Akut faz reaktanlarında artış, metabolik asidoz, anemi ve nötropeni saptanması üzerine vankomisin ve meropenem başlandı. Uygun sıvı resüsitasyonu ve eritrosit transfüzyonuna rağmen saatler içinde dirençli hipotansiyon ve oligüri gelişti. Dopamin ve dobutamin tedavilerinin yüksek dozlarına rağmen hipotansiyonun devam etmesi, ardından anüri gelişmesi üzerine vazopressör tedaviye yanıtsız hipotansiyon nedeniyle hidrokortizon 1 mg/kg uygulandı ve adrenalin başlandı; ancak yeterli hemodinamik yanıt alınamadı. Dirençli hipotansiyona hipoglisemi, hiponatremi ve hiperkaleminin eşlik etmesi üzerine adrenal kriz düşünüldü. Hidrokortizon 100 mg/m^2 intravenöz uygulandı ve ardından 25 mg/m^2/doz, 6 saatte bir verildi. Hidrokortizon sonrası kan basıncı normale döndü, idrar çıkışı yeniden başladı ve vazopressörler kademeli olarak kesildi. Kan kültüründe E. hormaechei üredi. Sepsis öncesinde normal olarak raporlanan abdominal ultrasonografi tekrarlandığında sağ sürrenal lojda 8,5 × 5 mm hematom saptandı. Antibiyotik tedavisi 14 gün sürdürüldü ve hidrokortizon kademeli olarak kesildi. İzlemde düşük kortizol düzeyi saptanması üzerine yapılan ACTH uyarı testinde yeterli yanıt elde edildi. Prematürelerde hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın immatüritesi ve sınırlı adrenal rezerv nedeniyle ağır stres durumlarında adrenal yetmezlik gelişebilir. Adrenal kanama çoğunlukla bilateral olduğunda adrenal yetmezlikle ilişkilendirilse de, prematürelerde tek taraflı kanama da klinik olarak anlamlı adrenal yetmezliğe yol açabilir. Olgumuzda E. hormaechei sepsisi sırasında gelişen vazopressörlere dirençli şok, hipoglisemi ve elektrolit bozuklukları adrenal krizi düşündürmüş; hidrokortizon yüklemesiyle hızlı hemodinamik düzelme sağlanmıştır. Tek taraflı adrenal hematomun gösterilmesi, adrenal yetmezliğin tabloya katkısını desteklemiştir. Prematürelerde adrenal rezerv sınırlı olabileceğinden, sepsis sırasında gelişen vazopressörlere dirençli şok, hipoglisemi ve elektrolit bozukluklarında adrenal kanama ve adrenal yetmezlik akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kriz, Sepsis, Prematürite

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 120

Akut Tübülointerstisyel Nefrit Sonrası Geç Dönemde Gelişen Üveit: Tübülointerstisyel Nefrit ve Üveit Sendromu Olgu Sunumu

Banu Şenler[1], İzel Kahraman[2], Mustafa Değer Bilgeç[3], Aslı Kavaz Tufan[2], Nuran Çetin[2]

Banu Şenler / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Eskişehir, Türkiye

Giriş: Tübülointerstisyel nefrit ve üveit (TINU) sendromu diğer sistemik hastalıkların yokluğunda tübülointerstisyel nefrit ve üveitin bir arada görülmesiyle karakterize olup nonspesifik semptomları nedeniyle tanısal zorluk oluşturmaktadır. Bu yazıda akut tübülointerstisyel nefrit tanısı alıp izleminin geç döneminde üveit gelişerek TINU sendromu tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: ...

Bulgular ve Sonuç: On dört yaşında kız hasta halsizlik, yan ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Bel ve yan ağrısı nedeniyle 3 gün süreyle klorzoksazon ve parasetamol kullandığı, ayrıca başvurudan 2 hafta önce aşırı miktarda haşhaş otu yeme hikayesi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı 37°C, nabız 98/dk, solunum sayısı 16/dk, kan basıncı 110/60 mmHg idi. Göz küreleri çökük ve ağız mukozası kuru olan hastanın göz muayenesi doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 9,2 g/dL, MCV 74,3 fl, trombosit sayısı 489000/µL, lökosit sayısı 11840/µL, nötrofil sayısı 8730/µL, lenfosit sayısı 1890/µL, CRP 120 mg/L, sedimentasyon hızı 116 mm/saat, kan üre azotu 17,1 mg/dL, kreatinin 1,71 mg/dL, kompleman C3 1,65 g/L, kompleman C4 0,5 g/L saptandı. İdrar tetkikinde dansite 1006, pH 6,5, glukoz 1+, protein eser, nitrit negatif, kan negatif, lökosit 3/HPF, eritrosit 3/HPF, spot idrarda protein/kreatinin oranı 0,59, 24 saatlik protein atılımı 13,6 mg/m2/saat, fraksiyone sodyum atılımı %3 idi. Otoimmün ve enfeksiyöz etiyolojiye yönelik incelemeler negatifti. Böbrek ultrasonografisinde kortikal ekojenitede diffüz artış (Grade II) izlendi. Takibinde serum kreatinin değeri 2,8 mg/dL'ye yükselen, ödem, oligüri ve hematürisi olmayan hastaya perkütan böbrek biyopsisi yapıldı. Patolojİk incelemede ışık mikroskopisinde glomerüller doğal izlenirken tübülointerstiyel alanda yoğun lenfosit, nötrofil ve eozinofillerden zengin miks tipte inflamasyon saptandı. Hastaya 3 gün pulse steroid ve ardından oral prednizolon tedavisi uygulandı. Böbrek fonksiyonları normale dönen hastanın izleminin 4. ayında üveit saptanması üzerine topikal prednisolon asetat ve tropikamid göz damlası tedavisi başlandı. Biyopsiyle doğrulanmış tübülointerstisyel nefriti takiben üveit gelişmesi üzerine olgu, tübülointerstisyel nefrit ve üveit sendromu olarak değerlendirildi.Biyopsi ile doğrulanmış akut tübülointerstisyel nefrit tanısı alan çocuklarda başlangıç oftalmolojik değerlendirmesinin normal olması TINU sendromunu dışlamamaktadır. Bu nedenle tübülointerstisyel nefritli çocuklarda böbrek fonksiyonlarda düzelme sağlansa bile düzenli ve uzun süreli oftalmolojik takip sürdürülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tübülointerstisyel Nefrit, Üveit, kreatin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 121

Malan Sendromunda Beklenmeyen Bir Klinik Tablo: Tip 1 Diyabetes Mellitus

Şeyma Yakut Akbaş[1], Hakan Kılıç[2], Hasan Önal[2]

Şeyma Yakut Akbaş / Arnavutköy Devlet Hastanesi

Giriş: Malan sendromu, NFIX genindeki heterozigot patojenik varyantlar veya NFIX genini içeren 19p13.2 mikrodelesyonları sonucu gelişen, nadir görülen bir aşırı büyüme sendromudur. Prenatal ve postnatal aşırı büyüme, makrosefali, ileri kemik yaşı, iskelet anomalileri, ince vücut yapısı, gelişimsel gecikme, zihinsel yetersizlik, davranış sorunları ve göz bulguları ile karakterizedir. Epilepsi, EEG anormallikleri, kabızlık, kardiyovasküler anomaliler ve işitme kaybı da görülebilir. Uzun ve üçgen yüz, belirgin alınla yüksek ön saç çizgisi, aşağı eğimli palpebral fissürler, basık burun kökü, uzun filtrum, sıklıkla açık tutulan küçük ağız ve belirgin çene tipik yüz bulgularıdır. Tanı, şüpheli bulguları olan hastada moleküler genetik testlerle konur. Bu sendromda endokrin bozukluklar oldukça nadir bildirilmiştir(1). Burada tip 1 diyabet tanısı alan Malan sendromlu bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgumuz yedi yaşında erkek hasta, bir haftadır olan polidipsi ve poliüri yakınmasıyla başvurdu. Kromozomal mikroarray analizinde 19p13.2-p13.12 delesyonuna bağlı Malan sendrom tanısı almış hastamızın özgeçmişinde; postnatal aşırı büyüme, gelişim basamaklarında gecikme, orta düzeyde zihinsel yetersizlik, klinik izlem gerektiren davranış bozukluğu mevcuttu ve özel eğitim almaktaydı. Ekzotropya, hipermetropi, astigmatizma ve optik disk hipoplazisi nedeniyle oftalmoloji tarafından izlenmekteydi. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme ve elektroensefalografi olağandı, nöbet öyküsü yoktu. İşitsel beyin sapı yanıtları ve kardiyolojik değerlendirmesi normaldi. Ayrıca kronik konstipasyonu mevcuttu. Soy geçmişinde ebeveynler arasında akraba evliliği, maternal soyda tip 2 ve paternal soyda tip 1 diabetes mellitus öyküsü vardı. Fizik muayenede vücut ağırlığı SDS'si 0,74, boy SDS'si 2,05 ve vücut kitle indeksi SDS'si, -0,78 idi. Trigonosefali ve hipotelorizm mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde plazma glukozu 284 mg/dL, HbA1c %9,2 ve C-peptit 0,89 ng/mL idi. İdrarda glukozüri (3+) ve ketonüri (3+) saptandı, kan gazında asidoz yoktu. Adacık hücre antikoru (1:100), glutamik asit dekarboksilaz antikoru (113 IU/mL) ve insülin otoantikoru (%10,3) pozitifti. Tiroid fonksiyon testleri ötiroid olup anti-tiroid peroksidaz antikoru (47,5 IU/mL) pozitifti. Otoimmün tip 1 diabetes mellitus tanısıyla insülin tedavisi (glarjin ve aspart) başlandı ve izlemde glisemik kontrol sağlandı.

Bulgular ve Sonuç: Malan sendromunda endokrin bozukluklar oldukça nadirdir. Literatürde tip 1 diabetes mellitus Nisbet ve arkadaşlarının 2026 yılında yaptığı bir çalışmada intragenik NFIX varyantı taşıyan 20 yaşında bir kadın olguda bildirilmiş, ancak otoantikor profili ve tiroid değerlendirmesi belirtilmemiştir(2). Olgumuz, bildiğimiz kadarıyla 19p13.2 mikrodelesyonu taşıyan hastada saptanan ilk tip 1 diabetes mellitus olgusu ve otoimmünitenin çoklu adacık otoantikorları ile tiroid otoantikoruyla belgelendiği ilk Malan sendromu olgusudur. Literatürdeki ikinci olgu olması bu birlikteliğin tesadüfi olmayabileceğini düşündürmekle birlikte, akraba evliliği ve paternal tip 1 diyabet öyküsü ailesel yatkınlığın katkısını da akla getirmektedir. Polidipsi ve poliüri gelişen Malan sendromlu hastalarda diyabet akla getirilmeli, otoimmün endokrinopatiler açısından izlem yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Malan sendromu, NFIX, Tip 1 diabetes mellitus

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 122

Böbrek Nakli Alicisi Bir Adolesanda Hipertansif Krizle Ortaya Çikan Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu

Sultan Özyurt[1], Emine Güçer[1]

Sultan Özyurt / Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Giriş: Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES); nöbet, bilinç değişikliği, baş ağrısı ve görme bozukluklarıyla ortaya çıkabilen, beyin manyetik rezonans görüntülemesinde çoğunlukla posterior serebral bölgelerde vazojenik ödemle karakterize klinik-radyolojik bir tablodur. Ciddi hipertansiyon, böbrek fonksiyon bozukluğu, solid organ nakli ve immünsüpresif tedaviler önemli risk faktörleri arasındadır. Bu bildiride, böbrek nakli sonrası immünsüpresif tedavi alan bir adolesanda hipertansif kriz ve nöbet ile ortaya çıkan PRES olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Akut bilinç değişikliği ve deliryum nedeniyle acil servise getirilen böbrek nakli yapılan bir hastanın klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Steroide dirençli nefrotik sendrom nedeniyle 2023 yılında annesinden böbrek nakli yapılan 17 yaşındaki erkek hastanın takrolimus, mikofenolat mofetil ve prednizolon kullandığı öğrenildi. Nakil sonrası rejeksiyon nedeniyle daha önce pulse steroid, immünoabsorpsiyon, intravenöz immünglobulin, rituksimab ve tosilizumab tedavileri uygulanmıştı. Başvuru sırasında kan basıncı yaklaşık 190/110 mmHg idi. Acil servis izlemi sırasında nöbet gelişmesi üzerine akut nöbet kontrolü sağlandı ve levetirasetam yüklemesi yapıldı. Başlangıç kan gazında pH 7,015, bikarbonat 9,6 mmol/L, baz açığı −17,8 mmol/L ve laktat 14,6 mmol/L; serum kreatinin 2,38 mg/dL ve üre 61 mg/dL saptandı.Takrolimus düzeyi 5,78 ng/mL ölçüldü. Ağır metabolik ve laktik asidoz nedeniyle bikarbonat açığı hesaplanarak replasman yapıldı. Hipertansif kriz nedeniyle esmolol, kaptopril ve amlodipin tedavileri uygulandı; volüm durumuna göre furosemid verildi..Başlangıç beyin bilgisayarlı tomografisinde akut intrakraniyal patoloji saptanmadı. Nöbet, ensefalopati ve ciddi hipertansiyon birlikteliği nedeniyle PRES ön tanısıyla yapılan beyin manyetik rezonans görüntülemesi PRES ile uyumlu değerlendirildi. PRES yönetiminde temel yaklaşım tetikleyici etkenlerin kontrolü, kan basıncının kademeli olarak düşürülmesi, nöbetlerin tedavisi ve gerektiğinde sorumlu olabilecek immünsüpresif tedavinin yeniden düzenlenmesidir. Olgumuzda hipertansiyonun kontrolü, nöbet tedavisi ve metabolik bozuklukların düzeltilmesinin ardından nörolojik bulgular geriledi. Kontrol kan gazında pH 7,34'e, bikarbonat 18 mmol/L'ye yükselirken laktat 1,13 mmol/L'ye geriledi. Kreatinin düzeyi izlemde 2,98 mg/dL idi. İlk stabilizasyonun ardından hasta ileri değerlendirme ve tedavisinin sürdürülmesi amacıyla hava ambulansıyla böbrek naklinin gerçekleştirildiği merkeze nakledildi. Böbrek nakli yapılan çocuk ve adolesanlarda akut ensefalopati, nöbet ve ciddi hipertansiyon birlikteliğinde PRES erken dönemde akla getirilmelidir. Normal beyin bilgisayarlı tomografisi PRES'i dışlamaz; klinik şüphe varlığında manyetik rezonans görüntüleme kritik öneme sahiptir. Başvuru sırasında takrolimus düzeyinin terapötik aralıkta bulunması, PRES gelişiminde tek başına ilaç düzeyinden ziyade ciddi hipertansiyon, böbrek fonksiyon bozukluğu ve yoğun immünsüpresif tedavi gibi birden fazla risk etmeninin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES), Hipertansif Kriz, Böbrek nakli

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 123

Ani Başlangıçlı Vokal Tiklerle Başvuran Bir Çocukta Serum Kontaktin İlişkili Protein Benzeri 2 (CASPR2) Antikoru Pozitifliği: Tanısal Bir İkilem

Ece Kudat[1], Kübra Dilek[1], İsmail Kaan Zeytinoğlu[1], Dila Gül Dündar[1], Tuba Giray[1], Haluk Aydın Topaloğlu[2]

Ece Kudat / Yeditepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çocuklarda ani başlangıçlı tikler, primer tik bozukluklarının yanı sıra enfeksiyonla ilişkili nöropsikiyatrik tablolar ve otoimmün nörolojik hastalıkların da ayırıcı tanıda değerlendirilmesini gerektirir. Nöronal yüzey antikorlarının yalnızca serumda saptandığı durumlarda sonuçlar, klinik fenotip ve destekleyici incelemelerle birlikte yorumlanmalıdır.

Materyal ve Metot: Ani başlangıçlı vokal tikler nedeniyle değerlendirilen 10 yaş 7 aylık erkek hastanın klinik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme bulguları, uygulanan tedaviler ve klinik izlemi geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Bilinen kronik hastalığı olmayan 10 yaş 7 aylık erkek hastada, üst solunum yolu yakınmalarını izleyen günlerde öksürük ve boğaz temizleme şeklinde vokal tikler görülmeye başladı ve kısa sürede sıklaştı. PANDAS/PANS'ı düşündürecek obsesif-kompulsif belirti veya ani gelişen belirgin besin alımı kısıtlılığı saptanmadı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Semptom başlangıcından önce ve sonra yapılan elektroensefalografik incelemeler normaldi. Boğaz kültüründe A grubu beta-hemolitik streptokok üremesi olmadı. Serum nöronal yüzey antikoru panelinde kontaktin ilişkili protein benzeri 2 (CASPR2) antikoru 1:32 titrede pozitif saptanırken, panelde değerlendirilen diğer antikorlar negatifti.Lomber ponksiyon yapılmadığından beyin omurilik sıvısında CASPR2 antikoru değerlendirilmedi. Vokal tiklerin semptomatik tedavisi amacıyla aripiprazol başlandı. Otoimmün ensefalit/ensefalopati olasılığı göz önünde bulundurularak hastaya beş gün süreyle 30 mg/kg/gün pulse kortikosteroid tedavisi uygulandı ve ardından intravenöz immünoglobulin tedavisine geçildi. Aripiprazol tedavisi sırasında tiklerde kısmi azalma olmakla birlikte belirtiler devam etti.Standart bir tik ölçeği kullanılmamakla birlikte, aile ve klinik gözleme göre ilk intravenöz immünoglobulin uygulamasından sonra tiklerde azalma, ikinci ve üçüncü kürlerin ardından ise belirgin gerileme izlendi. Tedavi aralıklarının açıldığı dönemde gelişen bir üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında vokal tikler kısa süreli olarak yeniden ortaya çıktı. Bu başvuruda viral incelemeler, hızlı streptokok antijen testi ve boğaz kültürü negatif bulundu; tikler acil servis izlemi sırasında kayboldu. Hastanın daha sonraki izleminde, Temmuz 2026'da serum CASPR2 antikoru negatif saptandı. SonuçBu olgu, ani başlangıçlı vokal tiklerle başvuran bir çocukta serum CASPR2 antikoru pozitifliğinin klinik yorumunda karşılaşılan tanısal güçlüğü göstermektedir. Serum nöronal yüzey antikoru pozitiflikleri, özellikle atipik klinik fenotiplerde, klinik bulgular ve destekleyici incelemelerle birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: CASPR2 antikoru, vokal tik, otoimmün ensefalit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 124

SPTSSA (Spastik Parapleji 90A,Otozomal Dominant) Mutasyonu Olan Nadir Bir Hastada Hipernatremi Etiyolojisi

F. Ceren Kiraz Koçu[1], Parvana Jafarlı[3], Semra Nasibova[2], Emre Leventoğlu[3], Aylin Kılınç Uğurlu[4], Ebru Azapağası[2], Nazmi Mutlu Karakaş[1], Mutlu Uysal Yazıcı[2]

F. Ceren Kiraz Koçu / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hipernatremi,susuzluğunu ifade edemeyen ve sıvı alımı bakım verene bağlı olan nörolojik engelli çocuklarda önemli bir morbidite nedenidir. Altta yatan renal tübüler bozukluklar, ateş ve enteral alımın azalması gibi ek durumlarla birlikte ağır hipernatremiye zemin hazırlayabilir.SPTSSA mutasyonu renal tübüler asidoz,rekürren nefrolitiazis ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ile seyredebilmektedir.Bu olguda renal tübüler asidoz yatkınlığı zemininde, pnömoni seyrinde ağır ve dalgalı seyirli hipernatremi gelişen bir hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Hastanın Haziran-Temmuz 2026 tarihleri arasındaki yatış dosyası,laboratuvar sonuçları, sıvı dengesi kayıtları ve konsültasyon notları geriye dönük olarak incelendi.Serbest su açığı hesaplanarak replasman planlandı;serum sodyumu 4–8 saatlik aralıklarla, idrar dansitesi, aldığı-çıkardığı ve kan şekeri yakından izlendi.

Bulgular ve Sonuç: BulgularHipotoni,mental motor retardasyon, SPTSSA mutasyonu,rekürren nefrolitiyazis,nörojenik mesane,sekundum ASD ve yutma disfonksiyonu tanılı 11 yaşında kız hasta ateş, öksürük, hırıltı ve balgam yakınmalarıyla başvurdu. SpO2 %92 olup yaygın ral saptandı; pnömoni tanısıyla yatırılarak ampisilin-sulbaktam ve klindamisin,klinik kötüleşme üzerine piperasilin-tazobaktam başlandı. Yatışın ikinci gününde serum Na 157–167 mEq/L saptandı.Metabolik asidoz (pH 7,23; HCO3 16 mmol/L) ve artan solunum eforu nedeniyle HFNC desteğine alındı.Na 178 mEq/L'ye yükselip konfüzyon gelişince yoğun bakıma devredildi. İdrar dansitesi 1001–1009 aralığındaydı.Altta yatan RTA yatkınlığına bağlı poliürinin, azalan enteral alım ve ateşle birleşerek ağır hipernatremiye yol açtığı düşünüldü.Hesaplanan serbest su açığı hipotonik IV sıvı ve nazogastrik distile su ile günler içinde kademeli olarak yerine kondu. Replasmanın kesildiği dönemlerde Na yeniden 172–175 mEq/L'ye yükseldi; değerler izlem boyunca 155–178 mEq/L arasında dalgalandı.Poliüriyi(7,5 cc/kg/sa)azaltmaya yönelik indometasin dozunun artırılması ve hidroklorotiyazid-spironolakton eklenmesinin ardından Na 156 mEq/L'ye geriledi ve izleyen günlerde idrar çıkışı (3,4 cc/kg/sa) ve sodyum değeri normal aralığa ulaştı.Taburculuk öncesinde Na 130 mEq/L'ye düşünce oral tuz desteğine devam edildi.İzlemde kateter ilişkili Gram negatif bakteriyemi ve sepsis, Candida albicans fungemisi (endokardit dışlandı), direkt Coombs pozitif pansitopeni (HLH/MAS dışlandı) ve sol femoral venden eksternal iliak vene uzanan derin ven trombozu gelişti. Hasta flukonazol ve terapötik düzeyde enoksaparin ile tedavi edildi.SonuçNörolojik engelli ve renal tübüler bozukluğa yatkın çocuklarda poliüri, ateş ve azalmış enteral alım bir araya geldiğinde ağır hipernatremi gelişebilir. Bu hastalarda enfeksiyon dönemlerinde sıvı dengesi ve serum sodyumu yakından izlenmeli, serbest su açığı günlere yayılarak kontrollü biçimde giderilmelidir. Sıvı planındaki değişikliklerin sodyumda hızlı dalgalanmalara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ağır hipernatremi seyrinde sepsis ve tromboz gibi komplikasyonlar açısından da dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipernatremi, Poliüri, SPTSSA mutasyonu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 125

Adenovirüs Tonsillofarenjiti Sonrası Gelişen Komplike Pnömoni ve Parapnömonik Efüzyon: Bir Olgu Sunumu

Şeyma Özpınar[1], Setenay Altuntaş Babacanoğlu[1], Ülgen Bozdemir[2], Ezgi Sena Aksakal[2], Türkan Aydın Teke[1], Tuğçe Tural Kara[1], Hasan Tezer[1]

Şeyma Özpınar / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Giriş: Adenovirüsler, zarfsız, çift sarmallı DNA virüsleridir ve tonsillofarenjit, bronşit, pnömoni, konjonktivit, gastroenterit ve hemorajik sistit gibi farklı klinik tablolara neden olabilir. Adenovirüs pnömonisi, özellikle küçük çocuklarda ve immün sistemi baskılanmış hastalarda ağır seyredebilir; solunum yetmezliği ve diğer pulmoner komplikasyonlara yol açabilir.

Materyal ve Metot: Bu olguda, hipogamaglobulinemi nedeniyle izlenen bir adölesanda adenovirüs enfeksiyonu sırasında gelişen komplike pnömoni ve parapnömonik efüzyon sunulmuştur.

Bulgular ve Sonuç: Bilinen unklasifiye hipogamaglobulinemi nedeniyle takip edilen 17 yaş erkek hasta; bir haftadır devam eden boğaz ağrısı, öksürük ve dirençli ateş yakınmaları nedeniyle dış merkeze başvurmuş ve pnömoni ön tanısıyla yatırılmıştı. İntravenöz sefotaksim ve klindamisin tedavisine rağmen ateşinin devam etmesi ve klinik düzelme sağlanamaması üzerine hastanemize sevk edildi. Başvurusunda vücut sıcaklığı 38,2°C, nabız 104/dk ve solunum sayısı 28/dk idi. Tonsiller hiperemik, hafif hipertrofik ve kriptik görünümdeydi. Takipne ve eforlu solunumu bulunan hastanın sağ akciğer alt zonunda ralleri mevcuttu ve sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz saptanmazken lenfopeni ve hafif trombositopeni mevcuttu. CRP 118,5 mg/L, AST 115 U/L, ALT 76 U/L ve CK 2868 U/L olarak saptandı. Diğer biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde sağ akciğer orta-alt zonlarda konsolidasyon izlendi (şekil 1). Solunum yolu multipleks PCR panelinde adenovirüs pozitifliği saptandı. Periferik kan kültürü alındı ve mevcut sefotaksim-klindamisin tedavisine devam edildi. İzlemde dirençli ateşin sürmesi nedeniyle klindamisin kesilerek intravenöz vankomisin başlandı. Klinik ve radyolojik kötüleşme üzerine çekilen kontrol akciğer grafisinde sağ orta-alt zondaki infiltrasyonda progresyon gözlendi. Pnömoni komplikasyonu açısından yapılan kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğerde nodüler infiltrasyon alanları, alt lobda konsolidasyon ve sağ hemitoraksta yaklaşık 2 cm plevral efüzyon saptandı (şekil 2). Bunun üzerine sefotaksim kesilerek intravenöz piperasilin-tazobaktam tedavisine geçildi. Takipte takipnesinin artması, oda havasında oksijen desatürasyonu gelişmesi ve kontrol akciğer grafisinde infiltrasyon ile plevral efüzyonun progresyon göstermesi üzerine plevral sıvı, ultrasonografi eşliğinde torasentez ile drene edildi. Plevral sıvı eksüda özelliklerinde olup, kültüründe üreme olmadı. Tekrarlayan kusmalarla birlikte serum kreatinin düzeyinde artış gelişmesi üzerine piperasilin-tazobaktam tedavisi sekizinci gününde kesilerek sefoperazon-sulbaktam tedavisine geçildi. Vankomisin tedavisi yedinci günde sonlandırıldı.İzlemde hastanın ateşi tekrarlamadı, solunum sıkıntısı geriledi ve oda havasında stabil seyretmeye başladı. Akut faz reaktanları, karaciğer fonksiyon testleri ve kreatinin düzeylerinde gerileme izlendi. Kan ve plevral sıvı kültürlerinde üreme olmadı. Kontrol akciğer grafisinde belirgin radyolojik düzelme görüldü. Sefoperazon-sulbaktam tedavisinin beşinci gününde oral ardışık tedaviye geçilerek hasta klinik iyilik haliyle taburcu edildi. Adenovirüs enfeksiyonları çoğunlukla hafif ve kendini sınırlayan bir seyir göstermekle birlikte, immün yetmezliği bulunan hastalarda ağır alt solunum yolu enfeksiyonlarına ve pulmoner komplikasyonlara neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Adenovirüs, Hipogamaglobulinemi, Pnömoni

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 127

Pediatrik Olguda Odontojenik Kist Zemininde Gelişen Mandibula Osteomiyeliti

Suna Atılgan[1], Osman Yakup Bozkurt[1], İsmet Özses[1], Latife Güder[1], Dilek Sarıcı[1]

Suna Atılgan / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pediatrik yaş grubunda odontojenik kistler ve apikal enfeksiyonlar, dental müdahaleler sonrasında mukozal bariyerlerin bozulmasıyla çevre kemik ve yumuşak dokulara yayılarak dirençli osteomiyelit tablolarına yol açabilmektedir. Ön dişlerde şekil bozukluğu şikayetiyle diş hekimine başvurup uygulanan dental işlemler sonrasında tablosu derinleşen, sonrasında osteomiyelit ve dental apse tanısıyla çocuk servisinde multidisipliner takip edilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ön dişlerde şekil bozukluğu ve çenede ağrı şikayetiyle diş hekimine başvuran 14 yaşındaki kız hastada kist ve çevre dokularda hafif enfeksiyon saptanarak diş taşı temizliği uygulanmıştır. Dental işlemden bir hafta sonra çenede ağrı, kızarıklık, şişlik, ağzını açamama şikayeti gelişen hastaya çene cerrahisi tarafından apse drenajı yapılıp düşük doz amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlanmıştır. Tedaviye yanıt alınamaması şişliğin artması ve beslenmede güçlük olması üzerine tedavi dozu artırılıp sultamisilin eklenmiş, ancak klinik tablosunun gerilememesi üzerine hastanemize başvuru yapılmış. Hastanın özgeçmişinde hafif-orta derecede triküspit yetersizliği ve sağ atriyumda Chiari ağı varlığı nedeniyle çocuk kardiyoloji takibi bulunmaktadır. Bilinen başka ek hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç yoktu. Soy geçmişinde akraba evliliği, ek özellik yoktu. Fizik muayenede mandibula üzerinde 2x1.5 cm boyutunda fluaktasyon veren şişlik, eritem, palpasyonda hassasiyet, ağız açıklığında kısıtlılık, diş kökünde kızarıklık ve şişlik olması nedeniyle tetkik ve yüzeyel USG istendi. USG de cilt/cilt altı dokuda kalınlaşma ve mental tüberkül komşuluğunda 8x18 mm boyutlarında apse koleksiyonu saptandı. Hastanın ileri tetkik ve tedavi amacıyla çocuk servisine yatışı yapıldı. Tedavisi çocuk enfeksiyon hastalıkları önerisi ile ampisilin-sulbaktam (SAM) ve klindamisin olarak düzenlendi. Hastanın takibinde osteomiyelit ön tanısı ile çekilen kontrastlı MR görüntülemesi mental bölgede 23x14 mm boyutlarında odontojenik apse ve periapikal düzeyde sınırlı osteomiyelit olarak raporlandı. Girişimsel radyoloji ve KBB kliniği tarafından iki kez perkütan apse drenajı uygulandı. İzleminde hastanın çene ucundaki şişlik ve kızarıklık geriledi. Ağzını rahat açabildiği ve rahat beslendiği gözlendi. Kan ve apse kültüründe üreme saptanmadı. Osteomiyelit tanısı ile parenteral tedavinin on dört güne tamamlanması ve taburculuk sonrası altı hafta oral antibiyotik tedavisi alması planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Odontojenik kist varlığında yapılan basit dental işlemler bile enfeksiyonun kemik dokusuna yayılmasına zemin hazırlayabilir. Düşük doz antibiyotik kullanımı dirençli apselere yol açabileceğinden; klinik uyumlu olgularda ayırıcı tanıda USG ve kontrastlı MR ile osteomiyelit tanısının netleştirilmesi, erken dönemde doğru antibiyotik kombinasyonlarının seçilmesi ve cerrahi drenaj altta yatan hastalığı olan pediatrik olgularda ciddi komplikasyon gelişimini önlemede kritiktir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Odontojenik kist, Mandibula Osteomiyelit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 128

Ön Tanı Selülit, Son Tanı Tromboflebit

Suna Atılgan[1], Osman Yakup Bozkurt[1], Altay Babacan[1], Latife Güder[1], Dilek Sarıcı[1]

Suna Atılgan / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pediatrik yaş grubunda yüzeyel venöz tromboflebit, selülit ve diğer yumuşak doku enfeksiyonlarını taklit edebilen ve tanısal gecikmelerde derin ven trombozuna ilerleme riski taşıyan nadir bir tablodur. Bu sunumda; bacakta kızarıklık ve şişlik şikayetleri ile başvurup Vena Saphena Magna (VSM) ilişkili tromboflebit tanısıyla çocuk servisinde yatışı olan multidisipliner takip edilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: 16 yaşında erkek hasta; ateş, sağ uyluk ve bacakta ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik görülmedi. Soygeçmişte baba da erken yaşta myokart infarktüsü öyküsü mevcut idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ uyluk medialinde 4x4 cm lik alanda hiperemi, ısı artışı saptandı. Palpasyonda hassasiyet yoktu. Homans bulgusuna rastlanmadı. Laboratuar incelemelerinde inflamatuar yanıt saptanan (CRP: 172 mg/L, Sedimentasyon: 32 mm/saat, WBC: 12x10^3/µL) hasta selülit ön tanısıyla ampisilin-sulbaktam (SAM) tedavisi başlanarak servise yatırıldı. Hastanın takibinde sağ uyluk medialinde 6 cm lik damar trasesi boyunca ele gelen sertlik ve sağ ayak bileği üzerinde 4x4 cm lik alanda hiperemi ve hafif ısı artışı olduğu gözlendi. Ayırıcı tanıda tromboflebit düşünüldü. Çekilen Venöz Renkli Doppler USG'de, VSM ile ilişkili yüzeyel venöz dallarda tromboflebit görünümü doğrulandı. Çocuk Enfeksiyon önerisiyle tedavisine IV klindamisin eklendi. Hasta kalp damar cerrahi kliniğine konsülte edildi, tromboflebit açısından antikoagülan tedavisi enoksaparin 1 mg/kg/doz (2x1) ve oral asetilsalisik asit (ASA) olarak düzenlendi. Halen SAM, klindamisin, ASA ve Enoksaparin tedavileri altında izlenen hastanın fizik muayenesinde kızarıklık, ısı artışı ve ele gelen sertlikte gerileme oldu. Hatanın takiplerinde CRP düzeyinde gerileme (172 mg/L'den 92,6 mg/L'ye) ve Doppler USG'de rekanalize akım gözlendi. Hastanın taburculuk sonrası çocuk hematoloji onkoloji bölümü tarafından tromboz etyolojik yatkınlığının araştırılması planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Çocukluk çağında selülit tablosu ile başvuran fizik muayenede homans bulgusu olmayan takipte fizik muayenede farklı alanlarda sertlik ve eritem saptanan olgularda tromboflebit varlığı akla gelmeli ve mutlaka Doppler USG ile araştırılmalıdır. Tromboflebit saptanan olgularda enfeksiyon ve antikoagülan tedavi yönetimi kadar, altta yatan etiyolojik faktörlerin multidisipliner yaklaşımla taranması, hastalığın nüks etmesini ve olası komplikasyonları önlemede hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Selülit, Tromboflebit, Homans Belirtisi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 13

Prematüre Retinopatisinde Tedavi Gereksiniminin DIGIROP Modeli İle Değerlendirilmesi

Aslıhan İneci[1], Hüsnü Fahri OVALI[1]

Aslıhan İneci / İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Prematüre retinopatisi, erken tanı ve tedavi ile önlenebilir çocukluk çağı körlüklerinin başlıca nedenlerinden biridir. Erken evrelerde klinik bulgu vermediğinden risk altındaki prematüre bebekler standart bir protokole göre taranmaktadır. Mevcut tarama kriterleri gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı eşiklerine dayanmakta; bu da klinik açıdan önemli bir muayene yüküne yol açmaktadır. Tekrarlayan tarama muayeneleri bebeklerde ağrı, oksijen desatürasyonu, bradikardi ve apne gibi olumsuz fizyolojik yanıtlara neden olabilmektedir. Pivodic ve arkadaşları tarafından geniş bir İsveç kohortunda geliştirilen DIGIROP, online bir klinik karar destek aracıdır. Modelin temel amacı, tedavi gerektiren olguları atlamadan düşük riskli bebekleri tarama programı dışında tutmaktır. Model birbirini tamamlayan iki bileşenden oluşur: Yalnızca gestasyonel yaş, doğum ağırlığı ve cinsiyet bilgilerini kullanan DIGIROP-Birth ve postnatal izlemde ilk ROP muayenesinden itibaren elde edilen verileri risk tahminine dahil eden DIGIROP-Screen. Bu çalışmanın amacı, DIGIROP-Birth ve DIGIROP-Screen modellerinin tedavi gerektiren prematüre retinopatisini öngörmedeki tanısal performansını ve tarama yükünü azaltma potansiyelini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmada, Ocak 2020 – Aralık 2025 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde izlenen ve gestasyonel yaşı 24+0/7 ile 30+6/7 hafta arasında olan 168 prematüre bebek değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma popülasyonunun ortalama gestasyonel yaşı 28+3 hafta (199,14 ± 12,81 gün), ortalama doğum tartısı ise 1134,93 ± 326,81 gram olarak bulunmuştur. İzlem süresince 8 bebek (%4,76) tedavi gerektiren prematüre retinopatisi tanısı almıştır. DIGIROP-Birth modeli tedavi gerektiren olguların tamamını yüksek riskli olarak doğru sınıflandırmıştır (duyarlılık ve negatif kestirim değeri %100,00, özgüllük %56,25, pozitif kestirim değeri %10,26). Model, doğum anında kohortun %53,57'sini güvenle tarama dışına çıkarabilmiştir. DIGIROP-Screen modeli de tedavi gerektiren olguların tamamını doğru sınıflandırmıştır (kümülatif duyarlılık ve negatif kestirim değeri %100,00, kümülatif özgüllük %76,25, pozitif kestirim değeri %17,39). İki bileşenin ardışık entegre kullanımı ile bebeklerin %72,62'si izlem süresince güvenle tarama dışına çıkarılabilmiştir. Toplam 1119 tarama muayenesinin gerçekleştirildiği kohortta, DIGIROP-Birth modeli ile 473 muayene (%42,27), iki bileşenin entegre kullanımı ile ise 552 muayene (%49,33) teorik azalma sağlanabileceği saptanmıştır (her iki senaryo için $p < 0,001$).Sonuç olarak çalışmamızın bulguları, DIGIROP modelinin merkezimizdeki prematüre bebek kohortunda tedavi gerektiren olguları atlamadan tarama yükünü azaltma potansiyeli taşıdığını ortaya koymaktadır. Modelin Türkiye'deki klinik uygulamadaki yerinin netleşmesi için çok merkezli ve prospektif validasyon çalışmalarına ihtiyaç vardır.

DIGIROP modelinin iki aşamalı entegre kullanımına ilişkin tarama akışı (n=168)

Aşama	n	%
Toplam çalışma popülasyonu	168	100,00
DIGIROP-Birth ile tarama dışına çıkarılan	90	53,57
DIGIROP-Birth ile yüksek riskli kabul edilerek izleme alınan	78	46,43
Bu grup içinde tedavi gerektiren ROP gelişen	8	10,26*
Bu grup içinde tedavi gerektirmeyen	70	89,74*
DIGIROP-Screen ile tarama dışına çıkarılan	32	45,71**
İzlem süresi boyunca taramada kalmaya devam eden	38	54,29**
Toplam tarama dışına çıkarılan (Birth + Screen)	122	72,62

*Yüzde, DIGIROP-Birth tarafından yüksek riskli kabul edilen 78 bebek üzerinden hesaplanmıştır. **Yüzde, DIGIROP-Birth tarafından yüksek riskli kabul edilip tedavi gerektiren ROP gelişmeyen 70 bebek üzerinden hesaplanmıştır. Kısaltmalar: ROP: prematüre retinopatisi.

Anahtar Kelimeler: prematüre retinopatisi, prematüre bebek, risk öngörü modelleri

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 130

HHV-6 MENENJİTİ Mİ KROMOZOMAL ENTEGRE HHV-6 MI?

Aleyna Nur Sakmar[1], Meryem Baysal[2], Semra Bayturan Şen[2]

Aleyna Nur Sakmar / Manisa Celal Bayar Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Human Herpesvirus 6 (HHV-6), çocuklukta genellikle Roseola Infantum'un temel nedeni olarak bilinen, ancak merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumuna da yol açabilen bir virüstür. BOS'ta rastlantısal viral DNA varlığı, hekimi hastanın asıl primer patolojisini gözden kaçırma riskine sokar. Toplumun yaklaşık %0,4-2,9'unda ise viral genomun konakçının kromozomuna entegre olması sonucunda oluşan Kromozomal Entegre HHV-6 (ciHHV-6 ya da iciHHV-6) durumu mevcuttur. Kromozomala entegre HHV-6 (ciHHV-6) varlığı, aktif viral enfeksiyon olmadan PCR testlerinde yalancı pozitif sonuçlara neden olabilir; böylece tanısal karışıklıklara, gereksiz tedaviye yol açabilir.Shiga-like toksin üreten patojenler (STEC/Shigella), doğrudan nörotoksisite veya mikroanjiyopati aracılığıyla letarji, nöbet ve akut ensefalopati tablosu oluşturabilir Bu sunumda, nörolojik semptomlar ve BOS PCR testinde HHV-6 pozitifliği nedeniyle viral menenjit veya ensefalit şüphesiyle izlenen ancak ileri tetkiklerde kromozomal entegre HHV-6 (ciHHV-6) saptanan ve letarji tablosunun invajinasyon sonucu gelişen Shiga-like E. coli enfeksiyonuna bağlı olduğu tespit edilen nadir bir olgu tartışılmıştır

Materyal ve Metot: retrospektif olgu sunumu

Bulgular ve Sonuç: 8 aylık erkek hasta; halsizlik, emmeme, letarji ve kusma şikayetleriyle acil servise sevk edildi. izleminde kanlı ve sulu ishal gelişti. Özgeçmişinde 4 aylıkken bronşiolit yatışı bulunan hastanın soygeçmişinde anne-baba akrabalığı ve lenfoma nedeniyle kardeş ex öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde bilinci letarjik saptandı; meningeal irritasyon bulgusu ve döküntü izlenmedi.Laboratuvarda WBC: 14.640/mm^3, Hb: 9,8 g/dL, Plt: 449.000/mm^3, CRP: 1,71 mg/dL, prokalsitonin: 4,9 ng/mL saptandı. BOS incelemesinde protein 46 mg/dL, glukoz 75 mg/dL saptandı, lökosit görülmedi. BOS menenjit PCR panelinde HHV-6 (+) saptandı. Gaita PCR panelinde **Shiga-like E. coli (+)**, gaitada lökosit ve gizli kan pozitifliği izlendi. Kranial Difüzyon MRG olağan değerlendirildi. Batın USG'de inen kolon-sigmoid bileşkesinde şüpheli invajinasyon görünümü, subhepatik sıvı ve çıkan kolonda duvar kalınlaşması tespit edildi.**Klinik Seyir ve Tedavi:** Hastaya ampirik Sefotaksim ve Gansiklovir başlandı. İnvajinasyon saptanması üzerine Çocuk Cerrahisi tarafından hidrostatik redüksiyon uygulandı. Redüksiyon sonrası hastanın letarji tablosu hızla düzeldi. Yapılan ek saç/tırnak hücresel analizlerinde virüsün kromozoma entegre olduğu (**ciHHV-6**) belirlendi. Nörolojik tablonun HHV-6 ensefalitinden ziyade invajinasyona sekonder geliştiği kabul edilerek Gansiklovir tedavisi sonlandırıldı.Tartışma: Toplumda %1 oranında görülen ciHHV-6 taşıyıcılığı, BOS PCR testlerinde yalancı pozitifliğe yol açarak tanısal karmaşaya neden olabilmektedir. Saç veya tırnak gibi akinetik dokulardan yapılan entegrasyon analizleri, aktif viral enfeksiyon ile ciHHV-6 ayırıcı tanısında kritik öneme sahiptir. İnvajinasyon olgularında klasik karın ağrısı dışında letarji ve ensefalopatiyi taklit eden nörolojik bulgular ilk başvuru semptomu olabilir; redüksiyon sonrası klinik tablonun hızla gerilemesi bu durumu doğrulamaktadır. Ayrıca Shiga toksini üreten E. coli enfeksiyonlarının seyrinde MSS tutulum riski göz önünde bulundurulmalı, akraba evliliği ve kardeş ex öyküsü bulunan olgularda ise alt yatan immün yetmezlik olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HHV-6 MENENJİTİ, ciHHV-6, STEC/Shigella

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 131

Döküntüden Önce Gelen Nöbetler: Beyin Omurilik Sıvısında Human Herpesvirüs 6 Pozitifliği Saptanan Kompleks Febril Nöbetli Bir Süt Çocuğu

Yelena Tarakçı[1], Mukaddes Kılıç Sağlam[1], Şükriye Özde[1], Nefise Arıbaş Öz[2]

Yelena Tarakçı / Düzce Üniversitesi tıp fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Human herpesvirüs 6 (HHV-6), çocukluk çağında sık görülen ve primer enfeksiyonu çoğunlukla yaşamın ilk iki yılında ortaya çıkan bir virüstür. En sık klinik tablo ateş ve roseola infantum olmakla birlikte, bazı olgularda febril nöbet ilk başvuru nedeni olabilmektedir.Bu olgu sunumunda, kompleks febril nöbetler ile başvuran 12 aylık bir hastada beyin omurilik sıvısında (BOS'ta) HHV-6 saptanması, ateşin gerilemesini takiben tipik döküntülerin ortaya çıkması ve klinik tablonun altıncı hastalık ile uyumlu olması üzerine, HHV-6 enfeksiyonunun febril nöbetlerle ilişkisine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Olgunun nöbet öyküsü, özgeçmiş ve aile öyküsü, fizik ve nörolojik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, BOS incelemesi, kraniyal görüntüleme, elektroensefalografi ve klinik izlemi değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: On iki aylık erkek hasta, jeneralize tonik-klonik nöbet ile değerlendirildi. Son 24 saat içinde aynı karakterde, her biri 1–2 dakika süren toplam 3 nöbeti oldu; postiktal dönem uzun sürmemişti. Başvuru sırasında vücut ısısı 38°C olan hastanın genel durumu stabil, bilinci açık ve nörolojik muayenesi normaldi. Ense sertliği saptanmadı; Kernig ve Brudzinski bulguları negatifti. Doğum öyküsü normal, gelişim basamakları yaşına uygundu. Annede febril konvülziyon öyküsü vardı. Tam kan sayımında lökosit sayısı 4700/mm^3, CRP 0,9 mg/L idi. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme normal olarak değerlendirildi. Enfeksiyon odağının araştırılması amacıyla çalışılan solunum yolu panelinde herhangi bir patojen saptanmadı. Yirmi dört saat içinde tekrarlayan nöbetler nedeniyle santral sinir sistemi enfeksiyonunu dışlamak amacıyla lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelemesinde bakteriyel menenjit lehine bulgu saptanmadı; BOS PCR incelemesinde HHV-6 pozitif bulundu. Elektroensefalografi normal olarak değerlendirildi. Yatışının üçüncü gününde ateşi geriledi ve vücudunda pembe-kırmızı renkli, deriden kabarık olmayan döküntüler gelişti. Klinik bulgular ve BOS'ta HHV-6 pozitifliği birlikte değerlendirilerek hastaya altıncı hastalık tanısı konuldu ve nöbetlerin altıncı hastalık zemininde gelişen kompleks febril nöbetler olduğu düşünüldü. Takibinde 17 aylıkken tekrar febril nöbet geçirdi.Febril nöbet geçiren çocukların yaklaşık %21'inde HHV-6 enfeksiyonu saptanabileceği bildirilmiştir. Altıncı hastalıkta tipik döküntü ateş düştükten sonra ortaya çıktığından, nöbetle başvuran süt çocuklarında HHV-6 enfeksiyonu başlangıçta kolaylıkla gözden kaçabilir. Bu nedenle ateş ve nöbet ile başvuran çocuklarda HHV-6 enfeksiyonu akılda tutulmalıdır. Olgumuzda solunum yolu paneli negatifken etiyoloji ancak BOS PCR ile aydınlatılmış, tanı döküntünün gelişmesiyle klinik olarak doğrulanmıştır. HHV-6'nın nörotropik özellikleri nedeniyle, enfeksiyonun akut nöbetlerin yanı sıra ilerleyen dönemde epilepsi ve diğer nörolojik sonuçlarla olası ilişkisi giderek daha fazla araştırılmaktadır. Bununla birlikte, HHV-6 enfeksiyonu ile epilepsi arasındaki ilişkinin ve olası mekanizmaların kesin olarak ortaya konulabilmesi BOS ve beyin dokusunu içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Human herpes virüs 6, Febril nöbet, Beyin omurilik sıvısı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 132

İşitme Kaybından Çoklu Spinal Schwannomalara: Pediatrik NF2-Related Schwannomatosis Olgusu

Hacer Neslihan Turan[1], Emre Sanrı[1], Nihal Aydın[1], Gülfer Akça[1], Ünal Akça[2]

Hacer Neslihan Turan / Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: On iki yaşında kız hasta, işitme kaybı nedeniyle değerlendirilirken izleminde içe basma şeklinde yürüme bozukluğu ve alt ekstremitelerde uyuşma yakınmaları gelişti. Ailede nörofibromatozis veya benzer tümör öyküsü bulunmamaktaydı. Takip sürecinde orbital bölgede küçük bir kitle de fark edildi. İşitme kaybı ve progresif nörolojik yakınmalar nedeniyle yapılan kraniyal ve spinal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde çok sayıda sinir kılıfı tümörü saptandı. Klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirilerek NF2-related schwannomatosis tanısı konuldu.Görüntüleme:Kontrastlı beyin MRG'de sağ internal akustik kanalda 11×5 mm boyutunda, önceki incelemeye göre progresyon gösteren vestibüler schwannoma ile sol internal akustik kanalda 5,5×3 mm boyutunda yeni gelişen nodüler kontrastlanan lezyon saptandı. Bulgular bilateral vestibüler schwannoma ile uyumluydu. Spinal MRG'de C3 düzeyinde 4×3 mm, C5 ve C6 düzeylerinde bilateral nöral foraminal yerleşimli lezyonlar; C6 düzeyinde spinal korda hafif bası oluşturan 8×5 mm ve T4 düzeyinde 8×5 mm lezyon izlendi. Ayrıca kauda equina lifleri boyunca, sağ L3 sinir kökünde 10×7 mm ve sol S1 sinir kökünde 15×16 mm boyutlarında yoğun kontrastlanan, çoklu schwannomalarla uyumlu lezyonlar saptandı.

Materyal ve Metot: NF2-related schwannomatosis, özellikle bilateral vestibüler schwannomalar ve santral/periferik sinir sistemi tümörleriyle karakterize nadir bir tümör yatkınlık sendromudur. Çocuklarda başlangıç bulguları değişken olabileceğinden işitme kaybına eşlik eden yeni nörolojik yakınmalar tanı açısından önem taşır. Bu olguda bilateral vestibüler schwannomaların yanı sıra servikal, torakal, lomber ve sakral düzeylerde çoklu schwannomaların bulunması yaygın tümör yükünü göstermektedir. Aile öyküsünün bulunmaması NF2-related schwannomatosis tanısını dışlamamaktadır.Tedavi multidisipliner ve lezyonların semptomatik/progresif olmasına göre bireyselleştirildi. Lomber schwannomalar için klinik ve radyolojik takip planlandı; büyüme veya belirgin semptom artışında cerrahi düşünülmektedir. Vestibüler schwannomaya bağlı işitme kaybı için işitsel implantasyon planlanırken, tümör kontrolünde uygun olgularda cerrahi ön planda değerlendirildi. Radyoterapi, özellikle genç yaş ve NF2 zemininde uzun dönem riskler nedeniyle tercih edilmedi.

Bulgular ve Sonuç: Çocukluk çağında işitme kaybına progresif nörolojik bulguların eşlik etmesi durumunda NF2-related schwannomatosis akılda tutulmalı; kraniyal görüntülemeye ek olarak tüm spinal aks değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: NF2-İlişkili Schwannomatozis; Vestibüler Schwannom; Pediatrik İşitme Kaybı.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 133

Sinüzitin Nadir Bir İntrakraniyal Komplikasyonu: Epidural Ampiyem Olgu Sunumu

Burcu ŞEKER[1], Ayşenur BOSTAN[2], Muhammed Sefa UYAR[3], Zühtü ÖZBEK[4], Ömer KILIÇ[2]

Burcu ŞEKER / Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Epidural ampiyem, dura mater ile kraniyal kemik arasında pürülan materyal birikimi ile karakterize, nadir ancak ciddi nörolojik morbiditeye yol açabilen intrakraniyal enfeksiyonlardan biridir. Çocuk ve adölesanlarda paranazal sinüs enfeksiyonları önemli predispozan faktörler arasında yer almaktadır. Başlangıç bulgularının özgül olmaması ve ateş veya fokal nörolojik bulguların her zaman eşlik etmemesi tanıda gecikmeye neden olabilmektedir. Bu bildiride, uzamış baş ağrısı ile başvuran ve sinüzite sekonder epidural ampiyem saptanan bir adölesan olgunun klinik, radyolojik ve tedavi özelliklerinin sunulması amaçlandı.

Materyal ve Metot: ....

Bulgular ve Sonuç: Yaklaşık 20 gündür devam eden ve son 10 günde şiddeti artan baş ağrısı ve baş dönmesi yakınmaları bulunan hastaya son bir haftada halsizlik, yorgunluk ve iştahsızlık eşlik etmekteymiş. Ateş öyküsü bulunmayan hastanın dış merkezde yapılan kraniyal görüntülemesinde epidural ampiyem ve sağ frontal lobda bası saptanarak intravenöz antimikrobiyal tedavi başlanmış. İzlemde belirgin apati, hareketlerde yavaşlama ve yeni gelişen diplopi olup hasta ileri merkez ihtiyacı olması nedenli tarafımıza sevk edildi. Kraniyal görüntülemede frontal bölgede yaklaşık 4 cm kalınlığa ulaşan epidural koleksiyon, minimal orta hat şifti ve ventriküler basılanma izlendi. Paranazal sinüs görüntülemesinde etmoid hücreler, frontal sinüs ve sağ maksiller sinüste inflamatuvar değişiklikler saptandı. Beyin cerrahisi ve kulak burun boğaz hastalıkları bölümleri tarafından cerrahi girişim uygulandı. İntraoperatif olarak hematomla karışık, kötü kokulu, kahverengi pürülan materyal izlendi. Postoperatif dönemde vankomisin, meropenem ve metronidazol tedavileri uygulandı. Histopatolojik incelemede yoğun polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu saptanırken kültürlerde üreme olmadı. İmmünolojik değerlendirmede immünoglobulin düzeyleri ve lenfosit alt grup analizleri yaşa uygun bulundu. İzlemde nörolojik muayenesi doğal seyreden hastanın kontrol görüntülemelerinde koleksiyonun gerilediği izlendi. Klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme sağlanan hasta ayaktan izlem planlanarak taburcu edildi. Sinüzite bağlı epidural ampiyem nadir ancak ciddi bir intrakraniyal komplikasyondur. Uzamış veya progresif baş ağrısı bulunan çocuk ve adölesanlarda ateşin başlangıçta bulunmaması intrakraniyal enfeksiyonu dışlamamalıdır. Özellikle klinik kötüleşme veya yeni nörolojik bulgu gelişiminde intrakraniyal komplikasyonlar açısından erken görüntüleme yapılması önemlidir. Erken tanı, uygun cerrahi drenaj ve geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavinin multidisipliner yaklaşımla yürütülmesi olumlu klinik sonuç açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Epidural ampiyem, sinüzit, intrakraniyal enfeksiyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 134

Babadan Kalıtılan Dengesiz t(9;15)(p24;q24) Translokasyonuna Bağlı Parsiyel Trizomi 15q: İki Kardeş Olgu

Dursun Türkbay[1], Şerife Suna Oğuz[1]

Dursun Türkbay / Bilkent Şehir Hastanesi Neonatoloji

Giriş: Distal trizomi 15q, 15. kromozomun uzun kolunun (15q) distal bölümünün normalde iki kopya yerine üç kopya halinde bulunmasıyla karakterize, son derece nadir bir kromozomal anomalidir. Olguların çoğunda distal trizomi 15q, ebeveynlerden birinde bulunan dengeli bir kromozomal translokasyonun mayoz sırasında dengesiz segregasyonu sonucu ortaya çıkmakta ve buna bağlı olarak diğer kromozom bölgesinde parsiyel monozomi eşlik edebilmektedir. Bu kromozomal anomalinin ilk kez 1974 yılında A. Fujimoto tarafından tanımlanmasından bu yana literatürde 30'dan fazla olgu bildirilmiştir. Bu çalışmada, babadan kalıtılan dengesiz t(9;15)(p24;q24) translokasyonuna bağlı 9p delesyonu ile birlikte parsiyel trizomi 15q saptanan iki kardeş sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: Kromozomal mikrodizin çalışmaları İllumina İnfinium HumanCytoSNP-12 çipleri ile yapılıp, hasta verileri BlueFuse Multi analiz programı yardımıyla analiz edildi.

Bulgular ve Sonuç: Hastamız 38 yaşındaki annenin dördüncü gebeliğinden, gebeliğin 36. haftasında sezaryen ile 2490 g ağırlığında kız bebek olarak doğdu. Baba 45 yaşındaydı. Anne ve baba arasında akrabalık olduğu öğrenildi. Yenidoğan fenotipik olarak dismorfik özellikler göstermekteydi. Doğum ağırlığı 2.490 g olup 72. persentildeydi. Fizik muayenede medialde birleşmeye eğilimli geniş kaşlar, geniş burun kökü, bulböz burun, uzun filtrum, posteriora rotasyonlu düşük yerleşimli kulaklar, kamptodaktili ve dar ayaklar saptandı (Şekil 1 ve 2). Ekokardiyografi ile kraniyal ve abdominal ultrasonografik incelemelerde herhangi bir konjenital anomaliye rastlanmadı. Hastaya yapılan kromozomal mikrodizin analizinde 9p24.3-p24.1 bölgesinde yaklaşık 4,6 Mb'lık delesyon ve 15q24.2-q26.3 bölgesinde yaklaşık 26 Mb'lık duplikasyon saptandı. Ailenin üçüncü gebeliği 21. gebelik haftasında sonlandırılmıştı. Bu fetusa ait amniyotik sıvı örneğinden elde edilen hücre kültürlerinin metafaz incelemesinde, 15. kromozomun uzun kolunda kaynağı başlangıçta belirlenemeyen ek kromozomal materyal saptandı. Moleküler sitogenetik değerlendirme sonucunda, babanın dengeli translokasyon taşıyıcılığına bağlı olarak fetusta der(9) kromozomunun bulunduğu ve bunun sonucunda parsiyel trizomi 15q24-qter ile parsiyel monozomi 9p24-pter geliştiği gösterildi. Annenin kromozomal analizi normal olarak değerlendirilirken, babanın karyotip analizinde fenotipik olarak dengeli karşılıklı translokasyon saptandı: 46,XY,t(9;15)(p24;q24). Bu bulgu, 9. kromozomun kısa kolunun p24 bölgesi ile 15. kromozomun uzun kolunun q24 bölgesi arasında karşılıklı kromozomal materyal değişimi olduğunu göstermekteydi. Soygeçmişinin ayrıntılı incelenmesinde, ailenin 17 yaşındaki ilk çocuğunda zeka gelişiminde gerilik ve nöromotor gelişim geriliği olduğu öğrenildi. Ayrıca babanın iki kız kardeşinin birer kız çocuğunda da benzer şekilde zeka gelişiminde gerilik ve nöromotor gelişim geriliği bulunduğu bildirildi. Bu ailede dikkat çeken nokta, nörogelişimsel bozuklukların yalnızca indeks olguda değil, aynı zamanda kardeşinde ve baba tarafındaki akrabalarda da gözlenmiş olmasıdır. Aile bireylerinin genetik olarak incelenmemiş olması kesin bir moleküler korelasyona izin vermemekle birlikte, fenotipik kümelenme ve babada saptanan dengeli t(9;15)(p24;q24) translokasyonu birlikte değerlendirildiğinde, ailede kuşaklar boyunca taşınan kalıtsal bir kromozomal yeniden düzenlenme olasılığı dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parsiyel Trizomi 15q

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 135

Travmatik Temporal Kemik Fraktürü Sonrası Gelişen Pnömokokal Menenjit:Olgu Sunumu

Dilan Özdemir[1], Sümeyye Güçlü[2], Seyhan Yılmaz[2], Gülşen Akkoç[2], Sevliya Öcal[2]

Dilan Özdemir / Marmara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ABD

Giriş: Temporal kemik fraktürleri, özellikle kafa tabanı ve iç kulak yapıları ile ilişkili olduğunda beyin omurilik sıvısı (BOS) kaçağı ve buna bağlı bakteriyel menenjit gelişimi açısından risk oluşturur. Bu olguda, temporal kemik fraktürü sonrası pnömokokal menenjit gelişen bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgu Sunumu: Beş yaşında kız hasta, bisikletten düşme sonrası gelişen kafa travmasından altı gün sonra şiddetli baş ağrısı, uykuya meyil, işitmede azalma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Travma nedeni ile dış merkezde iki gün yatırılarak izlendiği, burundan seröz akıntı geldiği öğrenildi. Başvuru muayenesinde genel durumu orta-iyi, GKS 15, uykuya meyilli idi. Tetkiklerinde WBC 17.690/mm^3, nötrofil 15.610/mm^3, CRP 135,66 mg/L prokalsitonin 8,14 ng/mL idi.Beyin tomografisinde sol temporal kemik ve mastoid segmentte nondeplase fraktür hattı, komşuluğunda pnömosefali izlendi. Fraktür hattının vestibül ve kokleanın bazal dönüşü komşuluğundan geçtiği, mastoid hücreler ve orta kulak boşluğunda hemorajik içerikle uyumlu dansite artışları bulunduğu görüldü.Hastaya menenjit ön tanısı ile ampirik Vankomisin ve Seftriakson tedavisi başlandı. Vankomisin infüzyonu sırasında ürtiker ve kusma gelişmesi üzerine anafilaksi şüphesi ile Vankomisin tedavisi kesildi, 2 gün hastane yatışı öyküsü olması nedeni ile tedavi Sefepim Metronidazol Linezolid olarak değiştirildi. Travma hikayesi olan hastanın LP için kontraendikasyonu olmadığı radyogörüntüleme ve Beyin ve Sinir Cerrahisi ile teyit edildikten sonra lomber ponksiyon yapıldı. BOS açılış basıncı 49 cmH_2O, WBC 7692/mm^3, protein 181 mg/dL, glukoz 61 mg/dL saptandı. BOS mikroskobisinde yoğun polimorfonükleer lökositler ve gram-pozitif koklar görüldü. BOS kültüründe Streptococcus pneumoniae üredi, Seftriakson duyarlı idi. Antibiyoterapisi tekli Seftriakson olarak revize edildi. Klinik stabilizasyon sonrası pnömokok aşısı uygulandı.KBB tarafından BOS rinore/otore açısından yakın takip, klinik uygunluk oluştuğunda odyometrik değerlendirme, temporal kemik görüntülemeleri ile takip planlandı. On dört günlük tedavi sonunda taburcu edildi. İzlemde odyometrik değerlendirme yapıldı, işitme kaybı görülmedi.

Bulgular ve Sonuç: Temporal kemik fraktürü sonrası başlayan baş ağrısı, uykuya meyil veya işitme kaybı bulguları, nörolojik durum başlangıçta stabil olsa dahi bakteriyel menenjit açısından uyarıcı olmalıdır. Erken tanı multidisipliner yaklaşım invaziv pnömokok menenjitinde morbidite ve mortaliteyi ciddi azaltmaktadır, BOS sızıntısı şüphesi kafa tabanı kırıklarında pnömokok aşılaması unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: kafa travması, pnömokokal menenjit, pnömosefali

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 136

Homozigot FANCE Mutasyonu Olan Fanconi Anemisi Olgusunda Belirgin Kognitif Gerilik ve Tanıda Tüm Ekzom Dizilemenin Rolü

Esma Nur Ünal[1], Nesibe Saliha Bulut[2], Ceren Damla Durmaz[2], Şule Ünal[3]

Esma Nur Ünal / Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Fanconi anemisi (FA); ilerleyici kemik iliği yetmezliği, karakteristik konjenital malformasyonlar ve genomik instabiliteyle seyreden nadir, kalıtsal bir DNA onarım bozukluğudur. Hastalığın moleküler patogenezinde 20'den fazla gen rol oynamaktadır. FA çekirdek kompleksiyle aşağı akış (downstream) efektör proteinleri arasında köprü görevi üstlenen FANCE mutasyonları ise tüm FA olgularının yaklaşık %3'ünden sorumludur. Literatürde FA olgularının yaklaşık %10'unda; özellikle mikrosefali ve işitme kaybının eşlik ettiği olgularda veya RAD51 gibi yolağın aşağı akışında yer alan spesifik gen defektlerinde nörogelişimsel gerilik bildirilse de, FANCE varyantlarında net bir genotip-fenotip korelasyonu henüz tanımlanmamıştır. Tanıda diepoksibütan (DEB) uyarılı kromozomal kırık testi altın standart hücresel tarama yöntemi olmayı sürdürürken, kesin tanı patojenik varyantların moleküler genetik analizle gösterilmesine dayanır. Bu bildiride; belirgin nörogelişimsel/kognitif gerilik ve sınırda hücresel kırık paterni sergileyen, allojeneik kemik iliği nakli öncesinde ise kritik bir donör seçimi ikilemi yaratan homozigot FANCE varyantına sahip istisnai bir pediatrik olgu sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: Dokuz yaşındaki erkek hastanın retrospektif olarak bulguları, kemik iliği, FISH sonuçları, DEB uyarılı kromozom kırık testi ve klinik ekzom dizileme verileri incelendi. Ayrıca, potansiyel hematopoetik kök hücre verici adayı olan tam HLA uyumlu 15 aylık kız kardeşin bulguları incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Ateşli bir enfeksiyon atağını takiben derin pansitopeni ve eritrosit transfüzyon bağımlılığı gelişen hastanın özgeçmişinde; nöromotor basamaklarda belirgin gecikme ve ağır öğrenme güçlüğü mevcuttu. Fizik muayenesinde hafif trigonosefali, üçgen yüz görünümü, prognatizm, yaygın hiperpigmente maküller (cafe-au-lait), proksimal yerleşimli hipoplastik başparmaklar ve sağda inmemiş testis saptandı. Kemik iliğinde belirgin aplazi izlendi; FISH analizinde klonal sitogenetik anomaliler saptanmadı. DEB testinde spontan kırık %40–46, DEB ile uyarılmış kırık oranı ise %66–72 olarak raporlandı. Kemik iliği yetmezliği hedefli standart gen panelinde patojenik varyant saptanmaması üzerine uygulanan klinik ekzom dizilemede, FANCE geninde homozigot c.98_121del(p.Leu33_Ala40del) değişikliği tespit edildi. Allojeneik nakil hazırlığında HLA doku grubu tam uyumlu bulunan 15 aylık kız kardeşin, hematolojik parametreleri normal olmasına karşın hafif nöromotor gerilik ve indekse benzer kranyofasiyal dismorfizm sergilediği görüldü. Genetik incelemede kız kardeşte de aynı homozigot FANCE mutasyonu saptandı ve indeks vakaya akraba dışı vericiden nakil planlandı. FANCE mutasyonlarında bugüne kadar net bir genotip-fenotip ilişkisi gösterilmemiş olmakla birlikte, olgumuz bu varyantların belirgin kognitif gerilik ve sınırda kromozomal kırık ile seyreden atipik/genişlemiş bir fenotipik spektrumla prezante olabileceğini ortaya koymaktadır. Klasik panel testlerinin yetersiz kaldığı güçlü klinik şüphe varlığında, ileri ekzom/genom dizileme stratejilerine erken başvurulması tanısal gecikmeleri ve gereksiz immünosupresif tedavileri engeller. En önemlisi; HLA tam uyumlu kardeşlerin periferik kan sayımları tamamen normal olsa dahi, moleküler segregasyon ve hücresel kırık testleri tamamlanmadan donör olarak kullanılmaması fatal nakil komplikasyonlarının önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Fanconi anemisi, FANCE mutasyonu, kemik iliği yetmezliği

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 137

Negatif Toksikoloji Taraması Toksik Maruziyeti Dışlar mı? Afebril Nöbet ve Uzamış Bilinç Değişikliği ile Başvuran 18 Aylık Bir Olgu

Sultan Esra Yılmaz[1], İhsan Özdemir[2], Emre Yaşar Karbancıoğlu[2], Ömer Koç[2], Gökçe Altıparmak[2], Sevde Nur Türker[2], Tanıl Kendirli[3], Deniz Tekin[2]

Sultan Esra Yılmaz / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Akut bilinç değişikliği ve afebril nöbet çocuklarda enfeksiyöz, metabolik, nörolojik ve toksik nedenlerle gelişebilir. Özellikle küçük çocuklarda toksik madde maruziyetinin öykü ile ortaya konması güç olabilir ve negatif toksikoloji taraması maruziyeti kesin olarak dışlamayabilir. Bu olguda tekrarlanan ayrıntılı anamnezin tanısal öneminin ve negatif toksikoloji sonuçlarının klinik şüphe varlığında dikkatli yorumlanması gerektiğinin vurgulanması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Afebril nöbet ve uzamış bilinç değişikliği ile başvuran 18 aylık bir olgu; klinik bulguları, laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri, elektroensefalografi ve toksikolojik değerlendirme sonuçları ile birlikte incelendi. Etiyolojiye yönelik değerlendirme sürecinde hastanın başvuru ve izlem sırasındaki anamnez bulguları gözden geçirildi.

Bulgular ve Sonuç: Öncesinde sağlıklı 18 aylık erkek hasta, sabah uyandırılamama ve tüm vücutta kasılma nedeniyle başvurdu. Ateş öyküsü yoktu ve vital bulguları stabildi. Nöbet düşünülerek IV diazepam uygulandı. Başlangıç laboratuvar incelemelerinde belirgin elektrolit bozukluğu, hipoglisemi ve inflamasyon bulgusu saptanmadı. İlk anamnezde anne, çocuğun çevresinde "beyaz toz" gördüğünü belirtti; aile daha sonra bunun oyuncaklara ait olduğunu ifade etti. İdrar toksikolojisi gönderildi. Uzamış bilinç değişikliği nedeniyle yapılan kraniyal BT, BOS biyokimyası, hücre sayımı ve mikroskopisi ile kraniyal MR normaldi. Ampirik seftriakson ve asiklovir başlandı. EEG'de bilateral temporal yavaş dalga aktivitesi izlendi ve levetirasetam yüklendi. Yoğun bakım izlemi sırasında anamnez tekrarlandığında aile, yaşadıkları çevrede uyuşturucu kullanımının yaygın olduğunu ve önceki gün eve gelen misafirlerin "sigarayı bir toza batırarak" kullandıklarını bildirdi. Bu yeni öykü, ön planda düşünülen toksik madde maruziyeti şüphesini güçlendirdi. İdrar toksikolojisi negatif sonuçlandı. Hastanın vital bulguları stabil seyretti ve klinik durumu zaman içerisinde düzeldi.Toksikoloji taramalarının sonuçları; kullanılan analitik yöntem, panel kapsamı, testin eşik değeri ve ilgili madde veya metabolitlerin örnekteki konsantrasyonu gibi faktörlerden etkilenebilir. Bu nedenle negatif bir tarama sonucu toksik maruziyeti kesin olarak dışlamaz. Olgumuzda enfeksiyöz, metabolik ve yapısal nedenlere yönelik incelemelerde belirgin bir etiyoloji saptanmamış; tekrarlanan anamnezde olası toksik madde maruziyetini destekleyen çevresel öykü ortaya çıkmıştır. Açıklanamayan nörolojik bulguları olan küçük çocuklarda toksikoloji sonuçları klinik bulgular ve maruziyet öyküsüyle birlikte değerlendirilmeli; klinik şüphe devam ediyorsa ayrıntılı anamnez tekrarlanmalı ve gerektiğinde daha kapsamlı veya doğrulayıcı toksikolojik incelemeler değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Afebril nöbet, Bilinç Değişikliği, Toksik Madde Maruziyeti

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 138

Pediatrik Hastada Yüksek Doz Ketamin Maruziyeti: Standart Dozun Yaklaşık 25–50 Katı

Cansel Hafızoğlu Özenver[2], Büşra Daştan İnce[1], Burak Balaban[1], Emrah Gün[1]

Cansel Hafızoğlu Özenver / Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Ketamin; sedatif, analjezik, disosiyatif özelliklere sahip lipofilik bir ajandır. Çocuklarda intravenöz prosedürel sedasyonda 1–2 mg/kg başlanır ve gerektiğinde ek dozlar verilir. Toplam doz nadiren 4,5 mg/kg'a ulaşır. Yüksek dozlarda nörolojik, kardiyovasküler ve solunumsal komplikasyonlar gelişebilir. Spesifik antidotu bulunmadığından intoksikasyonda semptomatik tedavi ve intravenöz lipid emülsiyonu uygulanabilir. İntravenöz lipid emülsiyonu, özellikle lipofilik ilaç intoksikasyonlarında kurtarma tedavisi olarak kullanılmakta olup ketamin için klinik kanıtlar sınırlıdır. Önerilen "lipid sink" mekanizması, ilacın intravasküler lipid fazına dağılarak hedef dokulardaki yükünün azalmasına dayanır. Vakada yüksek doz ketamin maruziyeti sonrası %20 intravenöz lipid emülsiyonu uygulanan çocuğun klinik seyri sunuldu.

Materyal ve Metot: Çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen dört yaşındaki erkek hastanın klinik seyri, tedavi, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Febril konvülziyon nedeniyle bir yıl levetirasetam profilaksisi kullanan dört yaşındaki 17 kg erkek hasta, 38,5 °C ateşle başvurduğu dış merkezde beş kez jeneralize tonik-klonik nöbet geçirdi. Rektal diazepam ve intravenöz levetirasetam sonrası solunum sıkıntısı ve karbondioksit retansiyonu nedeniyle entübe edilerek tarafımıza sevk edildi. Transferde levetirasetamın ticari adı olan Keppra'nın ketamin ile karıştırılması sonucu yanlışlıkla 850 mg intravenöz ketamin uygulandığı öğrenildi ve ketamin intoksikasyonu düşünüldü. Uygulamadan 4 saat sonra hastanemize entübe şekilde kabul edildi. Kabulünde pupiller izokorik ve bilateral ışık refleksi pozitif, ateş 37,2 °C, KTA 120/dk, SpO2 %100 ölçüldü. Kan gazı pH: 7,37; pCO2: 39,1 mmHg; HCO3: 22 mmol/L; BE: -3 mmol/L saptandı. Toplam doz 50 mg/kg olup standart dozun yaklaşık 25–50 katıydı. Destek tedavisine ek olarak %20 intravenöz lipid emülsiyonu 1,5 mL/kg intravenöz bolus olarak uygulandı. Sedasyon amacıyla midazolam ve fentanil infüzyonları verildi. Lipid emülsiyonu uygulaması sonrasında spontan solunumu 1 saat içinde başlayan ve GKS'si hızla yükselen hasta kısa sürede ekstübe edildi. Serum kreatinin düzeyi 1,48 mg/dL'ye yükselip hidrasyonla 0,4 mg/dL'ye geriledi. Kontrastsız kraniyal MRG'de bilateral kaudat nükleus başlarında difüzyon kısıtlaması göstermeyen hiperintens sinyaller saptandı. Bulgular ketamin toksisitesine özgü değerlendirilmedi. Nöbet aktivitesi ve hipoksik/hiperkarbik süreçler açısından değerlendirildi ancak neden kesinleştirilemedi. Yoğun bakımda bir gün entübe, toplam üç günlük izlemin ardından vitalleri stabil ve laboratuvar parametreleri normal olarak servise devredildi. Bir haftalık servis izlemi sonrasında poliklinik kontrolleri planlanarak taburcu edildi. Sonuç: Lokal anestezik dışı zehirlenmelerde intravenöz lipid tedavisine ilişkin kanıt kalitesi çok düşüktür. Olguda, önerilen dozların çok üzerinde (50 mg/kg) intravenöz ketamin maruziyeti sonrası destek tedavisine ek olarak %20 lipid emülsiyonu uygulanmış ve olumlu klinik seyir gözlenmiştir. Ancak tek olgudan tedavi etkinliği veya nedensellik sonucu çıkarılamaz. Ketamin intoksikasyonunda bu yaklaşımın etkinlik ve güvenliğini değerlendiren kontrollü pediatrik verilere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ketamin, Lipid, İntoksikasyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 139

Fokal Nöbet ile Başvuran 18 Aylık Hastada Moyamoya Arteriopatisi: Ensefaliti Taklit Eden Bir Olgu

Oğulcan Alaçeşme[1], Hülya Kayılıoğlu[1], Mehmet Yamaner[1]

Oğulcan Alaçeşme / MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Moyamoya arteriyopatisi, intrakranial internal karotid arterlerin terminal kesimleri ve proksimal dallarında progresif daralma ile buna eşlik eden kollateral damar ağı gelişimiyle karakterize nadir bir serebrovasküler hastalıktır. Çocuklarda iskemik olaylar, geçici iskemik ataklar ve nöbetlerle görülebilir. Ateşin fokal nöbetle birlikteliği ise öncelikle santral sinir sistemi enfeksiyonlarını düşündürebilir. Ensefalit ön tanısıyla değerlendirilen hastanın ileri incelemelerinde moyamoya arteriopatisi saptanmasıyla tanı ve ayırıcı tanı özellikleri değerlendirildi.

Materyal ve Metot: Bilinen febril ve afebril nöbet öyküsü olmayan 18 aylık kız hastanın başvurusundan iki gün önce 38,5 C ateşi gelişti. Bir gün sonra sağ üst ekstremite, sağ vücut yarısı ve sağ ağız kenarında birkaç dakika süren, 3-4 kez tekrarlayan klonik fokal nöbetler izlendi. Dış merkezde herpes ensefaliti ön tanısıyla seftriakson ve asiklovir başlanmış, tekrarlayan nöbetler nedeniyle fenitoin yüklemesi yapılmış ve kranial BT normal değerlendirilerek merkezimize sevk edilmişti. Özgeçmişinde 7 aylıkken sağ kolunun kullanamama ve ardından düşme öyküsü mevcuttu. İzlemde uykuya eğilim ve çevreye ilgide azalma gelişti; nörolojik muayenede sağ nazolabial olukta silinme, sağ tarafta çiğneme olmaması ve sağ üst ekstremite kullanımında azalma saptandı. EEG de özellikle sol hemisferde düşük amplitüdlü 1-2 Hz delta aktivitesi izlendi, epileptiform aktivite saptanmadı. BOS incelemesinde hücre 2/mm^3, glukoz 58 mg/dL, eş zamanlı kan glukozu 76 mg/dL ve protein 20 mg/dL saptandı. Kontrastlı beyin MRG'de sol frontoparietalde akut iskemik değişiklikler ve sol oksipitalde kronik sekel ensefalomalazisi izlendi. MR anjiografide sol internal karotid arter C7 segmentinde, sağ anterior serebral arterde ve sol orta serebral arterde kalibrasyon azalması, Willis poligonu çevresinde belirgin bazal kollateral yapılar ve bilateral pial vasküler belirginleşme saptandı. Bulgular değerlendirildiğinde moyamoya arteriopatisi düşünüldü. SSS enfeksiyonunu destekleyen yeterli bulgu olmaması üzerine seftriakson ve asklovir kesildi, fenitoin yerine levetirasetam başlandı ve asetilsalisilik asit 5mg/kg/gün tedavisi verildi.Ateş ve fokal nöbetler başlangıçta enfeksiyöz etiyolojiyi ön plana çıkardı. Fokal nörolojik bulgular ve MRG/MR anjiyografi incelemeleri, akut iskemik lezyonun yanı sıra geçirilmiş iskemik hasar ve moyamoya ile uyumlu vasküler değişiklikler bulunduğunu gösterdi. Kranial BT'nin normal olması serebral iskemi ve vaskülopatiyi dışlamadı.

Bulgular ve Sonuç: Ateş ve fokal nöbet birlikteliği çocuklarda öncelikle enfeksiyöz nedenleri düşündürse de, fokal nörolojik bulguların eşlik ettiği olgularda serebrovasküler patolojiler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Fokal nöbet ve ateş ile başvuran çocuklarda erken nörogörüntüleme, moyamoya arteriopatisi gibi nadir vasküler hastalıkların saptanmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Moyamoya arteriopatisi, MR anjiyografi, Fokal nöbet

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 14

Dirençli Solunum Yetmezliği, Ekzojen Sürfaktan Yanıtsızlığı ve Çoklu Organ Tutulumu İle Seyreden Bir Yenidoğan Olgusu: ABCA3 Homozigot Mutasyonuna Bağlı Konjenital Sürfaktan Metabolizma Bozukluğu

BÜŞRA NUR ABUHANDAN DEMİRTAŞ[1], RAMAZAN ŞENGÜL[1]

BÜŞRA NUR ABUHANDAN DEMİRTAŞ / HARRAN ÜNİVERSİTESİ

Giriş: Konjenital sürfaktan metabolizma bozuklukları, yenidoğan döneminde refrakter solunum yetmezliği ve ekzojen sürfaktan tedavisine yanıtsızlıkla seyreden nadir otozomal resesif hastalıklardır. ATP-bağlayıcı kaset geni A3 (ABCA3) mutasyonları, sürfaktan lipid taşınmasını bozarak ağır respiratuvar distres sendromu (RDS) ve pulmoner hipertansiyona (PHT) yol açar. Bu sunumda; akraba evliliği öyküsü olan, tekrarlayan sürfaktan uygulamalarına yanıt vermeyen, ekokardiyografi ve ultrasonografik bulgularla çoklu organ tutulumu izlenen ve Tüm Ekzom Dizileme (WES) ile homozigot ABCA3 mutasyonu saptanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Aralarında 1. derece akrabalık bulunan anneden 37. gebelik haftasında 3580 g doğan (Apgar: 6/7), doğumda ağır solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan olgunun tanı ve takip süreci değerlendirilmiştir. Hastanın klinik izleminde seri direkt grafiler, toraks BT, ekokardiyografi (EKO), transfontanel ve tüm abdomen ultrasonografisi (USG), trakeal aspirat kültürleri ile 33. postnatal günde etiyolojiye yönelik WES analizi uygulanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Olguya uygulanan 4 doz ekzojen sürfaktan tedavisine yanıt alınamamış, High-Frequency Oscillatory Ventilation (HFO) moduna geçilmiş ve bronkopulmoner displazi (BPD) gelişen hastaya 43. günde DART (deksametazon) protokolü uygulanmıştır. Toraks BT'de bilateral yaygın retikülonodüler ve buzlu cam dansiteleri izlenmiştir. EKO incelemelerinde soldan sağa geçişli ASD ve ciddi PHT (tahmini sPAB: 35–40 mmHg) saptanarak iloprost, sildenafil ve inhale nitrik oksit tedavileri verilmiştir. Abdomen USG'de hepatosplenomegali, safra kesesi duvar ödemi, medullar nefrokalsinozis ve 13 mm serbest sıvı; transfontanel USG'de sol kaudotalamik olukta kistik alanlar saptanmıştır. Derin trakeal aspirat kültürlerinde A. baumannii ve S. aureus üremeleri olan, sekonder hipotiroidi nedeniyle levotiron başlanan olgunun WES analizinde homozigot ABCA3 geni mutasyonu saptanarak kesin tanı konulmuştur. Postnatal 62. günde hasta dirençli solunum yetmezliği, PHT krizleri ve sepsis nedeniyle ex olmuştur.Term doğan, ağır RDS ve sürfaktan yanıtsızlığı sergileyen yenidoğanlarda, özellikle ebeveyn akrabalığı varlığında ABCA3 mutasyonları düşünülmelidir. Tabloya PHT, nefrokalsinozis ve organomegali gibi ek bulgular eşlik edebilir. Erken WES analizi; tanı karmaşasını ve gereksiz invaziv girişimleri önlemede, prognozu öngörmede ve aileye genetik danışmanlık vermede kritik önem taşır.

Anahtar Kelimeler: ABCA3 Mutasyonu, Konjenital Sürfaktan Eksikliği, Pulmoner Hipertansiyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 140

İlk Manyetik Rezonans Görüntüleme Değerlendirmesi Normal Olan Bir Optik Nörit Olgusu

Beste F Emmioğlu Özok[2], Miraç Yıldırım[1], Ömer Bektaş[1]

Beste F Emmioğlu Özok / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Çocuklarda optik nöritin tanısında nörolojik ve nörooftalmolojik muayene, görüntüleme bulgularıyla birlikte değerlendirilir. Bu olgu sunumunda, ilk manyetik rezonans görüntüleme değerlendirmesinde optik sinir tutulumu bildirilmemesine karşın klinik bulguların tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot: Optik nörit ön tanısıyla çocuk nörolojisi servisinde izlenen 16 yaşındaki hastanın klinik bulguları, tanısal incelemeleri, tedavisi ve hastane içi izlemi değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: 16 yaşındaki kız hasta, baş ağrısını izleyen yaklaşık 1,5 saatlik sağ göz görme kaybıyla başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Görme kaybından sonra bulanık görme ve renkli görmede azalma sürdü. Sağ göz hareketleri ağrılıydı. Sağ yüz ve kolda yüzeyel dokunma duyusu azalmış, kas gücü korunmuştu. Sağ gözün düzeltilmiş görme keskinliği başlangıçta 0,3 idi; optik disk sınırları netti. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Orbita görüntülemesinin ilk değerlendirmesinde optik sinir tutulumu bildirilmedi. Spinal manyetik rezonans görüntülemede patoloji saptanmadı. Miyelin oligodendrosit glikoprotein ve akuaporin-4 antikorları negatifti. Mitokondriyal ve romatolojik hastalıklara yönelik incelemelerde bu tanıları destekleyen bulgu saptanmadı. Görsel uyarılmış potansiyel latansı sağda 145, solda 132 milisaniye ölçüldü. Optik nörit ön tanısıyla yedi gün intravenöz metilprednizolon uygulandı. Sağ gözün görme keskinliği 0,9'a yükseldi ve göz hareketleriyle ağrı azaldı; renkli görme ve görme alanındaki azalma sürdü. Oral steroid tedavisi ve kademeli doz azaltımı planlanarak taburcu edildi. Çocuk nörolojisi kontrolü iki hafta, nörooftalmoloji kontrolü bir ay sonrasına planlandı. Sonuç: İlk görüntüleme değerlendirmesinde optik sinir tutulumu bildirilmemesine rağmen klinik bulgular ve görsel uyarılmış potansiyel incelemesi optik nörit ön tanısını destekledi. Görsel işlevlerdeki kısmi düzelme ve süren bulgular, nörolojik ve nörooftalmolojik izlemin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Optik nörit, nörolojik muayene, klinik tanı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 141

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE TANI ALAN AİLESEL ŞİLOMİKRONEMİ OLGUSUNUN TOTAL KAN DEĞİŞİMİ İLE TEDAVİ EDİLMESİ

Melike Buse Daş[1], Mahmut Çiçek[2], İlknur Arslan[2], Burcu Köşeci[3]

Melike Buse Daş / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Adana

Giriş: Lipoprotein lipaz (LPL) genindeki patojenik varyantlar, trigliseritten zengin lipoproteinlerin yıkımını bozarak ağır hipertrigliseridemi ile yenidoğanlarda şiddetli pankreatit, akciğer fonksiyonlarında azalma, karaciğer fonksiyon bozukluğu, hemoliz, lipid ensefalopatisi, sepsis riskinde artış gibi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavinin temelini uzun zincirli yağların kısıtlandığı, orta zincirli trigliseritlerden (MCT) zengin beslenme oluşturur. Yenidoğan döneminde hipertrigliseridemiyle başvuran olgularda lipid düzeylerinin düşürülmesi organ hasarının önlenmesinde hayati önem taşır. Burada fenilketonüri şüphesiyle kliniğimize yönlendirilen hipertrigliseridemi saptanarak,ailevi şilomikronemi tanısı konulan ve kan değişimi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen yenidoğan olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Hastanın klinik seyri , laboratuar sonuçları geriye dönük olarak elektronik sağlık kayıtlarından elde edildi.

Bulgular ve Sonuç: Otuz iki günlükken yenidoğan tarama sonucunda fenilketonüri şüphesiyle hasta çocuk metabolizma bölümüne yönlendirildi. Kan örneğinin lipemik olduğu gözlendi, hipertrigliseridemi (5.602 mg/dL) saptandı. Fizik muayanede patoloji saptanmadı, amilaz lipaz normal aralıktaydı, radyolojik incelemede pankreatit lehine bulgu saptanmadı. Oral beslenme kesilerek intavenöz hidrasyon başlandı ancak tedaviye rağmen trigliserid düzeyi 24.820 mg/dL'ye yükselen bebek çocuk yoğun bakım ünitesine devir edildi. Terapötik plazma değişimi planlandı; ancak yenidoğan dönemine özgü teknik güçlükler ve hemodinamik riskler nedeniyle kan değişimi yapılmasına karar verildi. İki seans şeklinde toplam 700 mL (350 mL Eritrosit Süspansiyonu + 350 mL Taze Donmuş Plazma) ile çift volüm kan değişimi sonrasında trigliserid düzeyi ilk seansta 2.661 mg/dL'ye, ikinci seansta ise 157 mg/dL'ye geriledi. Yağ içeriği düşük ve MCT içeren mama kullanılarak yağdan kısıtlı enteral beslenme verildi, yatışının 10. günü taburcu edildi, Genetik analizde LPL geninde homozigot patojenik varyant saptandı.Yenidoğan döneminde nadir görülen metabolik hastalıklarda erken tanı ve uygun tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltmak için hayati önem arz etmektedir. Ağır hipertrigliseridemi gibi metabolik hastalıklarda, konvansiyonel tedavilere yanıt alınamayan ve terapotik plazma değişimi uygulanamayan olgular kan değişimi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

Bebeğin Trigliserid Düzeyleri

Klinik Aşama	Serum Trigliserid Düzeyi	Tedavi
İlk Başvuru	İlk değer:5602 mg/dL En yüksek 24820 mg/dL	İv hidrasyon+oral stop
1.Kan Değişimi Sonrası	2661 mg/dL	Kan Değişimi
2.Kan Değişimi Sonrası	157 mg/dL	Kan Değişimi

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, ailevi şilomikronemi, total kan değişimi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 142

Aneminin Gizli Kaynağı Akciğer: Miliyer Tüberküloz Ön Tanısıyla Sevk Edilen Diffüz Alveolar Hemoraji

Seda Fırat[1], Mehmet Emin Menentoğlu[2], Esin Yıldız Aldemir[1], Nurettin Onur Kutlu[2], Esra Şevketoğlu[2]

Seda Fırat / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Diffüz alveolar hemoraji çocukluk çağında nadir görülen ancak hayatı tehdit eden bir tablodur. Hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde yaygın infiltrasyondan oluşan klasik triad her zaman birlikte bulunmaz; tekrarlayan sessiz alveolar kanamalar yıllarca yalnızca demir eksikliği anemisi olarak seyredebilir. Etiyolojide enfeksiyonlar, vaskülitler ve bağ dokusu hastalıklarının yanı sıra çölyak hastalığı ile ilişki de bildirilmiştir. Uzun süreli anemi öyküsü olan ve miliyer tüberküloz ön tanısıyla sevk edilen bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: On yedi yaşında erkek hasta ateş, baş ağrısı, hemoptizi ve burun kanaması yakınmalarıyla dış merkeze başvurdu. İki yaşında kronik ishal ve anemi, 16 yaşında yeniden anemi saptandığı, demir tedavisinin düzensiz kullanıldığı ve izlem yapılmadığı öğrenildi. Başvuruda oksijen satürasyonu %85, hemoglobin 4,6 g/dL, trombosit sayısı 13.000/mm^3 idi. Eritrosit ve trombosit transfüzyonunun ardından akciğer grafisindeki bilateral yaygın infiltrasyonlar nedeniyle miliyer tüberküloz ön tanısıyla çocuk yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

Bulgular ve Sonuç: Transfüzyona karşın hemoptizi ve hemoglobin düşüşü sürdü, yüksek akımlı nazal oksijen gereksinimi gelişti. Toraks bilgisayarlı tomografisinde alt lob ve posterior segmentlerde diffüz alveolar hemoraji ile uyumlu yaygın alveolar opasiteler saptanması üzerine intravenöz metilprednizolon (2×40 mg/gün) ve traneksamik asit başlandı; tedavi sonrasında hemoptizi ve hemoglobin düşüşü gözlenmedi. Mikrositer anemi, düşük retikülosit, transferrin satürasyonu %7 ve ferritin 18-22 ng/mL ile derin demir eksikliği, ayrıca düşük folat ve B12 düzeyleri saptandı. Tüberküloz tetkikleri (interferon gama salınım testi, tüberkülin deri testi, üç açlık mide sıvısında PCR ve aside dirençli bakteri incelemesi), antinötrofil sitoplazmik antikorlar, antinükleer antikor, anti-dsDNA, antifosfolipid antikorlar, anti-glomerüler bazal membran antikoru ve inek sütü spesifik IgE negatif bulundu; kompleman düzeyleri, idrar tetkiki, ekokardiyografi, göz ve kulak burun boğaz muayeneleri normaldi. Doku transglutaminaz IgA 200 U/mL'nin üzerinde, anti-endomisyum IgA 1/1000 titrede pozitif bulundu; IgA eksikliği yoktu. Yoğun bakım izleminde toplam 4 ünite eritrosit ve 2 ünite trombosit süspansiyonu verildi. Oda havasında oksijen satürasyonu %96-100'e yükseldi, akciğer grafisi belirgin düzeldi. Çölyak serolojisinin pozitif olması nedeniyle üst gastrointestinal endoskopi planlandı. Tedavinin 19. gününde metilprednizolon dozu 40 mg/gün'e düşürülerek azaltma şemasına geçildi. Açıklanamayan, tekrarlayan ya da demir tedavisine yanıtsız demir eksikliği anemisi olan çocuklarda pulmoner hemoraji mutlaka akla gelmelidir; hemoptizi bulunmayabilir veya geç ortaya çıkabilir. Akciğer grafisindeki yaygın infiltrasyonlar pnömoni ya da miliyer tüberküloz ile karışabilir. Diffüz alveolar hemoraji etiyolojisi araştırılırken çölyak serolojisi de değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz alveolar hemoraji, demir eksikliği anemisi, hemoptizi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 143

Febril Enfeksiyonla İlişkili Epilepsi Sendromu Tedavisinde İmmunmodulasyon ve Ketojenik Diyet Uygulaması

Berfu Candevir[1], Mahmut Çiçek[2], Faraz Azade[3], İlknur Arslan[2], Esra Sarıgeçili[3]

Berfu Candevir / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.

Giriş: Febril enfeksiyonla ilişkili epilepsi sendromu (FIRES, Febril Infection-Related Eplepsy Syndrome), sağlıklı çocuklarda ateşli hastalık sonrası refrakter status epileptikusa yol açan mortalitesi yüksek epileptik ensefalopati tablosudur. Bu sunumda FIRES tanısı ile takip ve tedavi ettiğimiz bir olguyu paylaşmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Daha önce bilinen hastalığı olmayan, 3 yaş 5 aylık erkek hasta; ateş başlangıcından iki gün sonra ortaya çıkan bilinç değişikliği ve nöbet nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastanın klinik seyri, laboratuvar ve BOS incelemeleri, elektroensefalografi ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları ile uygulanan tedaviler geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çocuk yoğun ünitesine yatışından itibaren giderek sıklaşan ve çoklu antiepileptik tedavilere rağmen kontrol altına alınamayan nöbetler sonucu hasta refrakter status epileptikus kabul edildi. Enfeksiyöz, metabolik, yapısal ve otoimmün nedenlere yönelik yapılan beyin tomografisi, lomber ponksiyon, kan ve BOS otomimmun panel sonuçlarında etiyolojiye yönelik patoloji saptanmadı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal analizlerde anormal bulgu saptanmadı. CRP 5,6 mg/dl, Prokalsitonin 0,78 ng/ml idi. Kanda Epstein-Barr virüsü viral kapsid antikoru M ve polimeraz zincir reaksiyonu pozitif saptanırken, BOS Epstein-Barr virüsü polimeraz zincir reaksiyonu ve meningoensefalit paneli negatifti. BOS interlökin-6 yüksek bulundu (416 pg/ml), nöroinflamatuvar süreci destekleyen bir bulgu olarak değerlendirildi. Seri elektroensefalografik incelemelerde başlangıçta yaygın yavaşlama ve delta aktivitesi izlenirken takiplerde ise sağ oksipital bölgede epileptiform aktivite saptandı. Manyetik rezonans görüntülemede klastrum bulgusu saptandı. Antiepileptik tedavide midazolam infuzyonu, ketamin infüzyonu, karbamazepin ve topiramat uygulandı. Yüksek doz metilprednizolon (30 mg/kg/gün, 5 gün boyunca) ve intravenöz immünoglobulin (400 mg/kg/gün, 5 gün boyunca) tedavisine rağmen nöbetler kontrol altına alınmadığı için terapötik plazmaferez (4 seans) ve anakinra (10 mg/mg/gün, intramuskuler) uygulandı. Hasta yatışından sonra 7 gün entube takip edildi. Nazaogastik ile erken dönemde ketojenik diyet tedavisi başlanarak kademeli olarak yoğunlaştırıldı. 20 gün çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra çocuk nöroloji servisine devir edildi.Öncesinde sağlıklı çocuklarda ateşli hastalığı takiben ortaya çıkan dirençli multifokal tonik klonik nöbetler ve ensefalopati FIRES akla getirmelidir. Metabolik, yapısal, enfeksiyöz ve otoimmün ensefalit nedenlerin dışlanması, BOS interlökin-6 yüksekliği, MRI'da klastrum bulgusu tanı açısından değerlidir. Yüksek doz ve çoklu antiepleptik ilaçlar, immünomodülatör tedaviler ve ketojenik diyetin erken dönemde başlanması bu ağır klinik tablonun yönetiminde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Febril Enfeksiyonla İlişkili Epilepsi Sendromu, Ketojenik diyet, İmmünomodülatör tedavi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 144

Kolestazın Etyolojisinde Nadir Bir Neden: Santral Hipofizer Yetmezlik

Melike Buse Daş[1], Seyit Ahmet Uçaktürk[2], Semire Serin Ezer[3]

Melike Buse Daş / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Adana

Giriş: Kolestaz, hipofizer yetmezlik bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Etyolojide ana neden kortizol eksikliğidir. Büyüme hormonu ve tiroid hormonu eksikliğinin de deneysel çalışmalarda kolestaza katkısı olabileceği gösterilmiştir. Burada sarılık olgularıyla karşılaşan hekimlere tiroit ve diğer hormon değerlendirmelerinin önemini hatırlatmak istedik.

Materyal ve Metot: Hastanın klinik seyri, laboratuar sonuçları geriye dönük olarak elektronik sağlık kayıtlarından elde edildi.

Bulgular ve Sonuç: 6 aylık erkek hasta biliyer atrezi düşünülerek dış merkezden cerrahi birimlere operasyon amacıyla yönlendirilmişti.Cerrahi hazırlıklar sırasında hipoglisemi(12 mg/dL) saptanan bebek cerrahi planı iptal edilerek çocuk endokrin servisine devir alındı. Özgeçmişinde zamanında 2400 gr NSVY ile doğduğu, sepsis nedeniyle 27 gün yenidoğan yoğun bakımda izlendiği öğrenildi. Soygeçmişinde anne baba akrabalık ve kardeş ölüm öyküsü yok.Fizik muayenesinde Vücut ağırlığı: 5,7kg (-2.7 SD), boy:64 cm (-1.84 SD), Baş çevresi:41.2cm(-2.22 SD), Öf: 2x2cm ve vital bulguları normal değer aralığındaydı. Skleralar ikterik. Uzatılmış penis boyu 1.5 cm (Mikropenis), testisler skrotumda olup diğer sistemik bulgularında patoloji saptanmadı. Biyokimyasal ve endokrin tetkik sonuçları Tablo 1 ve 2 de sunulmuştur. sT4 düşük TSH normal, ACTH uyarı testine kortizol yanıtı düşük (1 µg ACTH sonrası kortizol 0.dakika:4 µg/dL,15. dk: 3.5 µg/dL,30. dk: 4.5 µg/dL,60. dk: 5.5 µg/dL (Peak < 18 µg/dL),FSH 1.06 (N:1.27-19.26) normal, LH 0.42(N:1.24-8.62) düşük,Total Testesteron:0.17(N:1.75-7.81)düşük olan bebek santral hipofizer yetmezlik kabul edildi. 10mg/m2/gün hidrokortizon, 5mcg/kg/gün L-tiroksin başlandı. Kan şekeri normal sınırlarda seyretti. Tedavinin 1.ayında sarılık geriledi. İzlemde çekilen hipofiz MRI da optik kiazma düzeyinde yerleşim gösteren ektopik nörohipofiz saptandı.Sarılık olguları cerrahi açıdan değerlendirilmeden önce tiroit fonksiyonları, kan şekeri gibi basit biyokimyasal tetkikler ile mutlaka incelenmeli endokrin hastalıklarda erken tanı ve uygun tedavinin bebeğin gelişim basamakları üzerine olumlu etkisi gözden kaçırılmamalıdır.

Başvuru Sırasındaki Biyokimya Tetkikleri

TETKİK	SONUÇ
GLUKOZ	88 mg/dL
SODYUM	125 meq/L
ALT	134 U/L
AST	338 U/L
TOTAL BİLİRÜBİN	7.3 mg/dl
DİREK BİLİRÜBİN	3.6 mg/dl
GGT	48 U/L
ALP	383 U/L
LDH	405 U/L

Hipoglisemi Tetkikleri

TETKİK	SONUÇ
Glukoz	37 mg/dl
TSH	3.49 µIU/mL
Serbest T4	0.51 ng/dL
Büyüme Hormonu (GH)	4.67 ng/mL
C-Peptit	0.3 ng/mL
İnsülin	1.01.08 µIU/mL
Amonyak	104 µg/dL
Laktat	17 mg/dL
IGF-1	1.05 ng/mL
Somatomedin-C	9.6 ng/mL
Bazal Kortizol	1.2 µg/dL
ACTH	7.95 pg/mL

Anahtar Kelimeler: sarılık, santral hipofizer yetmezlik, kolestaz

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 145

Kırk Yedi Günlük Bir Süt Çocuğunda Streptococcus Pyogenes Bakteriyemisiyle Seyreden Yüz Erizipeli

GÜLÇİN ŞAN[1], DUYGU YILMAZ[2], SELİN TAŞAR KARABULUT[2], DİLEK YILMAZ[3]

GÜLÇİN ŞAN / İZMİR ŞEHİR HASTANESİ.ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: A grubu beta-hemolitik streptokok (Streptococcus pyogenes), farenjit ve yüzeyel deri enfeksiyonlarından yaşamı tehdit eden invaziv hastalıklara kadar geniş bir klinik yelpazeye neden olur. İnvaziv A grubu streptokok enfeksiyonları yenidoğan döneminde ve erken süt çocukluğunda nadirdir ve bu yaş grubundaki klinik prezentasyona ilişkin veriler sınırlıdır. Burada, ebeveynlerinde eş zamanlı tonsillit bulunan, yüz erizipeli ve S. pyogenes bakteriyemisi saptanan 47 günlük bir süt çocuğu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Kırk yedi günlük kız hasta, üç gündür devam eden ateş ve öksürük ile bir gündür sağ yanakta kızarıklık yakınmasıyla acil servise başvurdu. 38 hafta 4 günlük olarak sezaryenle 3200 g doğan hastanın yenidoğan yoğun bakım yatışı yoktu. Başvurudan iki gün önce aile hekimince oral amoksisilin-klavulanat (40 mg/kg/gün) başlanmıştı. Anne ve babasında eş zamanlı tonsillit vardı. Başvuruda vücut sıcaklığı 38°C, kalp hızı 130/dk, solunum sayısı 32/dk idi; genel durumu iyi, bilinci açık ve aktifti. Orofarenks hiperemikti, akciğer muayenesi olağandı. Sağ kulak hizasından yanak boyunca submandibular bölgeye uzanan sert, eritemli alan yüz erizipeli ile uyumlu bulundu. Lökosit sayısı 16.250/mm^3, mutlak nötrofil sayısı 8.870/mm^3, C-reaktif protein 70 mg/L, prokalsitonin 25,3 µg/L idi; tam idrar tetkiki normaldi. Yaşı, ateşi ve yüksek inflamatuvar belirteçleri nedeniyle yapılan lomber ponksiyonda beyin omurilik sıvısında hücre görülmedi; protein 390 mg/L, glukoz 86 mg/dL (eş zamanlı kan glukozu 100 mg/dL) idi. Hasta yatırılarak menenjit dozunda intravenöz vankomisin ve sefotaksim başlandı. Solunum yolu patojen panelinde S. pyogenes saptandı ve kan kültüründe S. pyogenes üredi. İdrar ve beyin omurilik sıvısı kültürleri steril kaldı. Etken belirlendikten sonra vankomisin kesilerek sefotaksim ile devam edildi. Ateşi tekrarlamayan hastanın eritem ve endürasyonu giderek geriledi ve tedavinin beşinci gününde tamamen kayboldu. Antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanan hasta komplikasyonsuz ve sekelsiz taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: Yenidoğanlarda geç başlangıçlı A grubu streptokok hastalığında yumuşak doku enfeksiyonu ve menenjit daha sık bildirilmektedir; hastamızın tablosu, yenidoğan dönemi dışında olmasına karşın bu örüntüye benzemektedir. Olgumuz, genel durumu iyi görünen ve lokalize erizipeli olan küçük bir süt çocuğunda da bakteriyemi gelişebileceğini göstermektedir; belirgin yüksek prokalsitonin sistemik enfeksiyonun ek bir göstergesi olmuştur. Ebeveynlerdeki eş zamanlı tonsillit aile içi bulaş olasılığını düşündürmekle birlikte, ebeveynlerde mikrobiyolojik doğrulama ve moleküler tiplendirme yapılmadığından doğrudan bulaş kanıtlanamamıştır. Bu yaş grubunda ateşle birlikte A grubu streptokok ile uyumlu lokalize deri enfeksiyonu saptandığında bakteriyemi dahil sistemik tutulum araştırılmalı ve ev içi temaslılarda benzer hastalık öyküsü özellikle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bakteriyemi, Streptococcus pyogenes

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 146

Çocukluk Çağında Enfeksiyöz Mononükleozun Az Bilinen Bir Bulgusu: Hoagland Bulgusu

Şafak Bilgesu Yağcıköseoğlu[2], Tuğçe Aybek[3], Zehra Uludoğan[2], Selin Taşar Karabulut[3], Dilek Yılmaz[1]

Şafak Bilgesu Yağcıköseoğlu / İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Epstein–Barr virüs (EBV) enfeksiyonu çocukluk çağında sıklıkla asemptomatik veya hafif klinik bulgularla seyretmekle birlikte ateş, tonsillofarenjit ve lenfadenopati ile karakterize enfeksiyöz mononükleoza neden olabilir. Bilateral üst göz kapağı ödemi ile karakterize Hoagland bulgusu, enfeksiyöz mononükleozun erken döneminde ortaya çıkabilen ancak klinik pratikte gözden kaçabilen bir bulgudur. Bu olguda, tonsillofarenjit tablosuna eşlik eden Hoagland bulgusunun EBV enfeksiyonunun tanınmasındaki öneminin vurgulanması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Beş yaşında kız hasta, beş gündür devam eden ateş ve boğaz ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral hipertrofik ve eksüdatif tonsillit, bilateral servikal lenfadenopati ve belirgin bilateral üst göz kapağı ödemi saptandı. Hepatosplenomegali saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 6290/mm^3, lenfosit 3630/mm^3 (%57,7), monosit 850/mm^3 (%13,5), AST 28 U/L, ALT 13 U/L ve CRP 7 mg/L saptandı. EBV serolojisinde VCA IgM 4,95 (reaktif), VCA IgG 0,59 (non-reaktif) ve EBNA IgG 0,04 (non-reaktif) saptandı. Serolojik bulgular primer akut EBV enfeksiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bilateral üst göz kapağı ödemi, enfeksiyöz mononükleozun karakteristik ancak az bilinen bulgularından biri olan Hoagland bulgusu olarak değerlendirildi. Hasta destek tedavisi ile izlendi; klinik bulgularının üç gün içerisinde belirgin gerilemesi üzerine genel durumu iyi ve vital bulguları stabil olarak taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: Periorbital ödem çocuklarda alerjik, renal ve enfeksiyöz birçok nedenle ilişkili olabileceğinden EBV enfeksiyonu ayırıcı tanıda gözden kaçabilmektedir. Özellikle ateş, tonsillofarenjit ve servikal lenfadenopatiye eşlik eden bilateral üst göz kapağı ödeminin Hoagland bulgusu olabileceğinin bilinmesi, enfeksiyöz mononükleozun erken dönemde tanınmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Epstein–Barr virüs, Hoagland bulgusu, Enfeksiyöz Mononükleoz

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 147

Çocukluk Çağında Serebral Arteriyal Trombozun Nadir Bir Nedeni: Homosistinüri

Berfu Candevir[1], İsmail Kızıldağ[2], İlknur Arslan[2], Ezgi Burgaç[3], Adile Asena Emiroğlu Taşkın[4], Yılmaz Akbaş[4]

Berfu Candevir / Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.

Giriş: Homosistinüri, metiyonin metabolizmasındaki kalıtsal bozuklukların sonucu ortaya çıkan, nörogelişimsel etkilenme ve tromboembolik olaylarla seyreden nadir kalıtsal metabolik hastalıktır. Hiperhomosisteinemi, endotelyal hasar, oksidatif stres ve prokoagülan mekanizmalar aracılığıyla arteriyal ve venöz tromboz riskini artırmaktadır. Çocukluk çağında serebral tromboz ile başvuru nadir olmakla birlikte, özellikle erken yaşta gelişen tromboembolik olaylarda metabolik hastalıkların araştırılması erken tanı ve tedavi açısından önem taşımaktadır

Materyal ve Metot: Hastanın klinik bulguları, laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntüler ve metabolik tetkik sonuçları elektronik sağlık kayıtlarından elde edildi.

Bulgular ve Sonuç: Üç yaş on aylık Suriye vatandaşı olan, nöromotor gelişim geriliği bulunan kız hasta; başlangıç zamanı net olarak belirlenemeyen sağ kol ve sağ bacakta hareket kısıtlılığı nedeniyle başvurdu. Anne baba arasında akrabalık vardı. Ailede bilinen nörolojik ve kalıtsal hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Kraniyal bilgisayarlı tomografide sol serebral hemisferde yamasal hipodens alanlar, difüzyon MRI'da sol serebral hemisferde yamasal difüzyon kısıtlılığı, beyin BT anjiyografide sol anterior serebral arter ve orta serebral arter distal dallarında kontrast dolumu izlenmedi. Karotis BT anjiyografide sol internal karotis arterde yaklaşık 1,7 cm'lik segmentte başlayan ve Willis poligonuna kadar uzanan oklüzyon saptandı. Hasta mevcut bulgular ile serebral arteriyal trombüse bağlı inme (sağ alt ve üst ekstremite) kabul edildi. Çocuk yoğun bakım ünitesinde izleme alındı. Tam kan sayımı biyokimya ve koagulasyon parametrelerinde anormallik saptanmadı, enfeksiyon parametreleri negatifti. İntravenöz hidrasyon, beyin ödemi için hiperosmolar tedavi, antikoagülasyon amacıyla enoksaparin, nöbet profilaksisi amacıyla levetirasetam başlandı. İzlemde uykuya meyil, bilinç bulanıklığı ve bradikardi gelişmesi üzerine hasta entübe edildi, mekanik ventilatöre bağlandı, kontrol görüntülemelerde iskemik alanlarda belirgin artış ve yaygın serebral ödem saptandı ve dekompresif kraniektomi uygulandı.Hastanın protein c aktivitesi, protein s aktivitesi, antitrombin 3 aktivitesi, aktive protein c normal sınırlarda bulundu. Tromboz etiyolojisine yönelik yapılan metabolik tetkiklerde plazma homosistein düzeyi 224 mikromol/L, metiyonin düzeyi 103,97 mikromol/L, idrar organik asit analizinde metilmalonik asit 12,58 mmol/mol kreatinin (hafif yüksek) bulundu (tablo 1). Bulgular doğrultusunda hastada klasik homosistinüri düşünülerek piridoksin ve metiyonin kısıtlı diyet başlandı. Genetik analizde CBS geninde homozigot mutasyon saptandı. Ancak ağır nörolojik hasarı bulunan hasta yatışının on birinci gününde eks oldu.Erken çocukluk döneminde gelişen serebral tromboz olgularında metabolik hastalıklar akla getirilmeli, nöromotor gelişim geriliği ve akraba evliliği gibi risk faktörleri varlığında ayrıntılı tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Kanda homosistein düzeyi, kan aminoasit analizi ve idrar organik asit analizi yapılmalıdır. Hiperhomosisteinemi saptanması homosistinüri açısından önemli bir tanısal bulgudur.

Metabolik Tetkik Sonuçları

Parametre	Sonuç	Normal Aralık
Plazma Homosistein (µmol/L)	224,4	5-15
Plazma Amino asitleri-Metiyonin (µmol/L)	103,97	15-45
İdrar Organik Asit Analizi-Metilmalonik Asit (mmol/mol kreatinin)	12,58	-
Tandem Kütle Spektrometrisi-C0 (Serbest Karnitin)	Normal	-
Tandem Kütle Spektrometrisi-C3 (Propionilkarnitin)	Normal	-
Açil Karnitin Profili	Normal	-
Tandem Kütle Spektrometrisi-Metiyonin (µmol/L)	46,8438	15-45
Laktat (mg/dl)	37,8	0,5-2,2
Pirüvat (mg/dl)	0,64	0,3-1,7
Biotinidaz Aktivitesi (nmol/dakika/ml)	7,97	>3,5

Anahtar Kelimeler: Serebral tromboz, Homosistünüri, İnme

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 148

DOKUZ YAŞINDA TANINAN VERTEBRAL, KARDİYAK VE RENAL ANOMALİLERLE AKSESUAR BRONŞ VE BRONKOMALAZİ: OLGU SUNUMU

ŞEHRİ SEÇİL DOĞAN[1], SEYHAN ÇELİK MERTEŞE[2], EDA ALMUS[3], FAZILCAN ZİREK[2], GİZEM ÖZCAN[2], SUAT FİTÖZ[3], NAZAN ÇOBANOĞLU[2]

ŞEHRİ SEÇİL DOĞAN / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Vertebral,anorektal,kardiyak,trakeoözofageal,renal ve ekstremite anomalileri (VACTERL) birlikteliği, bu gruplardan en az üçünün birlikte bulunmasıyla klinik olarak tanımlanır.Temel tanı bileşenleri arasında yer almayan trakeobronşiyal anomaliler de VACTERL birlikteliğine eşlik ederek tekrarlayan solunum yolu yakınmalarına yol açabilir.Bu bildiride, persistan hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle ileri inceleme sırasında bu durum araştırılırken, 9 yaşında VACTERL birlikteliği tanınan ve aksesuar bronş ile bronkomalazi saptanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Hastanın klinik,laboratuvar ve radyolojik verileri hastane kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi. Olgunun sunumu için ailesinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular ve Sonuç: BulgularDokuz yaşında erkek hasta,bebeklik döneminden itibaren tekrarlayan reaktif havayolu atakları ve çocukluk çağında geçici hipogammaglobulinemisiyle takipteydi. Özgeçmişinde kendiliğinden kapanan vsd mevcuttu.Solda üçüncü derece vezikoüreteral reflü nedeniyle 2018 yılında subüreterik enjeksiyon,2024 yılında üreteroneosistostomi uygulanmıştı.Altı yaşındaki manyetik rezonans ürografisinde sağ renal agenezi ile kompanzatuvar hipertrofi ve rotasyon anomalisi gösteren sol böbrekte çift toplayıcı sistem saptanmıştı.Üst sistemde parankimal incelme,pelvis dilatasyonu,alt sistemde ise pelvis ve üreter dilatasyonu mevcuttu.Beş yaşından itibaren immünoglobulin düzeyleri normal.Atopi testleri negatif olup eozinofili saptanmadı.Hışıltı ataklarının azalmasına rağmen eforla çabuk yorulma şikayeti devam etti.Seri spirometrilerde (FEV1)/(FVC) oranı %54-64, FEV1 %54-68 arasındaydı.Reversibilite testi pozitifti. Astım kontrol edici tedaviye rağmen devam eden küçük hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde akciğer parankimi normaldi.Persistan sol superior vena kava, sol ana bronştan köken alan aksesuar bronş, üçüncü torakal vertebrada kelebek vertebra, çoklu kosta füzyonları ve beşinci ile altıncı torakal vertebralar arasında disk mesafesi daralması saptandı. Fleksibl bronkoskopi ile aksesuar bronş ve sol üst lob girişinde lümeni %50'den az daraltan bronkomalazi doğrulandı. Ekokardiyografide persistan sol superior vena kava görüldü. İlk dışkılama yaşamın birinci günündeydi;kronik kabızlık,beslenmeyle ilişkili öksürük,aspirasyon bulgusu ve ekstremite anomalisi yoktu. Vertebral,kardiyak ve renal olmak üzere üç temel bileşenin varlığı nedeniyle olgu,klinik olarak VACTERL birlikteliği olarak değerlendirildi.SonuçTrakeobronşiyal anomaliler VACTERL birlikteliğinin temel bileşenleri arasında yer almasa da solunum morbiditesine katkıda bulunabilir.Multisistem doğumsal anomalileri bulunan çocuklarda tekrarlayan hışıltı veya klinik iyilik döneminde devam eden hava yolu obstrüksiyonu varlığında yapısal hava yolu anomalileri akılda tutulmalı;seçilmiş olgularda toraks bilgisayarlı tomografi ve bronkoskopiyle ileri değerlendirme düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: VACTERL birlikteliği, aksesuar bronş, bronkomalazi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 149

Kardiyak Cerrahi Sonrası İzlemde Fizik Muayene ile Saptanan Abdominal Kitle: Pulmoner Atrezili Fallot Tetralojisi Olan Bir Çocukta Wilms Tümörü

Lala Nabıyeva[1], İlkay Erdoğan[2], Fatma Burcu Belen Apak[3], İlkin Hajıyev[2]

Lala Nabıyeva / Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara

Giriş: Wilms tümörü (nefroblastom), çocukluk çağının en sık görülen böbrek tümörüdür ve genellikle okul öncesi yaş grubunda, çoğunlukla aile tarafından ya da rutin fizik muayenede fark edilen asemptomatik bir abdominal kitle ile ortaya çıkar. Olguların bir bölümüne genitoüriner anomaliler, hemihipertrofi, aniridi ve çeşitli genetik sendromlar eşlik eder. Konjenital kalp hastalığı ile Wilms tümörü birlikteliği ise nadir bildirilmektedir. Karmaşık kalp hastalığı olan çocuklarda, özellikle kardiyak cerrahi sonrası dönemde, abdominal bulgular yandaş komplikasyonlara bağlanarak gözden kaçabilir.

Materyal ve Metot: Pulmoner atrezi ve ventriküler septal defekt ile birlikte Fallot tetralojisi tanısıyla izlenen, sağ ventrikül-pulmoner arter konduiti (Contegra) ile tam düzeltme ve santral şantın kapatılması ameliyatı yapılan 1yaş 3 aylık kız hastanın ameliyat sonrası izleminde yapılan fizik muayenede batın sağ tarafında ele gelen sert kitle saptandı. Batın ultrasonografisinde sağ böbrek alt kesiminde yaklaşık 73×56 mm boyutlarında, heterojen iç yapılı, düzgün sınırlı, böbrek parankimini iterek üst kesim pelvikalisiyel yapılarda bası ve dilatasyona neden olan ekspansil kitle izlendi. Abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrekten köken alan ve öncelikle Wilms tümörünü düşündüren kitle ile minimal intraperitoneal sıvı saptandı. Toraks tomografisinde geçirilmiş kardiyak cerrahiye bağlı değişiklikler, her iki akciğerde, sağ üst lob posteriorda belirginleşen kollaps-konsolidasyon alanları ve sağda minimal pnömotoraks izlendi .Laboratuvar incelemesinde LDH 1331 U/L, nöron spesifik enolaz (NSE) 68,19 ng/mL, CRP 139,9 mg/L, albümin 3 g/dL, kreatinin 0,29 mg/dL (tahmini GFR > 75 mL/dk/1,73 m^2) idi; beta-hCG negatif, idrar vanilmandelik asit (2,36 mg/24 saat) ve homovanilik asit (8,18 mg/gün) düzeyleri olarak sonuçlandı. Periferik yaymada hipokromi ve anizositoz dışında özellik yoktu, blast görülmedi. NSE yüksekliği nedeniyle nöroblastom ayırıcı tanısı için yapılan tru-cut biyopsinin histopatolojik incelemesinde epitelyal komponentin baskın olduğu, stromal ve fokal blastemal komponent içeren, fokal kanama ve nekroz alanları bulunan tümör saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede WT-1 ve vimentin diffüz pozitif, Wilms tümörü ile uyumlu bulgular saptandı.Hasta çocuk hematoloji-onkoloji bölümüne devredildi.Hastaya çocuk hematoloji-onkoloji bölümü tarafından vinkristin ve aktinomisin D ile neoadjuvant kemoterapi başlandı; tedaviye bağlı erken komplikasyon gelişmedi.

Bulgular ve Sonuç: Wilms tümörü çoğunlukla sistemik bulgu vermeden büyüyen bir abdominal kitle ile ortaya çıkar ve erken tanıda dikkatli fizik muayene belirleyicidir. Olgumuzda karmaşık kalp hastalığı nedeniyle yakın izlenen hastada kitlenin kardiyak cerrahi sonrası rutin muayenede saptanması, kronik hastalığı olan çocuklarda da sistemik muayenenin eksiksiz yapılmasının önemini göstermektedir. Konjenital kalp hastalığı ve Wilms tümörünün birlikteliği, altta yatabilecek genetik bir sendrom açısından değerlendirmeyi gündeme getirmelidir .Bu hastalarda kemoterapi planlanırken kardiyak fonksiyonlar yakından izlenmeli, özellikle kardiyotoksik ajanların kullanımı konusunda çocuk kardiyolojisi ile ortak karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Wilms tümörü

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 15

HARRAN ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULAMALARININ 6 AYLIK PROSPEKTİF İNCELEMESİ

büşra nur abuhandan demirtaş[1], bülent güneş[1]

büşra nur abuhandan demirtaş / harran üniversitesi

Giriş: Çocuk yoğun bakım ünitelerinde (ÇYBÜ) yatan hastaların yaklaşık %20-64'ü invaziv mekanik ventilasyona (İMV) ihtiyaç duymaktadır. İMV hayat kurtarıcı bir girişim olmakla birlikte barotravma, VAP ve hemodinamik bozukluklar gibi ciddi komplikasyon risklerini de beraberinde getirir. Bu çalışmamızdaki temel amacımız; ünitemizde İMV uygulanan çocuk hastaların klinik özelliklerini, mekanik ventilasyon süreçlerini, ekstübasyon başarılarını, komplikasyonları ve hastalık şiddet skorlarının mortalite ile ilişkisini prospektif olarak değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ÇYBÜ'de 6 aylık dönemde İMV uygulanan 1 ay–18 yaş arası 30 hasta prospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik verileri, primer tanıları, İMV endikasyonları, laboratuvar/kan gazı değerleri, ventilatör parametreleri ve komplikasyonları kaydedilmiştir. Hastalık şiddeti ve organ disfonksiyonu PRISM-3, PELOD-2, pSOFA, MODS ve VIS skorları ile derecelendirilmiştir. Veriler SPSS 25.0 ile analiz edilmiş; Mann-Whitney U, Wilcoxon ve Spearman testleri kullanılmıştır ($p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir).

Bulgular ve Sonuç: Bulgularımıza baktığımızda;Çalışmaya katılan hastaların %56,7'si kız, %43,3'ü erkek olup yaş ortancası kızlarda 3, erkeklerde 2 yıldır. Primer hastalıklarda en sık grup %40 ile nörolojik hastalıklar iken, en sık İMV endikasyonu %36,7 ile pnömoni olmuştur. Hastaların medyan entübe kalış süresi 8,5 gün, başarılı ekstübasyon oranı ise %56,7 olarak saptanmıştır. 28 günlük mortalite oranımız %31,0'dır ($n=9$). En önemli bulgularımızdan biri: Başarısız ekstübasyon gelişen ve eks olan olgularda PRISM-3, PELOD-2, P-SOFA, MODS ve VIS skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır ($p < 0{,}05$). Ekstübasyon anında, yatış anına kıyasla pH ve PaO_2 seviyelerinde anlamlı yükselme, laktat düzeylerinde ise belirgin düşüş izlenmiştir. En sık izlenen komplikasyonlar ise kardiyovasküler disfonksiyon (%16,7) ve atelektazi (%10,0) olmuştur.Sonuç olarak;Çocuk yoğun bakım hastalarında İMV sürecinde ekstübasyon başarısı ve 28 günlük mortalite; hastalığın şiddeti, organ disfonksiyonu ve inotropik destek ihtiyacı ile doğrudan ilişkilidir. PRISM-3, PELOD-2, P-SOFA, MODS ve VIS gibi klinik skorlama sistemlerinin, weaning (ayırma) kararlarının planlanmasında ve yüksek riskli hastaların erken tespitinde güvenilir ve pratik birer rehber olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Yoğun Bakım, İnvaziv Mekanik Ventilasyon, Ekstübasyon Başarısı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 150

Akut Böbrek Hasarının Bir Nedeni: Tübülointerstisyel Nefrit

Nigar Hajıyeva[1], Özlem Yüksel Aksoy[2], Alev Ok Atılgan[3], Binnaz Handan Özdemir[3], Esra Baskın[2]

Nigar Hajıyeva / Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara

Giriş: Akut tübülointerstisyel nefrit (TİN), böbrek interstisyumu ve tübüllerin immün aracılı inflamasyonu ile karakterize, çocukluk çağı akut böbrek hasarının nedenlerinden biridir. Etiyolojide en sık ilaçlar sorumlu tutulmakta olup nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve beta-laktam antibiyotikler başta gelmektedir. Ateş, döküntü ve eozinofiliden oluşan klasik üçlü olguların yalnızca küçük bir bölümünde görülür; bulantı, kusma, karın ağrısı ve halsizlik gibi özgül olmayan yakınmalar nedeniyle tanı gecikebilir. Burada, çoklu ilaç kullanımı sonrası TİN gelişen bir olguyu sunmak istedik.

Materyal ve Metot: Risperidon ve essitalopram kullanan 14 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 gün önce başlayan ateş, halsizlik ve terleme yakınmalarıyla bir başka merkeze başvurduğunda CRP 13,6 mg/L, kreatinin 1,08 mg/dL saptanmış olup parasetamol ve ibuprofen tedavileri önerilmiş.İki gün sonra bulantı, kusma ve karın ağrısı gelişen hastanın dış merkezde kreatinin 1,27 mg/dL, CRP 169,9 mg/L, kan basıncı 170/100 mmHg ölçülmüş ve tam idrar tetkikinde proteinüri (++) saptanmış. İntravenöz hidrasyon uygulanan hastanın solunum yolu viral paneli, grup A streptokok PCR ve boğaz kültürü negatif bulunmuş, eritrosit sedimentasyon hızı 97 mm/saat, spot idrar protein/kreatinin oranı 0,5 mg/mg ölçülmüş ve amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanmış. Özgeçmişinde gelişim basamaklarında gecikme, sık otitis media ve ananas alerjisi, soy geçmişinde annede akut romatizmal ateş öyküsü dışında özellik olmayan hastanın Çocuk Nefroloji polikliniğimize başvurusunda kan basıncı 140/80 mmHg, vücut sıcaklığı: 380C olup hafif halsizdi.Sistem muayeneleri doğal olup, döküntü ve pretibial ödem saptanmadı. Kreatinin 1,35 mg/dL, CRP 116,2 mg/L, C3 2,27 g/L (yüksek), C4 normal bulundu. Batın ultrasonografisi normal, ekokardiyografide eser mitral yetmezlik mevcuttu. Üveit açısından Göz konsültasyonu normaldi. Hastaneye yatırılan hastanın kreatinin düzeyi 1,49 mg/dL'ye yükseldi ve böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi akut tübülointerstisyel nefritis (eozinofilden zengin) ile uyumlu bulundu. TIN tablosuna neden olabileceği düşünülen ilaçlar kesildi, kullanmakta olduğu risperidon ve essitalopram Çocuk Psikiyatri görüşü alınarak azaltılarak kesilen hastaya prednizolon 2 mg/kg/gün başlandı. Kan basıncı yüksekliğine yönelik amlodipin tedavisi verildi. Tedavinin ilk haftasında kreatinin 1,06 mg/dL'ye geriledi. Taburculuk sonrası kontrolde kreatinin 1,1 mg/dL, spot idrar protein/kreatinin oranı 0,23 mg/mg idi; normal kan şekeri ile birlikte glukozüri saptanması tübüler disfonksiyonu düşündürdü. Hastanın steroid tedavisi 8 haftaya tamamlanıp azaltılarak kesildi.

Bulgular ve Sonuç: Analjezikler, antipiretikler ve antibiyotikler, çocuklarda terapötik dozlarda dahi akut TİN'e yol açabilir. Açıklanamayan kreatinin yüksekliği olan çocuklarda reçetesiz veya uzun süreli kullanılan ilaçları da kapsayan ayrıntılı ilaç öyküsü alınmalı ve TİN ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Şüpheli ilaçların erken kesilmesi ve tübülointerstisyel nefrit-üveit sendromu açısından oftalmolojik izlem önemlidir.

Anahtar Kelimeler: TİN

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 151

Çocukluk Çağında Rekürren Bilateral Parotit Şişliği: Juvenil Rekürren Parotit ve Otoimmün Hastalıkların Ayrıcı Tanısı

Şeydanur Özer Kanat[1]

Şeydanur Özer Kanat / Arnavutköy Devlet Hastanesi

Giriş: Juvenil rekürren parotit, çocukluk çağında tekrarlayan parotis bezi şişmesi ile seyreden nadir bir hastalıktır. Klinik bulguları nedeniyle enfeksiyon hastalıkları, obstrüktif hastalıklar, otoimmün hastalıklar ve çocuklarda özellikle Sjögren sendromu ile karışabilmektedir. Bu olgu sunumunun amacı tekrarlayan bilateral parotis şişliği ile başvuran bir çocuk hastada Sjögren sendromu başta olmak üzere ayrıcı tanıdaki yaklaşımın önemini vurgulamaktır.

Materyal ve Metot: 6 yaş kız hasta, 2 yıldır olan yılda 2-3 kez tekrarlayan çift taraflı yanakta şişlik şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta; daha önceki ataklarında kabakulak tanısı almış, çeşitli nedenlerle antibiyotik tedavisi verilmiş. Hastanın fizik muayenede bilateral parotis şişliği dışında patoloji saptanmadı. Hastanın alınan tetkiklerinde akut faz reaktanları negatif, kabakulak IgG: 4.5 pozitif; kabakulak IgM:0.25 negatif saptandı. Yapılan yüzeyel ultrasonografide; heterojen görünüm ve net sınır vermeyen hipoekoik alanlar izlendi. Ayrıca sağda daha belirgin olmak üzere eşlik eden çok sayıda reaktif görünümde lenf nodu izlendi. Enfektif, enflamatuar süreçler ile uyumlu bulundu. Hastanın bilateral parotit olması nedeniyle immün yetmelik ve Sjögren sendromu açısından tetkik edildi. Hastanın çocuk romatoloji tarafından yapılan değerlendirmesinde; Sjögren ile uyumlu olabileceği için hastanın Schimer testi yapıldı, göz kuruluğu saptanmadı. Tükürük bezi biyopsisi yapıldı; biyopside minör tükürük bezi tutulumu saptanmadı. Hastadan genetik tetkik amacıyla otoinflamatuar hastalık paneli gönderildi. Patoloji saptanmadı. Romatolojik, otoimmün ve obstrüktif nedenler dışlanan hasta juvenil rekürren parotit olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Juvenil rekürren parotit; çocukluk çağında kabakulaktan sonra en sık görülen tükürük bezi hastalığı olup, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Genellikle 3-6 yaş arasında başlar ve ergenlik döneminde olguların büyük bölümünde remisyon gelişir. Tanı; tekrarlayan parotis şişliği atakları, fizik muayene ve ultrason bulguları ile koyulur. Atipik olgularda primer immün yetmezlikler, Sjögren sendromu ayırıcı tanılarda araştırılır. Klinik, laboratuvar ve ultrasonografi bulguların birlikte yorumlanması kritik öneme sahiptir. Erken tanı, gereksiz antibiyotik kullanımını ve invaziv işlemleri önlerken uygun hastaların çocuk romatolojisi tarafından izlenmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: parotit, otoimmün, Sjögren sendromu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 152

RENAL ANOMALİ, DİRENÇLİ LAKTİK ASİDOZ VE HİPERAMONYEMİ İLE SEYREDEN BİR YENİDOĞAN OLGUSU: FBXL4 GEN MUTASYONUNA BAĞLI MİTOKONDRİYAL DNA DEPLESYON SENDROMU 13 (ENSEFALOMİYOPATİK TİP)

bünyamin akkartal[1], seda güneş[1]

bünyamin akkartal / harran üniversitesi hastanesi

Giriş: Mitokondriyal DNA deplesyon sendromu 13 (MTDPS13), FBXL4 genindeki otozomal resesif patojenik varyantlar nedeniyle gelişen, hücresel enerji metabolizması bozukluğu ve aşırı mitofaji ile karakterize, mortalitesi yüksek nadir bir ensefalomiyopatik tablodur. Hastalık sıklıkla erken infantil dönemde dirençli laktik asidoz, hiperamonyemi, belirgin hipotoni, nörogelişimsel gerilik, dismorfik yüz bulguları ve multiorgan (santral sinir sistemi, renal, kardiyak) tutulumları ile klinik verir. Bu bildiride; prenatal renal anomali ve ailede etiyolojisi belirsiz yenidoğan ölümleri öyküsü bulunan, postnatal dönemde ağır laktik asidoz, hiperamonyemi ve nöroradyolojik anomaliler saptanarak FBXL4 gen mutasyonu ile MTDPS13 tanısı alan bir yenidoğan olgusu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: 37. gebelik haftasında antenatal polihidramnios ve renal anomali tespiti nedeniyle sezaryen ile doğurtulan (2900 g, G5P5Y3), postnatal ilk 24 saatte solunum sıkıntısı, inleme ve hipotoni nedeniyle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine (YYBÜ) yatırılan olgunun klinik, laboratuvar, radyolojik ve moleküler genetik (Hiperamonyemi Paneli / WES) verileri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Akraba evliliği bulunan ebeveynlerden doğan erkek bebeğin soygeçmişinde; biri 1 haftalık, diğeri 2 günlükken etiyolojisi saptanamadan ex olan iki kardeş öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde emme zayıflığı, belirgin jeneralize hipotoni, geniş alın, belirgin metopik sütür, kısa burun sırtı, uzun filtrum, retrognati ve sol ayakta 2-3. parmak sindaktilisi izlendi. Laboratuvar incelemelerinde dirençli laktik asidoz (laktat: 9,67 mmol/L), belirgin hiperamonyemi (295 µg/dL) ve serum kreatin kinaz (CK: 1163 U/L) yüksekliği saptandı. Üriner USG ve böbrek sintigrafisinde bilateral hidronefroz (sağda grade 3, AP: 18 mm; solda grade 2) ve sağ böbrekte diüretiğe yanıt alınamayan ekskresyon stazı tespit edildi. Kranial MRG'de sol lateral ventrikül komşuluğunda poransefalik kistik görünüm, septum pellucidum et vergae varyasyonu ve mega sisterna magna saptandı. Yüksek glukoz infüzyon hızı (DPH: 8-10 mg/kg/dk), levo-karnitin, tiamin, biotin ve sodyum benzoat içeren metabolik destek tedavileri uygulandı. Moleküler genetik analizde (Hiperamonyemi Gen Paneli) FBXL4 geninde homozigot c.1541G > A (p.Trp514Ter) patojenik stop (nonsense) mutasyonu saptanarak MTDPS13 tanısı kesinleştirildi.Sonuç Akraba evliliği ve kardeş ölümü öyküsü olan yenidoğanlarda; dirençli laktik asidoz, hiperamonyemi ve hipotoni ile birlikte renal veya kranial anomalilerin varlığında MTDPS13 gibi mitokondriyal DNA deplesyon sendromları ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmelidir. Erken dönemde uygulanan yeni nesil dizileme (NGS) panelleri, bu kompleks ve seyri ağır metabolik hastalıkların tanısında ve aileye genetik danışmanlık verilmesinde hayati önem taşımaktadır

Anahtar Kelimeler: FBXL4 geni Mitokondriyal DNA deplesyon sendromu 13, Laktik asidoz, Hiperamonyemi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 153

ÜÇ LAVMAN, BİR TETANİ: SODYUM FOSFAT SONRASI AĞIR HİPERFOSFATEMİ

GÖKHAN YILMAZ[3], OSMAN ÖZDEMİR[1], BURAK BALABAN[1], BAHRİYE UZUN KENAN[2], EMRAH GÜN[1]

GÖKHAN YILMAZ / ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: Sodyum fosfatlı lavmanların bağırsaktan emilimi ağır hiperfosfatemi ve semptomatik hipokalsemiye yol açabilir. Tekrarlayan uygulama ve sıvı kaybı riski artırır. Aralıklı üç lavman uygulaması sonrasında hipokalsemik tetani ve yoğun bakım gereksinimi gelişen bir çocuk olgusu sunuldu.

Materyal ve Metot: Hastanın acil servis, çocuk yoğun bakım ve servis izlemleri ile seri laboratuvar sonuçları geriye dönük değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Prematürite, bronkopulmoner displazi ve yutma disfonksiyonu öyküsü bulunan dört yaşındaki, 15 kg erkek hasta izole kusma nedeniyle çocuk acile başvurdu. İlk başvuruda alınan kan gazında pH 7,50, pCO_2 29,6 mmHg, HCO_3 →22,8 mmol/L, baz açığı 0,6 mmol/L, iyonize kalsiyum 1,01 mmol/L, sodyum 141 mmol/L, glukoz 70 mg/dL ve laktat 2,29 mmol/L idi. Biyokimyada fosfor 4,11 mg/dL, kalsiyum 10,26 mg/dL, sodyum 144 mmol/L, potasyum 4,5 mmol/L, magnezyum 2,37 mg/dL ve kreatinin 0,36 mg/dL idi. Ayakta direkt batın grafisindeki gaz-gaita yoğunluğu nedeniyle 161 mg/mL monobazik ve 59 mg/mL dibazik sodyum fosfat içeren lavman rektal yolla uygulandı. Gaita çıkışı olmayınca birer saat arayla tekrarlanan üç uygulamanın her biri 135 mL (9 mL/kg), toplamı 405 mL (27 mL/kg) idi. Ultrasonografide invajinasyon saptanmadı. Retraksiyon, desatürasyon ve hiperventilasyonun ardından karpopedal spazm ve akrosiyanoz gelişti. Acil başvurusundan 8 saat sonra alınan kontrol kan gazında pH 7,15, pCO_2 46 mmHg, HCO_3 →15,8 mmol/L, BE −12,8 mmol/L, iyonize kalsiyum 0,48 mmol/L ve laktat 7,29 mmol/L saptandı. Acil serviste kardiyak monitörizasyon altında intravenöz kalsiyum glukonat ve izotonik sıvı verildi. Periferik dolaşım bozukluğu ve bradikardiler nedeniyle çocuk yoğun bakıma yatırıldı. Yüksek akımlı nazal kanül (HFNC) desteğine alınan hastanın kan gazında pH 7,17, pCO_2 42,3 mmHg, HCO_3 →15,2 mmol/L, BE −12,8 mmol/L, iyonize kalsiyum 0,49 mmol/L ve laktat 2,01 mmol/L; biyokimyasında üre 76,9 mg/dL, ürik asit 9,6 mg/dL, kreatinin 1,09 mg/dL, fosfor > 34,6 mg/dL, sodyum 168 mmol/L ve total kalsiyum 5,95 mg/dL idi. Hastanın kusmalarına ek olarak takibinde yoğun sulu ishalleri başladı. Sıvı tedavisi orta-ağır dehidratasyona göre düzenlendi. Dirençli hipokalsemide kalsiyum desteği artırılıp fosfat bağlayıcı başlandı. Potasyum 2,60 mmol/L'ye kadar düştü; magnezyum 2,06 mg/dL; EKG'de QTc 0,44 saniye idi. Renal replasman tedavisi gerekmedi. Taburculukta fosfor 3,91 mg/dL, kalsiyum 9,36 mg/dL ve kreatinin 0,23 mg/dL idi; hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç: Lavman sonrası tetanide hiperfosfatemiye bağlı hipokalsemi düşünülmeli; kalsiyum tedavisine dirençli hipokalsemide fosfor gecikmeden ölçülmelidir. Tekrarlayan uygulamalarda elektrolitler ve böbrek fonksiyonları izlenmelidir. Dehidrate çocuklarda sodyum fosfatlı lavman, sıvı kaybını artırarak ağır elektrolit bozuklukları ve böbrek hasarı riskini yükselttiğinden kullanılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: LAVMAN, TETANİ, DEHİDRATASYON

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 154

HER AY TEKRARLAYAN KUSMANIN ARDINDAKİ İP UCU: KATAMENİYAL SİKLİK KUSMA SENDROMU

ÖMER YILDIZ[1], FATMA ÖZDEMİR ERDEM[1], HACER ÖRSDEMİR HORTU[2], ALİ KANIK[2]

FATMA ÖZDEMİR ERDEM / İZMİR ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Siklik kusma sendromu (SKS), belirgin bir organik neden olmaksızın ortaya çıkan, ani başlangıçlı, birbirine benzer (stereotipik), tekrarlayan ve yoğun bulantı-kusma atakları ile karakterize, ataklar arasında hastanın tamamen ya da tama yakın normal olduğu fonksiyonel bir gastrointestinal bozukluktur. Patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte migren ile ortak mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Enfeksiyonlar, stres, uyku düzensizliği ve hormonal değişiklikler atakları tetikleyebilir. Menstrüasyonla ilişkili SKS, adölesan kızlarda görülebilen ve kusma ataklarının menstrüel siklusla belirgin zamansal ilişki gösterdiği nadir bir klinik tablodur. Menstrüasyon sırasında östrojen düzeyindeki azalmanın, menstrüel migrendekine benzer mekanizmalarla atakları tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bu olguda menstürasyonla tetiklenen siklik kusma sendromu tanısı alan adolesan kız hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: On yedi yaşında kız hasta, yaklaşık üç yıldır tekrarlayan şiddetli kusma atakları nedeniyle değerlendirildi. Öyküsünden, kusma ataklarının her menstrüel dönemde düzenli olarak ortaya çıktığı, 3–4 gün sürdüğü ve bu dönemlerde günde yaklaşık 15–20 kez kusma olduğu öğrenildi. Atakların her seferinde benzer özellikte ve stereotipik seyir gösterdiği; menstrüel dönemler dışında ise hastanın bulantı, kusma veya başka bir gastrointestinal yakınmasının bulunmadığı ve günlük yaşamına tamamen normal şekilde devam ettiği belirtildi. Hastanın bu yakınmalar nedeniyle daha önce değerlendirildiği; kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi ve batın ultrasonografisinin normal olduğu öğrenildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenogastrik safra reflüsü saptanmıştı. Metabolik hastalıklar açısından yapılan incelemelerde ise tekrarlayan kusma ataklarını açıklayabilecek patolojik bir bulguya rastlanmamıştı. Organik ve metabolik nedenlere yönelik önceki değerlendirmelerde kusma ataklarını açıklayabilecek bir patoloji saptanmaması, atakların stereotipik özellik göstermesi, ataklar arasında tamamen semptomsuz dönemlerin bulunması ve atakların menstrüel siklusla güçlü ve tekrarlanabilir bir ilişki göstermesi nedeniyle hastada menstrüasyonla tetiklenen (katameniyal) siklik kusma sendromu düşünüldü. Menstrüasyonun kusma atakları açısından belirgin ve öngörülebilir bir tetikleyici olarak değerlendirilmesi üzerine, atakların önlenmesine yönelik profilaktik tedavi amacıyla oral kontraseptif tedavi başlandı. İzlem sürecinde oral kontraseptif tedavi sonrasında kusma ataklarının gerilediği gözlendi.

Bulgular ve Sonuç: Siklik kusma sendromunda ayrıntılı öykü tanının temelini oluşturmaktadır. Özellikle adölesan kızlarda tekrarlayan kusma atakları değerlendirilirken semptomların menstrüel siklusla ilişkisi mutlaka sorgulanmalıdır. Ataklar arasında tam iyilik halinin bulunması ve atakların her menstrüel dönemde benzer şekilde tekrarlaması katamenial SKS için önemli ipuçlarıdır. Bu ilişkinin erken fark edilmesi, hastaların farklı gastrointestinal tanılarla uzun süre izlenmesini ve tekrarlayan gereksiz incelemeleri önleyerek uygun tedavinin planlanmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: menstrüasyon, katamenial, adölesan

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 155

Çocukluk Çağında medullblastom kemik ve karaciğer metastaz : Nadir Bir Olgu Sunumu

Rejim Kebudi[1], Hanan Abdelzaher[1], Ülkü Miray Yıldırım[1]

Hanan Abdelzaher / İstanbul üniversitesi tıp fakültesi çocuk Sağlığı ve hastalıkları anabilim Dalı

Giriş: Medulloblastom, çocukluk çağının en sık görülen malign santral sinir sistemi tümörlerinden biridir ve tedavide cerrahi, kraniyospinal radyoterapi ve kemoterapi temel yaklaşımlardır. [1] Merkezi sinir sistemi dışına metastatik yayılım nadirdir ve başlıca kemik, kemik iliği, lenf nodları, akciğer ve karaciğer tutulumu şeklinde bildirilmiştir. [2,3] Ekstranöral metastazların gelişiminde cerrahi sonrası hematolojik yayılım ve beyin-omurilik sıvısı şantları gibi çeşitli mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmektedir. [2,3] Sistemik metastazların ortaya çıkması genellikle kötü klinik seyir ve sınırlı sağkalım ile ilişkilidir. [3] ve klinik sonuçlar açısından önemlidir. Özellikle kemik metastazları çocuklarda en sık bildirilen ekstranöral metastaz bölgesidir; karaciğer tutulumu ise daha seyrek görülmektedir. [3,4] Bu nedenle nüks sırasında gelişen yeni kemik ağrıları veya abdominal yakınmalar, hastalığın sistemik yayılımı açısından dikkatle değerlendirilmelidir. [2,3]

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA MEDULLOBLASTOMDA KEMİK VE KARACİĞER METASTAZLARI: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Materyal ve Metot: On üç yaşında, önceden bilinen hastalığı olmayan erkek hasta, 2023 yılında baş ağrısı ve siklik kusma yakınmaları ile başvurdu. Kraniyal BT'de kitle saptanması üzerine opere edildi ve histopatolojik inceleme ile medulloblastom tanısı konuldu; BOS sitolojisinde seyrek atipik hücreler izlendi. Hastaya radyoterapi ve vinkristin içeren kemoterapi başlandı; radyoterapi 03.07.2023 tarihinde tamamlandı. Birinci kür sonrasında gelişen şiddetli kusma ve oral alım bozukluğu nedeniyle aile kemoterapinin devamını kabul etmedi. [4] 08.07.2024 tarihinde nüks şüphesiyle yapılan PET/BT'de sol serebellar bölgede metastatik lezyonlar saptandı ve hasta Ağustos 2024'te ikinci kez opere edildi. 20.08.2024 tarihinde bilateral bacak ve sırt ağrıları gelişmesi üzerine yapılan kontrastlı spinal ve alt ekstremite MRG'de her iki diz ile D3, D6, D9, D11, D12 ve L5 vertebra düzeylerinde metastatik lezyonlar saptandı. Kemik metastazlarına yönelik radyoterapi uygulandı. Mart 2025'te şiddetli karın ağrısı gelişmesi üzerine yapılan kontrastlı abdominal MRG'de karaciğer ve sürrenal metastazları izlendi.

Bulgular ve Sonuç: Medulloblastomda sistemik metastaz nadir bir komplikasyondur ve bildirilen olguların önemli bölümünde kemik ve kemik iliği tutulumu görülmektedir. [2,3] Ekstranöral metastazlar çoğunlukla hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıksa da erken dönemde de gelişebilir. [3] Bu olgu, çocukluk çağı medulloblastomunda tekrarlayan hastalık sırasında yaygın kemik tutulumu ile birlikte karaciğer ve sürrenal metastazlarının gelişebileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. [2,3] Medulloblastomlu hastaların izleminde yeni gelişen kemik ağrıları ve abdominal semptomlar, nadir de olsa ekstranöral metastaz açısından değerlendirilmelidir. [2,3]

Anahtar Kelimeler: Medulloblastom, ekstranöral, karaciğer metastazı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 158

Fasiyal Paralizinin Nadir Bir Nedeni: Akut Otitis Media ve Mastoidit Komplikasyonu Olan Bir İnfant Olgu

Taner Sağaltıcı[1], Tayyar Gürcü[1], Çiğdem El Çelikkaya[1]

Taner Sağaltıcı / Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi

Giriş: Periferik fasiyal paralizi çocukluk çağında nadir görülür ve sıklıkla idiyopatik (Bell paralizisi) olarak kabul edilir. Ancak akut otitis media ve mastoidit, fasiyal sinir paralizisinin önemli ve tedavi edilebilir nedenleri arasındadır. Erken tanı ve uygun tedavi, kalıcı sekellerin önlenmesi açısından önemlidir. Özellikle süt çocuklarında akut gelişen periferik fasiyal paralizi varlığında orta kulak ve mastoid bölgenin ayrıntılı değerlendirilmesi önemlidir. Bu posterde ateş ve ishal yakınmaları sırasında sağ periferik fasiyal paralizi gelişen, görüntülemede otitis mediaya sekonder mastoidit ve ödem saptanan 10 aylık bir olgu sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: 10 aylık, 8,5 kg erkek hasta; dört gündür devam eden ateş, iştahsızlık ve günde 7–8 kez sarı-sulu ishal yakınmaları nedeniyle dış merkezde değerlendirilmiş. Bilinen kronik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı veya toksik madde maruziyeti yoktu.Yatışı sırasında sağ göz kapağında düşüklük ve sağ ağız köşesinde aşağı doğru kayma gelişti. Muayenede sağ gözünü tam kapatamama, sağ kaşı kaldıramama, sağ nazolabial olukta silinme ve sağ ağız köşesinde düşme saptanarak periferik fasiyal paralizi düşünüldü. Bilateral timpanik membranlarda bombe görünümü nedeniyle KBB değerlendirmesi yapıldı.Tedavide IV seftriakson ve kortikosteroid uygulandı. KBB tarafından timpanik parasentez yapıldı; devam eden izlemde sağ timpanik membrana ventilasyon tüpü yerleştirildi. Kontrastlı beyin ve temporal MR incelemesinin sözel yorumunda otitis mediaya sekonder mastoidit ve ödem bildirildi.İzlemde ateş ve kusma gerilerken gastroenterit yakınmaları yeniden belirginleşti; gaita incelemesinde rotavirüs pozitifliği saptandı. Destek tedavisi, probiyotik ve çinko verildi. Kortikosteroid azaltılarak sonlandırıldı ve seftriakson tedavisi 10 güne tamamlandı. Hasta genel durumu iyi olarak çocuk nörolojisi ve KBB poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Bulgular ve Sonuç: Akut otitis media ve mastoidit, çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte çocuklarda periferik fasiyal paralizinin önemli ve tedavi edilebilir nedenleri arasındadır. Akut gelişen tek taraflı periferik fasiyal paralizide otoskopik değerlendirme yapılmalı; orta kulak enfeksiyonu bulguları varlığında mastoid ve temporal bölge komplikasyonları akılda tutulmalıdır. Erken multidisipliner yaklaşım, uygun antibiyoterapi ve gerektiğinde orta kulak drenajı komplikasyonların kontrolünde önem taşır. Eş zamanlı gastroenterit gibi belirgin klinik tablolar, nörolojik bulgunun altta yatan otolojik nedenini gözden kaçırmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fasiyal Paralizi, Akut Otitis Media, Mastoidit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 160

Tonsillektomi Sonrası Masif Kanamaya Bağlı Kardiyak Arrest: Pediatrik Olgu Sunumu

Buse Yiğit Coşkun[1], baran aygün[1], Aslıhan karakurum[1], neveser neslihan erdoğan[1], ömür akınel[1], onur sivas[1], Özlem tolu kendir[1], oğuz dursun[2]

Buse Yiğit Coşkun / Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş: Tonsillektomi sonrası kanamalar zamanlamasına göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Postoperatif ilk 24 saat içinde gelişen primer kanamalar çoğunlukla intraoperatif hemostazın yetersizliği ile ilişkiliyken, sekonder kanamalar sıklıkla postoperatif 5–10. günlerde tonsil lojundaki fibrinöz eskarın ayrılmasıyla damarların açığa çıkması sonucu gelişir. Tonsil yatağı, başta fasiyal arterin tonsiller ve asendan palatin dalları ile lingual arterin dorsal lingual dalları olmak üzere eksternal karotis sisteminden beslenir; ağır kanama olgularında lingual ve fasiyal arter psödoanevrizmaları da bildirilmiştir [1-3]. Bu bildiride, tonsillektomi sonrası masif kanamaya bağlı kardiyak arrest ve ağır hipoksik-iskemik beyin hasarı gelişen bir olgu, postoperatif kanama izleminin ve resüsitasyon etkinliğinin önemini tartışmak amacıyla sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgunun klinik ve laboratuvar bulguları, nörolojik değerlendirmeleri, nörogörüntüleme sonuçları, uygulanan tedaviler ve klinik sonlanımı hasta dosyası üzerinden retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Bilinen kronik hastalığı olmayan 4 yaş 5 aylık erkek hasta, tonsillektomi sonrası beşinci günde uykudan öksürükle uyanma, ağız ve burundan masif kanama ve ardından bilinç kaybı gelişmesi üzerine dış merkeze başvurmuştur. Kardiyak arrest gelişen hastaya yaklaşık 50 dakika kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmış, sağ tonsil lojundaki kanama odakları koterize edilerek hemostaz sağlanmış ve iki ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonunun ardından hasta entübe ve sedatize olarak çocuk acil servisimize sevk edilmiştir. Başvuruda ağır laktik asidoz ve hiperglisemi saptanan hastaya nöroprotektif tedavi, metabolik bozukluklara yönelik düzeltici tedavi ve vazoaktif-inotropik destek başlanmıştır. Kardiyak arrest sonrası bakım kapsamında oksijenasyon, ventilasyon ve serebral perfüzyonun optimizasyonu hedeflenmiştir. Hemodinamik stabilizasyonu sağlanan hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Elektroensefalografide ağır ensefalopati ile uyumlu bulgular, kraniyal manyetik rezonans görüntülemede ise yaygın hipoksik-iskemik beyin hasarı, diffüz serebral ödem ve tonsiller herniasyon saptanmıştır. Destek tedavilerine karşın ilerleyici nörolojik kötüleşme gelişen hastada, nörolojik muayene, apne testi ve beyin bilgisayarlı tomografi anjiyografi bulguları ile beyin ölümü tanısı konmuştur.Sonuç: Tonsillektomi sonrası masif kanama, kardiyak arrest, geri dönüşümsüz hipoksik-iskemik beyin hasarı ve beyin ölümü ile sonuçlanan bu olgu, postoperatif kanamanın erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesinin yanı sıra spontan dolaşımın en kısa sürede geri döndürülmesine yönelik etkin resüsitasyonun önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tonsillektomi, postoperatif kanama, kardiyak arrest

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 161

Konjenital Hipotiroidili Bir Olguda Rastlantısal RET Varyantı ve Ailede Medüller Tiroid Karsinomu

Mehmet Ali Oktay[1], Başak Alan Tehçi[1], Esra Döğer[1], Aylin Kılınç Uğurlu[1], Gülsüm Kayhan[2], Mahmut Orhun Çamurdan[1], Aysun Bideci[1]

Mehmet Ali Oktay / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Medüller tiroid karsinomu (MTC), tiroid parafoliküler C hücrelerinden köken alan, sporadik veya herediter olarak görülebilen nadir bir tiroid malignitesidir. Herediter MTC, germline RET protoonkogen varyantları ile ilişkili olup MEN2 spektrumu içerisinde değerlendirilmektedir. RET varyantlarının saptanması, indeks olgunun yönetiminin yanı sıra risk altındaki aile bireylerinin belirlenmesi ve erken tanısı açısından da önem taşımaktadır. Bu olguda, konjenital hipotiroidi etiyolojisi araştırılırken TG gen varyantına eşlik eden rastlantısal patojenik RET varyantının saptanması ve aile taraması sonucunda annede MTC tanısına ulaşılması sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Yenidoğan taramasında konjenital hipotiroidi saptanarak levotiroksin (LT4) tedavisi başlanan 12 yaş 7 aylık kız hasta, tiroid dishormonogenezi etiyolojisinin araştırılması amacıyla genetik değerlendirmeye yönlendirildi. Genetik incelemede TG geninde c.4783del (p.Asp1595Ilefs*6) heterozigot, olası patojenik varyant ile birlikte RET geninde c.2410G > A (p.Val804Met) heterozigot, patojenik varyant saptandı. RET p.Val804Met varyantı Amerikan Tiroid Derneği (ATA) sınıflamasında MTC açısından orta risk (ATA-MOD) grubunda yer almaktadır.Hasta halen 1,6 µg/kg/gün LT4 tedavisi altında izlenmekte olup TSH: 2,74 mIU/L, sT4: 1,47 ng/dL ve sT3: 3,31 pg/mL ile ötiroiddi. Serum kalsitonin düzeyi 3,68 pg/mL idi. Hiperparatiroidizm açısından yapılan değerlendirmede PTH: 37,4 pg/mL, Ca: 10 mg/dL, P: 5 mg/dL, Mg: 1,8 mg/dL ve albümin: 4,8 g/dL olarak saptandı. Boyun ultrasonografisinde tiroid parankimi homojen olup solid veya kistik nodüler lezyon izlenmedi; servikal bölgede reaktif özellikte lenf nodları mevcuttu. Abdominal ultrasonografi normaldi. Plazma ve 24 saatlik idrar metanefrin/normetanefrin değerlendirmelerinde feokromositoma lehine bulgu saptanmadı. Hastanın dört yıllık izleminde serum kalsitonin düzeylerinde yükselme izlenmedi; hiperparatiroidizm veya feokromositoma bulgusu gelişmedi.RET varyantının saptanması üzerine gerçekleştirilen aile taramasında annede aynı p.Val804Met varyantı heterozigot olarak gösterildi ve annenin ileri değerlendirmesinde MTC tanısı konuldu. Bunun üzerine genişletilen aile taramasında hastanın erkek kardeşinde de aynı RET varyantı saptandı.

Bulgular ve Sonuç: RET p.Val804Met, ATA tarafından orta risk (ATA-MOD) grubunda sınıflandırılan ve MTC'nin ortaya çıkış yaşı ile klinik seyri açısından değişken ekspresyon gösterebilen patojenik bir varyanttır. ATA-MOD grubundaki çocuklarda fizik muayene, boyun ultrasonografisi ve serum kalsitonin izleminin yaklaşık beş yaşından itibaren başlanması; tiroidektomi zamanlamasının başta serum kalsitonin düzeyi olmak üzere klinik bulgulara göre bireyselleştirilmesi önerilmektedir.İndeks olguda dört yıllık izlemde kalsitonin yüksekliği, hiperparatiroidizm veya feokromositoma gelişmemesine karşın aynı RET varyantını taşıyan annede MTC saptanması, p.Val804Met varyantında yaşa bağlı penetrans ve aile içi değişken fenotipik ekspresyonu desteklemektedir. Konjenital hipotiroidi araştırılırken TG varyantına eşlik eden rastlantısal germline patojenik RET varyantının saptanması, tüm aile açısından önemli sonuçlar doğurmuştur. Kaskad tarama sonucunda annede MTC tanısına ulaşılması ve kardeşte asemptomatik taşıyıcılığın belirlenmesi, genetik incelemelerde beklenmedik ancak klinik açıdan eyleme geçirilebilir bulguların önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital hipotiroidi, medüller tiroid karsinomu, RET

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 162

Özofagusta Gıda Takılması ve İlaç Özofajiti: Eozinofilik Özofajitli İki Olgu

Didem Tekeci Kınık[1], Atakan Comba[2]

Atakan Comba / Hitit Üniversitesi Çorum Arol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Özofagusta gıda takılması, yetişkinlerde sık görülmesine rağmen, çocuklarda nadirdir. Genelde hastaların yarısında altta yatan bir özofagus hastalığı (eozinofilik özofajit, reflü özofajiti, opere özofagus atrezisi, anastomoz darlığı, akalazya, motilite bozuklukları gibi) vardır. Hastalara en geç 24 saat içinde endoskopi ile müdahale edilmelidir. Ancak hasta semptomatikse (göğüs ağrısı ve tükürüğünü yutamama gibi) obstrüksiyonu gidermek için acil endoskopi gerekir. İlaç özofajiti en sık ergenlerde akne tedavisi için doksisiklin kullanımı sırasında görülür. Demir preparatları ve NSAİ ilaçlar da ilaç özofajitine neden olabilir. Burada, özofagusta gıda takılması ve ilaç özofajiti nedeniyle başvuran iki hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgu 1. 8 yaşında erkek hasta, et yemeği yerken aniden başlayan göğüs ağrısı, yemek borusunda takılma ve yutamama şikayeti ile başvurdu. Hasta çok huzursuzdu ve ağrılı yüz ifadesi vardı, tükürüğünü yutamıyordu. Solunum sesleri ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastaya acil endoskopi yapıldı. Endoskopide özofagus orta kesimde lümeni dolduran et kitlesi izlendi (Resim 1). Kitle (içinde kemik olmadığı için) nazikçe endoskopun ucu ile mideye itilerek özofagus lümeni açıldı. Özofagus mukozası ödemli, hiperemik ve eksudalıydı, lineer uzanan erozyonlar izlendi. Alınan özofagus biyopsisinde her büyük büyütmede > 15'den fazla eozinofil saptandı. Hastaya eozinofilik özofajit tanısı konuldu. 2 mg/kg/gün esomeprazol tedavisi başlanıp takibe alındı. Olgu 2. 12 yaşında erkek hasta, demir eksikliği nedeniyle verilen oral demir II sülfat tableti içerken aniden gelişen yutamama, takılma hissi ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde tükürüğünü yutamadığı görüldü, Sistemik muayeneleri normaldi. Hastaya acil endoskopi yapıldı. Özofagus orta kesimde parlak görünümde demir ilacı görüldü. İlaç çevre mukozaya da yapışmış haldeydi. Mukoza oldukça frajil ve yer yer kanamalı idi (Resim 2). Lineer erozyonlar ve trakealizasyon izlendi. İlaç, yabancı cisim forcepsi ile tutulup mideye itildi. Mukozadaki ilaç parçaları yıkanarak temizlendi. Özofagustan alınan biyopsilerde her büyük büyütmede > 15'den fazla eozinofil saptandı. Hastaya eozinofilik özofajit tanısı konarak 2 mg/kg/gün esomeprazol tedavisi ile takibe alındı.

Bulgular ve Sonuç: Çocuklarda özofagusta gıda ve ilaç takılması nadirdir. Gıda takılmalarında hızlı yemek yeme ve yetersiz çiğneme; ilaçlarda ise, ilacın az su ile içilmesi ve yatmadan önce içilmesi takılma ve özofajit riskini artırır. Endoskopi ile obstrüksiyonun giderilmesi tedavinin ilk basamağıdır. Ancak işlem sırasında altta yatan özofagus hastalıkları açısından da değerlendirme yapılmalıdır. Bu hastalarda en sık nedenlerden birinin eozinofilik özofajit olduğu unutulmamalı ve tanı için çoklu biyopsiler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: gıda takılması, ilaç özofajiti, eozinofilik özofajit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 163

Tekrarlayan Başvuru Sonrası Gecikmiş Tanı: Aşılı Bir Ergende Döküntüsüz Varisella Zoster Virüsü Menenjiti

Kayra Erkmen[1], Gözde Atasever Yıldırım[2], Sevcan Bilen[2], Asena Ünal Tolunay[3], Derya Alabaz[3], Hayri Levent Yılmaz[2]

Kayra Erkmen / Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Varisella Zoster virüsü (VZV); primer enfeksiyonda suçiçeği, reaktivasyonda herpes zoster klinik tablolarına neden olur. Merkezi sinir sistemi tutulumu da tanımlanmıştır. VZV'nin hem primer enfeksiyonu hem de reaktivasyonu sırasında nörolojik komplikasyonlar gelişebileceği bildirilmiştir. VZV menenjiti gelişen çocuklarda virüsün sistemik etkileri ve kafa içi basıncın artması nedeniyle şiddetli baş ağrısı, bulantı ve fışkırır tarzda kusma, yüksek ateş, fotofobi, ense sertliği gibi semptomlar görülebilir. Art arda üç sağlık merkezi başvurusunda farklı tanı ve tedavi alan VZV menenjiti olgusu, özgül olmayan öykü ve fizik muayene bulgularıyla başvuran hastada tanısal gecikmenin klinik kötüleşmeye yol açabileceğine ve ek hastalıkların organik nedenleri gölgelemesine dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Materyal ve Metot: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) nedeniyle ilaçsız izlenen 17 yaşındaki kız hasta, bilinç değişikliği, ateş, kusma, baş ağrısı yakınmalarıyla çocuk acil servisimize başvurdu. Öyküsünden son 5 gün içinde faklı 3 merkeze başvurduğu ve 3 ayrı tanı nedeniyle tetkik ve tedavi edildiği, ancak yakınmalarının belirgin olarak düzelmediği ve tarafımıza başvuru gününde bilinç değişikliği geliştiği öğrenildi.Acil servisimizde yapılan ilk muayenesinde; anlamsız konuştuğu, yürüme bozukluğu ve ense sertliği olduğu saptandı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Yaşamsal bulguları normal aralıklarda idi. Hasta hızla monitörize edilerek menenjit/ensefalit ön tanısına yönelik tüm tetkikleri planlandı, destek tedavileri başlandı. Lomber ponksiyonda alınan BOS örneği menenjit ensefalit panelinde Varicella Zoster virüsü polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitif olarak saptandı.

Bulgular ve Sonuç: Varisella Zoster virüsü bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda yüksek mortalite oranına sahip meningoensefalite yol açan bir etken olmakla birlikte, bağışıklık sistemi sağlam hastalarda da menenjite neden olabilir. Genellikle karakteristik veziküler döküntülerle ilişkilendirilse de, nadiren hiçbir kutanöz döküntü olmaksızın doğrudan aseptik menenjit tablosuyla prezente olabilir. Literatür incelendiğinde olgumuzla benzer kliniğe sahip, belirgin ateş ve döküntü olmadan tanı alan adölesan yaş grubunda VZV menenjit olguları nadir de olsa bildirilmiştir. Bu durumlarda BOS PCR testi önemli bir tanısal araçtır. Tanı ve tedavinin gecikmesi durumunda hayatı tehdit edici klinik tablolar hızla gelişebilmektedir. Bulantı-kusma, ateş gibi nonspesifik bulguların ve/veya psikiyatrik tanısı olan hastaların atipik somatik ve nörolojik semptomlarının etyolojisi organik nedenler açısından titizlikle incelenmelidir. Tipik döküntünün olmamasının, radyolojik görüntülemenin normal olmasının tanıyı dışlatmayacağı, aşılı ve immünkompetan hastada da VZV menenjitinin görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Varisella Zoster Virüs, Menenjit, Ensefalit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 164

Halsizlik Yakınmasından Hepatik Kist Hidatik Tanısına: Seronegatif Bir Çocuk Olgu ve İzlemi

Betül Ayşegül AYYILDIZ[1], Sevgen TANIR BAŞARANOĞLU[2], Mehlika EFENDİ KOCAGÖZ[2]

Betül Ayşegül AYYILDIZ / İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Kist hidatik, Echinococcus türlerinin larvalarının neden olduğu, Türkiye gibi endemik bölgelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdüren zoonotik bir hastalıktır. Çocukluk çağında en sık karaciğer ve akciğer tutulur; kistler yıllarca belirti vermeyebilir veya özgül olmayan yakınmalarla seyredebilir. Serolojik testler olguların %50-90'ında pozitiftir ve negatif sonuç tanıyı dışlamaz. Bu bildiride, halsizlik yakınmasıyla başlayan değerlendirme sonunda karaciğer kist hidatiği tanısı alan bir çocuk olgunun tanı ve izlem süreci sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Bilinen hastalığı ve hayvan teması olmayan, İstanbul'da şehir içinde yaşayan 12 yaş 4 aylık kız hasta, öğretmenlerinin fark ettiği ve üç aydır süren halsizlik yakınmasıyla başvurdu. Tetkiklerinde HBsAg pozitif bulunması üzerine çocuk gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi; yinelenen incelemede HBsAg negatifti, transaminazları normaldi. Fizik muayenede genel durumu iyiydi, hepatosplenomegali saptanmadı; yatışı sırasında batında palpasyonla hassasiyet vardı. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 10,7 g/dL, eozinofil 680/µL, CRP 8,92 mg/L idi. Hepatobiliyer ultrasonografide sağ sürrenal lojda, karaciğere protrüzyon gösteren ve vena kava inferiora bası yapan 77x82 mm boyutunda anekoik kistik lezyon saptandı. Ayırıcı tanıda adrenal psödokist, sürrenal ve hepatik neoplazm, apse ve kist hidatik düşünüldü. Kontrastlı manyetik rezonans görüntülemede lezyonun karaciğer kaynaklı, 92x91 mm boyutunda, pür kistik ve kontrastlanmayan bir kist olduğu görüldü. Kist hidatik indirekt hemaglütinasyon testi negatifti. Kontrol ultrasonografisinde karaciğer sol lob posteriorunda 96x86x88 mm (385 cc) boyutlu, çift kat ekojen cidarlı, Tip 1 kist hidatik ile uyumlu lezyon izlendi. Akciğer grafisi, ekokardiyografi ve kraniyal görüntüleme normaldi; izole karaciğer tutulumu kabul edildi. Albendazol (15 mg/kg/gün) başlandı ve girişimsel radyoloji tarafından PAIR uygulanarak 325 cc kist sıvısı aspire edildi. İşlem sırasında anafilaksi gelişti ve müdahale edildi. İşlem sonrası ilk haftada lezyon 88 cc'ye geriledi. İkinci ayda lezyonun 155 cc ölçülmesi üzerine ikinci PAIR planlandı; ancak kistin yerleşimi ve damarsal yapılara yakınlığı nedeniyle girişim yapılamadı, albendazol ve ultrasonografi ile izleme devam edildi. Kistik bileşen izleyen aylarda 70 cc'den 4 cc'ye geriledi. Albendazol yedinci ayında kesildi. İlaçsız üçüncü ayda lezyon 54 cc, heterojen hipoekoik ve tümüyle solid görünümdeydi.

Bulgular ve Sonuç: Karaciğer kist hidatiğinde sağ üst kadran ağrısı, bulantı, kusma, hepatomegali, ateş ya da biliyer obstrüksiyon beklenirken, olgumuzda olduğu gibi hastalık yalnızca halsizlik gibi özgül olmayan bir yakınmayla da ortaya çıkabilir. Bu nedenle özgül olmayan yakınmayla başvuran hastalar bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalı, ayrıntılı öykü ve özenli fizik muayene ile değerlendirilmelidir. Kitle saptanan hastada, Türkiye gibi endemik bölgelerde kist hidatik ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve zoonotik temas sorgulanmalıdır. Seroloji negatifliği tanıyı dışlamaz; tanıda görüntüleme belirleyicidir. PAIR sırasında anafilaksi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, halsizlik, PAIR

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 165

Artritten Tam AV Bloğa: Akut Romatizmal Karditte Nadir Bir İleti Bozuklukluğu Olgusu

Mehmet Murat[1], Canan Yolcu[1], Ümit Özdemir[1]

Ümit Özdemir / Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Akut romatizmal ateş, kardiyak tutulum gösterebilen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Kardit sırasında kapak patolojilerinin yanı sıra ileti bozuklukları da görülebilir. Bu olguda artrit bulguları ile başvuran ve takipte 2:1 AV bloktan kısa süreli tam AV bloğa ilerleyen akut romatizmal kardit olgu posteri sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: Artrit bulgularıyla başvuran ve akut romatizmal kardit tanısıyla izlenen 12 yaşındaki kız hastanın klinik seyri değerlendirildi. Hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, seri elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve 24 saatlik Holter kayıtları incelendi. Hastane yatışı ve ayaktan takip sürecinde ileti bozukluklarının seyri ve uygulanan tedaviye klinik yanıt değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Akut romatizmal karditte PR uzaması sık görülmekle birlikte, 2:1 AV blok ve kısa süreli tam AV blok daha nadir ileti bozukluklarıdır.Bu olguda artrit ile başlayan klinik tablo, hafif-orta kapak tutulumu ve belirgin ileti sistemi etkilenimi ile seyretmiştir.Seri EKG ve Holter izlemi, ileti bozukluğunun dinamik seyrini ortaya koymuş; antiinflamatuvar tedavi sonrasında ritim bulguları kademeli düzelmiştir. Akut romatizmal kardit, kapak tutulumuna ek olarak ileri derece AV ileti bozuklukları ile seyredebilir.Seri EKG ve Holter izlemi, ileti bozukluğunun seyrini göstermede kritik önemdedir.Uygun antiinflamatuvar tedavi ve yakın izlem ile AV ileti bozuklukları gerileyebilir.

Olgunun takip sürecinde ileti bozukluğunun değerlendirildiği Holter kaydından kesit.

Tablo 1. Laboratuvar bulgularının izlemdeki değişimi

Parametre	Başlangıç	13 Nisan	17 Nisan
CRP mg/L	96,75	6,35	0,59
Sedim. mm/saat	86	60	26
ASO IU/mL	750	-	-
Troponin I ng/L	33/55	6	-

Başvuru ve hastane izlemi sırasındaki laboratuvar sonuçları

Tablo 2. Kronolojik klinik seyir ve tedavi yanıtı

Tarih	Klinik bulgular ve izlem
08.04.2026	Artrit bulgularıyla başvurdu. EKG'de uzamış PR aralığı ve 2:1 AV blok, EKO'da EF %70 ve hafif posterolateral mitral yetersizliği saptandı. Akut romatizmal ateş ve kardit ön tanısıyla yatırıldı.
09.04.2026	IV prednizolon ve PPI başlandı. İlk doz sonrası artrit geriledi.
10.04.2026	Holter incelemesinde kısa süreli tam AV blok atağı saptandı.
13.04.2026	Sinüs ritmi ve 1. derece AV blok izlendi. İnflamatuvar belirteçlerde gerileme görüldü.
17.04.2026	Yedi günlük IV prednizolon sonrası oral steroid tedavisine geçildi. EKG'de 1. derece AV blok devam etti. CRP negatif, sedimentasyon 26 mm/saat olarak değerlendirildi.
24.04.2026	Hafif mitral yetersizliği ve 1. derece AV blok devam etti. 24 saatlik Holter'de bir kez iki atımlık Wenckebach ve aralıklı 1. derece AV blok izlendi. Hasta taburcu edildi.
18.05.2026	Ayaktan takipte klinik durum stabildi. EKG'de 1. derece AV blok devam etti. Steroid dozu azaltıldı ve 10 gün sonra kesildi.
24.06.2026	EKG'de sinüs ritmi ve normal PR aralığı izlendi. Hafif posterolateral mitral yetersizliği devam etti. Benzatin penisilin profilaksisinin 21 günde bir sürdürülmesi önerildi.

aşvurudan ayaktan takibe kadar klinik bulguların, AV ileti bozukluklarının ve tedavi sürecinin özeti.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, Kardit, Atriyoventriküler blok

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 166

İzole Vajinal Kanamadan McCune–Albright Sendromuna: Normal Başlangıç Değerlendirmesinin Ötesinde Bir Olgu

eda mengen[1], elvan gül[1]

eda mengen / çukurova üniversitesi

Giriş: McCune-Albright sendromu (MAS), kemikte fibröz displazi, café-au-lait pigmentli deri lezyonları ve hiperfonksiyonel endokrinopatilerin değişken bir kombinasyonu ile karakterize nadir, karmaşık, kalıtsal olmayan bir genetik bozukluktur. Kız çocuklarında gonadotropinden bağımsız östrojen üretimi ve over kistleri görülebilir. Bu olgu, ilk başvuruda izole vajinal kanama dışında endokrinolojik patoloji saptanmamasına karşın, yaklaşık bir yıl sonra meme ağrısı, hassasiyeti ve tekrarlayan vajinal kanama ile yeniden başvurması üzerine MAS açısından değerlendirilmiştir. Olgu, vajinal kanamaya eşlik eden karakteristik deri bulgularının erken tanıdaki önemini ve endokrinolojik izlemin gerekliliğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Dört yaşındaki kız hasta, iç çamaşırında kanlı lekelenme görülmesi üzerine çocuk acil servisine başvurdu. Muayenede kanamayı açıklayabilecek travmatik lezyon veya yabancı cisim bulgusuna rastlanmadı. Pelvik ultrasonografide uterus ve bilateral overler prepubertal dönemle uyumlu olup over kisti izlenmedi. Hormonal değerlendirmede FSH 0,02 mIU/mL, LH 0,03 mIU/mL ve estradiol 8,7 pg/mL olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normaldi. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları birlikte değerlendirildiğinde acil müdahale gerektiren bir patoloji saptanmadı. İleri tetkik ve tedavi için aileye poliklinik kontrolü önerildi. Ancak aile kontrole gelmedi.Hasta, 5 yaş 2 aylıkken son 3–4 aydır devam eden meme ağrısı ve hassasiyeti nedeniyle yeniden başvurdu. Başvuru günü yapılan tetkikler sırasında vajinal kanaması tekrarladı. Fizik muayenede sağ göğüs bölgesi ve sağ alt ekstremitede orta hattı geçmeyen café-au-lait makülleri saptandı. Hormonal değerlendirmede FSH 0,09 mIU/mL, LH 0,04 mIU/mL ve estradiol 221,08 pg/mL olarak ölçüldü. Pelvik ultrasonografide uterus uzunluğu 56 mm, endometrium kalınlığı 7,5 mm olup uterus pubertal morfolojideydi. Sağ overde 27 × 25 mm boyutlarında basit kist izlendi. Baskılanmış gonadotropin düzeylerine eşlik eden belirgin estradiol yüksekliği ve over kisti, otonom over kaynaklı östrojen üretimine bağlı gonadotropinden bağımsız erken puberte ile uyumlu değerlendirildi. Karakteristik café-au-lait pigmentasyonunun gonadotropinden bağımsız erken puberte ile birlikteliği, MAS tanısını güçlü biçimde düşündürdü. Kapsamlı iskelet incelemesi sırasında fibröz displazi saptanmadı. Over kaynaklı otonom östrojen üretiminin baskılanması, tekrarlayan vajinal kanamaların kontrol altına alınması ve erken pubertal ilerlemenin önlenmesi amacıyla aromataz inhibitörü olan letrozol tedavisi başlandı. İzlemde Estradiol < 1 pg/mL'ye geriledi; aktif kanama saptanmadı.

Bulgular ve Sonuç: McCune–Albright sendromunda endokrin bulguların aralıklı ve değişken seyri, erken dönemde tanıyı güçleştirebilmektedir. Sunulan olgu, ilk değerlendirmede hormonal ve ultrasonografik bulguların normal olmasının MAS tanısını dışlamadığını, gonadotropinden bağımsız erken pubertenin zaman içerisinde belirginleşebileceğini göstermektedir. Özellikle prepubertal kız çocuklarında açıklanamayan vajinal kanamaya eşlik eden karakteristik café-au-lait makülleri, başlangıç tetkikleri normal olsa dahi MAS açısından önemli bir tanısal uyarı işareti olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle erken tanı, düzenli endokrinolojik izlem ve uygun tedaviyle olası komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: café-au-lait, McCune-Albright sendromu, vajinal kanama

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 167

NEONATAL DİYABETTEN AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİNE: WOLCOTT-RALLİSON SENDROMU

Bulçe Yaren Çimet[1], Asiye Burcu Kuş[1], Gülcan Delidağ[2], Eray Doğru[3], Ali İşlek[3], Eda Mengen Uçaktürk[2]

Eda Mengen Uçaktürk / Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Adana, Türkiye.

Giriş: Wolcott-Rallison sendromu (WRS), EIF2AK3 genindeki biallelik patojenik varyantlardan kaynaklanan, otozomal resesif kalıtılan multisistemik hastalıktır.Genellikle yaşamın ilk aylarında ortaya çıkan kalıcı neonatal diyabetle karakterize olup epifizyal displazi, büyüme geriliği ve değişken derecelerde karaciğer tutulumu eşlik edebilir.Bu sunumda, neonatal diyabet (NDM) tanısıyla izlenirken ağır akut karaciğer yetmezliği gelişen, karaciğer nakli açısından değerlendirilmesine rağmen destekleyici tedaviyle iyileşen ve aile öyküsünde ölümcül hepatik tutulum bulunan, moleküler olarak doğrulanmış bir WRS olgusu sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: Otuz üç hafta üç günlük gestasyonda, 1960 gram ağırlığında ikiz eşi olarak doğan, ebeveynleri arasında birinci derece kuzen evliliği bulunan dört aylık erkek hasta, iki aylıkken NDM tanısı almış ve insülin tedavisi başlanmıştı.Aile öyküsünde, bir kuzeninde de WRS tanısının olduğu ve bu hastanın akut karaciğer yetmezliği gelişerek karaciğer nakli gerçekleştirilemeden kaybedildiği belirtilmekteydi.Glisemik regülasyon amacıyla hastaneye yatırılan hastanın izleminde ishal gelişmesi üzerine yapılan değerlendirmede transaminaz yüksekliği saptandı.Başlangıçta AST 3121 U/L ve ALT 1006 U/L iken, AST 6198 U/L ve ALT 2283 U/L düzeylerine yükseldi.INR 2,64'e ulaşırken total bilirubin 2,13 mg/dL ve amonyak 130,4 µmol/L olarak saptandı. Ağır hepatoselüler hasar ve koagülopati nedeniyle akut karaciğer yetmezliği tanısı konuldu.Hastanın izleminde uykuya eğilim gelişmekle birlikte bilinç kaybı gözlenmedi ve oral beslenmesi korundu.İntravenöz N-asetilsistein ve destekleyici tedavi başlandı.Hipoglisemiden kaçınılarak yakın glisemik ve metabolik izlem sağlandı.Karaciğer nakli olasılığına yönelik hazırlıklar başlatıldı.Ancak izlemde hastanın nörolojik durumu ve klinik bulgularında iyileşme, karaciğer fonksiyon testleri ve koagülasyon parametrelerinde düzelme gözlenmesi üzerine nakil gereksinimi olmadı.Neonatal diyabete ağır akut karaciğer yetmezliğinin eşlik etmesi üzerine WRS düşünüldü.Moleküler incelemede EIF2AK3 geninde homozigot NM_004836.7.1000C > T, p.(Gln334Ter) patojenik varyantının saptanmasıyla tanı doğrulandı.

Bulgular ve Sonuç: Wolcott-Rallison sendromu, kalıcı NDM ve yaşamı tehdit edebilen multisistemik komplikasyonlarla karakterize nadir bir hastalıktır.Karaciğer tutulumu, sıklıkla enfeksiyon veya metabolik stresle tetiklenen, tekrarlayıcı akut hepatik ataklar şeklinde ortaya çıkar.Sunulan olguda NDM'nin ardından gelişen ağır hepatoselüler hasar ve koagülopati, tanıya yönlendiren klinik bulgular olmuştur.Hastamızda koagülopatiye rağmen destekleyici tedaviyle iyileşme sağlanırken, aynı aileden WRS tanılı bir başka olgunun akut karaciğer yetmezliği nedeniyle, nakil gerçekleştirilemeden kaybedilmiş olması dikkat çekicidir.Aynı ailede gözlenen bu farklı klinik sonuçlar, WRS'de hepatik tutulumun seyrinin ve akut atakların prognozunun öngörülmesindeki güçlüğü ortaya koymaktadır.Karaciğer nakli, ağır ve geri dönüşümsüz karaciğer yetmezliği gelişen seçilmiş hastalarda hayat kurtarıcı bir tedavi seçeneğidir.Sonuç olarak, neonatal diyabetli hastalarda, özellikle akraba evliliği öyküsü varlığında, iskelet bulguları henüz gelişmemiş olsa bile WRS akılda tutulmalıdır. Erken moleküler tanı, yaşamı tehdit eden hepatik komplikasyonların zamanında tanınması ve uygun izlem stratejilerinin planlanması açısından kritik öneme sahiptir.Moleküler tanısı doğrulanan ailelere genetik danışmanlık ve prenatal tanı seçenekleri sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: neonatal diyabet, wolcot rallison, karaciğer yetmezliği

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 168

SERVİKAL VERTEBRA YERLEŞİMLİ TELANJİEKTATİK OSTEOSARKOM: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Elif Su Yıldız[1], Hatice Yelda Çığşar[2], Ayşe Özkan[2], Emel Çelik Aksoy[2], Münire Mine Bağışlar[2], Kıvılcım Eren Ateş[3], Gülfiliz Gönlüşen[3], Gülay Sezgin[2], Serhan Küpeli[2]

Elif Su Yıldız / Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Osteosarkom, çocukluk ve adölesan dönemin en sık görülen primer malign kemik tümörlerinden biridir ve genellikle uzun kemiklerin metafizlerinde yerleşir. Vertebral tutulum nadir, servikal yerleşim ise oldukça seyrektir. Bu bildiride histopatolojik olarak osteoblastom ve osteosarkom ayrımının kritik olduğu bir çocuk hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Boyun ağrısı ve üst ekstremitede güçsüzlük yakınmalarıyla başvuran 11 yaşındaki erkek hastanın klinik, radyolojik, histopatolojik ve moleküler bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: BulgularGörüntülemelerde C3–C4 düzeyinde anterior ve posterior komponentleri bulunan ekspansil, litik kemik lezyonu saptandı. İlk cerrahi girişimde alınan intralezyonel örneklerde, anevrizmatik alanlar yanı sıra osteoid formasyonu ve hücresel atipi izlenmekle birlikte osteosarkom tanısı için kesin kriter olan infiltrasyon alanları saptanmadı. Osteoblastik hücrelerde immünohistokimyasal olarak SATB2 pozitifliği saptanırken ayırıcı tanıda yer alan primer anevrizmal kemik kisti için FISH yöntemi ile USP6 break-apart negatif olarak sonuçlandı. Multidisipliner değerlendirmede osteosarkom ön planda düşünülerek kemoterapi başlandı. Evreleme PET-BT'sinde uzak metastaz saptanmadı. Tamamlayıcı cerrahi, yüksek morbidite riski nedeniyle başlangıçta uygun görülmedi.İzlemde bilateral üst ekstremite güçsüzlüğü ve yürüme dengesizliği gelişti. Kontrol görüntülemelerinde lokal progresyon saptanması üzerine nöroonkoloji konseyinde yeniden cerrahi kararı alındı. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından gerçekleştirilen ikinci operasyonda elde edilen materyalin histopatolojik incelemesinde yaygın osteoid formasyonu, atipisi belirgin osteoblastlar ve artmış mitoz nedeniyle ön planda osteosarkom düşünüldü.SonuçÇocukluk çağında servikal vertebranın litik-ekspansil lezyonlarında, nadir görülmesine rağmen osteosarkom özellikle bu bölgede osteoblastomun ayırıcı tanısında yer almalıdır. Histopatolojik olarak anevrizmatik alanlar her zaman primer anevrizmal kemik kistini göstermeyip, osteosarkom ve osteoblastoma da eşlik edebilmektedir. Tanıda en önemli kriter matür kemik dokunun infiltrasyonudur. Bu nedenle örnekleme, histopatolojik değerlendirme için belirleyicidir. Servikal yerleşimin tanısal güçlükleri ve cerrahi riskleri, multidisipliner yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osteosarkom, osteoblastom, anevrizmal kemik kisti

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 17

NÖBETİN ÖTESİNDE: UYKUDA DİKEN-DALGA AKTİVASYONUNUN KLİNİK SPEKTRUMU-OLGU SERİSİ

Hatice Sümeyye Öncel[1], Burçin Nazlı KARACABEY[1]

Hatice Sümeyye Öncel / Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Uykuda diken-dalga aktivasyonu (SWAS), NREM uykusunda yavaş diken-dalga deşarjlarının belirgin artışıyla karakterize bir elektroensefalografi (EEG) paternidir. SWAS ile ilişkili epileptik ensefalopati (EE-SWAS), klinik nöbet olmaksızın bilişsel, dilsel veya davranışsal gerilemeyle ortaya çıkabilir. Erken tanı, tedavinin gecikmeden başlanabilmesi açısından önemlidir; uzamış hastalık süresi ise daha olumsuz bilişsel sonuçlarla ilişkilidir. Bu çalışmada yedi olgunun elektroklinik özellikleri sunularak, özellikle nöbetsiz gerilemeyle başvuran çocukların tanınmasına yönelik pediatrik farkındalığın artırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Merkezimizde doğal uyku EEG'sinde SWAS saptanan yedi olgu retrospektif olarak incelendi. Gelişimsel öykü, başvuru yakınmaları, klinik özellikler, nöbet öyküsü, EEG bulguları, etiyolojik incelemeler ve tedavi yanıtları değerlendirildi. Epileptiform yükün nicel değerlendirilmesi için diken-dalga indeksi (SWI), NREM uykusunun ikinci evresindeki ilk 100 saniyede en az bir deşarj içeren bir saniyelik dilimlerin yüzdesi olarak hesaplandı. Klinik sınıflamada International League Against Epilepsy (ILAE) 2022 ölçütleri esas alındı.

Bulgular ve Sonuç: Olguların dördü (%57) erkekti; SWAS tanısı sırasındaki yaş ortalaması 5,9 ± 3,6 yıldı. Beş olguda (%71) nöbet öyküsü vardı. Beş olguda kazanılmış işlevlerde gerileme veya dikkat ve akademik performansta bozulma öyküsü, birinde başlangıçtan beri ağır nörogelişimsel bozukluk, birinde regresyon olmaksızın dalgalanan işitme yakınması bulunuyordu. Uyku aktivasyonu beş olguda jeneralize, iki olguda fokal ağırlıklıydı. SWI beş olguda > %85, birer olguda > %70 ve > %40 idi; dört olguda (%57) normal uyanıklık EEG'sine karşın uykuda SWAS saptandı. Beyin MR incelemesi bir olguda talamik hasar içeren yapısal patoloji gösterirken altı olguda normaldi. Metabolik incelemeler tüm olgularda normaldi; sonuçlanan genetik incelemelerde patojenik varyant saptanmadı. Dört olgu EE-SWAS ile uyumlu değerlendirildi. Olguya göre ilaç seçimi ve doz düzenlemesi yapılan antinöbet tedavi sonrasında üç olguda (%43) EEG normalleşmesine iletişim, dikkat veya akademik performansta düzelme eşlik etti. Yanıt alınan tedaviler valproat içeren tedavi, levetirasetam monoterapisi ve levetirasetam–klobazam kombinasyonuydu. Bir olguda SWI > %85'ten %40'a gerilerken klinik değerlendirmede değişiklik saptanmadı, diğer üç olguda SWAS sürdü. Nöbet olmaksızın gelişen bilişsel veya dil-sosyal gerileme, tedavi edilebilir bir epileptik ensefalopatinin başvuru bulgusu olabilir. Yalnızca uyanıklık EEG'si yetersiz kalabileceğinden değerlendirme uyanıklık ve uyku EEG'sini kapsamalıdır. Serimizde bazı olgularda gözlenen klinik düzelme, bu belirtilerin pediatrik izlemde tanınmasının önemini desteklemektedir. Kazanılmış beceri kaybı veya öğrenmede belirgin duraklama saptanan çocuklar, çocuk nörolojisine gecikmeden yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ESES, Elektroensefalografi, Epilepsi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 170

Yaşamın İlk Saatlerinde Ağır Konjuge Hiperbilirubinemi ve Blueberry Muffin Döküntüsü ile Başvuran Konjenital Sitomegalovirüs Olgusu

Enes Yavuz[1], Özlem Bozkurt[2], Senem Erşahin[2], Nurten Kahraman Akyel[2], Gizem Gider Yaman[2], Özge Serçe Pehlevan[2], Ayla Günlemez[2]

Enes Yavuz / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Konjenital sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, en sık görülen konjenital viral enfeksiyon olup asemptomatik enfeksiyondan ağır multisistemik tutuluma kadar geniş bir klinik yelpazede seyredebilir. Semptomatik yenidoğanlarda trombositopeni, peteşi ve purpura, hepatosplenomegali, sarılık, intrauterin büyüme geriliği ve mikrosefali gibi bulguların yanı sıra intrakraniyal kalsifikasyonlar ve sensörinöral işitme kaybı görülebilir. Morumsu-mavi papüler lezyonlarla karakterize blueberry muffin döküntüsü, konjenital enfeksiyonların nadir deri bulgularından biridir. Bu bildiride, yaşamın ilk saatlerinde ağır konjuge hiperbilirubinemi ve blueberry muffin döküntüsü ile başvuran, ağır multisistemik tutulum gösteren bir konjenital CMV olgusu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Olgu Sunumu

Bulgular ve Sonuç: Yirmi dört yaşındaki annenin ikinci gebeliğinden 39+4 gebelik haftasında vajinal yolla 2725 g (< 10 persentil) doğan kız bebek postnatal ikinci saatinde peteşi, purpura ve ağır trombositopeni (20.000/mm^3) nedeniyle dış merkezden yenidoğan yoğun bakım ünitemize sevk edildi. Fizik muayenesinde belirgin sarılık, mikrosefali, hepatosplenomegali ve yüz, gövde ile ekstremitelerde yaygın, morumsu-mavi renkli, papüler karakterde blueberry muffin döküntüsü saptandı. Başvuru laboratuvar incelemelerinde trombosit sayısı 20.000/mm^3, total/direkt bilirubin 14,87/12,44 mg/dL, AST 466 U/L, ALT 127 U/L, GGT 163 U/L idi. Ertesi sabah CMV IgM pozitifliği üzerine intravenöz gansiklovir tedavisi başlandı. Postnatal ikinci günde alınan idrar örneğinde CMV PCR sonucunun 100.000.000 IU/mL saptanmasıyla tanı doğrulandı. Erken başlanan antiviral tedaviye rağmen kolestaz başlangıçta ilerleyerek altıncı günde total/direkt bilirubin 38,65/37,55 mg/dL'ye, GGT 449 U/L'ye yükseldi.Transfontanel ultrasonografi ve kraniyal bilgisayarlı tomografide bilateral germinal matriks kanaması (solda ventriküle açılan evre 3, sağda evre 1), hidrosefali, periventriküler ve kaudat kalsifikasyonlar, korpus kallozumun seçilememesi ve inferior vermis hipoplazisi saptandı. Üçüncü haftada çekilen manyetik rezonans görüntüleme bulguları destekledi. Tekrarlayan göz muayenelerinde retinit izlenmedi. İntravenöz gansiklovir tedavisi 28 gün sürdürüldü; ardından oral valgansiklovir ile tedavi altı aya tamamlandı. Tedavi sonunda idrar viral yükü 8740 IU/mL'ye geriledi. Yenidoğan işitme taramasından bilateral geçti; 2,5 aylıkken yapılan otoakustik emisyon testinde yanıtlar bilateral alındı. İzlemde kolestaz ve organomegali geriledi; mikrosefali devam etti. Başlangıçtan itibaren yenidoğan, çocuk nörolojisi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleri tarafından riskli bebek polikliniğinde izlenen hastaya, alt ekstremitelerde hipertoni ve kortikal başparmak bulguları nedeniyle fizik tedavi başlandı. Multidisipliner izlemi sürmektedir.Sonuç: Yaşamın ilk saatlerinde ağır konjuge hiperbilirubinemi, blueberry muffin döküntüsü, trombositopeni ve hepatosplenomegali birlikteliğinde konjenital CMV enfeksiyonunu ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmelidir. Tanının yaşamın ilk 21 gününde alınan idrar örneğinde CMV PCR ile doğrulanması ve ağır semptomatik olgularda antiviral tedavinin erken başlanması önemlidir. Yenidoğan işitme taraması normal olsa bile geç başlangıçlı işitme kaybı ve nörogelişimsel sekeller açısından uzun süreli multidisipliner izlem gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital sitomegalovirüs enfeksiyonu, Blueberry muffin döküntüsü, Neonatal kolestaz

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 171

Yumuşak Doku Enfeksiyonu Sonrası MRSA Septik Embolisi: Olgu Sunumu

ceren oruç[1]

ceren oruç / mersin üniversitesi

Giriş: Septik pulmoner emboli (SPE) erişkinlerde sağ kalp endokarditi, septik tromboflebit ve derin yumuşak doku enfeksiyonlarıyla ilişkili olarak bilinir; ancak çocuklarda nadirdir ve kaynak neredeyse her zaman kas-iskelet veya yumuşak doku odaklı septik tromboflebittir. Kateter dışı tromboz gelişimi çocuklar için olağan dışıdır. Bu olgu sunumunda, yumuşak doku enfeksiyonu sonrasında Metisilin Dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) bağlı septik emboli gelişen çocuk bir hasta ele alınmıştır.

Materyal ve Metot: Olgu Sunumu

Bulgular ve Sonuç: 12 yaş 5 ay erkek hasta, denizde ayağını burkma sonrasında sağ ayak ve ayak bileğinde ağrı, şişlik, kızarıklık ve ısı artışı ile dış merkez acil servisine başvurmuş ve medikal tedaviyle taburcu edilmiştir. İki gün sonra ateş, iştahsızlık, halsizlik, bulantı ve nefes darlığı şikayetleriyle hastanemiz çocuk acil servisine getirilmiştir. Genel durumu orta, bilinci açık, spontan solunumu olan hastanın sağ ayak ve ayak bileğinde bölgesel inflamasyon bulguları saptanmıştır. Çocuk acilde takipne, dispne ve çekilmelerin gelişmesi üzerine solunum desteği sağlanmış, tetkik ve görüntülemeleri planlanmıştır. Bilgisayarlı toraks tomografisinde bilateral, sağda daha baskın olmak üzere periferal subplevral alt lob yerleşimli; santralinde kavite benzeri hava dansiteleri, buzlu cam alanları ve konsolidasyonlar içeren multipl lezyonlar izlenmiş olup bulgular septik emboli lehine değerlendirilmiştir. Pulmoner arter santral dallarında emboli saptanmamıştır. Alt ekstremite Doppler ultrasonografisinde derin ven trombozu görülmemiş, bulgular selülit ile uyumlu bulunmuştur. Ortopedi ve Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonlarında akut osseöz veya vasküler patoloji düşünülmemiştir. Çocuk hematoloji önerisiyle antikoagülan başlanan hasta çocuk enfeksiyon servisine yatırılmıştır. Takipte genel durumu kötüleşen ve solunum yetmezliği gelişen hasta çocuk yoğun bakım ünitesinde entübe edilmiştir. Akut böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine çocuk nefroloji tarafından izlenen hastaya, bilateral plevral efüzyon nedeniyle tüp torakostomi uygulanmış, ortopedi tarafından fasyotomi ve geniş debridman gerçekleştirilmiştir. Periferik kan ve santral venöz kateter kültürlerinde MRSA üremiş ve tekrarlayan kültürlerde üreme devam etmiştir. Stafilokok sepsisine bağlı septik emboli ön tanısıyla seftriakson, vankomisin ve klindamisin başlanmış; kültür yanıtına istinaden tedaviye linezolid eklenmiştir. Antibiyotik tedavisi 4 haftaya tamamlanarak oral forma geçilmiştir. Klinik remisyonda olan hastanın takibi sürdürülmektedir.Çocuklarda toplum kökenli MRSA enfeksiyonları artmakta ve hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilmektedir. Vasküler komplikasyonlar sıklıkla proksimal ekstremite venlerinde görülür. Septik emboliler toraks BT'de nodül veya kaviter lezyonlar olarak izlenir; santral kavitasyonlar tanıyı güçlendirir. Derin ven trombozu, güçlü virülans faktörlerine sahip toplum kökenli MRSA'nın neden olduğu kas-iskelet sistemi enfeksiyonlarıyla ilişkilendirilmektedir. Pediatrik SPE olgularının yarısı deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarıyla birliktedir.

Anahtar Kelimeler: septik emboli, çocuk, mrsa

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 172

Hastane Yatışının Ergenlerde Ekran Kullanımı Üzerine Etkisi

Melis Pehlivantürk Kızılkan[2], İlke Ekici Sağlam[1], Sinem Akgül[2]

İlke Ekici Sağlam / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Ekran süresindeki artış ergenlerde obezite, uyku sorunları, depresyon gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Hastane yatışı sıklıkla ergenlerde ekran süresini artırmaktadır; ancak bu artışın taburculuk sonrasında sürüp sürmediği bilinmemektedir. Bu çalışmada hastane yatışının yatış süresince ve taburculuk sonrası altı aylık dönemde ergenlerin ekran kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: 1 Kasım 2025–1 Ocak 2026 tarihleri arasında üçüncü basamak çocuk hastanesinde en az beş gün yatan 12–18 yaşında 121 ergen boylamsal olarak izlendi. Değerlendirmeler yatışın ilk günü (yatış öncesini değerlendirmek için), taburculuk günü (yatış dönemini değerlendirmek için), taburculuk sonrası üçüncü ve altıncı aylarda yapıldı. Yapılandırılmış anketlerle ergenlere ekran süreleri, kullandıkları ekran araçları, ekran kullanım nedenleri soruldu. Ebeveynlere çocuklarının ekran süreleri, uyguladıkları süre kısıtlaması ve ekran kullanımına ilişkin tutumları soruldu. Problemli dijital davranışlar Ergenlerde Sosyal Medya Bozukluğu Ölçeği, Ergenler için Dijital Bağımlılık Ölçeği, İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu ile; depresyon, anksiyete, stres düzeyleri Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 ile değerlendirildi. Zamana bağlı değişimler genelleştirilmiş doğrusal karma modellerle, ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesiyle değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya dahil edilen 121 ergenin (yaş ortalaması 14,8±1,9 yıl) ortalama yatış süresi 12,5±8,7 gün olup, 100'ünde (%82,6) tüm izlem dönemlerine ait veriler tamdır. Günlük ortalama ekran süresi yatış öncesinde 6,1 saat iken yatış döneminde 11,7 saate yükselmiş; taburculuk sonrası 3. ayda 7,2 saat, 6. ayda 6,9 saat yatış öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek seyretmiştir ($p < 0,001$). Yatış sırasında ve taburculuk sonrası 3. ve 6. aylarda özellikle olumsuz duygularla baş etme ve uyku amaçlı ekran kullanımı yatış öncesine göre anlamlı daha sık bildirilmiştir ($p < 0,001$). Ebeveynlerin kural koyma, süre sınırı ve uyarma tutum puanları yatış döneminde belirgin azalmış, 3. ve 6. aylarda da yatış öncesi seviyesinin anlamlı derecede altında kalmıştır ($p < 0,001$). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, Ergenlerde Sosyal Medya Bozukluğu Ölçeği, Ergenler için Dijital Bağımlılık Ölçeği ve İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu puanları yatış döneminde en yüksek seviyeye ulaşmış ve 6. ayda yatış öncesine göre anlamlı yüksekliğini korumuştur ($p < 0,05$). Günlük ekran süresindeki artış problemli dijital davranışlar ve depresyon ve anksiyete puanlarıyla pozitif; ebeveyn kural koyma ve süre sınırı tutumları ise bu puanlarla negatif ilişkili bulunmuştur. Hastane yatışı; ergenlerde ekran süresini, problemli dijital davranışları ve psikolojik stres düzeylerini artırmakta, ebeveyn denetimini ise zayıflatmaktadır. Bu olumsuz etkilerin taburculuk sonrası altıncı ayda da devam etmesi, ergenlerde yatış döneminin kalıcı problemli ekran kullanımı risklerine zemin hazırlayabileceğini göstermektedir. Hastanelerde sağlıklı dijital medya kullanımına yönelik kurumsal politikaların geliştirilmesi, pozitif dijital ebeveynlik tutumlarının desteklenmesi, ekran dışı sosyal etkileşim ve aktivite olanaklarının yaratılması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: ekran, ergen

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 173

Her öksürük astım değildir: Astım ön tanısıyla yatırılan adölesan hastada pulmoner tüberküloz

Fadime Büyükkarcı[1], Tuğba Güler[1]

Fadime Büyükkarcı / Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Çocuk ve adölesanlarda pulmoner tüberküloz, nonspesifik solunum yolu bulguları ile seyredebilir ve astımı taklit edebilir. Uzamış, balgamlı öksürük ve başlangıç tedavisine rağmen devam eden semptomlar enfeksiyöz nedenler açısından yeniden değerlendirilmelidir.

Materyal ve Metot: Astım ön tanısıyla yatırılan ve daha sonra pulmoner tüberküloz tanısı alan 17 yaşındaki adölesan hastanın klinik, laboratuvar, solunum fonksiyon testi, radyolojik ve mikrobiyolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: On yedi yaşındaki kız hasta yaklaşık bir aydır devam eden şiddetli balgamlı öksürük, nefes darlığı, aralıklı ateş ve sırt ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral wheezing, ral ve ronküs saptandı; oksijen satürasyonu %94–95 idi. Başlangıçta astım ve bronkopnömoni düşünülerek bronkodilatör, sistemik ve inhale kortikosteroid ile antibiyotik tedavisi başlandı. Semptomların devam etmesi üzerine ileri inceleme yapıldı. Solunum fonksiyon testinde belirgin obstrüksiyon saptanmadı. QuantiFERON testi pozitif bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde mediastinal lenfadenopatiler, bilateral akciğerlerde tomurcuklanan dalcık paterni ve pulmoner nodüller izlendi. Balgam örneğinde aside dirençli basil pozitifliği saptandı. Mycobacterium tuberculosis polimeraz zincir reaksiyonu pozitif, rifampisin duyarlı ve kültür pozitif olarak sonuçlandı. Bulgular doğrultusunda pulmoner tüberküloz tanısı mikrobiyolojik olarak doğrulandı ve sistemik kortikosteroid kesildiSonuç:Adölesanlarda wheezing varlığı tek başına astım tanısı koydurmaz. Özellikle uzun süren balgamlı öksürük, ateş, sırt ağrısı ve tedaviye rağmen devam eden semptomlarda tüberküloz başta olmak üzere enfeksiyöz nedenler mutlaka değerlendirilmelidir. Klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi doğru tanıya ulaşmada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner tüberküloz, Astım

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 174

DİŞ ETİ KANAMASI VE DİŞ KAYBIYLA TANI ALAN CHEDIAK-HIGASHI SENDROMU

Tuğba GÜLER[1], Halenur Özbek Keskin[1]

Halenur Özbek Keskin / Atatürk üniveristesi araştırma hastanesi

Giriş: Chediak-Higashi sendromu (CHS), LYST genindeki biallelik varyantlarla ilişkili, otozomal resesif kalıtılan, nadir bir doğuştan bağışıklık kusurudur [1]. Klasik bulguları arasında parsiyel okülokutanöz albinizm, enfeksiyonlara yatkınlık, hafif kanama eğilimi ve ilerleyici nörolojik belirtiler bulunmakla birlikte klinik görünüm değişkendir. Hastalarda hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) gelişme riski yüksektir. Periodontal hastalık tanıya götüren başvuru bulgusu olabilir [2,3]. Bu bildiride, sadece dental yakınmalar nedeniyle başvuran bir adölesanda CHS tanısına ulaşılması sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: On üç yaş on aylık kız hasta, diş eti çekilmesi, diş eti kanaması ve diş kaybı nedeniyle diş hekimine başvurdu. Hastanın ağız muayenesinde yaygın diş eti kızarıklığı saptandı; diş etleri hassastı ve palpasyonla kanıyordu. Diş hareketliliği belirgindi; bazı dişlerin yalnızca yumuşak doku tarafından desteklendiği görüldü. Birçok süt dişinin daha önce döküldüğü öğrenildi. Diş hekimliği değerlendirmesinde şiddetli alveoler defekt saptanması üzerine altta yatan doğuştan bağışıklık kusurunun araştırılması amacıyla çocuk immünoloji kliniğimize yönlendirildi.Aralıklı ağız içinde aftöz lezyonları olan hastada tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyon öyküsü yoktu. Anne-baba amca çocuklarıydı. Fizik muayenesinde okülokutanöz albinizm ve nörolojik tutulum yoktu.Kliniğimizde yapılan immünolojik taramada lökosit sayısı 6.560/µL, mutlak nötrofil sayısı 2.940/µL, mutlak lenfosit sayısı 2.580/µL ve trombosit sayısı 358.000/µL idi. Serum IgG, IgA ve IgM düzeyleri sırasıyla 1.880, 255 ve 184 mg/dL olarak ölçüldü. Periferik lenfosit alt gruplarında CD3+ %58, CD3+CD4+ %40, CD3+CD8+ %19, CD19+ %26 ve CD16+CD56+ %13 bulundu. İmmünoglobulin düzeyleri yaşa göre yüksek, periferik lenfosit alt grupları oran ve mutlak sayıları yaşa göre normal olarak değerlendirildi. Periferik yaymada nötrofil sitoplazmasında iri granüller, saç teli ışık mikroskopisi incelemesinde ise pigment granüllerinde kümelenme izlendi. Dental bulgular ve klinik şüphe nedeniyle hastaya genetik inceleme yapıldı. LYST NM_000081.4: c.9838C > T, p. (Arg3280Ter) varyantının homozigot olarak saptanmasıyla CHS tanısı konulan hasta hematopoetik kök hücre nakli açısından yönlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Chediak-Higashi sendromunda nötrofil kemotaksisi, degranülasyonu ve hücre içi mikrop öldürme işlevlerindeki bozukluklar periodontal savunmayı zayıflatarak diş eti inflamasyonu, alveoler kemik kaybı ve diş kaybına katkıda bulunabilir [2]. İmmünoglobulin düzeylerinin ve lenfosit alt grup dağılımının normal olması, hücresel işlev bozukluğunu ve CHS tanısını dışlamaz [1]. Olgumuz, okülokutanöz albinizm, nörolojik tutulum veya tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyon öyküsü bulunmasa da dental yakınmaların CHS tanısına götürebileceğini göstermektedir. Çocuklarda açıklanamayan diş kaybı ve kronik periodontit gibi dental problemler doğuştan bağışıklık kusurları açısından uyarıcı olmalıdır. Diş hekimliği ve çocuk immünoloji klinikleri arasındaki iş birliği bu hastalıkların erken tanısı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Chediak higashi, Dental kayıp, Periodonit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 175

Prematüre Bebekte PDA Ligasyonu Sonrası Gelişen Diyafragma Paralizisi

Talha Zübeyr ALİŞ[1], Dilek Damla SAYMAZLAR[2], Meltem MUTLU TATAR[1], Nuran ÜSTÜN[1], Ebru YALIN İMAMOĞLU[1], Sibel Hatice ÖZÜMÜT[1], Sertaç ARSLANOĞLU[1], Hüsnü Fahri OVALI[1]

Talha Zübeyr ALİŞ / GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Patent duktus arteriyozus (PDA), özellikle prematüre yenidoğanlarda sık görülen ve hemodinamik instabiliteye yol açabilen önemli bir kardiyovasküler patolojidir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen, hemodinamik olarak anlamlı PDA olgularında cerrahi ligasyon etkili bir tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır. Bununla birlikte PDA ligasyonu sonrası rekürren laringeal sinir ve frenik sinir hasarı gibi nadir fakat ciddi komplikasyonlar bildirilmektedir. Frenik sinir hasarına bağlı gelişen diyafragma paralizisi; solunum yetmezliği, artmış ventilatör ihtiyacı ve mekanik ventilasyondan ayrılmada güçlük ile seyredebilir.

Materyal ve Metot: Bilinen ek hastalığı olmayan 19 yaşındaki G2P2A0K0 annenin 29 gestasyonel haftasında acil sezaryen ile doğan, 1280 gram erkek bebek 3. düzey yenidoğan yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Postnatal 3. günde yapılan ekokardiyografide hemodinamik olarak anlamlı PDA (haPDA) saptanması üzerine ibuprofen tedavisi başlandı. Postnatal 6. günde haPDA'nın devam etmesi nedeniyle ibuprofen ve parasetamol tedavisi uygulandı. Postnatal 13. günde PDA restrikte olarak izlenirken, postnatal 19. günde yeniden haPDA saptanması üzerine medikal tedavi tekrarlandı. Postnatal 25. günde yapılan ekokardiyografide haPDA'nın persiste etmesi ve hastanın mekanik ventilatörden ayrılamaması nedeniyle dış merkezde PDA ligasyonu gerçekleştirildi. Operasyon sonrası dönemde paradoksal solunum, artmış solunum eforu ve artan oksijen ihtiyacı gelişti. Akciğer grafisinde sol akciğerde atelektazi, sol hemidiyafragmanın elevasyonu ve abdominal barsak anslarının toraksa doğru yer değiştirdiği izlendi. Diyafragma ultrasonografisinde sol hemidiyafragmada solunumla uyumlu hareket izlenmemesi diyafragma paralizisi ile uyumlu bulundu. PDA ligasyonuna bağlı frenik sinir hasarı düşünülen olguya postnatal 45. günde çocuk cerrahisi tarafından diyafragma plikasyonu uygulandı. Operasyon sonrası kontrol akciğer grafilerinde sol akciğer havalanmasının düzeldiği ve bilateral akciğer havalanmasının eşitlendiği gözlendi.

Bulgular ve Sonuç: PDA ligasyonu, medikal tedaviye dirençli prematüre olgularda etkili bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, nadir görülen ancak ciddi morbiditeye yol açabilen frenik sinir hasarı ve diyafragma paralizisi gibi komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. PDA ligasyonu sonrası mekanik ventilasyondan ayrılmada güçlük, artmış solunum eforu ve tek taraflı atelektazi gelişen olgularda diyafragma paralizisi mutlaka akılda tutulmalı; erken tanı ve zamanında cerrahi müdahale ile morbidite azaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyafragma Paralizisi, Patent duktus arteriyozus

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 176

Çocukluk Çağında Bruselloz İle İlişkili Hlh Benzeri Hiperinflamatuar Tablo

Ünzüle Arıkan Kutlu[1], Ayşe Takım[1]

Ünzüle Arıkan Kutlu / Atatürk Üniversitesi araştırma hastanesi Erzurum

Giriş: Bruselloz, çocuklarda uzamış ateş, hepatosplenomegali ve sitopenilerle seyredebilir; hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) ile ilişkili hiperinflamasyona yol açabilir [1]. Bu bildiride, sekonder HLH düşünülen, kan kültürüyle bruselloz tanısı alan ve antimikrobiyal tedaviyle düzelen bir çocuk sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: On iki yaş üç aylık, 36 kg erkek hasta, 14 gündür süren ateş, halsizlik, iştahsızlık, gece terlemesi, kas ve eklem ağrılarıyla başvurdu. Özgeçmişinde geçirilmiş hemolitik üremik sendrom vardı; böbrek fonksiyonları normaldi. Kırsal bölgede yaşayan hastanın pastörize edilmemiş süt ürünleri tüketimi mevcuttu. Seftriakson tedavisinin dördüncü gününde ateşinin sürmesi üzerine merkezimize sevk edildi. Ateşi günde 2–4 kez yükseliyor, 39,4 °C'ye ulaşıyor ve antipiretiklerle geriliyordu. Aile öyküsü olağandı. Muayenede hepatosplenomegali; laboratuvar incelemelerinde bisitopeni, transaminaz ve LDH yüksekliği saptandı. Ferritin 3.756 ng/mL, trigliserid 280 mg/dL, fibrinojen 123 mg/dL ve D-dimer 29.160 ng/mL idi. Sekonder HLH düşünülerek kemik iliği aspirasyonu planlandı. Periferik yayma ve akım sitometrisinde malignite lehine bulgu saptanmadı. Viral PCR testleri ve romatolojik incelemeler negatifti. Kırım-Kongo kanamalı ateşi ayırıcı tanıya alındı; koagülasyon testleri normal kaldı, kanama gelişmedi. KKKA PCR yapılmadı.Hastalığın 17. gününde kan kültüründe Brucella spp. üredi. Brucella IgM ve IgG pozitif, Rose Bengal ve standart tüp aglütinasyon testleri negatifti. Gentamisin 5 mg/kg/gün intravenöz yedi gün ve doksisiklin 4 mg/kg/gün iki dozda altı hafta planlanarak başlandı. Tedavinin üçüncü gününde ateş düzeldi. İnflamasyon göstergeleri, transaminazlar ve LDH gerilerken hemoglobin ve trombosit değerleri düzeldi. Hızlı yanıt nedeniyle kemik iliği aspirasyonu yapılmadı; IVIG, kortikosteroid veya etoposid uygulanmadı. Haftalık klinik ve laboratuvar izlemi planlandı. Yaklaşık yedi günlük yatış sonunda ateşsiz ve genel durumu iyi olan hastanın taburculuğu değerlendirilerek doksisiklin tedavisinin toplam altı haftaya tamamlanması planlandı.

Bulgular ve Sonuç: HLH-2004 yaklaşımında, uyumlu moleküler tanı yoksa sekiz kriterden beşinin karşılanması gerekir [2]. Olgumuzda ateş, splenomegali, hiperferritinemi ve hipertrigliseridemi/hipofibrinojenemi kriterleri karşılandı. İki hücre serisinin sitopeni eşiklerini eşzamanlı karşıladığı doğrulanamadı; hemofagositoz, NK hücre aktivitesi ve çözünür CD25 değerlendirilmedi. Olgu, bruselloz ile ilişkili HLH benzeri hiperinflamatuvar tablo olarak tanımlandı. Endemik bölgelerde uzamış ateş, hepatosplenomegali, sitopeni ve hiperferritinemiyle başvuran çocuklarda bruselloz düşünülmelidir. Tedavi ve invaziv inceleme kararları klinik seyirle birlikte değerlendirilmelidir

Anahtar Kelimeler: Brucella

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 178

Küçük Bir Cihaz, Ciddi Bir Travma: Beş Aylık Bebekte Deplase Fraktür ve Epidural Hematom

Zeliha SİREL[1], Sevcan BİLEN[2], Gözde ATASEVER YILDIRIM[2], Merve YILDIRIM[2], Fatma Nur ÇETİNKAYA[2], Şükran TAN[3], Rıza Dinçer YILDIZDAŞ[3], Hayri Levent YILMAZ[2]

Zeliha SİREL / Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Pediatrik kafa travmaları, özellikle süt çocukluğu döneminde başlangıçtaki klinik bulguların intrakraniyal yaralanmanın ciddiyetini her zaman yansıtmaması nedeniyle dikkatli değerlendirme gerektirir. Epidural hematom, kafa travmasının nadir ancak ciddi komplikasyonlarından biri olup kafatası kırıkları ile birlikte görülebilmektedir. Alışılmadık bir travma mekanizması sonrası hayatı tehdit edebilecek deplase kafatası fraktürü ile birlikte epidural kanama gözlenen olgu, bu tarz kazalar sonrası gelişebilecek ağır klinik durumlara dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Materyal ve Metot: OLGUBeş aylık erkek hasta, başka bir çocuk tarafından yaklaşık 2 metre mesafeden başına atılan cep telefonunun sol parietal bölgeye çarpması sonucu oluşan şişlik nedeniyle travmadan 1 saat sonra hastanemiz çocuk acil servisine getirildi. Yakınları tarafından başvuru öncesinde kusma, bilinç değişikliği veya uykuya meyil tariflenmedi. Hastanın ilk değerlendirmesinde bilinci açık, çevreyle etkileşimi iyi ve spontan hareketleri mevcuttu. Glasgow Koma Ölçeği 15 olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde sol parietal bölgede 1x1 cm boyutunda yumuşak doku şişliği mevcuttu, ön fontaneli açık, 2x1 cm boyutunda, normal bombelikte, pupiller izokorik ve ışık refleksi bilateral pozitifti. Fokal nörolojik defisit saptanmadı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Vital bulguları yaşına uygun ve hemodinamik olarak dengede idi. Beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol parietalde deplase fraktür hattı ve komşuluğunda ekstraaksiyel hematom izlendi. İzleminde kontrol görüntülemede sol parietalde deplase fraktür hattına komşu bölgede 3,5 mm kalınlığında bikonveks epidural hematom saptandı (Resim 1) ve ilk incelemeye göre progresyon gösterdi. Hasta takip ve tedavisinin devamı amacıyla çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Antibiyotik ve antiepileptik tedavi başlandı, seri hematokrit izlemi yapıldı. Beyin cerrahi bölümü ile konsülte edilen hasta cerrahi girişim uygulanmadan konservatif olarak takip edildi. Bir gün sonra yapılan kontrol görüntülemede ise hematomun stabil olduğu görüldü. Elektroensefalografisi normal olarak değerlendirilen hastanın klinik izleminin stabil seyretmesi üzerine 3. gününde antibiyotik tedavisi sonlandırıldı. Yatışının 4. gününde, antiepileptik tedavisi sürdürülmek üzere taburcu edildi ve poliklinik izlemi planlandı. Poliklinik kontrolünde çekilen beyin BT'de epidural hematomun tamamen regrese olduğu görüldü. Antiepileptik tedavisi sonlandırılarak poliklinik izlemlerine devam edilmesi planlandı.

Hastanın kontrol tomografisindeki epidural hematom

Bulgular ve Sonuç: Süt çocukluğu döneminde alışılmadık mekanizmalı kafa travmalarında, başlangıç nörolojik değerlendirme normal olsa dahi intrakraniyal yaralanma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Kraniyal fraktür saptanan olgularda yakın klinik izlem ve gereklilik halinde uygun aralıklarla tekrarlanan görüntüleme, intrakraniyal kanamanın progresyonunun erken dönemde belirlenmesi ve tedavinin geciktirilmemesi açısından önem taşımaktadır. Bu olgu, başlangıç klinik değerlendirmesi ile radyolojik seyrin farklılık gösterebileceğini ve uygun hastalarda yakın izlemin tedavi sürecinin önemli bir parçası olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: epidural hematom, kafa travması, pediatri

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 179

AdolesandaTravma Sonrası Gelişen Akut İskemik İnme Olgusu

Elif Uğurlu[1], Sümeyye Evsile[1], Gökçe Celep[1]

Elif Uğurlu / Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Çocukluk çağında akut iskemik inme nadir görülmekte olup nörolojik bulgulara ve uzun dönem sekellere neden olduğu için önemli bir klinik tablodur. Akut iskemik inmenin etiyolojisinde kardiyak hastalıklar, vasküler anomaliler, enfeksiyonlar, hematolojik bozukluklar ve travma gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Fiziksel travma sonrasında gelişen serebral iskemi; vasküler yaralanma, arteriyel diseksiyon, tromboembolik olaylar veya serebral perfüzyon bozuklukları ile ilişkili olabilir. Travma sonrası gelişen fokal nörolojik bulguların erken tanınması, kalıcı nörolojik hasarın önlenmesi açısından önemlidir.

Materyal ve Metot: Bu olguda akut iskeminin nadir bir nedeni olan fiziksel saldırı sonrası akut iskemik inme gelişen bir adolesan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Olgu: On beş yaş beş aylık erkek hasta, fiziksel saldırı sonrasında gelişen konuşamama ve sağ üst ekstremiteyi oynatamama şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Ailesinden alınan öyküde hastanın baş ve vücut bölgesine tekme ile darbe aldığı öğrenildi. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalık yok. Başvuru sırasında vital bulguları stabil, Glasgow Koma Skalası skoru 14 olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde saçlı deride belirgin travma bulgusu izlenmedi. Hastanın bilinci açık, komutlara uyumu mevcut olmakla birlikte konuşamadığı ve sorulara baş hareketleriyle uygunsuz yanıtlar verdiği gözlendi. Nörolojik muayenesinde sağ üst ekstremitede motor ve duyu kaybı saptandı. Bilateral ışık refleksleri alındı. İlk değerlendirmede çekilen kranyal bilgisayarlı tomografi (BT) patolojik bulgu yok olarak raporlandı. Takibinde çekilen difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemede (MRI) sol parietal kortekste akut iskemi ile uyumlu alanlar saptandı. Nöroloji konsültasyonu sonucunda hastaya klopidogrel tedavisi uygulandı, takibinde Çocuk Nöroloji olan merkeze sevk edildi. Taburculukta enoksaparin başlandı. Hastanın takibinde konuşma güçlüğü olduğu için konuşma terapisi aldı ve sağ üst ekstremitede güçsüzlük olması nedeniyle fizik tedavi almıştır.Sonuç: Fiziksel saldırı sonrası gelişen akut nörolojik bulgular, çocukluk çağında nadir görülen ancak ciddi sonuçlara yol açabilir. Fizik muayenede travma bulgusunun bulunmaması kraniyal bilgisayarlı tomografinin normal olması serebral iskemiyi dışlamamaktadır. Özellikle konuşma bozukluğu ve tek taraflı motor kayıp gibi fokal nörolojik bulguların varlığında ileri nörogörüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Travmaya bağlı vasküler yaralanmaların değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşım, erken tanı ve uygun tedavi planlaması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: travma, iskemi, adolesan

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 18

Sodyum Disregülasyonu ve Nöbetlerin Hipokampal CA1 Bölgesinde Mitokondriyal Apoptoz ve Nöronal Hasar Üzerine Etkileri

Burcu Parıltan Küçükalioğlu[1], Beril Dilber[1], Seren Gülşen Gürgen[2]

Burcu Parıltan Küçükalioğlu / Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Giriş: Sodyum homeostazındaki bozukluklar nöronal eksitabiliteyi etkileyerek nöbet gelişimini kolaylaştırabilmekte ve santral sinir sistemi hasarına katkıda bulunabilmektedir. Ancak akut ve subakut hiponatremi ile hipernatreminin nöbetlerle birlikte hipokampal nöronal hasar ve apoptotik mekanizmalar üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada akut ve subakut sodyum bozukluklarının, tek başına ve nöbetle birlikte, hipokampal Cornu Ammonis 1 (CA1) bölgesindeki nöronal hasar ve mitokondriyal apoptotik yolak üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Çalışmaya toplam 70 erkek Wistar sıçan dahil edilerek hayvanlar 10 deney grubuna ayrıldı (n=7/grup). Akut ve subakut hiponatremi ile hipernatremi modelleri oluşturuldu ve serum sodyum düzeyleri biyokimyasal olarak doğrulandı. Nöbet oluşturulan gruplarda kainik asit intraperitoneal olarak 10 mg/kg dozunda uygulandı ve nöbetler Racine skalasına göre değerlendirildi. Nöbet başlangıç zamanı, nöbet süresi ve nöbet şiddeti kaydedildi. Hipokampal CA1 bölgesindeki morfolojik değişiklikler hematoksilen-eozin (H&E) boyaması ile değerlendirildi. Mitokondriyal apoptotik yolak aktivasyonu sitokrom-c ve kaspaz-9 immünohistokimyasal boyamalarıyla, apoptotik hücre ölümü ise Terminal deoxynucleotidyl transferase dUTP nick end labeling (TUNEL) yöntemiyle incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Serum sodyum değerleri deney gruplarında 112–189 mEq/L arasında değişmekteydi. Nöbet başlangıç zamanı, süresi ve şiddeti açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$). Akut hiponatremi daha erken nöbet başlangıcı ve artmış nöbet şiddeti ile ilişkiliyken, subakut hiponatremide nöbet süresinin uzadığı görüldü. Subakut hipernatremide ise nöbet başlangıcı daha geç ve nöbet süresi daha kısa bulundu. Hipokampal CA1 bölgesinde kaspaz-9 ve sitokrom-c ekspresyonlarının kontrol grubunda minimal olduğu, sodyum bozukluğu ve nöbetin birlikte bulunduğu gruplarda belirgin olarak arttığı görüldü. TUNEL-pozitif hücre sayısı özellikle subakut sodyum bozukluklarında artmış olup en yüksek apoptotik aktivite subakut hiponatremi ve nöbet birlikteliğinde saptandı. Subakut hipernatremi ve nöbet grubu bunu izledi. Ayrıca sodyum bozukluğunun nöbet olmaksızın da hipokampal nöronal ve glial hasara yol açabildiği gözlendi.Sodyum disregülasyonu, özellikle subakut hiponatremi, nöbetle ilişkili hipokampal CA1 hasarını belirgin şekilde artırmaktadır. Artmış sitokrom-c salınımı, kaspaz-9 aktivasyonu ve TUNEL pozitifliği, bu hasarda intrinsik mitokondriyal apoptotik yolun önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Sodyum bozukluklarının nöbet olmaksızın da nöronal hasara yol açabilmesi, elektrolit dengesizliğinin yalnızca nöbet eşiğini değiştiren bir faktör değil, aynı zamanda doğrudan nörotoksik bir metabolik stresör olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, nöbet, apoptoz

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 181

YENİDOĞANDA ÇOKLU KONJENİTAL ANOMALİ BİRLİKTELİĞİ: YARIK DUDAK VE DAMAK, SPİNA BİFİDA VE KARIN ÖN DUVARI DEFEKTİ

MAHMOUD DURGHAM[1], EZGİ YILMAZ[1], METİN ÖZTEP[3], SAMET BENLİ[2]

MAHMOUD DURGHAM / GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: Yenidoğan döneminde görülen konjenital anomaliler tekil olabileceği gibi birden fazla organ sistemini içeren çoklu malformasyon paternleri şeklinde de görülebilmektedir. Nöral tüp defektleri, karın ön duvarı defektleri ve kraniyofasiyal yarıkların aynı olguda birlikteliği oldukça nadirdir. Bu çalışmada; yarık damak ve dudak, meningomyelosel ile karın ön duvarı defekti saptanan bir yenidoğan olgusunun klinik ve tanısal özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: İleri merkezimize çoklu konjenital anomali ve ciddi solunum sıkıntısı nedeniyle sevk edilen term erkek bebeğin prenatal ve perinatal öyküsü, başvuru sırasındaki klinik durumu, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları ve radyolojik incelemeleri geriye dönük olarak değerlendirildi. Olgunun tanısal değerlendirme ve tedavi sürecinde elde edilen bulgular ile ilgili branşların katkıları doğrultusunda yürütülen multidisipliner takip süreci incelendi. Hastanın klinik seyri, uygulanan tedavi ve destek girişimleri ile izlem sırasında gelişen komplikasyonlar kayıtlar üzerinden analiz edildi.

Bulgular ve Sonuç: Gebelik haftası 38 olan, 2400 gram doğan erkek bebek acil doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Anamnezinde anne 27, baba 29 yaşında olup aralarında birinci derece akrabalık mevcuttu. Fizik muayenesinde kraniyofasiyal bölgede yarık damak ve dudak; göbek çevresinde yaklaşık 3x3 santimetre boyutlarında cildden kabarık, hiperemik karın ön duvarı defekti; lumbal bölgede 5x5 santimetre boyutlarında meningomyelosel kitle lezyonu ve belirsiz genital yapı saptandı. Transfontanel ultrasonografide bilateral lateral ventriküllerde dilatasyon (sağda 13 milimetre, solda 14 milimetre) ve üçüncü ventrikülde genişleme izlendi. Abdominal ve pelvik ultrasonografide organ parankimleri tabii izlenirken mesane ve sağ böbrek pelvisinde stent imajı saptandı. Laboratuvar incelemesinde C-reaktif protein yüksekliği (63.3 miligram/litre) ve tiroit stimülan hormon yüksekliği (30.53 mIU/L) tespit edildi. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik ve mekanik ventilatör desteği başlandı. Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi konsültasyonları neticesinde meningomyelosel ve karın duvarı defekti için cerrahi planlandı; yarık damak ve dudak için ise 3-6. aylarda operasyon amacıyla poliklinik takibi önerildi.Nöral tüp, karın duvarı ve kraniyofasiyal anomalilerin bir arada bulunması erken embriyolojik gelişim bozukluklarına işaret etmekte olup akraba evliliği öyküsü genetik etiyolojinin önemini vurgulamaktadır. Bu tür karmaşık olgularda mortalite ve morbiditeyi azaltmak için Yenidoğan, Çocuk Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Plastik Cerrahi ve Tıbbi Genetik birimlerinin birlikte hareket ettiği multidisipliner bir yaklaşım şarttır.

Anahtar Kelimeler: SPİNA BFİDA, NÖRAL TÜP, DEFEKT

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 182

KORKUTUCU GÖRÜNÜM, MASUM TABLO: YENİDOĞANDA FİZYOLOJİK HARLEQUIN RENK DEĞİŞİKLİĞİ OLGUSU

EZGİ YILMAZ[1], METİN ÖZTEP[2], MAHMOUD DURGHAM[1], SAMET BENLİ[3]

EZGİ YILMAZ / GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: Harlequin renk değişikliği (Harlequin color change), yenidoğan döneminde —özellikle yaşamın ilk 2 ila 5. günleri arasında— gözlenen, benign ve geçici bir vasomotor fenomendir. Temel mekanizmasının, hipotalamik merkezin ve otonom sinir sisteminin kapiller tonus regülasyonundaki immatürlüğüne bağlı geliştiği kabul edilmektedir. Bu durum, yerçekiminin etkisiyle alt tarafta kalan kütanöz damarlarda dilatasyon (eritem) ve üstte kalan tarafta ise vazokonstriksiyon (solukluk) ile sonuçlanır.Klinik görünüm oldukça dramatik ve anidir: Vücudu tam orta hattan (sagittal düzlem) ikiye bölen keskin bir sınırla, bağımlı (alt) tarafta belirgin eritem, karşıt (üst) tarafta ise solukluk izlenir. Pozisyon değişikliğiyle (bebeğin diğer tarafa yatırılmasıyla) renk değişikliği genellikle taraf değiştirir veya birkaç dakika ila 20 dakika içerisinde kendiliğinden düzelir. Ataklar sırasında bebeğin vital bulguları, otonom yanıtları ve nörolojik muayenesi tamamen normaldir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmamızda, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) Geçici Solunum Sıkıntısı (TNY) tanısı ile takip edilmekte iken yatışının 3. gününde vücudunda belirgin renk değişikliği gelişen tek bir olgunun verileri retrospektif olarak incelenmiştir.Olguya ait klinik bulgular, takip süresince kaydedilen vital parametreler (kalp tepe atımı, solunum sayısı, kan basıncı, pre/post-duktal periferik oksijen satürasyonu), laboratuvar analizleri (tam kan sayımı, kan gazı, akut faz reaktanları, biyokimya paneli) ve cilt renk değişikliğini belgeleyen dijital fotoğraf kayıtları hasta dosyasından ve hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Akraba evliliği bulunmayan 26 yaşındaki anneden, 38. gebelik haftasında vajinal yolla 3150 gram doğan erkek bebek, doğum sonrası hafif takipne nedeniyle YYBÜ'ye kabul edildi. Yatışının 3. gününde yan yatış pozisyonında iken gövde ve ekstremitelerin alt yarıda kalan kısmında belirgin eritem, üst yarıda kalan kısmında ise belirgin soluklaşma gelişti. Renk değişimi vücudun tam orta hattından (ksifoidden pubise) cetvelle çizilmişçesine net bir sınırla ayrılmaktaydı. Bu sırada bebeğin vital bulguları (SpO_2: %98, KTA: 138/dk, KB: 64/38 mmHg) normal sınırlardaydı ve bebek sakindi. Bebek sırtüstü (supin) pozisyona getirildiğinde ve hareket ettirildiğinde yaklaşık 3 dakika içerisinde renk değişikliği tamamen düzeldi. Tam kan sayımı, biyokimya ve ekokardiyografi incelemeleri tamamen normal saptandı. Herhangi bir tıbbi tedavi uygulanmayan bebek, atakların tekrarlamaması ve solunum sıkıntısının gerilemesi üzerine 5. günde aile eğitimi verilerek taburcu edildi.Harlequin renk değişikliği, yenidoğanlarda otonomik dengesizliğe bağlı gelişen, klinik olarak dramatik görünmekle birlikte tamamen fizyolojik ve benign bir durumdur. Bu tablonun doğru tanınması, gereksiz invaziv tetkiklerin, laboratuvar takiplerinin ve aile anksiyetesinin önüne geçilmesi açısından hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HARLEQUIN, FİZYOLOJİK, YENİDOĞAN

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 184

Pneumocystis jirovecii Pnömonisi Tedavisi Sırasında Trimetoprim-Sülfametoksazole Bağlı Gelişen Ağır Kemik İliği Baskılanması: Çoklu İlaç Kullanan Bir Olguda Ayırıcı Tanı Güçlüğü

Hilal Uçkaç[1], Damla Beytorun[2], Yılmaz Ay[2]

Hilal Uçkaç / Kartal Doktor Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Trimetoprim-sülfametoksazol, Pneumocystis jirovecii pnömonisinin ilk seçenek tedavisidir. Tedavi dozlarında folat metabolizmasının baskılanmasına bağlı sitopeniler gelişebilir. Çoklu ilaç kullanan hastalarda sorumlu ajanın belirlenmesi güçtür. Burada tedavi dozunda trimetoprim-sülfametoksazol altında ağır trombositopeni ve nötropeni gelişen bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Bilinen atipik otizm ve epilepsi tanılarıyla sodyum valproat, klobazam, haloperidol ve klorpromazin kullanan, tekrarlayan pnömoni nedeniyle çoklu hastane yatış öyküsü olan, gelişinde yapılan fizik muayenesinde solunum sesleri kaba olarak değerlendirilmiş solunum sıkıntısı nedeni ile interne eden, takibinde bronkoskopi yapılan 11 yaş 28 kg ağırlığındaki erkek hastanın hemogram seyri ve periferik yayma incelemeleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Bronkoalveolar lavajda Pneumocystis jirovecii pozitifliği ve sınırda galaktomannan pozitifliği saptanan hastaya intravenöz trimetoprim-sülfametoksazol (trimetoprim üzerinden 20 mg/kg/gün) ve vorikonazol başlandı. Ajitasyon nedeniyle tedavinin birinci gününde ketiapin eklendi. Tedavi öncesi 328.000/mm^3 olan trombosit sayısı 10. günde 165.000/mm^3, 13. günde 99.000/mm^3, 20. günde 11.000/mm^3 düzeyine geriledi. Mutlak nötrofil sayısı en düşük 430/mm^3, hemoglobin 9,3 g/dL olarak ölçüldü. Hiponatremi (126 mmol/L) ve trombositopeni nedeniyle ketiapin 16. günde kesildi, ancak sitopeni derinleşti. Periferik yaymada anizositoz ve makrositer eritrositler görüldü; atipik hücre veya blast saptanmadı. Karaciğer hafif büyüktü, splenomegali yoktu. Yayma bulguları ve klinik seyir nedeniyle trimetoprim-sülfametoksazol kaynaklı myelosupresyon düşünülerek kemik iliği aspirasyonuna gerek görülmedi. Trimetoprim-sülfametoksazol 21 güne tamamlanarak kesildi ve profilaksi dozuna geçilmedi. Bir ünite trombosit süspansiyonu ve tek doz kalsiyum folinat verildi, folik asit başlandı. Eş zamanlı olarak valproat kademeli olarak azaltılarak kesildi; vorikonazol sürdürüldü. İlacın kesilmesinden sonraki 8. günde trombosit sayısı 314.000/mm^3, lökosit sayısı 7.190/mm^3 düzeyine yükseldi. 11. günde 982.000/mm^3 ile reaktif trombositoz gelişti ve izlemde kendiliğinden normale döndü. Kanama gözlenmedi. Ayırıcı tanıda hastanın düzenli kullandığı ilaçlar (valproat, antipsikotik ilaçlar), viral enfeksiyonlar ve altta yatan immün yetmezlik dışlanmamıştır ancak trimetoprim-sülfametoksazol kesilmesi ile ağır trombositopeni ve nötropeni tablosu düzelmiştir. Altta yatan immün yetmezlik açısından intravenöz immünoglobulin başlandı ve genetik incelemeler gönderildi. Tedavi dozunda trimetoprim-sülfametoksazol alan çocuklarda, özellikle ikinci haftadan itibaren, hemogram yakından izlenmelidir. Valproat ve antipsikotik gibi kemik iliğini etkileyebilen ilaçların birlikte kullanımı riski artırabilir ve ayırıcı tanıyı güçleştirir. Olgumuzda vorikonazol sürerken sitopeninin hızla düzelmesi trimetoprim-sülfametoksazolü ön plana çıkarmakla birlikte, eş zamanlı valproat azaltılmasının katkısı dışlanamaz. İlacın kesilmesi ve folat desteği ile tablo geri dönüşlüdür; profilakside alternatif ajanlar değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Trimetoprin-sülfametoksazol, Nötropeni, Trombositopeni

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 185

Ailevi Akdeniz Ateşi Tanısı İle Takipli Hastalarda İlaç Uyumunun Hastalık Seyri ve Yaşam Kalitesine Etkileri

Dilan Günaydın[1], Elif Çelikel[2]

Dilan Günaydın / Ankara, Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), çocukluk çağında en sık görülen otoenflamatuvar hastalık olup tedavisinin temelini kolşisin oluşturmaktadır. Tedavi başarısında en önemli belirleyicilerden biri ilaç uyumudur. Bu çalışmada, AAA tanılı çocuklarda kolşisin tedavisine uyum düzeyinin belirlenmesi ve ilaç uyumunun hastalık seyri ile yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Tek merkezli kesitsel çalışma olarak Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Romatoloji kliniğinde yürütüldü. En az 6 aydır takipli, 18 yaş altı 300 AAA hastası çalışmaya dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar ve genetik veriler kaydedildi. İlaç uyumu Medication Adherence Scale for familial Mediterranean fever (MASIF), yaşam kalitesi ise Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) ölçeği ile değerlendirildi. Kolşisin dozu ve direnç durumuna göre alt grup analizleri yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların %51,7'si erkek olup, %50,7'si ≥12 yaş idi. Semptom başlangıç yaşı ortancası 42 ay, tanı yaşı 72 ay olarak bulundu. Takip sürelerinin ortancası 44 ay olan hastalarda en sık semptomlar karın ağrısı (%83) ve ateşti (%75,7). Kolşisin direnci %13, intolerans %5,7 oranında saptandı. En sık mutasyon M694V homozigot (%30,3) idi. Yüksek doz kolşisin kullanan ve kolşisin direnci olan hastalarda semptom başlama yaşı ve tanı yaşı daha düşük, göğüs ağrısı sıklığı daha yüksekken sosyal, okul ve toplam PedsQL puanları anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0,05$). Hastaların kolşisin direnci ve dozuna göre PedsQL puanları Tablo1.de verilmiştir.İlaç uyumu yalnızca %18,7 hastada mevcuttu. Uyumlu hastalarda PedsQL duygu, sosyal, okul ve toplam skorları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 2). MASIF ile PedsQL toplam puanı arasında zayıf fakat anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,157$; $p < 0,001$).AAA'lı çocuklarda kolşisin tedavisine uyum, yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. İlaç uyumsuzluğu yalnızca hastalık kontrolünü değil, psikososyal işlevselliği de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tedavi stratejilerinde hasta ve aile odaklı uyum artırıcı yaklaşımlar ön planda olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı Ailevi Akdeniz Ateşi, ilaç uyumu, yaşam kalitesi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 22

Adölesanlarda Gündüz Uykululuğunun Okul Devamsızlığı ve Ofis Kan Basıncı ile İlişkisi

Gizem Kartal[1], Ünzile Bayar Tapan[1]

Gizem Kartal / Gaziantep Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Ergenlik dönemi; sirkadiyen ritimde fizyolojik gecikme, gece uykusunun kısalıp düzensizleşmesi, dijital medya kullanımındaki artış ve yaşam tarzı değişiklikleriyle karakterize kritik bir gelişim dönemidir. Aşırı gündüz uykululuğu, uyku yetersizliğinin klinik bir yansıması olup okul işlevselliğini olumsuz etkileyebilir ve adölesanlarda hipertansiyon riski ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada, genel pediatri polikliniğinde değerlendirilen adölesanlarda Cleveland Adölesan Uykululuk Anketi (CASQ) ile değerlendirilen gündüz uykululuğunun okul devamsızlığı ve ofis kan basıncı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Kesitsel çalışmaya genel pediatri polikliniğinde değerlendirilen 12–17 yaş arası 206 adölesan dahil edildi. Gündüz uykululuğu CASQ ile değerlendirildi. Antropometrik ölçümler, okul devamsızlığı, yatak odasında ekran cihazı bulunması ve ofis kan basıncı kaydedildi. Okul devamsızlığı, katılımcıların son 3 ay içinde herhangi bir nedenle okula gitmedikleri gün sayısına ilişkin öz-bildirimleriyle değerlendirildi ve 0 gün, 1–5 gün, 6–10 gün ve ≥11 gün olarak kategorize edildi. Ofis kan basıncı 2017 American Academy of Pediatrics kılavuzuna göre sınıflandırıldı. CASQ toplam puanının bağımsız ilişkileri; yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi standart deviasyon skoru (VKİ SDS), devamsızlık kategorisi ve diyastolik kan basıncını içeren çok değişkenli doğrusal regresyon ile incelendi. Hipertansif aralıkta ofis kan basıncı ile CASQ toplam puanı arasındaki ilişki, yaş, cinsiyet ve VKİ SDS için düzeltilmiş ayrı bir modelde değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Katılımcıların yaş ortalaması 14,9± 1,7 yıl olup, 136'sı (%66,0) kızdı. CASQ maddeleri tüm katılımcılarda eksiksizdi; ölçeğin iç tutarlılığı iyi düzeydeydi (Cronbach alfa=0,841). Ortalama CASQ toplam puanı 37,6 ± 11,1 idi. Yatak odasında ekran cihazı bulunan katılımcıların CASQ puanı, bulunmayanlardan daha yüksekti (p=0,032). CASQ dışı klinik değişkenlerdeki eksik veriler nedeniyle 197 katılımcı ile oluşturulan regresyon modeli anlamlıydı. (R2=0,170; düzeltilmis R2=0,149; p < 0,001) Yaş, cinsiyet ve VKİ SDS için düzeltme sonrasında devamsızlık kategorisi (B=2,88; %95 GA:1,25–4,51; p=0,001) ve diyastolik kan basıncı (B=0,32 CASQ puanı/mmHg; %95 GA:0,14–0,49; p < 0,001) daha yüksek CASQ puanı ile ilişkiliydi. Ofis kan basıncı sınıflaması bulunan 197 katılımcının 29'unda (%14,7) hipertansif aralıkta ofis kan basıncı saptandı. Bu katılımcıların CASQ puanı, hipertansif aralıkta ofis kan basıncı olmayanlardan daha yüksekti (43,0 [32,0–52,0] ve 36,5 [29,0–42,3]; p=0,020); ilişki yaş, cinsiyet ve VKİ SDS için düzeltme sonrasında sürdü (B=4,84; %95 GA:0,5–9,19; p=0,029). Adölesanlarda gündüz uykululuğu, yatak odasında ekran cihazı bulunması, okul devamsızlığı, daha yüksek diyastolik kan basıncı ve hipertansif aralıkta ofis kan basıncı ile ilişkili bulundu. Gündüz uykululuğu olan adölesanlarda okul işlevselliği ve kan basıncının birlikte değerlendirilmesi yararlı olabilir. Kesitsel tasarım ve tek vizitte yapılan ofis kan basıncı ölçümleri nedeniyle, bu ilişkiler nedensellik veya klinik hipertansiyon tanısı olarak yorumlanmamalıdır.

dölesanların sosyodemografik, yaşam tarzı ve uyku ortamı özelliklerine göre CASQ toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n (%)	CASQ medyan [Q1–Q3]	p
Cinsiyet	Kız	136 (66,0)	37,5 [32,0–45,0]	0,033
	Erkek	70 (34,0)	33,5 [26,8–44,0]	
Düzenli spor	Hayır, yapmıyor	155 (75,2)	38,0 [30,0–45,0]	0,036
	Evet, yapıyor	51 (24,8)	34,0 [27,0–40,0]	
Oda paylaşımı	Hayır, tek kalıyor	50 (24,3)	36,5 [28,0–44,0]	0,777
	Evet, odasını biriyle paylaşıyor	156 (75,7)	37,0 [30,0–44,8]	
Yatak odasında elektronik cihaz	Yok	72 (35,0)	34,0 [28,0–42,0]	0,032
	Var	134 (65,0)	37,0 [31,8–45,0]	
Günlük eğlence amaçlı ekran süresi	0–1 saat	24 (11,7)	34,5 [28,3–41,8]	0,085
	1–2 saat	46 (22,3)	36,0 [29,8–42,0]	
	2–3 saat	46 (22,3)	33,0 [26,8–42,3]	
	3–4 saat	47 (22,8)	39,0 [32,0–47,0]	
	≥4 saat	43 (20,9)	39,0 [30,0–46,0]	
Yatmadan önceki son 1 saatte ekran kullanımı	Hayır	18 (8,7)	35,0 [29,0–41,3]	0,309
	Bazen	87 (42,2)	36,0 [29,0–44,0]	
	Sık sık	48 (23,3)	40,0 [32,0–44,8]	
	Her zaman	53 (25,7)	37,0 [31,0–45,0]	
Son 3 ayda okul devamsızlığı	0 gün	34 (16,5)	32,5 [23,8–39,5]	<0,001
	1–5 gün	104 (50,5)	36,0 [28,3–43,8]	
	6–10 gün	39 (18,9)	40,0 [32,0–50,0]	
	≥11 gün	29 (14,1)	41,0 [33,5–49,0]	

İkili kategorili değişkenlerde Mann–Whitney U, üç veya daha fazla kategorili değişkenlerde Kruskal–Wallis testi kullanıldı. CASQ: Cleveland Adölesan Uykululuk Anketi; Q1–Q3: 25.–75. persantiller

Anahtar Kelimeler: Cleveland Adölesan Uykululuk Anketi, Adölesan, Gündüz uykululuğu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 24

Katarakt ve Glokomla İzlenen Hastada Nadir Bir Tanı: Malign Siliyer Cisim Medulloepitelyoması

Sevinj Khalilova[1], Gülcan Erbaş[2], Banu Solak Yurtseven[3], Hikmet Gülşah Tanyıldız[2], Ahmet Murat Sarıcı[4]

Sevinj Khalilova / İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Medulloepitelyoma, retinoblastomadan sonra çocukluk çağının ikinci en sık görülen primer intraoküler tümörü olup çoğunlukla siliyer cismin pigmentsiz epitelinden kaynaklanan nadir bir embriyonel tümördür. Genellikle 2–10 yaş arasında ortaya çıkan tümör; lökokori, katarakt ve sekonder glokom gibi bulgularla prezente olabilir. Bu bulguların daha sık görülen göz hastalıklarını taklit etmesi tanıda gecikmeye neden olabilmektedir.

Materyal ve Metot: OLGUBeş yaşındaki kız hasta, yaklaşık 2,5 yaşında sol gözde lökokori fark edilmesi üzerine farklı göz hastalıkları merkezlerinde takip edilmiştir. Glokom lazer tedavisi ve drenaj tüpü uygulanmıştır. İntraoküler kitlede büyüme şüphesi üzerine yapılan orbital MRG'de sol gözde 11×5 mm boyutlarında, kontrast tutulumu ve difüzyon kısıtlılığı gösteren intraoküler kitle saptandı. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda siliyer cisim medulloepitelyoması ön planda düşünülerek 17 Temmuz 2026 tarihinde sol göz enükleasyonu gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede siliyer cisim kökenli malign medulloepitelyoma, skleral invazyon ve %20 Ki-67 proliferasyon indeksi saptandı. Ekstraoküler yayılım izlenmedi ve optik sinir cerrahi sınırı tümör açısından negatifti. DICER1 ilişkili tümör yatkınlığı açısından toraks, batın ve tiroid değerlendirmesi yapıldı. DICER1 mutasyon analizi negatif bulundu.Skleral invazyon nedeniyle hastaya dört kür VEC (vinkristin, etoposid, karboplatin) kemoterapisi planlandı.İkinci kür öncesinde yapılan değerlendirmelerde lokal nüks veya metastaz saptanmadı.

Bulgular ve Sonuç: Sonuç Malign siliyer cisim medulloepitelyoması sekonder glokom ve katarakt ile prezente olabildiğinden tanıda gecikme yaşanabilmektedir. Erken enükleasyon uygun lokal kontrol sağlarken, skleral invazyon gibi yüksek risk özellikleri bulunan olgularda adjuvan kemoterapi kararı multidisipliner konsey tarafından bireyselleştirilmelidir. Bu olgu, skleral invazyon varlığında sistemik evrelemenin önemini ve VEC kemoterapisinin dikkatli toksisite izlemi ile güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. İzlemde hastada lokal nüks veya uzak metastaz saptanmamış olup tedavisi planlanan dört kür VEC protokolü devam etmektedir. Göz küresiyle sınırlı kalan tümörlerin prognozu mükemmeldir ve enükleasyondan sonra 5 yıllık sağkalım oranı %90-95'tir Medulloepitelyomaların yaklaşık %5'i, DICER1 mutasyonuyla ilişkili Pleuropulmoner Blastom Ailesel Tümör ve Displazi Sendromu (PPB-FTDS) ile ilişkilidir. Bu sendrom, otozomal dominant kalıtım yoluyla aktarılır, mutasyonla ilişkili tümörler arasında kistik nefromalar, pleuropulmoner blastoma, yumurtalık tümörleri ve tiroid hiperplazisi bulunur. DICER1 ile bildirilen ilişki nedeniyle uygun hastalarda genetik değerlendirme de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Medulloepitelyoma, siliyer cisim, göz tümorü

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 27

Çocukluk Çağında Primer Adrenal Yetmezlik: Güneydoğu Anadolu'dan 62 Hastanın Klinik ve Genetik Özellikleri ile Büyüme Bulguları

Yusuf Alakaş[1], Şükriye Tuğçe Çelebi[1], Mehmet Nuri Özbek[2]

Yusuf Alakaş / Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Akraba evliliğinin yaygın olduğu ilimizde 18 yaş altı primer adrenal yetmezliğinin (PAY) etiyolojik dağılımını, klinik ve genetik özelliklerini, büyüme bulgularını ve yıllık insidansını tanımlamayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Bu tek merkezli, retrospektif çalışmada, Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2015–2025 yılları arasında izlenen ve 18 yaşından önce tanı alan çocukların kayıtları incelendi. Demografik, klinik, biyokimyasal ve genetik veriler değerlendirildi.. Genetik incelemede hedefli yeni nesil dizileme ve multipleks ligasyona bağlı prob amplifikasyonu kullanıldı. Boy ve kilo ölçümleri Türk referanslarına göre standart sapma skorlarına (SDS) dönüştürüldü. Gruplar Fisher kesin ve Mann–Whitney U testleriyle, eşleştirilmiş boy ve kilo ölçümleri Wilcoxon testiyle karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerdeki farklar Hodges–Lehmann tahmini ve %95 güven aralıklarıyla sunuldu. İnsidans ve prevalans, ilin 2025 yılı 0–17 yaş nüfusundan hesaplandı.

Bulgular ve Sonuç: Altmış iki hastanın medyan yaşı 9,6 yıldı. Vakaların 50'sinde (%80,6) ebeveyn akrabalığı vardı. Konjenital adrenal hiperplazi (KAH) 44 hastada (%71,0; %95 güven aralığı 58,1–81,8) saptandı. Hastaların 38/44'ünde 21-hidroksilaz eksikliği (%86.4), 6/44'ünde (%13,6) 11β-hidroksilaz eksikliği vardı. Tedaviye dayalı sınıflamada, 21-hidroksilaz eksikliğinde 33 hasta tuz kaybettiren, üç hasta basit virilizan, iki hasta non-klasik olarak sınıflandırıldı. Diğer 18 hastanın sekizinde (%44,4) ailesel glukokortikoid eksikliği (5 MRAP, 3 MC2R), 3'ünde X'e bağlı adrenolökodistrofi vardı. Yaşamın ilk ayında tanı alma oranı KAH'da diğer olgulara göre daha yüksekti (%77,3'e karşı %33,3; fark 43,9 yüzde puanı; %95 güven aralığı 16,9–63,7; p=0,003). 2022 ve sonrasında doğan yedi KAH hastasının beşi yenidoğan taramasıyla saptanmıştı.Hiponatremi 29/59 (%49,2), hiperkalemi 21/59 (%35,6) hastada mevcuttu. KAH olgularında adrenokortikotropik hormon düzeyleri diğer olgulara göre daha düşüktü (Hodges–Lehmann fark tahmini −257 pg/mL; %95 güven aralığı −904 ile −53). Tanıyı destekleyen genotip 33/62 hastada (%53,2; %95 güven aralığı 40,1–66,0) belirlendi. Iki alelli genotipi bildirilen 30 hastanın 28'i (%93,3) homozigottu. Beş MRAP olgusunun tamamında c.106+1del kaydedilmişti.Boy SDS değişiminin Hodges–Lehmann tahmini 0,03'tü (%95 güven aralığı −0,27 ile 0,32). Vücut ağırlığı SDS'sindeki değişim ise −0.06 SDS idi (%95 GA −0.34 ile 0.24; p=0.734). Son muayenede boy SDS değeri −2'nin altında olan 9 hastanın tamamı KAH tanılıydı. Klasik 21-hidroksilaz eksikliği olan 14 yaş ve üzerindeki 13 ergende medyan boy SDS değeri −1,76 idi. Üç yeni olguya dayanan 2025 yılı insidansı 100.000'de 0,90 (%95 güven aralığı 0,19–2,64), 31 Aralık 2025 tarihindeki asgari nokta prevalansı 100.000'de 18,7 (%95 güven aralığı 14,3–24,0) olarak hesaplandı.SONUÇKonjenital adrenal hiperplazi PAY'ın başlıca nedeni olup, diğer olgularda ailesel glukokortikoid eksikliği öne çıkmıştır. Bu bulgu, açıklanamayan hipoglisemi veya hiperpigmentasyonla başvuran bebeklerde erken hormonal değerlendirmenin önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer adrenal yetmezlik; çocuk; konjenital adrenal hiperplazi.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 31

Erken Postnatal Ekokardiyografi ile Saptanan İnfantil Başlangıçlı Pompe Hastalığı : Gestasyonel Diyabetli Anne Bebeği İzleminde Açılan Yeni Tanı Penceresi

Nazife Kardelen DEMİRAL ASAN[1], Tuğba Aysun GÖREN[2], Sedef ALPDOĞAN[2], Sakina KURT[2], Ayşe YÜKSEL YANBOLU[2], Burcu Büşra ACAR ALKAN[3], Havva YAZICI[2], Erhan CANBAY[4], Ebru CANDA[2], Sema KALKAN UÇAR[2], Zülal ÜLGER TUTAR[3], Mahmut ÇOKER[2]

Nazife Kardelen DEMİRAL ASAN / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Pompe hastalığı, GAA genindeki biallelik patojenik varyantlara bağlı asit alfa-glukozidaz eksikliği ile seyreden otozomal resesif bir lizozomal depo hastalığıdır. İnfantil başlangıçlı formda hipertrofik kardiyomiyopati, hipotoni ve solunum yetmezliği erken bebeklikte ortaya çıkar. Enzim replasman tedavisinin (ERT) nöromüsküler belirtiler gelişmeden başlanması prognozu belirgin şekilde iyileştirir. Diyabetik anne bebeklerinde miyokardiyal hipertrofi sıklıkla fetal hiperinsülinemiye bağlı ve geçici kabul edilir. Ancak bu yaklaşım tedavi edilebilir metabolik hastalıkların gözden kaçmasına yol açabilir. Bu bildiride, gestasyonel diyabet nedeniyle rutin yapılan ekokardiyografide hipertrofik kardiyomiyopati saptanan ve nöromüsküler belirtiler ortaya çıkmadan infantil başlangıçlı Pompe hastalığı tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Materyal ve Metot: Diyetle regüle gestasyonel diyabetli anneden 39 hafta 4 günlük, 3650 g ağırlığında, sezaryenle doğan erkek bebeğin tonusu, beslenmesi ve solunumu olağandı. Bebeğe yaşamın altıncı gününde rutin ekokardiyografi yapıldı. Hipertrofi saptanması üzerine serum kreatin kinaz ve troponin düzeyleri ile kuru kan asit alfa-glukozidaz aktivitesi ölçüldü, ardından GAA gen analizi yapıldı. Olgu, ERT başlangıcından sonra klinik, ekokardiyografik ve immünolojik olarak izlendi.Bulgular: Ekokardiyografide biventriküler global hipertrofi (en fazla 8 mm) ve korunmuş ejeksiyon fraksiyonu (%81) saptandı. Kreatin kinaz 831 U/L (referans: 41–171), troponin 228 ng/L (referans: < 14) ve kuru kan asit alfa-glukozidaz aktivitesi 0,1 µmol/L/saat (referans: 0,85–7,5) bulundu. GAA geninde biallelik patojenik varyantlar saptanarak infantil başlangıçlı Pompe hastalığı tanısı doğrulandı. Ebeveynler arasında akrabalık yoktu. Alglukozidaz alfa tedavisi, herhangi bir nöromüsküler belirti gelişmeden yaşamın 14. gününde başlandı. CRIM-negatif olguda anti-rhGAA IgG titresi artınca immünmodülasyon uygulandı ve titrelerin düştüğü izlendi. İzlemde ventrikül duvar kalınlığı kademeli olarak geriledi ve 6,5 aylıkken en fazla 3 mm'ye indi. Ejeksiyon fraksiyonu korundu (%78). Altı aylık izlemde büyümesi iyi, nörolojik muayenesi olağandı ve solunum desteği gerekmedi.

Bulgular ve Sonuç: Sonuç: Diyabetik anne bebeklerinde hipertrofi genellikle asimetrik septal tiptedir ve haftalar-aylar içinde kendiliğinden geriler. Biventriküler, belirgin ya da persistan hipertrofi bu beklenen seyirden ayrılır. Özellikle diyetle regüle maternal diyabette böyle bir tablo yalnızca maternal diyabete bağlanmamalıdır. Bu durumda infantil başlangıçlı Pompe hastalığı gibi tedavi edilebilir metabolik hastalıklar erken dönemde araştırılmalıdır. Bu olguda rutin ekokardiyografide hipertrofinin niteliğinin dikkatle değerlendirilmesi, ERT'nin semptomlar gelişmeden başlanmasını sağlamıştır. Bu da olumlu bir kardiyak ve nöromotor seyir getirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pompe Hastalığı, Erken Tanı, Gestasyonel Diyabet

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 32

1–59 Aylık Çocuklarda Akut Malnütrisyonun Bronşiolit Ve Bronkopnömoni Başvuru Tanılarıyla İlişkisi: Retrospektif Kohort Çalışması

Abdulkadir KUZU[1], Yusuf ALAKAŞ[1], Duygu İmre YETKİN[1], Cahit ÖZTÜRK[1], Fırat BAĞCI[1], Lokman Timurağaoğlu[1], Özhan Orhan[2], Adnan Azizoğlu[1], Mehmet Nur TALAY[2], Nezir ÖZGÜN[2], Mehmet NURİ ÖZBEK[2]

Abdulkadir KUZU / Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi,Pediatri Anabilim Dalı, Mardin,Türkiye

Giriş: Alt solunum yolu enfeksiyonu, 5 yaş altı çocuklarda hastane yatışının başlıca nedenlerindendir. Yetersiz beslenme, pnömoni ve bronşiolitin klinik şiddeti açısından bir risk faktörüdür. Malnütrisyonlu çocuklarda solunum sistemi bulguları değişkenlik gösterebilir. Akut malnütrisyonun başvuru tanısıyla ilişkisi yeterince değerlendirilmemiştir.Amaç: 1–59 aylık çocuklarda akut malnütrisyonun, bronşiolit ve bronkopnömoni tanısı, klinik seyiri ve kan parametreleriyle ilişkisini incelemek.

Materyal ve Metot: Bu tek merkezli retrospektif çalışmada Ekim 2025 ile Temmuz 2026 arasında merkezimizde akut bronşiolit ve bronkopnömoni nedeniyle değerlendirilen hastaların ilk başvuruları incelendi. Başvuruda kilo, boy ve üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ölçülen hastalar çalışmaya dâhil edildi. Ölçülen değerler DSÖ 2006 büyüme standartlarına göre z-skorlarına dönüştürüldü. Akut malnütrisyon, boya göre ağırlık z-skorunun (WHZ) −2'nin altında olması, 6–59 aylık çocuklarda ÜOKÇ'nin 12.5 cm'nin altında olması ya da her iki ölçütün birlikte bulunması olarak tanımlandı.

Bulgular ve Sonuç: Taranan 229 çocuğun 195'i analize alındı. Çocukların ortanca yaşı 9 ay, erkeklerin oranı %59,0 idi. Akut malnütrisyon saptanan 25 çocuğun (%12,8) 18'inde orta, 7'sinde ağır malnütrisyon vardı.Malnütrisyonu olan 25 çocuğun 13'üne (%52,0), malnütrisyonu olmayan 170 çocuğun 75'ine (%44,1) bronkopnömoni tanısı kondu. Yaş ve cinsiyet dikkate alındığında, malnütrisyon ile bronkopnömoni tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (OR 1,73; %95 GA 0,72–4,14; p = 0,217). Yaşı daha büyük olan çocuklarda bronkopnömoni tanısı daha sık konuyordu (OR 1,05; %95 GA 1,02–1,07). Yalnızca 24 ayın altındaki çocuklar değerlendirildiğinde de malnütrisyon ile bronkopnömoni tanısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (OR 2,35; %95 GA 0,92–6,01; p = 0,075). Boya göre ağırlık z-skoru (WHZ) +2'nin üzerinde olan çocuklarda bronkopnömoni oranı %33,3, −2 ile +2 arasında olanlarda %45,9 ve −2'nin altında olanlarda %52,2 idi. Bu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p = 0,397). Malnütrisyonu olan ve olmayan çocuklar arasında hastaneye yatış, oksijen gereksinimi, yatış süresi ve kan parametreleri açısından anlamlı fark bulunmadı. Malnütrisyonu olan 25 çocuğun hiçbiri yoğun bakıma yatırılmadı. malnütrisyonu olmayan 170 çocuğun 15'i yoğun bakımda izlendi. Modifiye Tal skoruna göre orta veya ağır kategoride yer alan çocukların oranı malnütrisyon grubunda daha düşüktü (düzeltilmiş OR 0,30; %95 GA 0,10–0,91). Klinik değerlendirmeyle konulan tanı ile radyolojik tanı arasındaki uyum düşüktü (κ = 0,08). Sonuç: Çalışmamızda yaş ve cinsiyet dikkate alındığında akut malnütrisyon ile bronkopnömoni tanısı veya daha ağır klinik seyir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bununla birlikte, özellikle iki yaş altındaki çocuklarda gözlenen ilişki büyüklüğü, malnütrisyon ile bronkopnömoni arasında olası bir ilişkinin tamamen dışlanamayacağını düşündürmektedir. Bu ilişkinin daha net ortaya konulabilmesi için daha geniş örneklemli, ileriye dönük ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, Bronşiolit, Bronkopnömoni

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 33

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk Hastada Ağır Vitamin D Eksikliğine Bağlı Kemik İliği Retikülin Fibrozisi: Olgu Sunumu

Rama Hasanaga[1], Hatice Mine Çakmak[2], Nadide Melike Sav[3], İlknur Arslanoğlu[4], Mehmet Gamsızkan[5]

Rama Hasanaga / Düzce Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Kronik böbrek yetmezliğinde, fosfat birikiminin uyardığı kemikte FGF23 artışı, parathormon artışına neden olur, bu da 1,25-hidroksi vitamin D sentezinin baskılanmasıyla sonuçlanır. KBY'de sekonder hiperparatiroidizme bağlı miyelofibrozis görülebilmektedir; daha az sıklıkla üremi ve diğer faktörler miyelofibrozise neden olmaktadır. Ayrıca vitamin D eksikliğinde kemik iliği fibrozisi görülebilmektedir. Bunun nedeni, vitamin D'nin aktif metabolitinin yokluğunda, monosit ve makrofaj matürasyonunun, çeşitli sitokinler aracılığıyla kollajen yıkımının ve PTH fazlalığının kemik iliğinde fibröz doku artışını tetiklemesidir. Kemik iliği fibrozisi, pansitopeniye kadar ilerleyebilmektedir.Çalışmamızın amacı evre 3 KBY, dirençli bisitopeni, ağır anemi, vitamin D eksikliğine ikincil hiperparatiroidizm ve evre 1 miyelofibrozis görülen olgunun bulgularını ve yönetimini sunmaktır.

Materyal ve Metot: Dokuz yaşında erkek hasta, 1 gündür süren ateş (37,8 °C), dizüri, pollaküri, karın ağrısı ve üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarıyla acil servisimize başvurdu. Sosyoekonomik nedenlerle son 5 yıldır sağlık kontrolleri aksayan hastanın fizik muayenesinde: boy 104 cm (SDS: -5,17, $p < 0,02$), ağırlık 20 kg (SDS: -2,61, $p = 0,45$), baş çevresi 55 cm (SDS: 1,35, $p = 0,91$) saptandı. Cilt soluk ve üremik görünümlüydü; kraniyofasiyal dizmorfizm (skafosefali, geniş burun kökü, yüksek damak), boyunda kollateral venöz belirginlik, mezokardiyak odakta 2/6 sistolik üfürüm, batında distansiyon, kolostomi mevcuttu. Karaciğer midklaviküler hatta 3 cm, dalak 2 cm kot altında palpabl saptandı (hepatosplenomegali). Diğer sistemik muayenesi doğaldı.Özgeçmişinde; 38 GH, 3325 g oligohidramniyoslu doğum, yenidoğan hipotoni ve solunum sıkıntısı nedeniyle 1 ay yenidoğan yoğun bakım yatışı mevcuttu. Hirschsprung hastalığı opere , edinsel kısa bağırsak sendromu, evre 3 kronik böbrek hastalığı, geçirilmiş sekonder adrenal yetmezlik öyküsü mevcuttu. Soy geçmişte bilinen bir özellik yok. Anne-baba arasında akrabalık yoktu. Nörolojik gelişimi 4-5 yaş ile uyumluydu.

Laboratuvar

Parametre	Sonuç
Hemoglobin (Hb)	2,8 g/dL
MCV	59,3 fL
Lökosit	3.960/mm^3
Trombosit	41.000/mm^3
Kreatinin	2,3 mg/dL
Üre	115,7 mg/dL
Kalsiyum (Ca)	7,9 mg/dL
Fosfor (P)	6,78 mg/dL
Ferritin	8,41 ng/mL
25-OH Vitamin D	5,24 ng/mL
PTH	180,7 pg/mL
pH	7,29
$HCO_3 \rightarrow$	15,1 mmol/L
Laktat	2,5 mg/dL
PT	19,7 sn
INR	1,70
Direkt Coombs testi	Pozitif (+/++)
Periferik yayma	Hipokrom mikrositer eritrositler
Segment	%68
Lenfosit	%24
Çomak	%8
Atipik hücre	İzlenmedi

Bulgular ve Sonuç: Laboratuvarda derin mikrositer anemi, trombositopeni ve vitamin D eksikliği bulguları saptandı (Tablo 1). Kemik grafileri, kronik böbrek yetmezliği ve kemik yaşı geriliğiyle uyumluydu (Figür 1). Hastaya 2 kez (10 cc/kg) ışınlı-filtreli eritrosit süspansiyonu verildi. Tekrarlayan eritrosit süspansiyonu ihtiyacı nedeniyle, eritropoetin dozu 300 IU/kg/hafta düzeyine yükseltildi, oral demir intravenöz olarak değiştirildi. Kemik iliği aspirasyon incelemesinde hiposellülerite ve poliklonal plazma hücre artışı (< %5) gözlendi. Kemik iliği biyopsisinde gümüşleme (retikülin) boyasında Evre 1/3 retikülin lif artışı (sekonder miyelofibrozis) saptandı (Şekil 2). Miyelofibrozis için 2x1 mg/kg/doz şeklinde 2 hafta boyunca metilprednizolon uygulandı. Vitamin D replasmanı (kolekalsiferol), kalsiyum desteği ve fosfat bağlayıcı tedavi uygulandı. Takibin dördüncü ayında D vitamini düzeyi 25,26 ng/mL'ydi ve PTH düzeyi 180,7 pg/mL'den 34,6 pg/mL'ye geriledi. Son hemogramında, hemoglobin değeri 11,0 g/dL, trombosit sayısı 121.000/mm^3'tür ve stabil seyretmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda, bisitopeni-pansitopenide, vitamin D eksikliğine bağlı geri dönüşümlü miyelofibrozis akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kemik iliği fibrozisi, D vitamini eksikliği, kronik böbrek hastalığı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 36

Pediatrik Hemolitik Üremik Sendromda Üçüncü Basamak Deneyimi: Servis ve Yoğun Bakım Takibindeki Vakaların 5 Yıllık Retrospektif Değerlendirilmesi

Melis Erdoğan[1], Aysu Türkmen Karaağaç[1], Şirin Güven[1]

Melis Erdoğan / Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hemolitik üremik sendrom , çocuklarda akut böbrek hasarının önemli nedenlerinden biri olup; mikroanjiyopatik hemolitik anemi (hemoglobin < 10 g/dL, periferik yaymada şistosit oranı ≥%2 ve laktat dehidrogenaz düzeyi > 450 IU/L] ile trombositopeninin (trombosit sayısı < 150.000/mm^3)) birlikte bulunmasıyla tanımlanır. Eşlik eden herhangi bir hastalığın veya özgül bir enfeksiyonun saptanmadığı olgular atipik HÜS olarak tanımlanır. HÜS tanısı alan çocuklarda ilk başvuruda saptanan bazı klinik ve laboratuvar özellikler daha ağır hastalık seyri ve artmış tedavi gereksinimi ile ilişkilidir. Bu nedenle çalışmamızdan elde edilecek beş yıllık gerçek yaşam verilerinin, çocukluk çağı HÜS olgularının klinik özelliklerinin ortaya konmasına ve hastalığın erken döneminde ağır seyir açısından risk taşıyan hastaların tanımlanmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma, tek merkezli, retrospektif ve kohort bir araştırmadır. Çalışmaya, merkezimizde son beş yıl içerisinde hemolitik üremik sendrom tanısı ile pediatrik yoğun bakım ve genel pediatri servisinde izlenen 0–18 yaş arasındaki (ortalama 44.5±32.3 ay) 25 çocuk (17 kız, 8 erkek) hastalar dahil edilmiştir. Bu hastaların anamnezleri, hemoglobin, trombosit, lökosit, üre, kreatinin, LDH ve diğer laboratuarları değerlendirilmiştir. Ayrıca oligüri/anüri varlığı ve süresi, hipertansiyon, renal ve ekstrarenal organ tutulumu, yoğun bakım gereksinimi, renal replasman tedavisi/diyaliz gereksinimi, transfüzyon ve diğer tedaviler, hastanede yatış süresi ve taburculuk sırasındaki klinik sonuçlar kaydedilmiştir.Hastalar mevcut kayıtların yeterliliğine göre Shiga toksin üreten Escherichia coli(STEC) ile ilişkili HÜS ve kompleman aracılı/atipik HÜS açısından sınıflandırılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların 3 tanesi STEC ile ilişkili(%12), 22 tanesi kompleman aracılı/atipik (%88) olup ortalama semptom süresi 5.3±3.4 gün, tansiyonları(sistolik: 106.6±13.2 diyastolik 68.3±9.7 mmHg). Başvuru ortalama hemoglobin 8.5±1.8 g/dL, lökosit 12.6±3.6 10^3u/L, trombosit 60.9±43.4 10^3u/L, LDH 2008.3±849.7 U/L, üre 111.2±44.1 mg/dL, kreatinin 1.96±0.8 mg/dL, eGFR 65.4±40.5 mL/dk/1.73 m^2, sodyum 135.9±3.6 mmol/L, potasyum 4.2±0.6 mmol/L, ph 7.30±0.1, bikarbonat 17.3±4.2, albümin 3.2±0.4 g/dL, AST 199.8±152.6 U/L, ALT 99.8±91.8 U/L saptanmıştır. 9 hastanın periferik yaymasında şistozitler≥2% mevcuttu. Hastaların 5'inde(%20) nörolojik komplikasyon (konvülziyon,deliryum), 5'inde(%20) gastrointestinal komplikasyon(karaciğer fonksiyon bozukluğu, asit) gelişti. 9 hastada(%36) plazma değişimi, 4 hastada(%16) ekulizumab tedavisi uygulandı.Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süresi 10.7±6.2 gün, toplam yatış süresi 11.2±6.7 gün, renal replasman tedavisi 5.6±3.8 gün, mekanik ventilatör süresi 7±3.6 gün olarak bulunmuştur. 1 hasta ex olup(%4), diğer hastalar genel durumu stabil olarak çocuk nefroloji ve genel pediatri polikliniklerinden takipleri devam etmektedir.Elde ettiğimiz sonuçlar özelikle kritik seyirli HÜS olgularında erken prognoz tayini ve risk sınıflandırması için yol gösterici niteliktedir. Olguların önemli bir kısmında nörolojik ve gastrointestinal semptomların eşlik edebildiği kompleman aracılı HÜS olasılığı akılda tutulmalı; zamanında başlanan renal replasman, yoğun bakım ve hedefe yönelik tedavilerin sağkalım ve renal sonuçları olumlu etkilediği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: hemolitik üremik sendrom, çocuk, yoğun bakım

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 37

Çocuk Acil Servis Başvurularının Demografik ve Klinik Özelliklerinin Geriye Dönük Değerlendirilmesi

Bülent GÜNEŞ[1], H. Yağmur SEVİNÇ AKIN[2]

Bülent GÜNEŞ / Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Çocuk acil servislerinde hasta yoğunluğu, sağlık hizmetlerinin etkin sunumu ve kaynakların uygun kullanımı açısından önem taşımaktadır. Başvuruların demografik ve klinik özelliklerinin, triyaj düzeylerinin ve mevsimsel dağılımının belirlenmesi, çocuk acil servislerinin iş yükünün değerlendirilmesine ve hizmet planlamasına katkı sağlayabilir. Şanlıurfa, Türkiye'de çocuk nüfus oranının en yüksek olduğu il olması nedeniyle çocuk sağlığı hizmetleri açısından özgün bir demografik yapıya sahiptir. Bu çalışmada, Şanlıurfa'da üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisine bir yıllık dönemde yapılan başvuruların demografik ve klinik özelliklerinin, triyaj kategorilerinin, tanı ve mevsimsel dağılımlarının ve hastaneye yatış durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmaya, 1 Haziran 2024–31 Mayıs 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisine yapılan 18 yaş altı başvurular dahil edildi. Başvuruların yaş, cinsiyet, triyaj kategorisi, tanı, başvuru mevsimi ve hastaneye yatış durumları değerlendirildi. Yaş grupları ve triyaj kategorileri ile hastaneye yatış durumu arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Çalışma döneminde çocuk acil servisine 36.614 başvuru gerçekleşti. Başvuruların %55,3'ü erkekti ve çocukların yaşlarının ortanca değeri 4 yıl olup, yaşların %50'si 2–9 yıl aralığındaydı. Triyaj kayıtlarının %70,1'i sarı, %28,4'ü yeşil ve %1,5'i kırmızı alan olarak sınıflandırıldı. Başvuruların %4,1'i hastaneye yatışla sonuçlandı. Hastaneye yatış oranı kırmızı alanda %49,3, sarı alanda %4,9 iken yeşil alanda yatış saptanmadı ($p < 0,001$). Yaş grupları ile hastaneye yatış arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,001$); en yüksek yatış oranı 1 yaş altındaki çocuklarda (%9,2) görüldü. İlk kaydedilen tanılar arasında üst solunum yolu hastalıkları %39,4 ile en sık olup, bunu alt solunum yolu enfeksiyonları (%9,3), ateş (%8,1), bulantı-kusma (%7,5) ve karın ağrısı (%6,7) izledi. Başvurular en sık ilkbaharda (%30,6) gerçekleşti. Sonuç: Çocuk acil servis başvurularının büyük bölümünü sarı ve yeşil triyaj kategorisindeki olgular oluştururken, hastaneye yatış oranı kırmızı triyaj kategorisinde belirgin olarak daha yüksekti. Bir yaş altındaki çocuklarda daha yüksek yatış oranının görülmesi, yaşın acil servis sonuçları açısından önemli bir değişken olabileceğini düşündürmektedir. Başvuruların önemli bir bölümünü üst solunum yolu hastalıklarının oluşturması ve mevsimsel farklılık göstermesi, çocuk acil servislerinde hasta yoğunluğu ve kaynak planlamasında demografik ve klinik özelliklerin birlikte değerlendirilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk acil servisi, triyaj, demografik özellikler

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 38

İmmünokompetan Bir Süt Çocuğunda Edinsel Sitomegalovirüs Enfeksiyonu ile ilişkili Parsiyel Santral Diabetes İnsipidus

Tuğba Nur Kutlu Beşeren[1], Zübeyde Dinçer[2]

Tuğba Nur Kutlu Beşeren / Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV), santral sinir sistemi tutulumu yapabilen nörotropik bir β-herpes virüstür. Hipotalamik-nörohipofizer aksın etkilenmesi, arginin vazopressin (AVP) sentez ve salınımında bozulmaya yol açarak santral diabetes insipidusa (SDİ) neden olabilir. CMV ilişkili SDİ çoğunlukla konjenital enfeksiyonlu çocuklarda veya immünsüprese hastalarda bildirilmiştir. Edinsel CMV enfeksiyonu sırasında immünokompetan bir süt çocuğunda parsiyel SDİ gelişimi oldukça nadirdir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada, kliniğimizde akut primer CMV enfeksiyonu seyrinde atipik bir nöro-endokrin komplikasyon olarak parsiyel santral diabetes insipidus saptanan 22 aylık bir süt çocuğunun klinik tablosu, laboratuvar verileri, tanısal ayırıcı tanı adımları ve tedavi yanıtı retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Otuz üç gestasyon haftasında prematüre doğan 22 aylık erkek hasta; yaygın kaşıntılı döküntü, ateş ve peteşiyal lezyonlar nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde yüzde veziküler döküntü, ekstremitelerde peteşiler, farenks ve bilateral dış kulak yolunda hiperemi saptandı. Anti-CMV IgM pozitif, IgG negatifti. Periferik yaymada atipik lenfositler izlendi. Hafif trombositopeni (100.000–117.000/µL), lenfositoz (%56) ve hafif transaminaz yüksekliği (AST: 80 U/L, ALT: 103 U/L) eşlik etmekteydi. Bulgular akut primer CMV enfeksiyonu lehine değerlendirildi. Yatışının dördüncü gününde idrar çıkışı 11,2 mL/kg/saat'e yükseldi ve tekrarlayan ölçümlerde idrar dansitesi 1003–1007 arasında seyretti. Serum sodyumu 138 mmol/L, kan glukozu 82–127 mg/dL idi. Nefrolojik değerlendirmede renal tübülopati lehine bulgu saptanmadı. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme gerçekleştirilemedi; transfontanel ultrasonografi normaldi. Parsiyel SDİ düşünülerek 10 µg intranazal desmopressin uygulandı. Tedavi sonrasında idrar çıkışı 4 mL/kg/saat'e geriledi ve poliüri belirgin olarak kontrol altına alındı. Desmopressine alınan yanıt, parsiyel santral AVP eksikliğini destekledi.Akut edinsel CMV enfeksiyonu sırasında açıklanamayan düşük dansiteli belirgin poliüri gelişen süt çocuklarında, nadir olmakla birlikte hipotalamik-nörohipofizer aks tutulumuna bağlı santral AVP eksikliği akılda tutulmalıdır. Serum sodyumunun normal olması, özellikle serbest su alımının sürdüğü parsiyel olgularda tanıyı dışlamaz. İleri hormonal ve görüntüleme incelemelerinin gerçekleştirilemediği durumlarda, düşük dansiteli poliürinin gösterilmesi, diğer nedenlerin dışlanması ve desmopressine belirgin yanıt ile birlikte değerlendirilerek tanı desteklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs, santral diabetes insipidus, desmopressin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 39

Akut Romatizmal Ateşli Çocuklarda Sistemik İnflamatuvar İndekslerin Kısa Dönem Değişimi ve Ekokardiyografik Kapak Tutulumu ile İlişkisi

Ceren Yapar Gümüş[1], İlayda Öztürk[1], Ecem İpek Altınok[1], Taner Kasar[2], Yeliz Kaşko Arıcı[3]

İlayda Öztürk / Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Akut romatizmal ateşli (ARA) çocuklarda sistemik inflamatuvar yanıtın hemogramdan türetilen indekslerle değerlendirilmesi; bu indekslerin akut dönem ile 6–8. hafta kontrolü arasındaki değişiminin, yaş ve cinsiyete göre birebir eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerle farklılıklarının ve akut dönem ekokardiyografik kapak tutulumuyla ilişkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: 2021–2026 yıllarını kapsayan bu retrospektif longitudinal çalışmada, 28 ARA hastası ile yaş ve cinsiyet bakımından birebir eşleştirilmiş 28 sağlıklı kontrol değerlendirildi. Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR) ve pan-immün-inflamasyon değeri (PIV) değerlendirildi. ARA hastalarında akut dönem ve 6–8. hafta ölçümleri eşleştirilmiş olarak karşılaştırıldı. Çoklu karşılaştırmalar Holm yöntemiyle düzeltildi. Beş indeksin ortak değişimi permütasyon temelli global testle değerlendirildi. Mitral ve aort regürjitasyonu ile ilişkiler yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş HC3 dayanıklı regresyon modelleriyle incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Beş indeksin ortak inflamatuvar profili akut dönemden 6–8. haftaya anlamlı değişim gösterdi (global p=0,004). PLR %21,7 (GMR=0,783; %95 GA: 0,665–0,922; Holm p=0,024), SII ise %36,3 azaldı (GMR=0,637; %95 GA: 0,463–0,875; Holm p=0,028). Akut dönemde tüm indeksler sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede yüksekti. Altı–sekiz haftada PLR ve SII açısından sağlıklı kontrollerle istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, SIRI ve MLR düzeyleri kontrollerden yüksek kalmıştır. Mitral veya aort regürjitasyonu ile inflamatuvar indeksler arasında çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrasında anlamlı ilişki saptanmadı. ARA'da hemogramdan türetilen inflamatuvar indeksler akut dönemde yüksek olup kısa dönem takipte heterojen değişim göstermiştir. PLR ve SII daha belirgin kısa dönem azalma gösterirken, SIRI ve MLR düzeyleri eşleştirilmiş sağlıklı kontrollere göre yüksek kalmıştır. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrasında bu indekslerle kapak tutulumu arasında istatistiksel olarak sağlam bir ilişki gösterilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, sistemik immün-inflamasyon indeksi, ekokardiyografi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 40

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatışı Sırasında Nozokomiyal Sepsis Tanısı Alan Hastaların Prognostik Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Zeynep Betül Karapıçak[1], Adil Umut Zübarioğlu[2], Ali Bülbül[2], Evrim Kıray Baş[2], Ebru Türkoğlu Ünal[2], Alper Divarcı[2], Muammer Kazdal[2], Hasan Sinan Uslu[2]

Adil Umut Zübarioğlu / Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

Giriş: Nozokomiyal sepsis, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu çalışmada sepsis etiyolojisinin klinik ve laboratuvar bulgular ile klinik sonuçlarla ilişkisinin ve adjuvan pentoksifilin (PTX) uygulamasının klinik seyir ve mortalite ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Haziran 2025–Haziran 2026 tarihleri arasında tek merkezde yürütülen prospektif gözlemsel çalışmaya, yatışının 72. saati ve sonrasında nozokomiyal sepsis tanısı alan yenidoğanlar dahil edildi. Sepsis atakları kültür-negatif klinik sepsis, gram-pozitif sepsis, gram-negatif sepsis ve fungal sepsis olarak sınıflandırıldı. Klinik ve laboratuvar bulgular, uygulanan tedaviler, morbiditeler ve mortalite değerlendirildi. Laboratuvar parametreleri sepsis tanısı sırasında, 24–72. saatlerde ve 5–7. günlerde değerlendirildi. Pentoksifilin ile ilişkili klinik ve laboratuvar sonuçlar ikincil analiz kapsamında incelendi.

Bulgular ve Sonuç: Doksan sekiz yenidoğanda toplam 171 sepsis atağı değerlendirildi. Atakların %46,2'si klinik sepsis, %30,4'ü gram-pozitif sepsis, %17,5'i gram-negatif sepsis ve %5,8'i fungal sepsis olarak sınıflandırıldı. Hipotansiyon ve inotrop desteği gereksinimi gram-negatif sepsis ataklarında daha sıktı. Trombositopeni gram-negatif sepsiste %47, klinik sepsiste %8,9, gram-pozitif sepsiste %12 ve fungal sepsiste %30 oranında görüldü. CRP ve prokalsitonin düzeyleri gram-negatif sepsiste daha yüksek seyretti. Hasta bazında toplam mortalite %15,3'tü. Hastaların son sepsis ataklarının etiyolojisine göre değerlendirildiğinde mortalite klinik sepsis grubunda %4,7, gram-pozitif sepsis grubunda %7,4, gram-negatif sepsis grubunda %41 ve fungal sepsis grubunda %33 olarak saptandı ($p < 0,001$). PTX uygulanan sepsis ataklarında CRP ve prokalsitonin normalleşme süreleri daha kısaydı. Hasta bazlı değerlendirmede, son sepsis atağında PTX uygulanmayan hastalarda mortalite %22, PTX uygulanan hastalarda ise %5,3 olarak bulundu ($p=0,028$). Gram-negatif sepsis, daha belirgin sistemik etkilenme ve daha yüksek mortalite ile ilişkili bulundu. PTX uygulanan sepsis ataklarında inflamatuvar belirteçlerin daha erken normalleştiği ve son sepsis atağında PTX uygulanan hastalarda daha düşük mortalite oranı gözlendi. Bununla birlikte, çalışmanın gözlemsel tasarımı ve PTX uygulamasının randomize olmaması nedeniyle bu bulgular PTX'nin doğrudan tedavi etkisi olarak yorumlanmamalı ve randomize kontrollü çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Sepsis Gruplarına Göre Mortalitelerin Kıyaslanması (Mortalite Öncesi Geçirilen Son Sepsis Atağı)

	Sepsis Grupları				
Özellikler	Klinik Sepsis N = 43[1]	Gram Pozitif N = 27[1]	Gram Negatif N = 22[1]	Fungal Sepsis N = 6[1]	p-değeri
Mortalite Durumu					<0.001[2]
Hayır	41 (95)[a]	25 (93)[a]	13 (59)[b]	4 (67)[ab]	
Evet	2 (4.7)[a]	2 (7.4)[a]	9 (41)[b]	2 (33)[ab]	
Mortalite Zamanı, Gün	13 (4-15)	6 (4-21)	4 (3-44)	4 (3-73)	0.972[3]

Pentoksifilin Alma Durumuna Göre Mortalitelerin Kıyaslanması (Mortalite Öncesi Geçirilen Son Sepsis Atağı)

	Pentoksifilin Alma		
Özellikler	Hayır N = 60[1]	Evet N = 38[1]	p-değeri
Mortalite Durumu			0.028[2]
Hayır	47 (78)	36 (95)	
Evet	13 (22)	2 (5.3)	
Mortalite Zamanı, Gün	4 (3-15)	4 (3-7)	0.323[3]

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Nozokomiyal Sepsis, Pentoksifilin

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 41

Gastrointestinal Semptomu Olmayan 17 Yaşında Adölesan Erkekte Derin Anemi ile Seyreden Çekum Müsinöz Adenokarsinomu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Beyza Nur Ayhan Duranay[1], Mehmet Tolga Köle[1], Şule Yeşil[1], Hasibe Gökçe Çınar[1], Ayşegül Babadağ[1]

Beyza Nur Ayhan Duranay / Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Pediatrik ve adölesan yaş grubunda kolorektal kanserler son derece nadir görülmekte olup tüm çocukluk çağı malignitelerinin %0,3'ünden azını oluşturmaktadır. Hastalar sıklıkla karın ağrısı, rektal kanama veya dışkılama alışkanlıklarında değişiklik gibi gastrointestinal semptomlarla başvurmaktadır. Atipik klinik tablolar ve düşük klinik şüphe tanısal gecikmelere yol açmaktadır. Bu bildiride, tipik gastrointestinal semptomları olmayan ve yalnızca derin anemiye sekonder kardiyak şikayetlerle başvuran adölesan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Kliniğimizde takip edilen 17 yaşındaki adölesan erkek hastanın klinik öyküsü, laboratuvar bulguları, görüntüleme sonuçları, cerrahi ve histopatolojik verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: On yedi yaşında erkek hasta; üç aydır süren ve eforla artan göğüs ağrısı ile çarpıntı şikayetleriyle başvurdu. Gastrointestinal sistem semptom (kilo kaybı, bağırsak alışkanlığında değişiklik, hematokezya/melena) tariflemeyen, kronik hastalık veya ailede malignite öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde belirgin solukluk saptandı. Laboratuvar incelemelerinde derin mikrositer anemi (hemoglobin: 2,8 g/dL, hematokrit: %12,2, ortalama eritrosit hacmi: 56 fL) ve ağır demir eksikliği (demir: 15 mcg/dL, ferritin: 2,5 mcg/L) tespit edildi; gaitada gizli kan ve çölyak serolojisi negatif sonuçlandı. Abdominal ultrasonografide minimal splenomegali (dalak boyutu 130 mm) dışında belirgin patoloji saptanmadı. Anemi etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde hastanın endoskopik görüntülemesi normal sonuçlandı. Kolonoskopik görüntülemede çekum tabanında kitle görüldü. Abdomen bilgisayarlı tomografisinde ileoçekal invajinasyon ve çekum ve çıkan kolon bileşkesinde 42×49×49 mm boyutlarında polipoid kitle saptandı. Cerrahi rezeksiyon materyalinin incelemesinde ekstrasellüler müsin gölcükleri ve taşlı yüzük hücreleri içeren müsinöz adenokarsinom (patolojik evre pT3N0) tespit edildi. İmmünohistokimyasal çalışmada nükleer p53 pozitifliği izlendi. Hastaya çekum rezeksiyonu uygulanarak Oksaliplatin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi planlandı. Sonuç: Gastrointestinal semptom ve risk faktörü bulunmayan adölesanlarda açıklanamayan derin mikrositer anemi varlığında kolorektal maligniteler ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Müsinöz histoloji ve p53 pozitifliği gösteren bu olgu, adölesan kolorektal kanserlerin agresif seyredebileceğini ve erken tanı için ileri görüntüleme ile doku biyopsisinin kritik rolünü göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik kolorektal kanser, p53 mutasyonu, Müsinöz adenokarsinom

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 43

Yeni Tanı Tip 1 Diyabetes Mellituslu Çocuk ve Ergenlerde Diyabetik Ketoasidoz ile Başvuru Sıklığı: Altı Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Gülay Can Yılmaz[1], Ezgi Kotro[1], Elif Özge Yılmaz[1]

Ezgi Kotro / Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş: Tip 1 diyabetes mellitus (T1DM), çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen diyabet tipi olup yaşam boyu insülin tedavisi gerektiren kronik bir hastalıktır. Poliüri, polidipsi ve kilo kaybı gibi klasik belirtilerin erken fark edilmemesi durumunda hastalar diyabetik ketoasidoz (DKA) ile başvurabilmektedir. DKA, yeni tanı T1DM'nin önemli ve büyük ölçüde önlenebilir akut komplikasyonlarından biri olup özellikle ağır olgularda yaşamı tehdit edebilmektedir. Yeni tanı T1DM'li çocuklarda DKA sıklığı ve şiddetinin zaman içerisindeki değişiminin izlenmesi, erken tanıya yönelik farkındalık ve koruyucu yaklaşımların değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde yeni T1DM tanısı alan çocuk ve ergenlerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi ve DKA ile başvuru sıklığı ve şiddetinin altı yıllık dönemdeki değişiminin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya, 1 Ocak 2020–31 Aralık 2025 tarihleri arasında merkezimizde 18 yaşından önce yeni T1DM tanısı alan çocuk ve ergenler dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelenerek tanı yılı, tanı yaşı, cinsiyet, DKA varlığı ve DKA şiddeti kaydedildi. DKA tanısı ve şiddet sınıflaması ISPAD kriterlerine göre yapıldı. Tanı yaşı, beş yaş altındaki olguların oranı, cinsiyet dağılımı, DKA ile başvuru sıklığı ve DKA şiddetinin yıllara göre değişimi değerlendirildi. Ayrıca DKA ile başvuru sıklığının tanı yaşı ve cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelendi. Sürekli değişkenler dağılım özelliklerine göre uygun parametrik veya nonparametrik testlerle, kategorik değişkenler ise ki-kare veya Fisher'ın kesin testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya 158 hasta dahil edildi; 69'u (%43,7) kız, 89'u (%56,3) erkekti. Ortalama tanı yaşı 9,41±4,26 yıl olup 26 (%16,5) hasta beş yaşından küçüktü. Hastaların 108'i (%68,4) DKA ile başvurdu. DKA sıklığı 2020–2025 yıllarında sırasıyla %76,2, %69,7, %71,4, %50,0, %75,0 ve %70,4 olup yıllar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p=0,337). DKA olgularının %40,7'si hafif, %27,8'i orta ve %31,5'i ağır DKA olarak sınıflandırıldı; DKA şiddet dağılımı da yıllara göre anlamlı değişiklik göstermedi (p=0,315). Tanı yaşı (p=0,854) ve beş yaş altındaki olguların oranı (p=0,344) yıllara göre anlamlı değişiklik göstermedi. DKA ile başvuru ile tanı yaşı (p=0,987) veya cinsiyet (p=0,328) arasında anlamlı ilişki saptanmadı.Sonuç olarak, yeni tanı T1DM'li çocuk ve ergenlerin yaklaşık üçte ikisinin DKA ile başvurması ve DKA olgularının yaklaşık üçte birinin ağır olması, DKA'nın önemli bir klinik sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Altı yıllık dönemde DKA sıklığı ve şiddetinde anlamlı bir azalma gösterilememiştir. Bu bulgular, çocukluk çağı diyabetinin erken belirtilerinin tanınmasına yönelik toplum ve sağlık çalışanı farkındalığının artırılması ve DKA'yı önlemeye yönelik stratejilerin güçlendirilmesi gerekliliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik Ketoasidoz, Tip 1 Diyabetes Mellitus

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 47

Allerjik Rinitli Hastalarda Sirkadiyen Ritim Bozukluğu Semptom Şiddetini ve Yaşam Kalitesini Bozar Mı?

Berkay ŞEN[1], ADEM YAŞAR[1], FATMA TANELİ[1]

Berkay ŞEN / MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

Giriş: Alerjik rinit belirtileri gün içinde değişkenlik gösterebilir ve uykuyu etkileyebilir. Sirkadiyen saat proteinlerinin alerjik rinitteki rolü ise çocuklarda yeterince açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada alerjik rinitli çocuklar ile sağlıklı kontrollerin sirkadiyen saat protein düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Kesitsel çalışmada 40 alerjik rinitli çocuk ve 40 sağlıklı kontrol değerlendirildi. Hastalardan uyku anketi, prick testleri ve alerjik rinit sınıflamaları ile plazma CLOCK, BMAL1, CRY1, CRY2, PER1 ve PER2 protein düzeyleri enzime bağlı immünosorbent yöntemle ölçüldü. Gruplar Mann–Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Altı protein karşılaştırması için Benjamini–Hochberg yöntemiyle çoklu test düzeltmesi uygulandı.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: PER2 düzeyi alerjik rinit grubunda kontrol grubundan daha düşüktü [medyan (çeyrekler arası aralık): 323,5 (223,9–391,6) ve 388,3 (312,7–497,1) ng/L; düzeltilmemiş p=0,024]. Ancak çoklu test düzeltmesinden sonra fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadı (q=0,144). CLOCK, BMAL1, CRY1, CRY2 ve PER1 düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.Sonuç: Alerjik rinitli çocuklarda PER2 düzeyi daha düşük olma eğilimi gösterdi; ancak bulgu çoklu karşılaştırma düzeltmesi sonrasında doğrulanmadı. Sirkadiyen saat proteinlerinin alerjik rinitteki olası rolünü değerlendirmek için bu bulgunun daha geniş örneklemlerde incelenmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: ALERJİK RİNİT, SİRKADİYEN RİTİM, SİRKADİYEN SAAT PROTEİNLERİ

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 48

Pediatrik Yoğun Bakım Hastalarında Renal Anjina İndeksinin Farklı Klinik Alt Gruplarda Akut Böbrek Hasarını Öngörü Performansı: Retrospektif Bir Analiz

GÖZDE KAPLAN VAROLSUN[1], PELİN ERTAN[1], ALKAN BAL[1], NESLİHAN ZENGİN[1]

GÖZDE KAPLAN VAROLSUN / MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH) çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) sık görülür ve mortaliteyi artırır. Serum kreatinin artışı geç ortaya çıktığı için erken risk sınıflaması önemlidir. Bu çalışmada renal anjina indeksinin (RAİ) ABH'yi öngörme performansını tüm kohortta ve klinik alt gruplarda değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Eylül 2022-Şubat 2024 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi ÇYBÜ'ye yatırılan 120 hasta retrospektif olarak incelendi. RAİ, risk skoru ile kreatinin değişimi/sıvı yükü temelli hasar skorunun çarpımı olarak yatışta ve üçüncü günde hesaplandı; ≥8 değeri pozitif kabul edildi. ABH, KDIGO kriterlerine göre tanımlandı. Hastalar tanıya göre sepsis, kardiyak, solunum/diğer ve travma olarak gruplandı. Öngörü performansı ROC eğrisi altındaki alan (AUC) ile değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 24 ay (ÇAA 6–108), 50'si (%41,7) kızdı. Yatışta 22 hastada (%18,3) RAİ pozitifti. Üçüncü günde 34 (%28,3), yedinci günde 28 (%23,3) hastada ABH saptandı. Yatış RAİ'si üçüncü gün ABH'yi AUC 0,76 (%95 GA 0,65–0,85) ile öngördü; duyarlılık %50, özgüllük %93, negatif prediktif değer %82 idi. Üçüncü gün RAİ'si yedinci gün ABH için AUC 0,84 (%95 GA 0,74–0,92) gösterdi. Alt gruplarda AUC solunum/diğer grubunda 0,75 (0,62–0,87), sepsis grubunda 0,72 (0,50–0,93) idi; travma (n=14) ve kardiyak (n=4) gruplarında hasta sayısı anlamlı analiz için yetersizdi. Altta yatan hastalığı olanlarda AUC 0,79, olmayanlarda 0,56 bulundu.Sonuç: RAİ, ÇYBÜ hastalarında ABH'yi öngörmede yüksek özgüllük ve negatif prediktif değere sahip, yatak başında kolayca hesaplanabilen bir araçtır. Ancak öngörü performansı klinik alt gruplara göre değişmektedir; özellikle sepsis ve altta yatan hastalığı olmayan hastalarda daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: RENAL ANJİNA İNDEKSİ, AKUT BÖBREK HASARI, PEDİATRİK YOĞUN BAKIM

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 49

Çocukluk Çağı Graves Hastalığında Klinik Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi

Uzm. Dr. Yasemin Funda BAHAR[1], Doç. Dr. Hale ÜNVER TUHAN[1], Prof. Dr. Mesut PARLAK[1], Arş.Gör. Koray Berk Çiftçi[1]

Arş.Gör. Koray Berk Çiftçi / Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Graves hastalığı çocukluk çağında hipertiroidinin en sık nedenidir. Antitiroid ilaçlar ilk basamak tedaviyi oluşturmakla birlikte tedavi yanıtı ve tiroid fonksiyonlarının normalleşme süreci hastalar arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Bu çalışmada Graves hastalığı tanısıyla izlenen çocuk ve adölesanların klinik ve laboratuvar özelliklerinin, antitiroid tedaviye biyokimyasal yanıtlarının ve izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Çocuk Endokrinoloji Kliniğinde Graves hastalığı tanısıyla izlenen 33 çocuk ve adölesanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tanı yaşı, cinsiyeti, pubertal durumu, antropometrik ve klinik özellikleri, tiroid fonksiyon testleri, TSH reseptör antikoru (TRAb) düzeyleri, tedavi özellikleri ve izlem sonuçları kaydedildi. Serbest T4 (sT4), serbest T3 (sT3) ve TSH normalleşme süreleri hafta cinsinden standardize edildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre ortalama±standart sapma veya medyan (çeyrekler arası aralık), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular:Hastaların 27'si (%81,8) kızdı ve tanı yaşı medyan 11,33 (9,91–14,00) yıldı. Hastaların 23'ü (%69,7) pubertal dönemdeydi. Ortalama vücut kitle indeksi 19,02±3,77 kg/m^2, VKİ-SDS –0,09±1,14 ve nabız 105,94±13,06/dk idi. Göz tutulumu iki hastada (%6,1) saptandı. Tanıda ortalama sT4 düzeyi 3,02±1,12, sT3 düzeyi 11,32±4,99 olup TRAb düzeyi medyan 3,99 (2,82–19,50) idi. Hastaların 29'unda (%87,9) TSH ≤0,01 mIU/L idi. Tüm hastalara metimazol tedavisi başlanmış, 15 hastada (%45,5) beta bloker kullanılmıştı. sT4 ve sT3 normalleşme süreleri medyan 4,35 hafta iken, TSH normalleşme süresi medyan 13,04 hafta olarak saptandı. Medyan izlem süresi 36 (12–54) ay, antitiroid tedavi süresi ise 34 (8–54) aydı. İzlemde sekiz hastada (%24,2) antitiroid tedavi kesilmiş, dört hastaya (%12,1) cerrahi uygulanmış ve hiçbir hastaya radyoaktif iyot tedavisi uygulanmamıştı(Tablo1).Sonuç:Kohortumuzda çocukluk çağı Graves hastalığı belirgin kız cinsiyet ve pubertal dönem ağırlığı göstermekteydi. Antitiroid tedaviyle sT4 ve sT3 düzeyleri yaklaşık dört haftada normalleşirken TSH normalizasyonunun yaklaşık üç kat daha uzun sürdüğü görüldü. Bu bulgu, daha önce bildirilen gecikmiş hipofizer TSH toparlanmasıyla uyumludur. Tedavinin erken döneminde baskılı TSH'nin tek başına devam eden hipertiroidiyi göstermeyebileceği ve doz düzenlemesinde periferik tiroid hormonlarının birlikte değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

TABLO

Tablo 1. Graves hastalarının klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri

Tablo 1. Graves hastalarının klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri

Değişken	Sonuç
Demografik ve klinik özellikler	
Tanı yaşı, yıl	11,33 (9,91–14,00)
Kız cinsiyet, n (%)	27 (81,8)
Pubertal, n (%)	23 (69,7)
VKİ, kg/m^2	19,02 ± 3,77
VKİ-SDS	–0,09 ± 1,14
Nabız, /dk	105,94 ± 13,06
Tiroid hacmi, mL	13,92 (8,00–22,04)
Göz tutulumu, n (%)	2 (6,1)
Tanı laboratuvar bulguları	
TSH ≤0,01 mIU/L, n (%)	29 (87,9)
sT4, ng/dL	3,02 ± 1,12
sT3, ng/L	11,32 ± 4,99
TRAb, IU/L	3,99 (2,82–19,50)
Hemoglobin, g/dL	12,75 ± 1,26
Lökosit, /µL	6430 (6100–7400)
Trombosit, ×10^3/µL	313,48 ± 80,14
Tedavi ve biyokimyasal yanıt	
Metimazol tedavisi, n (%)	33 (100)
Beta bloker kullanımı, n (%)	15 (45,5)
sT4 normalleşme süresi, hafta	4,35 (2,00–8,69)
sT3 normalleşme süresi, hafta	4,35 (2,00–13,04)
TSH normalleşme süresi, hafta	13,04 (8,69–26,07)
İzlem sonuçları	
İzlem süresi, ay	36 (12–54)
Değişken	Sonuç
Antitiroid tedavi süresi, ay	34 (8–54)
Antitiroid tedavisi kesilen, n (%)	8 (24,2)
Cerrahi uygulanan, n (%)	4 (12,1)
Radyoaktif iyot tedavisi, n (%)	0 (0)

Graves hastalarının klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri

Anahtar Kelimeler: Graves hastalığı, metimazol, TSH; serbest T4; serbest T3

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 50

DICER1 Gen Varyantı Taşıyan İntraoküler Malign Teratoid Medulloepitelyoma Olgusunda Agresif İskelet Relapsı ve Rabdomiyosarkomatöz Diferansiasyon

Reyyan Doğan,Nazlı Karadaş,Burcu Tufan Taş,Rabia Emel Şenay,Nurşah Eker[1]

Reyyan Doğan,Nazlı Karadaş,Burcu Tufan Taş,Rabia Emel Şenay,Nurşah Eker / Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Medulloepitelyoma, embriyonik nöroepitelyumdan köken alan ve çocukluk çağında sıklıkla siliyer cisim yerleşimi gösteren nadir bir intraoküler neoplazidir.Güncel bir pediatrik intraoküler tümör serisinde 310 çocukta görülen intraoküler tümörlerin 3'ü (%1) medulloepitelyoma olarak bildirilmiştir.Tümör dokusunda kıkırdak veya kas dokusu gibi heterolog elemanların bulunması teratoid varyantın karakteristik özelliğidir. MikroRNA biyogenezinde temel rol oynayan DICER1 genindeki patojenik varyantların siliyer cisim medulloepitelyomaları ile güçlü bir ilişki gösterdiği bilinmektedir. Bu olgu sunumunda, enükleasyon materyalinde heterolog kondroid alanlar içeren malign teratoid medulloepitelyoma tanısı alan, periferik kanda DICER1 olası patojenik varyantı saptanan ve izleminin birinci yılında patolojik femur kırığı, yaygın iskelet sistemi tutulumu ve rabdomiyosarkomatöz diferansiasyon gösteren relaps gelişen altı yaşındaki bir hastanın klinik seyri ve multidisipliner yönetiminin sunulması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Sol gözde yaklaşık bir yıldır devam eden kızarıklık, göz içi lezyon ve görme kaybı yakınmalarıyla başvuran altı yaşındaki hastanın değerlendirmesinde, sol ön kamarayı dolduran intraoküler kitle saptandı.Göz değerlendirmesi sonucu ön tanı medulloepitelyoma olarak düşünüldü ve enükleasyon uygulandı.Histopatolojik incelemede heterolog kondroid alanlar içeren tümörde Ki-67 proliferasyon indeksi %50 olarak saptandı ve PAX-8 ile yamasal pozitiflik izlendi. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular doğrultusunda malign teratoid medulloepitelyoma tanısı konuldu. Tanı sırasındaki PET incelemesinde sol orbital bölgede hipermetabolik aktivitenin yanı sıra iskelet sisteminde metastaz açısından kuşkulu odaklar izlendi. Bununla birlikte eş zamanlı yapılan kemik iliği incelemesi ve kapalı femur biyopsisinde malignite saptanmadı. Periferik kandan gerçekleştirilen yeni nesil dizileme analizinde DICER1 olası patojenik varyantı tespit edildi. Hastaya altı kür vinkristin, etoposid ve karboplatin (VEC) içeren sistemik kemoterapi uygulandı ve komplet remisyonda tedavisi kesildi. Tedavi kesiminden yaklaşık 5 ay sonra sağ uyluk ağrısı gelişmesi üzerine yapılan manyetik rezonans görüntülemede sağ femur metadiyafizinde kortikal destrüksiyona neden olan kitle ve eşlik eden patolojik kırık hattı saptandı. Ayrıca sol sakral bölgede yaklaşık 3,5 cm boyutunda kitle ile birlikte yaygın kemik lezyonları izlendi. Literatürde medulloepitelyomanın kemik metastazı bildirilmediği için tanıyı netleştirmek adına femur lezyonundan biyopsi alındı.Histopatolojik değerlendirmesinde rabdomiyosarkomatöz değişiklik gösteren morfoloji ve diferansiasyon saptandı. Relaps hastalık için kemoradyoterapi planlandı.

Bulgular ve Sonuç: Siliyer cisim medulloepitelyomalarının DICER1 ile olan güçlü ilişkisi, özellikle teratoid histolojik özellikler taşıyan olgularda moleküler genetik değerlendirmenin önemini ortaya koymakta olup kemik metastazı literatürde bildirilmemiştir. Olgumuz bu açıdan dikkat çekici olup literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yüksek proliferatif aktivite gösteren malign teratoid medulloepitelyoma olgularında lokal hastalık kontrolünün yanı sıra uzak metastatik yayılım açısından yakın sistemik izlem önem taşımaktadır. Bu nadir ve agresif tümörlerin izlem ve tedavisinde çocuk onkolojisi, oftalmoloji, patoloji, tıbbi genetik, ortopedi, radyasyon onkolojisi ve ağrı ekiplerini içeren multidisipliner yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Medulloepitelyoma, DICER1, kemik metaztazı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 51

Kurumsal Bakımı Altındaki Çocuk ve Adölesanlarda Beslenme Durumu, Diyet Çeşitliliği ve Nutrisyonel Eksikliklerinin Değerlendirilmesi: Amasya'dan Kesitsel Bir Çalışma

Sümeyye EVSİLE[1], Elif UĞURLU[1], Gökçe CELEP[1], Arif Orkun KOTUK[2], İrem YILMAZ[2], Sude Gül DURMAZ[2], Şehin HAJ HAMAD[2]

Sümeyye EVSİLE / Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Kurum bakımında yaşayan çocuklarda beslenme durumu; büyüme göstergeleri, diyet örüntüsü ve mikronutrient yeterliliği açısından çok boyutlu olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmada, kurum bakımında yaşayan çocuklar ile aile yanında yaşayan çocukların beslenme çeşitliliği, antropometrik özellikleri ve seçilmiş mikronutrient göstergelerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel karşılaştırmalı çalışmaya kurum bakımında yaşayan 50 ve aile yanında yaşayan 100 olmak üzere herhangi bir kronik hastalığı ve aktif şikayeti olmayan toplam 150 çocuk dahil edildi. Çalışmanın saha aşaması, antropometrik ölçümler konusunda uygulamalı eğitim alan Dönem 2 tıp öğrencilerinin katılımıyla yürütüldü. Boy, ağırlık ve beden kütle indeksi Z skorları hesaplandı. Besin tüketim sıklığı değerlendirildi ve beslenme çeşitliliği 10 besin grubundan oluşan Food Group Score-10 ile belirlendi. Hemoglobin, ferritin, transferrin satürasyonu, 25-hidroksivitamin D, vitamin B12, folat ve çinko dahil olmak üzere seçilmiş laboratuvar göstergeleri değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Kurum grubunun medyan yaşı daha yüksekti [9,50 (5,73-12,04) yıl vs 6,08 (2,58-10,56) yıl; p=0,006]. Kurum grubunda boy Z skoru daha düşükken [-0,87 (-1,58-0,15) vs 0,30 (-0,24-0,71); p < 0,001], ağırlık ve BKİ Z skorları benzerdi. FGS-10 toplam puanı kurum grubunda daha yüksekti [7,00 (6,00-8,00) vs 6,00 (5,75-7,00); p < 0,001]; ancak ≥48 aylık çocuklarda minimum besin çeşitliliğini karşılama oranları farklı değildi (%97,6 vs %89,4; p=0,150). Serum folat [6,10 (3,71-8,47) vs 9,00 (7,45-12,40) ng/mL] ve çinko [85,00 (78,00-91,00) vs 95,00 (90,00-97,25) µg/dL] düzeyleri kurum grubunda daha düşüktü (her ikisi için p < 0,001). Düşük vitamin D durumu kurum grubunda daha sık (%82,0 vs %65,0; p=0,037), demir eksikliği ise kontrol grubunda daha sıktı (%46,0 vs %65,0; p=0,035). Anemi ve demir eksikliği anemisi açısından fark saptanmadı. Sonuç: Kurum bakımındaki çocuklarda antropometrik görünüm, beslenme çeşitliliği ve biyokimyasal göstergeler aynı yönde değişmemektedir. Bu çocukların değerlendirilmesinde büyüme göstergelerinin diyet örüntüsü ve seçilmiş mikronutrientlerle birlikte ele alınması daha kapsamlı bir beslenme değerlendirmesi sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: kurum bakımı, beslenme çeşitliliği, mikronutrientler

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 55

SİTUS İNVERSUS TOTALİS VE SAĞ ATRİYAL İZOMERİZM GÖSTEREN TEK VENTRİKÜLLÜ OLGU SUNUMU

METİN ÖZTEP[1], ELİF NUR İLDEŞ[2], EZGİ YILMAZ[3]

METİN ÖZTEP / GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ,ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Giriş: Heterotaksi sendromu, organ yerleşim bozuklukları ve kompleks kardiyak anomalilerle seyreder. Sağ atriyal izomerizme sıklıkla AVSD, tek ventrikül ve total anormal pulmoner venöz dönüş(TAPVD) eşlik eder. İnfrakardiyak tipte pulmoner venler portal/sistemik venlere bağlanır; gelişebilecek pulmoner venöz obstrüksiyon ise ağır hipoksemi, solunum yetmezliği ve dolaşım bozukluğuna yol açar.

Materyal ve Metot: Üç ay 25 günlük erkek hasta, 37 haftalık miad doğum öyküsü ile başvurdu. Küvöz bakımı öyküsü olmayan ve antenatal takip yapılmamış hastanın G4P2Y2 olduğu, diğer kardeşinin sağlıklı olduğu öğrenildi.Yaklaşık bir aydır aralıklı morarma ve kendiliğinden düzelme tariflenen hastanın, başvuru öncesindeki gün siyanoz ataklarının artması üzerine acil servise getirildiği öğrenildi. Başvuru sırasında genel durumu kötü, belirgin santral siyanozu olan hasta entübe edildi. Mekanik ventilasyonda FiO_2 %100 olmasına rağmen SpO_2 %55–60 düzeylerinde seyretti. Hastanın çekilen akciğer grafisinde işaretlemeye rağmen kalp gölgesinin sağda izlenmesi üzerine situs inversus düşünüldü. Yapılan Ekokardiyografide:•Sağ atriyal izomerizm•Dekstrokardi•Common inlet sağ ventrikül/işlevsel tek ventrikül anatomisi•Tek atriyum görünümünde geniş primum ve sekundum ASD•İnce PDA•Total anormal pulmoner venöz dönüş şüphesisaptandı.Çocuk kardiyolojisinin önerisiyle başlangıçta prostaglandin tedavisi başlandı. Hipotansiyon nedeniyle adrenalin infüzyonu uygulandı. KVC bulunan ileri merkeze sevk planlandı.Toraks BT anjiyografisinde pulmoner venlerin portal sisteme drene olduğu gösterildi ve infrakardiyak tip total anormal pulmoner venöz dönüş tanısı desteklendi.

Bulgular ve Sonuç: KLİNİK SEYİR Hasta ileri merkezde çocuk yoğun bakım ünitesine devralındığında genel durumu çok kötü, cilt ve dudakları siyanotik, FiO_2 %100 mekanik ventilasyonda SpO_2 %56 idi. Takipne, abdominal solunum ve üfürüm mevcuttu. Çocuk kardiyoloji tarafından yeniden değerlendirilen hastanın kardiyak hastalığının duktus bağımlı olmadığı düşünülerek prostaglandin tedavisi kesildi. Hipotansiyon nedeniyle adrenalin tedavisine devam edildi ve noradrenalin başlandı. Hastanın genel durumu giderek kötüleşen hasta ex oldu.TARTIŞMASağ atriyal izomerizm, kompleks kardiyak anatomi ve total anormal pulmoner venöz bağlantı (TAPVD) ile ilişkilidir; fonksiyonel tek ventrikül ve pulmoner venöz anomalilerin varlığı ise klinik yönetimi güçleştirir. İnfrakardiyak TAPVD'de pulmoner venöz dönüşün portal sisteme yönelmesi, obstrüksiyon geliştiğinde ağır siyanoz ile dolaşım bozukluğuna yol açtığından bu olgularda erken müdahale gereksinimi yüksektir. Bu olguda ileri düzey konjenital kalp hastalığının antenatal dönemde tanınmaması ve hastanın süt çocukluğu dönemine kadar aralıklı siyanozla takibi dikkat çekici olup, ekokardiyografinin yetersiz kaldığı tabloda BT anjiyografi pulmoner venöz anatomiyi göstererek tanıyı kesinleştirmiştir.SONUÇKompleks heterotaksi ve sağ atriyal izomerizm bulunan hastalarda pulmoner venöz dönüş anomalileri mutlaka araştırılmalıdır. Özellikle oksijen tedavisine rağmen düzelmeyen ciddi siyanoz, TAPVD ve pulmoner venöz obstrüksiyon açısından uyarıcı olmalıdır. Erken tanı, ayrıntılı anatomik değerlendirme ve uygun kardiyak merkeze hızlı yönlendirme kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HETEROTAKSİ, TAPVD, ANJİOGRAFİ

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 59

Akut Romatizmal Ateşli Çocuklarda Hematolojik İnflamatuvar İndekslerin Kardit ve Altı Aylık Valvüler Prognoz ile İlişkisi

Şenol Erdem[1], Özlem Erdede[1], Dilara Lahut Şeviş[1], Abdullah Alpınar[2], Nurdan Erol[2]

Şenol Erdem / SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Akut romatizmal ateşte (ARA) kardit, uzun dönem morbiditenin önemli belirleyicilerindendir. Bu çalışmada tam kan sayımından hesaplanan nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR) ve sistemik immün-inflamasyon indeksinin (SII) kardit varlığı, başlangıç kardit şiddeti ve altı aylık valvüler prognozla ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: ARA tanılı 61 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. Başvuru hemogramından inflamatuvar indeksler hesaplandı. Ekokardiyografide patolojik mitral ve/veya aort yetersizliği kardit olarak kabul edildi; fizyolojik/eser regürjitasyon normal değerlendirildi. Kardit şiddeti en yüksek kapak yetersizliği derecesine göre sınıflandırıldı. Başlangıçta karditi bulunan ve altıncı ay ekokardiyografisi mevcut 45 hasta prognostik analize alındı. Orta/ağır rezidüel valvüler yetersizlik klinik olarak anlamlı sonlanım kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 11,4±3,8 yıl olup %63,9'u kızdı. Kardit 50 hastada (%82,0) saptandı. Kardit olan ve olmayan gruplarda NLR açısından anlamlı fark bulunmadı [medyan (çeyrekler arası aralık): 3,60 (2,23–4,84) ve 4,25 (3,72–7,87); p=0,157]. PLR kardit olmayanlarda daha yüksekti (p=0,044); MLR ve SII farklı değildi. Başlangıç kardit şiddetiyle hematolojik indeksler arasında anlamlı ilişki saptanmadı.Altıncı ayda 45 hastanın 8'inde (%17,8) valvüler tutulum tamamen gerilerken, 23'ünde (%51,1) hafif, 10'unda (%22,2) orta ve 4'ünde (%8,9) ağır tutulum mevcuttu. Orta/ağır rezidüel tutulumu bulunan 14 hastanın (%31,1) başvuru NLR düzeyi, tutulumu olmayan/hafif olanlara göre daha yüksekti [4,66 (4,07–6,19) ve 2,94 (2,26–4,53); p=0,025]. PLR, MLR, SII, CRP ve sedimentasyon hızı açısından fark saptanmadı.NLR'nin altıncı ayda orta/ağır rezidüel valvüler tutulumu ayırt etme performansı ROC analiziyle değerlendirildi ve eğri altında kalan alan 0,712 (%95 GA: 0,542–0,864) bulundu. Keşifsel ROC analizinde belirlenen başvuru NLR ≥4,06 eşik değerinin, altıncı ayda orta/ağır rezidüel valvüler tutulumu ayırt etmedeki duyarlılığı %78,6, özgüllüğü %71,0 olarak saptandı. Orta/ağır rezidüel tutulum oranı başlangıçta hafif, orta ve ağır karditte sırasıyla %11,1, %16,7 ve %100'dü (eğilim için $p < 0,001$). Başlangıç ve altıncı ay valvüler şiddeti arasında pozitif korelasyon vardı (Spearman $\rho=0,568$; $p < 0,001$). Yaş ve başlangıç kardit şiddetine göre düzeltildiğinde NLR bağımsız prognostik anlamlılık göstermedi (p=0,836).Sonuç: Başvuru NLR düzeyi altıncı ayda orta/ağır rezidüel valvüler tutulumu bulunan hastalarda daha yüksek olmakla birlikte, bağımsız prognostik katkısı gösterilemedi. Başlangıç kardit şiddeti valvüler prognozla daha güçlü ilişkiliydi. NLR'nin olası prognostik değeri daha geniş, prospektif çalışmalarda araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, kardit, nötrofil/lenfosit oranı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 60

Akut Gastroenterit Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Çocuklarda Başvuru Laboratuvar Değerlerinin Klinik Şiddet ve Yatış Süresiyle İlişkisi

Özlem Özdemir Balcı[2], Murat Anıl[1], Elif Böncüoğlu[1], Emre Sağlam[2], Gülşen Yalçın[1], Ekin Kışla[1], İlhanŞafak Yalçınkaya[1]

Ekin Kışla / İzmir Demokrasi Üniversitesi

Giriş: Akut gastroenterit (AGE) nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda, sıvı tedavisi öncesinde ölçülen laboratuvar parametrelerinin klinik şiddet, dehidratasyon düzeyi ve yatış süresiyle ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

Materyal ve Metot: Tek merkezde, bir yıllık dönemde AGE tanısıyla çocuk servisinde yatarak izlenen 249 çocuğun dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Vesikari puanı, servise yatışın ilk gününde hesaplandı. Toplam puanın ≥11 olması şiddetli AGE olarak kabul edildi. Uzamış yatış ≥5 gün olarak tanımlandı. Hastaneye başvuru ve taburculuk sırasında ölçülen vücut ağırlıkları kullanılarak dehidratasyon yüzdesi hesaplandı. Dehidratasyon yüzdesinin ≥%5 olması veya acil serviste hipovolemik şok tanısı alınması klinik önemi olan dehidratasyon olarak kabul edildi. Grup karşılaştırmalarında t-test, Mann–Whitney U ve ki-kare testleri kullanıldı. Anlamlı çıkan parametreler çok değişkenli ikili lojistik regresyonla değerlendirildi. Ayırt etme gücü ROC analiziyle incelendi; AUC değerleri hesaplandı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Toplam 249 olgu değerlendirildi. Hastaların 152'si (%61,0) erkekti. Medyan yaş 28 ay (Q1–Q3: 13–60), yatış süresi 3 gün (3–4), Vesikari puanı 10 (9–12) idi. Şiddetli AGE 122 (%49,0), klinik önemi olan dehidratasyon 214 olgunun 61'inde (%28,5), uzamış yatış 54 (%21,7) hastada saptandı. Çok değişkenli lojistik regresyonda modellerde venöz pH'nın 0,1 birim artışı (OR: 0,45; %95 GA: 0,28–0,74; p=0,002) ve bikarbonatın 1 mmol/L artışı (OR: 0,85; %95 GA: 0,77–0,93; $p < 0,001$), şiddetli AGE için daha düşük odds ile ilişkili bulundu. Yaşa göre düzeltilmiş lojistik regresyon modellerinde venöz pH'nın her 0,1 birim artışı (OR: 0,36; %95 GA: 0,20–0,67) ve bikarbonatın her 1 mmol/L artışı (OR: 0,85; %95 GA: 0,75–0,95) klinik önemi olan dehidratasyonla ters yönde; ürik asidin her 1 mg/dL artışı ise pozitif yönde ilişkili bulundu (pH modelinde OR: 1,18; %95 GA: 1,02–1,36; bikarbonat modelinde OR: 1,16; %95 GA: 1,002–1,35; tümü için $p < 0,05$). Vesikari puanındaki artış uzamış yatışla ilişkili bulundu (her 1 puan için OR: 1,13; %95 GA: 1,001–1,28; p=0,047). Klinik önemi olan dehidratasyon için pH ve bikarbonat içeren modellerin AUC değerleri sırasıyla 0,718 ve 0,703; şiddetli AGE modellerinin 0,674 ve 0,679 idi. Uzamış yatış modelinde Vesikari puanındaki artışın AUC'si 0,607 bulundu. Düşük venöz pH ve bikarbonat düzeyleri hem ağır AGE hem de klinik önemi olan dehidratasyonla bağımsız olarak ilişkili bulundu. Yüksek ürik asit dehidratasyonla, yüksek Vesikari puanı ise uzamış yatışla ilişkiliydi. Modellerin ayırt etme gücü klinik önemi olan dehidratasyon için orta düzeyde, ağır AGE için sınırlı ve uzamış yatış için zayıf bulundu. Başvuru sırasında ölçülen venöz kan gazı parametrelerinin, serum ürik asit düzeyinin ve ilk gün hesaplanan Vesikari puanının klinik şiddet değerlendirmesini destekleyebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut gastroenterit, Vesikari skoru, Dehidratasyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 61

Kolonoskopi sırasında invajinasyon gelişen Peutz Jeghers sendromlu bir olgu

Batuhan Koç[1], Atakan Comba[2], Aşkın Kadir Perçem[3]

Batuhan Koç / Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Peutz-Jeghers Sendromu (PJS), gastrointestinal sistem (GİS) de hamartomatöz polipler, mukokutanöz pigmentasyon, GİS ve GİS dışı artmış malignite riski ile giden otozomal dominant kalıtımlı bir hastalıktır. Hastalarda poliplere bağlı olarak kanama, anemi, invajinasyon ve intestinal obstrüksiyon gelişebilir. İnvajinasyon en sık görülen komplikasyondur, Hamartomatöz poliplerin öncü nokta (lead point) oluşturması nedeniyle gelişir, konservatif tedavi ile düzelmeyen olgularda acil cerrahi gerekebilir. PJG'li hastalarda tam sıklığı bilinmemekle birlikte asemptomatik (geçici ve kendiliğinden düzelen) invajinasyonlar da görülebilir. Burada kolonoskopi sırasında invajinasyon gelişen PJS'li bir hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: 14 yaşında erkek hasta, aralıklı olan karın ağrısı ve kabızlık şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Babasında PJS nedeniyle takipliydi. Fizik muayenesinde dudak mukozasında hiperpigmente lekeler vardı. Sistem muayeneleri ve laboratuar değerleri normaldi. Genetik İncelemede STK11 geni mutasyonu saptandı. Hastaya tarama amacıyla endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Üst GİS endoskopisinde midede korpus ve antrumda milimetrik en büyüğü 0,5 cm çaplı sapsız polipler saptandı. Kolonoskopide rektumda milimetrik polipler vardı, transvers kolon proksimalinde 2 cm büyüklüğünde geniş tabanlı polip izlendi. Kolonoskopla ilerlendiğinde çıkan kolondan hepatik fleksuraya kadar lümenin 1/3'ünü dolduran ince bağırsak mukozasının kolon içerisine invajine olduğu görüldü (Resim 1). İnvajine barsak segmentinin kenarından geçilerek çekum tabanına inildi. Sonra invajine segmentin geri ileuma redüksiyonu planlanırken, ileoçekal valvin açıldığı ve invajine olan segmentin hızla spontan redükte olduğu görüldü (Resim 2). İleokolonik invajinasyon görüntüsü ve spontan redüksiyonu video olarak kayda alındı. Hastada kolonda izlenen poliplere polipektomi uygulanarak işlem sonlandırıldı. İşlem sonrası takipte hastanın herhangi bir şikayeti olmadı. İnce bağırsak poliplerini saptamak için MR enterografi planlanarak hasta ayaktan izleme alındı. Mide ve kolon poliplerinin patolojisi hamartamatöz polip olarak geldi.

Bulgular ve Sonuç: PJS'li hastalarda karın ağrısı sık görülür. Ağrının nedeni, poliplerin lümende daralma, bağırsak duvarında gerilmeye neden olması ve ara ara oluşan kısa süreli/ kısa segment invajinasyonlardır. Özellikle tekrarlayan, kolik tarzında karın ağrıları hastalarda spontan düzelen invajinasyon belirtisi olabilir. Olgumuzda kolonoskopi sırasında oluşan ve kendiliğinden düzelen invajinasyon bu bilgileri destekleyici nitelikte olup nadir tanık olunabilecek bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, İnvajinasyon, Peutz-Jeghers Sendromu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 62

TEKRARLAYAN KARIN AĞRISI OLAN ÇOCUKLARDA YAPAY ZEKA DESTEKLİ TANI DEĞERLENDİRMESİ: FONKSİYONELDEN ORGANİK HASTALIĞA DÖNÜŞÜMÜ ÖNGÖREN HİBRİT MAKİNE ÖĞRENMESİ MODELİ

Dursune Rumeysa HAYLA[1], Fatih HAŞLAK[2], Zeynep TURGUT AKGÜN[3], Fırat ERDOĞAN[1]

Dursune Rumeysa HAYLA / İstanbul Medeniyet Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Tekrarlayan karın ağrısı ile başvuran çocukların bir bölümü ilk değerlendirmede fonksiyonel hastalık tanısı almakta, izlemde ise organik bir hastalık saptanmaktadır. Bu tanısal dönüşüm tanıda gecikmeye ve gereksiz tetkiklere neden olmaktadır. Dönüşümü başvuru anında öngörebilen yapay zeka tabanlı araçlar sınırlıdır. Bu çalışmada, rutin klinik ve laboratuvar verileriyle fonksiyonelden organik hastalığa dönüşümü öngören, yorumlanabilir bir makine öğrenmesi modeli geliştirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Tek merkezde 2020–2026 yıllarında izlenen, Apley kriterlerini karşılayan, 0–18 yaş arası 393 çocuk retrospektif olarak incelendi. İlk tanısı fonksiyonel olan 167 hastada klinik ve laboratuvar değişkenleri ayrı veri grupları olarak modellendi. Random Forest, Extremely Randomized Trees, AdaBoost, Gradient Boosting, XGBoost, LightGBM ve CatBoost algoritmaları karşılaştırıldı. Her veri grubunda en başarılı model seçilerek olasılıkları soft voting yöntemiyle birleştirilen hibrit model oluşturuldu. Performans, ROC eğrisi altında kalan alan (AUC) ile; değişkenlerin katkısı SHAP yöntemiyle değerlendirildi ve modelden nomogram geliştirildi. Geleneksel analizlerde ki-kare testi ve lojistik regresyon kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Nihai tanı %42,5 hastada fonksiyonel, %51,9 hastada organikti ve %5,6 hastanın nihai tanısı konulamadı. İlk tanısı fonksiyonel olan 167 hastadan, nihai tanısı organik olarak değişen %9 hasta vardı. Lojistik regresyonda beslenmeyle artan karın ağrısı bu tanısal değişimin bağımsız belirleyicisiydi. Makine öğrenmesinde klinik verilerle en yüksek AUC XGBoost modelinde (0,690±0,055), laboratuvar verilerinde CatBoost modelinde (0,58±0,054) elde edildi; hibrit modelin AUC değeri 0,703±0,007 idi. SHAP analizinde semptomların daha geç yaşta başlaması, ailede otoinflamatuvar veya immün ilişkili hastalık öyküsü, konstipasyon olmaması, 6 saatten uzun atak varlığı, yüksek C-reaktif protein, kreatinin, eozinofil ve sedimentasyon değerleri öngörüye en çok katkı veren değişkenlerdi. Nomogramda parametrelerden elde edilen kümülatif risk skorunda, toplam puanın 120'yi aşması organik hastalık olasılığının %50'yi, 180'i aşması %90'ı geçtiğini gösterdi.Klinik ve laboratuvar verilerini birleştiren hibrit model, tekil modellerden daha iyi ve kabul edilebilir düzeyde ayırt edicilik sağlamıştır. Rutin verilerle başvuru anında organik dönüşüm riskini sınıflayan ve nomogramla yatak başında kullanılabilen bir karar destek aracı olma potansiyeli taşımaktadır. Çok merkezli prospektif çalışmalar ile doğrulanması gerekmektedir.

	Veri grubu	AUC (ortalama±SD)
XGBoost	Klinik	0,690±0,055
CatBoost	Laboratuvar	0,58±0,054
Hibrit model	Klinik+Laboratuvar	0,703±0,007

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan karın ağrısı, Makine öğrenmesi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 65

Ekzojen Obezitenin Nadir Bir Nedeni Olarak Anne Tarafından Oluşturulan Çocuk İstismarı

Zerrin Orbak[1], Ebru Büşra Orbak Atalay[2]

Ebru Büşra Orbak Atalay / Erzurum Şehir Hastanesi

Giriş: Obezite, vücutta aşırı miktarda yağ dokusu birikimiyle karakterize bir durumdur. Ekzojen obezitenin, aşırı enerji alımı ile yetersiz fiziksel aktivitenin bir araya gelmesi sonucunda geliştiği düşünülmektedir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada, ekzojen obezitesi bulunan üç yaşında bir erkek çocuk olgu sunulmuştur. Hasta, kusma şikâyetiyle kliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde obezite saptanmıştır. Ayrıntılı anamnez sonucunda, çocuğun annesi tarafından fiziksel istismara maruz bırakıldığı belirlenmiştir. Hastanın kusma şikâyetinin annesi tarafından aşırı beslenmesiyle ilişkili olduğu ve annesinin çocuğu daha çok yedirebilmek amacıyla beslenme öncesinde çocuğa antiemetik ilaç verdiği öğrenilmiştir. Annenin tedavi edilmesinin ardından hastanın sağlık durumunda iyileşme gözlenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Ekzojen obezitenin değerlendirilmesinde ayrıntılı anamnez alınmasının büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ekzojen obezite, Kusma, Fiziksel istismar

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 68

Diyabet Taraması Amacıyla Başvuran Çocuklarda Prediyabet Aralığındaki HbA1c Düzeylerinin Yaşla İlişkisi: Yedi Yıllık Retrospektif Kesitsel Analiz

Ece Meltem YALÇIN[1], Mustafa YILDIZ[1]

Ece Meltem YALÇIN / FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş: Çocukluk çağında glukoz metabolizması bozukluklarının erken saptanması önem taşımakla birlikte, glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c) temelli prediyabet eşiklerinin pediatrik yaş grubundaki tanısal değeri tartışmalıdır. Bu çalışmada, diyabet taraması amacıyla başvuran çocuklarda prediyabet aralığındaki HbA1c sıklığının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi ve izlemde diyabete ilerlemenin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmada, 2019–2025 yılları arasında diyabet tarama muayenesi koduyla başvuran 18 yaş ve altındaki 3025 çocuğun kayıtları incelendi. HbA1c sonucu bulunan 2487 çocuk analize dahil edildi. Kayıtlarda ilk sırada yer alan HbA1c değerleri, Amerikan Diyabet Birliği kriterlerine göre normal (%5,7'nin altı), prediyabet aralığı (%5,7–6,4) ve diyabet aralığı (%6,5 ve üzeri) olarak sınıflandırıldı. Hastalar yaş gruplarına (0–5, 6–10, 11–14 ve 15–18 yaş) ve 10 yaş sınırına göre karşılaştırıldı. Prediyabet aralığında HbA1c saptanan 11–14 yaş grubundaki hastaların izlem sonuçları değerlendirildi. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: HbA1c sonucu değerlendirilen 2487 çocuğun 1975'inde (%79,4) normal, 327'sinde (%13,1) prediyabet ve 185'inde (%7,4) diyabet aralığında HbA1c saptandı. Prediyabet aralığındaki HbA1c sıklığı 0–5 yaşta %5,7, 6–10 yaşta %15,1, 11–14 yaşta %16,7 ve 15–18 yaşta %13,2 idi ($p < 0,001$). Okul çağında prediyabet aralığında HbA1c saptanma odds'u okul öncesine göre yaklaşık üç kat yüksekti (odds oranı: 2,97; %95 güven aralığı: 2,02–4,39). On yaş ve üzerindeki çocuklarda bu oran 10 yaş altına göre daha yüksekti (%15,2 ve %10,4; odds oranı: 1,55; %95 güven aralığı: 1,22–1,98; $p < 0,001$). (Şekil 1). Prediyabet aralığında HbA1c saptanan 11–14 yaş grubundaki 119 hastanın 17'sinde (%14,3) izlem sırasında diyabet gelişti. (Şekil 2).SONUÇ : Prediyabet aralığındaki HbA1c yüksekliği okul çağında anlamlı olarak daha sık saptanmış ve en yüksek oran 11–14 yaş grubunda gözlenmiştir. Bu yaş grubunda izlenen hastaların %14,3'ünde diyabet gelişmesi, erken ergenlik dönemindeki glisemik bozuklukların klinik seyir açısından da önem taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, pediatrik diyabet taramasında yaşa özgü farklılıkların dikkate alınması ve prediyabet aralığında HbA1c saptanan çocukların klinik risk faktörleriyle birlikte değerlendirilerek uygun şekilde izlenmesi gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: HbA1c, prediyabetli çocuk, diyabet taraması ve ilerlemesi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 72

Süt Çocuğunda Baş Titübasyonu ve Ailesel Hipomagnezemi: Anneden Kalıtılan CNNM2 Varyantı

Sanem Sert[1]

Sanem Sert / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Süt çocukluğunda baş titübasyonu; epileptik, yapısal, metabolik, elektrolit ve beslenme bozukluklarını içeren geniş bir ayırıcı tanı gerektirir. Magnezyum homeostazında görevli CNNM2 geninin patojenik varyantları, izole hipomagnezemiden nörogelişimsel bozukluklara uzanan değişken fenotiplerle ilişkilidir. Bu olguda, sınırda magnezyum değerleri bulunan bir süt çocuğunda maternal hipomagnezeminin ve genetik segregasyonun değerlendirmeye katkısı sunulmaktadır.

Materyal ve Metot: 39 hafta iki günlük, 3680 gram doğan, yalnızca anne sütü alan erkek bebek 31 günlükken idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle yatırıldı ve 7 gün amikasin aldı. Amikasinin ikinci gününde serum magnezyumu 1,64 mg/dL'idi. Taburculuk sonrası idrar kültürü kontrolüne getirildiğinde ailenin nörolojik bir yakınması yoktu. Kırk bir günlükken muayene sırasında kısa süreli, tekrarlayan baş titübasyonu dikkatimizi çekti; bulgu patolojik kabul edilerek tetkik planlandı. Ellerde de titreme olduğu öğrenildi. Akrabalık yoktu; anne tarafında dirençli epilepsi öyküsü vardı. Titübasyon dışında nörolojik muayene, göz dibi, transfontanel ultrasonografi ve kraniyal manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Uyku video elektroensefalografisinde epileptiform aktivite görülmedi, metabolik tarama testleri normaldi. Titübasyonun başladığı dönemde idrarda metilmalonik asit ve kanda metilmalonil karnitin normaldi, anemi ya da makrositoz yoktu. 70 günlükken B12 vitamini 265 ng/L ile sınırda düşüktü. İşlevsel eksiklik bulgusu olmasa da oral magnezyum ve B12 vitamini birlikte başlandı; emziren anne de aynı dönemde düzenli magnezyum kullanmaya başladı. Tedavinin ilk ayında titübasyon tamamen geçti, sonra tekrarlamadı. İzlemde magnezyum düzeyi 1,68–1,82 mg/dL arasında kaldı. Gen panelinde CNNM2 geninde heterozigot c.823C > T(p.Leu275Phe) önemi belirsiz varyant, SLC22A5 geninde heterozigot c.1412G > A patojenik varyant saptandı. Sanger analizinde her iki varyant annede de vardı, babada yoktu. Annenin magnezyumu 2022'de 1,32, 2024'te 1,31, doğumda 1,17 mg/dL ölçülmüştü; gebelik boyunca magnezyum içeren multivitamin kullanmasına rağmen düşük kalmıştı. İkisinde de kreatinin normaldi.

Bulgular ve Sonuç: Bu yaşta titübasyon genellikle ekstremitelerde ve uyaranla görülür, neonatal dönemden sonra da sürebilir; muayenede kendiliğinden tekrarlayan baş titübasyonu ise beklenmez. Ray ve Park'ın derlemesinde hipomagnezemiye bağlı baş titübasyonu bildirilmiştir. Vücuttaki magnezyumun %1'inden azı kanda bulunduğu için sınırda serum değerleri doku düzeyindeki eksikliği dışlamaz. Olgumuzda titübasyonun sınırda değerlerle ortaya çıkması ve magnezyum tedavisinin ilk ayında kaybolması bu görüşle uyumluydu. Magnezyumun amikasin kesildikten aylar sonra, tedavi altında bile alt sınırda kalması edinsel bir nedenden çok kalıtsal böbrek kaybını düşündürür. Normal metilmalonik asit ise belirgin B12 eksikliği düşündürmedi. Ailesel tabloyu annenin yıllardır süren hipomagnezemisi ortaya koydu; CNNM2 varyantının hipomagnezemik anneden geçmesi fenotiple uyumlu bir segregasyondur. Olgumuz, başvuru nedeni ne olursa olsun ayrıntılı fizik muayene ve gözlemin değerini bir kez daha gösterdi. Açıklanamayan titübasyonu olan süt çocuklarında magnezyum mutlaka ölçülmeli; sınırda değerlerde anne ve babanın düzeylerine bakmak ve segregasyon analizi tanıya önemli katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: süt çocuğu, titübasyon, hipomagnezemi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 74

İKİZ YENİDOĞANLARDA DOĞUM AĞIRLIĞI DİSKORDANSI: SOLUNUM MORBİDİTESİ VE HASTANE YATIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Kenan NAHYA[1], Ertuğrul Dedeoğlu[1], Süleyman Hilmi SEVİNÇ[1],

Giriş: İkiz gebeliklerde bebekler arasında doğum ağırlığı farkının belirgin olması, yenidoğan döneminde karşılaşılan klinik sorunlar ve izlem gereksinimi açısından önem taşıyabilir. İki bebek arasındaki doğum ağırlığı farkı arttıkça, özellikle erken doğumla birlikte, yenidoğan döneminde solunum sorunları ve yoğun bakım gereksinimi daha belirgin hale gelebilir. Bu çalışmada, doğum ağırlığı diskordansı ≥%20 olan ikiz yenidoğanların klinik seyirlerinin değerlendirilmesi ve ağırlık farkının RDS, surfaktan ve mekanik ventilasyon gereksinimi, sepsis, hastanede yatış süresi ve mortalite gibi yenidoğan döneminin önemli klinik sonuçlarıyla ilişkili olup olmadığının incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: 2023–2026 yılları arasında yenidoğan yoğun bakım ünitemizde izlenen 48 ikiz gebelik retrospektif olarak değerlendirildi. Doğum ağırlığı diskordansı, ağır ve hafif bebek arasındaki doğum ağırlığı farkının ağır bebeğin doğum ağırlığına oranlanmasıyla hesaplandı. Diskordans oranı ≥%20 olan gebelikler diskordant grup olarak kabul edildi. Gruplar; gebelik haftası, doğum ağırlığı, solunum sıkıntısı sendromu (RDS), surfaktan gereksinimi, mekanik ventilasyon ihtiyacı, sepsis gelişimi ve hastanede yatış süresi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular ve Sonuç: 48 ikiz gebeliğin 13'ünde (%27) ≥%20 doğum ağırlığı diskordansı saptandı. Diskordant grupta ortalama gebelik haftası daha düşük bulundu (33,1±2,4 hafta vs 34,6±1,9 hafta; p=0,02). Ortalama doğum ağırlığı ve 5. dakika Apgar skorları da diskordant grupta daha düşük seyretti ($p < 0,05$). RDS sıklığı (%46 vs %23; p=0,03), surfaktan gereksinimi (%38 vs %17; p=0,04) ve mekanik ventilasyon ihtiyacı diskordant grupta daha yüksek bulundu. Bunun yanında, hastanede yatış süresi diskordant grupta anlamlı olarak daha uzundu (18±6 gün vs 12±5 gün; p=0,01). Sepsis oranı diskordant grupta daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Mortalite açısından ise iki grup arasında belirgin bir fark saptanmadı.Doğum ağırlığı diskordansı ≥%20 olan ikiz yenidoğanlarda solunum sorunlarının daha sık görülmesi ve hastanede yatış süresinin uzaması, iki bebek arasındaki ağırlık farkının yenidoğan dönemindeki klinik izlem açısından dikkate alınması gereken bir durum olduğunu göstermektedir. Özellikle doğum ağırlığı daha düşük olan bebeğin yakından izlenmesi, solunum desteği ihtiyacının ve gelişebilecek diğer komplikasyonların zamanında fark edilmesi açısından önem taşımaktadır. Diskordant grupta gebelik haftasının daha düşük olması da elde edilen sonuçların yorumlanmasında önemlidir; çünkü prematürite, solunum sorunları ve hastanede yatış süresinin uzaması üzerinde etkili olabilecek bir faktördür. Daha geniş hasta gruplarını içeren ve farklı merkezlerde yürütülecek çalışmalar, doğum ağırlığı diskordansının yenidoğan dönemindeki klinik sonuçlarla ilişkisini daha ayrıntılı değerlendirmeye ve bu ilişkinin klinik önemini daha iyi ortaya koymaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diskordans, Neonatal morbidite, İkiz yenidoğan

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 76

JOUBERT SENDROMUNDA ÇOKLU ORGAN TUTULUMU: PORTAL HİPERTANSİYON, SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ VE YAYGIN KALSİNOZİS KUTİS İLE SEYREDEN OLGU

Fatma Betül Yıldız[1], Ceyda Tuna Kırsaçlıoğlu[1], Arzu Meltem Yusufoğlu[1], Songül Yılmaz[2], Meltem Koloğlu[3], Emre Can Çelebioğlu[4], Ömer Suat Fitöz[5], Bilge Ayça Kırmızı[6], Zarife Kuloğlu[1]

Fatma Betül Yıldız / Ankara Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Joubert Sendromu (JS), merkezi sinir sisteminin yanı sıra göz, karaciğer, böbrek, göz ve bazı hastalarda iskelet sistemini etkileyebilen nadir bir siliyopatidir. Hepatik tutulum konjenital hepatik fibrozis ve portal hipertansiyona (PHT); renal tutulum ise kronik böbrek hastalığına (KBH) neden olabilir. Burada hepatik ve renal tutulumla birlikte yaygın kalsinozis kutis gelişen bir hastanın klinik yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Yenidoğan döneminde hipotoni, dismorfik bulgular, böbrek kistleri ve kraniyal manyetik rezonans görüntülemede "molar diş " bulgu ile JS tanısı alan, izleminde KBH gelişen 17 yaşındaki erkek hastanın Ekim 2023'ten itibaren periton diyalizi yapıldığı, dokuz kere peritonit tedavisi aldığı, tekrarlayan umblikal herni sebebi ile opere olduğu ve son bir yıldır cildinde giderek artan yaygın kutanöz nodüler lezyonlar oluştuğu öğrenildi. Daha önce iki kez üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması geçiren hasta, peritonit tedavisi sırasında gelişen üst GİS kanaması nedeniyle merkezimize sevk edildi. Fizik muayenede ağır büyüme geriliği (ağırlık -14.19 SDS, boy -7.12 SDS, VKI:-4,69 SDS), hepatosplenomegali, masif asit, saçlı deri, gövde ve ekstremitelerde yaygın kalsifiye nodüller saptandı. Laboratuvar incelemeleri anemi (Hb: 10 gr/dl), trombositopeni (58.000/mm^3), üre (73 mg/dL) ve kreatinin (3.92 mg/dL) yüksekliği dışında normaldi. Abdomen BT-Anjiyografide makronodüler karaciğer, splenomegali (15 cm), venöz kollateraller, özofagus varisleri, masif asit, atrofik ve kalsifiye multikistik böbrekler ve cilt altında yaygın kalsifik nodüler oluşumlar izlendi. Endoskopide özofagus varisleri ve portal gastropati saptandı; bant ligasyonu uygulandı. Dirençli asit nedeniyle tekrarlayan parasentez ve albümin replasmanları yapıldı ve PHT yönetimi için transjuguler intrahepatik portosistemik şant planlandı. Periton yetersizliği ve tekrarlayan peritonitler sebebiyle hemodiyaliz geçildi. Lezyon biyopsisi histopatolojisi kalsinozis kutis ile uyumlu bulundu.

Bulgular ve Sonuç: Joubert sendromunda çoklu organ tutulumu, hepatik ve renal komplikasyonların bir arada olmasına ve ağır seyretmesine neden olarak klinik yönetimi güçleştirebilir. İleri evre KBH'de mineral-kemik metabolizması bozuklukları, özellikle yetersiz renal replasman tedavisi durumunda, yaygın kalsinozis kutis gelişimine katkıda bulunabilir. Bu olgu, Joubert sendromunda ciddi hepatik ve renal tutulumunun oluşturduğu karmaşık klinik tablonun yönetiminde multidisipliner yaklaşımın ve tedavi stratejilerinin hastanın klinik gereksinimlerine göre bireyselleştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Joubert, TIPS, Kalsinozis kutsi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 79

0–18 YAŞ GRUBUNDA VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ, EKSİKLİK BULGULARI VE TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Roni Mohamad[1], Aysu Duyan Çamurdan[2], Bahar Çuhacı Çakır[2], Bahar Öztelcan Gündüz[2]

Roni Mohamad / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Vücutta sentezlenemeyen vitamin B12, sinir sistemi işlevi ve eritropoez için gereklidir; çocukluk çağındaki eksikliği anemiye ve nörogelişimsel etkilenmeye yol açabilir. Bu çalışmada 0–18 yaş grubunda B12 eksikliğinin sıklığı, yaşa göre dağılımı, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi yanıtı değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot: 2019–2024 yıllarında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne başvuran 0–18 yaş 8457 hastanın verileri retrospektif incelendi. Kronik, metabolik veya nörolojik hastalığı, malabsorpsiyonu ya da eksik verisi olanlar dışlandı; 6298 olgu değerlendirmeye alındı (Şekil 1) (Etik kurul onay no: 2025-27). Serum B12 düzeyi < 300 pg/mL düşük kabul edildi. Anemi tanımında Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşa ve cinsiyete özgü hemoglobin eşik değerleri, ferritin değerlendirmesinde ise DSÖ ferritin kılavuzu referans alındı. Tekrarlayan ölçümlerde yalnızca ilk düşük değer ve kontrol değeri analize alındı. Klinik protokolümüzde sublingual metilkobalamin toplam altı ay uygulanmaktadır: ilk hafta günlük, ikinci hafta üç gün, üçüncü hafta iki gün, dördüncü–sekizinci haftalarda bir gün, izleyen dönemde ayda bir kez. Doz bir yaş altında 500 mikrogram (mcg), bir yaş ve üzerinde 1000 mcg'dir.Eksiklik saptanan olgulardan kontrol B12 ölçümü, antropometrik veya sosyodemografik verisi eksik olanlar dışlandı; düzenli izlem verilerine ulaşılabilen 611 hasta ayrıntılı analize alındı. Bunların 368'i protokole uygun tedavi almış, 243'ü tedavi almamış ya da düzensiz kullanmıştı; her iki grupta da kontrol B12 ölçümü mevcuttu.

Şekil 1. Çalışma grubu

Bulgular ve Sonuç: 6298 olgunun 2022'sinde (%32) vitamin B12 eksikliği saptandı; cinsiyet dağılımları benzerdi. Eksiklik en sık 0–12 ay grubunda görüldü (n=1171, %58,3) (Tablo 1).Tedavi sonrasında B12 düzeyi, hemoglobin, hematokrit, MCV ve RBC'de anlamlı artış; trombosit ve RDW'de anlamlı azalma saptandı (p < 0,05) (Tablo 2).611 hastanın en sık başvuru nedeni, yakınma olmaksızın rutin 1 yaş kontrolünde B12 taramasıydı (n=475, %77,7). Bunu kilo alım azlığı (n=72, %11,8), persentil kaybı (n=8, %1,3), hipotoni (n=7, %1,1) ve iştahsızlık (n=5, %0,8) izledi. Halsizlik, emme reddi ve nöbet daha az sıklıktaydı.Tedaviyi tam olarak uygulayan 368 hastada B12 düzeyinin 300 pg/mL üzerine çıkma oranı %51 idi. Vitamin B12 eksikliği erken çocukluk döneminde çoğunlukla asemptomatik seyrettiğinden, yalnızca klinik yakınmalara dayalı değerlendirme bazı olguların tanı almamasına neden olabilir. B12 düzeyinin 9 ay–1 yaş rutin anemi taraması kapsamında değerlendirilmesi, eksikliğin klinik bulgular ortaya çıkmadan saptanmasına katkı sağlayabilir. Risk altındaki çocuklara yönelik tarama ve erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Tablo 1. B12 eksikliği saptanan olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Tüm olgular (n=2022) n (%)
0–12 ay	1171 (58,3)
13–59 ay	568 (27,7)
5–9 yaş	115 (5,6)
10–18 yaş	168 (8,4)

Tablo 2. Tedavi öncesi ve sonrası vitamin B12 düzeyi ve hematolojik parametrelerin karşılaştırılması (n=368)

B12 ve hematolojik parametreler (n=368)	Tedavi öncesi ort ± ss (min–maks)	Tedavi sonrası ort ± ss (min–maks)	p değeri
B12 (pg/mL)	176,83 ± 54,61 (44–297)	345,93 ± 197,41 (97–1826)	0,001*
Hematokrit (%)	35,30 ± 3,37 (27–50)	36,10 ± 2,99 (27–50)	<0,001*
Hemoglobin (g/dL)	11,46 ± 1,24 (8–16)	11,73 ± 1,12 (8–17)	<0,001*
MCV (fL)	76,00 ± 6,56 (53–112)	76,60 ± 5,35 (52–89)	<0,001*
PLT ($\times 10^3/\mu L$)	379,71 ± 104,33 (133–720)	363,84 ± 95,09 (182–806)	<0,001*
RBC ($\times 10^6/\mu L$)	4,16 ± 0,44 (2–5)	4,23 ± 0,44 (3–5)	0,017*
RDW (%)	14,24 ± 1,84 (11–23)	13,99 ± 1,99 (11–27)	<0,001*
WBC ($\times 10^3/\mu L$)	8,52 ± 2,58 (3–19)	8,36 ± 2,44 (3–17)	0,273
Ferritin (ng/mL)	22,82 ± 25,81 (1–194)	20,77 ± 18,52 (2–161)	0,315

Anahtar Kelimeler: Çocuk, vitamin B12 eksikliği, vitamin B12 tedavisi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 80

Epstein-Barr Virüs Enfeksiyonuna Bağlı Multisistemik Tutulum; Kolestatik Hepatit ve Miyokarditli Bir Olgu Sunumu

emine eroğlu kaya[1], suna selbuz[1], musa öztürk[1], latife güder[1]

emine eroğlu kaya / atatürk sanatoryum eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Epstein–Barr virüsü çocukluk çağında sıklıkla asemptomatik enfeksiyon veya enfeksiyöz mononükleoz tablosu ile seyreder. Bununla birlikte EBV enfeksiyonu nadiren hepatobilier ve kardiyak sistemi içeren atipik multisistemik tutulumlarla da prezente olabilir. Bu olguda ateş ve döküntü şikayeti ile başvuran takibinde EBV ilişkili kolestatik hepatit, safra kesesi hidropsu ve miyokardit tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Dokuz yaşında kız hasta iki gündür olan ateş, gözlerde sararma, idrar renginde koyulaşma, kusma, eklem ağrısı ve gövde-sırt bölgesinde döküntü yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede gövdede makülopapüler döküntü ve skleralarda ikter, hepatosplenomegali mevcuttu. Bilinen hastalığı kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Başvuru laboratuvarlarında total bilirubin 5,2 mg/dL, direkt bilirubin 3,4 mg/dL, GGT 232 U/L, ALT 157 U/L, AST 49 U/L, albümin 4 g/dL ve CRP 76 mg/L saptandı. Direkt hiperbilirubinemi ve GGT yüksekliği nedeniyle ön planda kolestatik hepatit düşünüldü.Viral hepatit belirteçleri negatifti. Amilaz ve lipaz düzeylerinin normal olması pankreatik tutulumdan uzaklaştırdı. Otoimmün hepatit açısından ASMA zayıf pozitif, LKM negatifti; transaminaz yüksekliğinin sınırlı olması ve izlemde biyokimyasal gerileme görülmesi otoimmün hepatiti desteklemedi. Wilson hastalığı, alfa-1 antitripsin eksikliği ve obstrüktif safra yolu hastalıkları açısından yapılan değerlendirmelerde belirgin tanısal bulgu saptanmadı.Abdominal ultrasonografide karaciğer 153 mm, dalak 122 mm ölçüldü. Safra kesesi transvers çapı 4 cm olup distandü izlendi ve perikolesistik alanda sıvama tarzında mayi saptandı. MR kolanjiyografide safra yolu obstrüksiyonu izlenmedi. Bu bulgular, kolestatik hepatite eşlik eden safra kesesi hidropsu/akalkülöz kolesistit benzeri hepatobilier tutulum olarak değerlendirildi.Toraks ultrasonografisinde sol hemitoraksta minimal plevral efüzyon izlendi.EBV serolojisinde VCA IgG ve EBNA IgG pozitifliği, VCA IgM sınırda/negatif düzeydeydi. Klinik olarak ateş, döküntü, hepatosplenomegali, kolestatik hepatit, safra kesesi tutulumu ve sistemik bulguların birlikteliği nedeniyle EBV ilişkili atipik multisistemik tutulum ön planda düşünüldü.İzlemde hastanın göğüs ağrısı olması, klinik izleminde taşikardik seyretmesi üzerine hasta çocuk kardiyoloji tarafından değerlendirildi. Ekokardiyografide sınırda azalmış sol ventrikül sistolik fonksiyonları (ejeksiyon fraksiyonu %55) görüldü. Troponin (201 ng/L) ve BNP (529 pg/mL) değerlerinde artış olduğu görüldü. Hastaya klinik şikâyeti, troponin yüksekliği ve ekokardiyografik bulgusu olması nedeniyle EBV ilişkili olası miyokardit tanısı ile enalapril tedavisi başlandı. Perikardiyal efüzyon saptanmadı, perikardit lehine EKG değişikliği görülmedi. Hastanın ritim Holter monitorizasyonunda aritmi saptanmadı. Hastaya kısıtlı IV hidrasyon desteği, ursodeoksikolik asit, ampirik antibiyotik tedavisi (sefotaksim,klindamisin) ve destek tedavisi ile izlendi.

Bulgular ve Sonuç: Bu olgu, EBV enfeksiyonunun çocuklarda klasik enfeksiyöz mononükleoz bulguları olmaksızın kolestatik hepatit, safra kesesi hidropsu/akalkülöz kolesistit benzeri hepatobilier tutulum ve miyokardit ile seyredebildiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Epstein–Barr virüsü, kolestatik hepatit, safra kesesi hidropsu

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 81

Domperidon kaynaklı galaktore: Yaygın bir ilacın alışılmadık bir belirtisi

emine eroğlu kaya[1], suna selbuz[1], latife güder[1], uğur ufuk ışın[1]

emine eroğlu kaya / atatürk sanatoryum eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Galaktore, hamilelik veya emzirmeyle ilgisi olmayan memeden süt üretimi olarak tanımlanır ve çocukluk ve adolesan çağında nadiren görülür. Galaktorenin en sık nedeni prolaktin sekresyonunun artmasıdır bunu hipofiz adenomu, ilaç kullanımı veya tiroid fonksiyon bozuklukları izler. Domperidon, kusma, gastroparezi ve hıçkırık gibi semptomların tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir periferik D2 reseptör antagonistidir. Üst gastrointestinal sistemin D2 reseptörleri üzerinde öncelikli etki gösterdiğinden, nörolojik yan etkiler ve hiperprolaktinemi nadiren bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda domperidon kullanımı sonrası hiperprolaktinemi ve galaktore gelişmiş bir adolesan kız çocuğu bildirilmektedir.

Materyal ve Metot: On üç yaşında kız hasta, yaklaşık 2 aydır devam eden mide ağrısı ve reflü yakınmaları ile çocuk gastroenteroloji kliniğine başvurmuş ve bulantı, mide ağrısı ve reflü semptomlarına (ağza acı su gelmesi, geğirme) eşlik eden kilo kaybı (5 kg/2 ay) olması nedeniyle endoskopi yapılmıştı. Endoskopisinde mide mukozası eritemli, ödemli ve nodüler saptanmış ve patoloji sonucunda Helicobacter pylori (HP) yoğun olduğu gastrit izlenmişti. HP eradikasyon tedavisi sonrası reflü şikayetleri devam eden hastaya proton pompa inhibitörü tedavisinin yanına domperidon eklenmişti. Domperidon tedavisi başlandıktan yaklaşık 2 hafta sonra hasta altı gündür her iki memeden süt gelme şikayeti ile tekrar başvurdu. Hastanın her iki memesinde hafif ağrı olduğu ve kanlı olmayan süt kıvamında berrak sıvı geldiği öğrenildi. Başka sistemik semptomu yoktu, adetleri düzenli idi. Muayenede, göğüs hassasiyeti ve galaktore dışında başka bir bulgu yoktu. Görme alanı normaldi. Serum prolaktin düzeyi yüksek saptandı (38 ng/ml). Karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri dahil rutin tetkikler ve B-HCG normal sınırlar içindeydi. MRG görüntülemesi normal bulundu. Hastanın kullanmış olduğu domperidon sonrası galaktore gelişmiş olabileceği düşünüldü ve ilaç kesildi. Hasta bir hafta sonra kontrole geldiğinde ilaç kesiminden 1,5 gün sonra şikayetinin gerilediği ve tekrarlamadığı öğrenildi.

Bulgular ve Sonuç: Domperidon yaygın kullanılan bir ilaçtır ancak domperidon sonrası gelişen galaktore ilacın nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu olgu adolesan kızlarda galaktore gözlendiğinde, daha sık nedenler açısından ayrıntılı öykü alınması ve fizik muayenenin yapılmasının yanı sıra ayrıntılı ilaç kullanımının sorgulanmasının önemine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Galaktore, domperidon, adolesan

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 82

Endoskopik Erişim Dışında Uzamış Retansiyon Gösteren Metal Zincir Yutulması: Çocukluk Çağında Nadir Bir Yabancı Cisim Olgusu

Emine Eroğlu Kaya[1], Suna Selbuz[1]

Emine Eroğlu Kaya / Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Çocukluk çağında gastrointestinal yabancı cisim yutulması sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Olguların büyük çoğunluğunda yabancı cisimler gastrointestinal sistemden spontan olarak geçmekle birlikte, olguların yaklaşık %10–20'sinde endoskopik girişim, daha az bir kısmında ise cerrahi müdahale gerekebilir.Bu olguda, ek hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan 11 yaşındaki erkek hastada tırnak makasına ait yaklaşık 10 cm uzunluğunda metal zincirin yutulması sonrasında gelişen, yaklaşık 2,5 ay süren, seri direkt grafilerde belirgin yer değiştirmeyen ve endoskopi ve kolonoskopide saptanamayan uzamış yabancı cisim retansiyonu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: On bir yaşında erkek hasta, karın ağrısı yakınması ile dış merkeze başvurmuştu. Bilinen ek hastalığı, geçirilmiş cerrahi öyküsü, nörogelişimsel geriliği, pika davranışı veya psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Öyküsünden, başvurudan yaklaşık iki hafta önce tırnak makasına ait tek parça metal zinciri yuttuğu öğrenildi. Zincirin tahmini uzunluğu yaklaşık 10 cm idi.Dış merkezde çekilen ayakta direkt batın grafisinde batın içinde radyopak, lineer-zincir görünümü ile uyumlu yabancı cisim saptandı. Hastaya lavman uygulanması sonrasında karın ağrısı yakınması geriledi; ancak takip grafilerinde yabancı cismin aynı lokalizasyonda kaldığı görüldü. Bu nedenle hasta ileri değerlendirme ve izlem amacıyla tarafımıza yönlendirildi.Hasta tarafımıza başvurduğunda yabancı cisim yutulmasının üzerinden yaklaşık 1,5 ay geçmişti.Yabancı cismin uzun süredir aynı lokalizasyonda kalması nedeniyle hastaya laksatif tedavi başlandı. Çocuk cerrahisi ile konsülte edilen hastada, klinik stabilite ve akut batın bulgusu olmaması nedeniyle acil cerrahi girişim düşünülmedi. Bir hafta sonraki kontrolde direkt grafide zincirin halen aynı bölgede izlenmesi üzerine endoskopik değerlendirme planlandı.Endoskopide özofagus, mide ve duodenumda yabancı cisme rastlanmadı. Kolonoskopide kolon lümeni değerlendirildi ve terminal ileuma girildi; ancak zincir saptanmadı. Bu bulgularla yabancı cismin üst endoskopi ve kolonoskopi ile ulaşılamayan jejunoileal ince barsak segmentlerinden birinde retansiyonda kaldığı düşünüldü.Hasta laksatif ve probiyotik tedavi ile taburcu edildi ve yakın poliklinik kontrolüne çağrıldı.İzlemde, yaklaşık bir ay sonraki kontrol ayakta direkt batın grafisinde daha önce izlenen radyopak yabancı cismin artık görülmediği, batın grafisinin doğal olduğu saptandı. Bu bulgu, zincirin spontan pasaj ile atıldığını düşündürdü.

Bulgular ve Sonuç: NASPGHAN raporunda çocuklarda yabancı cisimler için ortalama gastrointestinal transit süresinin 3,6 gün olduğu bildirilmiş; radyopak yabancı cisimlerin spontan pasajını değerlendiren pediatrik bir seride ise pasaj süresinin birkaç saatten 30 güne kadar uzayabildiği gösterilmiştir. Bu olguda yaklaşık 10 cm uzunluğundaki metal zincirin yaklaşık 2,5 ay süreyle gastrointestinal sistemde kalması, beklenen spontan pasaj süresinin belirgin şekilde üzerinde olması nedeniyle dikkat çekicidir.Bu olgu, çocuklarda uzun, lineer ve takılmaya yatkın metalik yabancı cisimlerin beklenenden çok daha uzun süre gastrointestinal sistemde retansiyonda kalabileceğini ve üst-alt endoskopik incelemelerde saptanamayan radyopak yabancı cisimlerde endoskopik erişim dışı ince barsak retansiyonunun akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim yutulması, ince barsak retansiyonu, endoskopi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 84

Pediatrik Beyin Tümörlerinde Nötrofil / Lenfosit Oranının Prognostik Değerinin Değerlendirilmesi

İrem Bulut[1], Yasin Yılmaz[3], Gülcan Erbaş[2], Osman Kuleli[2], Gülşah Tanyıldız[2], Deniz Tuğcu[2], Cansu Ceren Eryılmaz[1], Mehmet Barburoğlu[4], Banu Solak[4]

İrem Bulut / İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Beyin tümörleri, çocuklukta en sık görülen solid tümörler ve kansere bağlı mortalitenin başlıca nedenidir.Yıllık insidans 100.000'de ~5,5–6; ABD'de ~5.000, dünya genelinde ~40.000 yeni vaka bildirilmektedir.Beş yıllık sağkalım yüksek gelirli ülkelerde %80–85 iken, alt-orta gelirli ülkelerde %30–35'e kadar düşebilmektedir.Tanı yaşı, tümörün yerleşimi, derecesi ve histolojisi bilinen prognostik faktörlerdir. Beyaz küre diferansiyel oranları (Nötrofil/lenfosit oranı , lenfosit/monosit oranı, monosit/eozinofil oranı vb.) çeşitli malign tümörlerde prognostik/tanısal değer taşımaktadır.Amaç: Beyin tümörlü çocuklarda cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi öncesi beyaz küre diferansiyel sayım oranlarının prognostik değerini araştırmak.

Materyal ve Metot: Retrospektif, gözlemsel çalışma — İstanbul Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji Kliniği (2020–2025).Dahil edilme: SSS tümörü tanısı, tanı anında < 18 yaş, kliniğimizde düzenli takip.Dışlanma: Girişim uygulanmamış olgu, sistemik hastalık (DM, nörokütanöz sendrom), sekonder malignite, sendromik durum, eksik laboratuvar verisi.Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi öncesi tam kan sayımı değerleri, yaş/cinsiyet eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı.İstatistik: SPSS v23, gruplar arası karşılaştırma için Mann-Whitney U testi; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma grubunda (n=37), sağlıklı kontrol grubuna (n=26) kıyasla eozinofil sayısı her üç dönemde de anlamlı derecede düşük bulundu.Nötrofil/lenfosit oranı cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi öncesinde tutarlı biçimde yükseldi; lenfosit/monosit oranı ise radyoterapi ve kemoterapi öncesinde anlamlı derecede azaldı.Azalmış eozinofil sayısı, kanserli çocuklarda tanısal bir araç olabilir.Tedavi süresince artan monosit/eozinofil oranı (MEO), inflamasyonun bir göstergesi olabilir.Düşük maliyetli tam kan sayımı parametreleri, pediatrik beyin tümörlerinde prognoz öngörüsüne katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: ''Beyin tümörü''''çocukluk çağı kanseri''''eozinofili''

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 87

Hipoksik İskemik Ensefalopatiye Bağlı Refrakter Neonatal Status Epileptikusta Ketamin Tedavisi

Nihan Koçer1, Özgül Tunç Akbaş2, Hacı Nadir Yalçın3

Nihan Koçer / Osmaniye Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), term yenidoğanlarda neonatal nöbetlerin ve neonatal status epileptikusun en sık nedenidir. HİE'ye bağlı uzamış epileptik aktivite, sekonder beyin hasarını artırarak nörogelişimsel prognozu olumsuz etkileyebilir. Refrakter neonatal status epileptikusta standart antiepileptik tedavilere rağmen nöbet kontrolü her zaman sağlanamaz. Güçlü bir N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti olan ketamin, glutamat aracılı eksitotoksisiteyi hedefleyen mekanizması nedeniyle potansiyel bir tedavi seçeneğidir. Bununla birlikte, neonatal status epileptikusta ketamin kullanımına ilişkin mevcut kanıtlar sınırlıdır.

Materyal ve Metot: Refrakter neonatal status epileptikus gelişen yenidoğanın klinik bulguları, tedavi süreci ve seri amplitüd-entegre elektroensefalografi (aEEG) kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Otuz yedi gebelik haftasında, fetal distres nedeniyle sezaryen ile 3650 g doğan, 1. ve 5. dakika Apgar skorları 2/7 olan kız bebek Sarnat Evre II HİE olarak değerlendirildi. Terapötik hipotermi ve aEEG monitörizasyonu başlandı. Fenobarbital, levetirasetam, fenitoin, midazolam ve piridoksin tedavilerine rağmen klinik ve elektrografik nöbetler kontrol altına alınamadı (Resim-1). Postnatal 72–96. saatler arasında ketamin tedavisi başlandı. Ketamin, aEEG yanıtına göre 0,1–1 mg/kg intravenöz bolus şeklinde titre edildi; ardından 0,1 mg/kg/saat sürekli intravenöz infüzyon başlanarak 1 mg/kg/saat'e kadar artırıldı. Tedavinin ilk 24 saatinde aEEG'de burst-supresyon paterninde gerileme ve elektrografik aktivitede belirgin düzelme izlendi (Resim-2). Tedavi sürecinde aEEG normal zemin aktivitesine döndü ve hasta klinik nöbetsiz olarak izlendi. Yaklaşık 68 saat süren ketamin tedavisi boyunca ciddi yan etki gözlenmedi. Hasta postnatal 33. günde nöbetsiz olarak taburcu edildi. Bulgularımız, HİE'ye bağlı refrakter neonatal status epileptikusta ketaminin etkili ve güvenli bir kurtarma tedavisi olabileceğini desteklemektedir. Seri aEEG kayıtları ile tedavi yanıtının objektif olarak gösterilmesi, ketaminin doz titrasyonu ve infüzyondan çıkış stratejisinin ayrıntılı biçimde sunulması, bu alandaki sınırlı literatüre katkı sağlayabilecek yönleridir.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 88

Yenidoğanda Yaygın Papülonodüler Cilt Lezyonları: Konjenital Melanositik Nevüs Olgusu

Nihan Koçer[1], Özgül Tunç Akbaş[2], Nisanur Tapaç[3], Mehmet Akyürek[4], Meral Filiz Taştekin[5]

Nihan Koçer / Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Konjenital melanositik nevüsler (KMN), doğumda veya doğumdan kısa süre sonra ortaya çıkan benign melanositik proliferasyonlardır. Klinik görünümleri değişken olmakla birlikte, çok sayıda lezyonla doğan yenidoğanlarda nörokutanöz melanozis ve malignite riski açısından değerlendirme ve uzun dönem takip önem taşımaktadır.

Materyal ve Metot: Doğumda yaygın cilt lezyonları saptanan ve konjenital melanositik nevüs tanısı alan yenidoğanın klinik bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ile cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesi değerlendirildi. Hastanın tanı ve izlem sürecine ilişkin verileri geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular ve Sonuç: 40. gebelik haftasında, 3780 g ağırlığında, 1. ve 5. dakika Apgar skorları 8/9 doğan kız bebek, doğumda saptanan yaygın cilt lezyonları nedeniyle değerlendirildi. Bilateral alt ekstremite ve gluteal bölgede yoğunlaşan, ayrıca inguinal bölge, sırt ve saçlı deride izlenen, birkaç mm–1,5 cm çapında çok sayıda kırmızı-kahverengi, koyu mor, makülopapüler ve nodüler lezyonlar mevcuttu. Saçlı deride yaklaşık 3 cm çapında pigmente plak izlendi (Resim-1). Hemogram, koagülasyon, periferik yayma ve enfeksiyon değerlendirmelerinde patoloji saptanmadı. Kraniyal MR, transfontanel ve batın ultrasonografileri normal bulundu. Postnatal 1. günde alınan cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesi konjenital melanositik nevüs ile uyumlu bulundu (Resim-2). Yenidoğanda yaygın pigmente ve papülonodüler lezyonlar farklı enfeksiyöz, hematolojik ve neoplastik tablolarla ilişkili olabileceğinden ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirme gerektirir. Olgumuzda başlangıçta blueberry muffin görünümü ön planda değerlendirilmiş, eş zamanlı yapılan cilt biyopsisi ile KMN tanısı kesinleştirilmiştir. Çoklu KMN varlığında nörokutanöz melanozis ve malignite riski açısından lezyonların özelliklerinin kayıt altına alınması ve uzun dönem pediatri ve dermatolojik takip önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: blueberry muffin sendromu, konjenital melanositik nevüs, yenidoğan

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 90

ÖTIROID HASHIMOTO ENSEFALOPATISINDE KATATONI VE PSIKOTIK BULGULAR: PEDIYATRIK BIR OLGU VE LITERATÜR TARAMASI

Ayşe Miray Güneşer[1], Müge Baykan[1]

Ayşe Miray Güneşer / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hashimoto ensefalopatisi (HE) veya steroide yanıt veren otoimmün tiroidit ilişkili ensefalopati (SREAT), yüksek anti-tiroid antikor düzeyleri ile seyreden, nadir ve immünoterapi ile tedavi edilebilir bir otoimmün nöroinflamatuvar sendromdur. Çocukluk çağında nöbet, bilişsel gerileme, akut psikoz ve katatoni gibi heterojen nöropsikiyatrik tablolarla ortaya çıkabilmektedir. Özellikle tiroid fonksiyon testlerinin normal olduğu ötiroid olgularda, klinik tablonun primer psikiyatrik hastalıklarla karışması tanısal süreçte belirgin gecikmelere yol açmaktadır. Bu bildiri ile akut katatoni, psikoz ve belirgin sirkadiyen semptom dalgalanmasıyla başvuran ötiroid bir pediatrik HE olgusunu sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Daha önce sağlıklı olan 15 yaşındaki kız hasta; lise sınav kaygısı ve akran zorbalığı sonrasında başlayan psikomotor yavaşlama, mutizm, persekütuvar hezeyanlar, katatonik postür ve öz bakımda gerileme şikayetleriyle başvurmuştur. Başlangıçta anksiyete bozukluğu düşünülerek sertralin başlanmış, ancak klinik yanıt alınamaması ve tablonun ağırlaşması üzerine tedavi kesilmiştir. Hastanın semptomlarında sabah ve gece saatlerinde katatonik kapanma ağırlaşırken, öğlen saatlerinde geçici klinik iyileşme ile seyreden keskin bir sirkadiyen dalgalanma izlenmiştir. Etiyolojiye yönelik tam kan, biyokimya, tiroid ultrasonografisi, tekrarlayan EEG ve konvansiyonel 1.5-T beyin MRG incelemeleri normal saptanmıştır. BOS ve serum otoimmün ensefalit panelleri (NMDAR, AMPA1/2, CASPR2, LGI1 vb.), paraneoplastik paneller ile vaskülit belirteçleri negatif sonuçlanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Hastanın tiroid fonksiyon testleri (TSH, sT4) normal sınırlarda (ötiroid) bulunmasına karşın, anti-TPO antikoru > 1000 IU/mL ve anti-Tg antikoru 62 IU/mL olarak yüksek saptanmıştır. İleri inceleme olarak yapılan 3-Tesla beyin MRG'de bilateral piramidal yollar boyunca simetrik T2-FLAIR hiperintensiteleri ile bazal gangliyonlarda ve derin beyaz maddede genişlemiş perivasküler (Virchow-Robin) boşluklar tespit edilmiştir. Genetik taramada HLA-B*51 pozitifliği gösterilmiştir. Klinik bulgular, otoantikor yüksekliği ve 3-T MRG verileri doğrultusunda SREAT tanısı kesinleştirilerek 7 gün süreyle IV metilprednizolon (1 g/gün) ve IVIG (2 g/kg) tedavisi uygulanmıştır. İmmünoterapi sonrasında katatonik ve psikotik semptomlarda dramatik gerileme sağlanmış; bilişsel işlevler, oral alım ve iletişim tamamen normale dönmüştür. Normal tiroid fonksiyon testleri Hashimoto ensefalopatisi tanısını dışlamaz; patolojinin merkezinde tiroid disfonksiyonundan ziyade antikor aracılı nöroinflamasyon yatmaktadır.Tedaviye dirençli ve sirkadiyen dalgalanma gösteren akut psikoz veya katatoni tablolarında HE ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Ayrıca konvansiyonel MRG'nin normal olduğu şüpheli olgularda 3-T MRG gibi ileri görüntüleme yöntemleri nöroinflamatuvar değişiklikleri göstermede tanısal değer taşımaktadır. Erken dönemde başlanan immünoterapi nörolojik ve psikiyatrik sekelleri önleyerek tam klinik iyileşme sağlamaktadır.

Psikiyatrik başlangıçlı pediatrik Hashimoto ensefalopatisi olgularının literatür ile karşılaştırılması

Çalışma	Yaş/ Cinsiyet	Tiroid durumu	Baskın klinik bulgular	Tanısal değerlendirme	Tedavi	Klinik sonuç
Garg ve ark. (2019)	Pediatrik olgu serisi	Değişken	Nöbet, bilinç değişikliği, davranış bozukluğu, bilişsel gerileme	Anti-tiroid antikor pozitifliği; diğer nedenlerin dışlanması	Kortikosteroid ± IVIG	Çoğu olguda belirgin klinik düzelme
Chen ve ark. (2015)	Genç hasta	Bildirilmedi	Katatoni ve psikoz	Hashimoto ensefalopatisi ile uyumlu klinik değerlendirme	İmmünoterapi	Belirgin klinik düzelme
Albdah ve ark. (2026)	13 yaş / Kız	Ötiroid	Mani ve psikoz	Yüksek anti-tiroid antikorları, diğer nedenlerin dışlanması	Kortikosteroid	Hızlı klinik düzelme
Mevcut olgu	15 yaş / Kız	Ötiroid	Katatoni, mutizm, persekütuvar hezeyanlar, belirgin sirkadiyen dalgalanma	Anti-TPO >1000 IU/mL, Anti-Tg yüksekliği, negatif BOS ve serum otoimmün ensefalit paneli, negatif paraneoplastik incelemeler, normal EEG ve 1,5-T MRG, 3-T MRG'de bilateral piramidal yol FLAIR hiperintensiteleri ve belirgin perivasküler boşluk genişlemeleri	IV metilprednizolon + IVIG	Belirgin klinik ve fonksiyonel iyileşme

Anahtar Kelimeler: Hashimoto ensefalopatisi, SREAT, ötiroid

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 91

Rapunzel Sendromu

Taha Çınar[1]

Taha Çınar / Çankırı Devlet Hastanesi

Giriş: Trikobezoarlar, saç çekme (trikotillomani) ve saç yeme (trikofaji) alışkanlığı sonucu midede oluşan saç yumaklarıdır. Rapunzel sendromu, dev trikobezoarların uzun kuyruklarıyla ince bağırsaklara uzanarak mekanik tıkanıklık yapmaları sonucu ortaya çıkan, nadir görülen bir durumdur. 4 yıl önce kliniğimizde karın ağrısı, iştahsızlık şikayetiyle başvuran 9 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Laparotomide gastrotomi yapılarak, dev trikobezoar uzun kuyruğuyla birlikte tamamen çıkartıldı. Ameliyat sonrası dönemde sorunsuz iyileşti.

Materyal ve Metot: 9 yaş kız hasta uzun süredir karın ağrısı,iştahsızlık,kilo alamama şikayetleri ile başvurdu. Yapılan değerlendirmesinde ağırlık 19 kg (-2,54 SDS) (0,55 p), palpasyonla epigastriğumu dolduran kitle farkedildi, perküsyonla traube kapalı. Labaratuvar incelemelerinde demir eksikliği anemisi, radyolojik görüntülemede usgde mide içerisinde bezoar oluşturmuş bir yapıya benzer lezyon yorumlandı oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide mide ve doudenuma kadar uzanan mide barsak duvarıyla kitle arasında kontrastlanma izlenen dev bezoar görüntülendi. Gastrik bezoar tanısıyla gastrostomi yapıldı. Midenin şeklini alan kötü kokulu 12x10 cm 450 gram ağırlığında trikobezoarın doudenuma kadar uzandığı görüldü. Dikkatlice etrafını saran safra ve mukusun kayganlaştırma etkisiyle tek parça halinde çıkarıldı. Postop 6. gününde klinikten taburcu edildi. Polinilinik izlemlerinde beslenme sırasında karın ağrılarının geçtiği, tartı alımının arttığı gözlemlendi.

Bulgular ve Sonuç: Gastrik trikobezoarlar, kronik karın ağrısının nedenleri arasında oldukça nadir olsada yer alırlar. Kitleler yavaş büyüdüklerinden dolayı genellikle sinsi ve belirsiz davranışlı olup klinik olarak tanı konulmadan uzun bir süre gizli olarak kalabilirler. Trikobezoarların tanısında semptomlardan ve fizik muayene bulgularından: karın ağrısı, bulantı ve kusma, zayıflık, kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, muayenede epigastrik kitle (Lamerton işareti) ve radyolojik bulgulardan faydalanılır. Trikobezoarlar erken tanı konulmadığında komplike olarak; ileus, perforasyon, ülserasyon, pankreatit, tıkanma sarılığına nedeni olabilir. Trikobezoarlar en çok midede bulunur ve uzun yıllar kalarak midenin şeklini alabilirler. Midede yerleşen trikobezoarın duodenuma ve ince barsaklara doğru uzanan bir kuyruk parçası olduğunda oluşan klinik tabloya "Rapunzel sendromu" denilmekte olup trikobezoarın nadir görülen bir alt grubudur.Bezoarlar karın ağrısının nadirde olsa nedenleri arasındadır. Özellikle çocuk polikliniklerine kilo kaybı, karın ağrısı demir eksikliği anemisi şikayetleri olan hastalarda ayrıcı tanı olarak akılda tutmak erken tanı ve tedavisi için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: trikobezoar, rapunzel sendromu, karın ağrısı

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 93

Çocukta Akrep Envenomasyonunun Nadir Bir Bulgusu: Priapizm ve Eşlik Eden Miyokardiyal Hasar

Cihan Aydeniz[1], Doğan HOTLAR[1]

Cihan Aydeniz / Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Akrep envenomasyonu, özellikle çocuklarda multisistemik toksisiteye ve yaşamı tehdit eden kardiyak, solunumsal ve nörolojik komplikasyonlara yol açabilen önemli bir acil durumdur. [1,2] Klinik tablo lokal bulgulardan otonomik disfonksiyon, metabolik asidoz ve kardiyovasküler etkilenmeye kadar geniş bir spektrumda seyredebilir. [1,2] Priapizm, akrep envenomasyonunda nadir bildirilen bir bulgu olup çocuklarda ciddi sistemik etkilenme açısından uyarıcı olabilir. [3,4] Kardiyak etkilenmede seri kardiyak biyobelirteçler, elektrokardiyografi (EKG) ve ekokardiyografik değerlendirme miyokardiyal hasarın erken saptanmasında önem taşımaktadır. [5,6]

Materyal ve Metot: Akrep envenomasyonunda priapizm ve miyakardiyal hasar ile seyreden olgu sunumudur.

Bulgular ve Sonuç: Dört yaş 10 aylık erkek hasta, akrep sokması sonrası titreme yakınmasıyla acil servise başvurdu. Sol ayak birinci parmakta hafif ödem dışında belirgin lokal bulgu saptanmadı; akrep bulunamadığından tür tayini yapılamadı. Aileden alınan aşı kartında aşılarının eksiksiz olduğu görüldü. Metabolik asidoz saptanması üzerine yakın izlem amacıyla çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İzlemde hipersalivasyon ve taşikardi gelişmesi üzerine antivenom tedavisi uygulandı. Sistemik bulguların devam etmesi ve priapizm gelişmesi üzerine bir saat içinde ikinci doz antivenom verildi. Sonrasında hipersalivasyon ve priapizm geriledi; priapizmin devamı halinde penil Doppler ultrasonografi ile tip ayrımı yapılarak, iskemik priapizm açısından acil ürolojik değerlendirme planlanacaktı. Taşikardinin devam etmesi nedeniyle 0,05 mg/kg/doz doksazosin uygulandı ve kalp hızı normale döndü.Yatışın 24. saatinde Troponin I düzeyi 2,7 pg/mL'den 3000 pg/mL'ye yükseldi (referans aralığı: 0–17,5 pg/mL). Bu belirgin yükselme akrep envenomasyonuna bağlı miyokardiyal hasar açısından değerlendirildi. EKG'de sinüs ritmi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Ekokardiyografik inceleme normaldi. Seri izlemlerde Troponin I düzeyi geriledi ve kontrol ekokardiyografisinde patoloji izlenmedi. Hasta klinik ve laboratuvar bulguları düzelerek taburcu edildi.Akrep envenomasyonunda priapizm, özellikle çocuklarda gözden kaçabilecek nadir ancak klinik olarak anlamlı bir sistemik bulgudur. [3,4] Olgumuzda priapizmin hipersalivasyon ve taşikardi ile birlikte ortaya çıkması ve antivenom tedavisi sonrasında gerilemesi, sistemik toksisite ile ilişkisini düşündürmektedir. Bunun yanında Troponin I düzeyinin 17,5 pg/mL olan üst referans sınırının yaklaşık 171 katına yükselmesi, başlangıçta normal EKG ve ekokardiyografik bulgulara rağmen miyokardiyal hasarın göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Pediatrik akrep envenomasyonunda Troponin I'nin miyokardiyal hasarın değerlendirilmesinde yararlı olduğu ve kardiyak belirteçlerin seri takibinin önem taşıdığı bildirilmiştir. [5,6] Bu nedenle sistemik bulguları bulunan çocuklarda seri kardiyak biyobelirteç, EKG ve ekokardiyografik değerlendirme ile yakın kardiyak izlem; özellikle preadölesan çocuklarda priapizmin erken fark edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: akrep, priapizm, miyokardit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 94

Aksiller Tüberküloz Lenfadenite Bağlı Skrofuloderma: Çocukluk Çağında Nadir Bir Olgu

Nisa Nur Tapaç[1], Cihan Aydeniz[2]

Cihan Aydeniz / Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Tüberküloz (TB), akciğer dışı organ tutulumlarıyla farklı klinik tablolar sergileyebilen önemli bir enfeksiyon hastalığıdır. Skrofuloderma, altta yatan tüberküloz lenfadenit veya kemik-eklem odağından komşu cilt dokusuna doğrudan yayılım sonucu gelişen, kronik inflamasyon, ülserasyon ve fistülizasyonla karakterize kutanöz TB formudur. En sık servikal lenf nodlarıyla ilişkili olmakla birlikte aksiller yerleşim daha nadir görülmektedir.

Materyal ve Metot: Bu olguda, aksiller tüberküloz lenfadenite bağlı skrofuloderma gelişen ve fistülize cilt lezyonuyla başvuran bir çocuk hasta sunulmuştur.

Bulgular ve Sonuç: Bilinen hastalığı olmayan 16 yaşındaki erkek hasta, sağ aksiller bölgede 3–4 aydır devam eden şişlik ve sonrasında gelişen ülseratif lezyon nedeniyle Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde sağ aksiller bölgede, çevresi eritemli, yaklaşık 2 × 2 cm boyutunda fistülize ülseratif lezyon izlendi (Resim 1). Hastada ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı gibi sistemik tüberküloz semptomları yoktu. Ailede tüberküloz öyküsü ve hayvancılık ya da hayvan teması bulunmamaktaydı. Laboratuvar incelemelerinde tüberkülin deri testi (PPD) 16 × 16 mm ve QuantiFERON testi pozitif olarak saptandı. Kronik aksiller lenfadenopati ve fistülize lezyonun ayırıcı tanısına yönelik yapılan enfeksiyöz etiyoloji araştırmasında; Bartonella henselae, Francisella tularensis, EBV, CMV, Toxoplasma gondii, HIV, sifiliz açısından yapılan serolojik incelemelerde akut enfeksiyon lehine bulgu saptanmadı. Periferik yaymasında atipik hücre tespit edilmedi. Posterior-anterior akciğer grafisi normaldi. Eksizyonel lenf nodu biyopsisinin histopatolojik incelemesinde nekrotizan granülomatöz inflamasyon izlendi. Lenf nodu dokusundan yapılan tüberküloz PCR, aside dirençli basil (ARB) incelemesi ve mikobakteriyel kültür sonuçları negatif olarak raporlandı. Klinik, immünolojik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek aksiller tüberküloz lenfadenite bağlı skrofuloderma tanısı konuldu ve antitüberküloz tedavi başlandı. Antitüberküloz tedavinin üçüncü ayında yapılan kontrolde, aksiller bölgedeki lezyonda akıntının tamamen durduğu, fistül ağzının kapandığı ve belirgin skatrizasyonla iyileşme sağlandığı gözlendi (Resim 2).Skrofuloderma, altta yatan tüberküloz lenfadenitin komşu cilt dokusuna yayılımı sonucunda gelişebilen, nadir görülen kronik seyirli bir kutanöz TB formudur. Sistemik TB semptomları bulunmayan çocuklarda dahi aksiller bölgede kronik, fistülize lezyonların ayırıcı tanısında tüberküloz lenfadenit göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olguda, klinik, immünolojik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda başlanan antitüberküloz tedavi ile lezyonda tam kapanma ve belirgin skatrizasyonla iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, lenfadenopati

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 95

Akut Hemiparezi İle Başvuran 13 Yaşında Bir Hastada Hemiplejik Migren

Cihan Aydeniz[1], Nihan Koçer[1], Abdullah Sarıyıldırım[2]

Cihan Aydeniz / Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Hemiplejik migren (HM), motor güçsüzlüğün eşlik ettiği nadir bir migren aurası alt tipidir. Çocukluk ve adölesan dönemde akut fokal nörolojik bulgularla ortaya çıkabilmesi nedeniyle serebrovasküler olaylar başta olmak üzere epilepsi ve diğer nörolojik hastalıklarla ayırıcı tanı gerektirir. ICHD-3 kriterlerinde motor güçsüzlüğün yanı sıra tamamen geri dönüşlü görsel, duyusal ve/veya konuşma-dil semptomlarının varlığı tanımlayıcı özellikler arasındadır.

Materyal ve Metot: Akut fokal nörolojik bulgularla acil servise başvuran 13 yaşındaki kız hastanın klinik, laboratuvar ve nörogörüntüleme bulguları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Bilinen hastalığı olmayan 13 yaşındaki kız hasta, yakın akraba kaybının ikinci gününde başlayan baş dönmesini takiben gelişen konuşma bozukluğu ve yaklaşık 20 dakika süren sol üst ekstremitede uyuşma ve parestezi nedeniyle acil servise başvurdu. Başvuru sırasında vital bulguları normal sınırlardaydı. Bilinci açık, koopere ve oryante, GKS 15 olan hastanın pupiller ışık refleksleri bilateral mevcut olup nistagmus saptanmadı. Serebellar muayenesi normaldi. Sol üst ekstremite kas gücü 3/5, diğer ekstremitelerde 5/5 olarak değerlendirildi; sol üst ekstremite derin tendon refleksleri karşı tarafa göre azalmıştı. Nörokutanöz bulgu saptanmadı. Hemogram, kan gazı ve biyokimyasal incelemelerde anlamlı patoloji izlenmedi. EKG sinüs ritmindeydi. Serebral difüzyon MRG'de akut iskemi ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı saptanmadı. SWI sekanslarında sağ kraniyal bölgede artmış vaskülarizasyon izlenmesi üzerine bulgular hemiplejik migren lehine değerlendirildi.(Resim 1) Parasetamol ve idame intravenöz sıvı tedavisi başlandı. İzlemin yaklaşık 6. saatinde nörolojik bulgular tamamen geriledi. Altı hafta sonraki kontrol muayenesi, laboratuvar incelemeleri ve santral sinir sistemi görüntülemeleri normaldi.(Resim 2) Çocuklarda akut gelişen hemiparezi, serebrovasküler olay açısından acil değerlendirilmelidir. Bununla birlikte, tamamen geri dönüşlü fokal nörolojik bulgular varlığında hemiplejik migren önemli bir inme taklidi olarak akılda tutulmalıdır. Özellikle ilk atakta klinik bulguların dikkatle değerlendirilmesi ve uygun nörogörüntüleme ile akut iskeminin dışlanması tanısal yaklaşımın temelini oluşturur. Bu olgu, emosyonel stres sonrasında gelişen akut hemiparezi ve konuşma bozukluğunda hemiplejik migrenin ayırıcı tanıdaki önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: migren, hemiparezi, hemipleji

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 97

Orbital şişlik ve servikal lenfadenopati ile başvuran adolesanda oküloglandüler tularemi

Vefik ARICA[1], Feyza Büyükbayrak[1]

Feyza Büyükbayrak / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Kliniği

Giriş: Tularemi, Francisella tularensis tarafından oluşturulan zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Etken insanlara enfekte hayvanlarla temas, vektör ısırıkları, kontamine su veya gıdaların alınması gibi farklı yollarla bulaşabilir. Klinik görünüm mikroorganizmanın vücuda giriş yerine göre değişmekte olup oküloglandüler tularemi hastalığın nadir görülen formlarından biridir. Bu olgu sunumunda orbital şişlik, preauriküler ve servikal lenfadenopati ile başvuran bir adolesanda oküloglandüler tulareminin tanısal özelliklerine dikkat çekilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Daha önce sağlıklı olan 14 yaşındaki erkek hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastanın sağ üst göz kapağında şişlik, sağ preauriküler ve servikal lenfadenopati, ateş, titreme, terleme ve şiddetli baş ağrısı yakınmaları vardı. Ayrıntılı öyküsünde kırsal alanda çobanlık yaparken kemirgen leşi çevresindeki sinekler tarafından ısırıldığı öğrenildi. Tanısal değerlendirmede hemogram, akut faz reaktanları, ultrasonografi, aspirasyon materyali kültürleri ve serum tularemi mikroaglütinasyon testi kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Muayenede yaklaşık 1×1 cm preauriküler ve 5×5 cm servikal lenfadenopati saptandı. Ultrasonografide santral nekroz içeren 5×4×4 cm boyutlarında hipoekoik lezyon izlendi. Aspirasyon materyalinin Gram boyaması ve kültürlerinde etken gösterilemedi. Serum tularemi mikroaglütinasyon testi 1/1280 titrede pozitif bulunarak oküloglandüler tularemi tanısı konuldu. Streptomisin 40 mg/kg/gün tedavisi sonrası 10 gün içinde belirgin klinik düzelme sağlandı ve takipte hasta tamamen iyileşti. Orbital şişlik ile preauriküler veya servikal lenfadenopatinin birlikte görüldüğü olgularda, özellikle uygun epidemiyolojik temas öyküsü varlığında, oküloglandüler tularemi ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Francisella tularensis; oküloglandüler tularemi; lenfadenopati

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 98

İshal sonrası gelişen Salmonella typhimurium kaynaklı gluteal abse: 13 aylık bir olgu sunumu

Vefik ARICA[1], Lana Timuroğlu[1]

Lana Timuroğlu / Sağlık Blimleri Üniversitesi, Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Kliniği

Giriş: Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonları çoğunlukla kendini sınırlayan gastroenterit şeklinde seyretmekle birlikte, özellikle invaziv olgularda bakteriyemi ve ekstraintestinal fokal enfeksiyonlara neden olabilir. Yumuşak doku ve kas abseleri nadir görülen komplikasyonlardır. Bu olgu sunumunda, daha önce sağlıklı olan 13 aylık bir kız çocukta ishal sonrası gelişen ve Salmonella typhimurium etkenli gluteal absenin klinik özelliklerine dikkat çekilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: On üç aylık kız hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme bulguları ve mikrobiyolojik incelemeleri değerlendirildi. Hastanın öyküsünde yaklaşık iki ay süren ishal nedeniyle oral antibiyotik ve gluteal bölgeden intramüsküler enjeksiyon uygulamaları mevcuttu. Tanısal değerlendirmede hemogram, akut faz reaktanları, yüzeyel doku ultrasonografisi ile kan, idrar, gaita ve abse kültürleri incelendi. Ayrıca invaziv enfeksiyona yatkınlık açısından HIV, immünoglobulin düzeyleri ve orak hücreli anemi yönünden değerlendirme yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Fizik muayenede bilateral gluteal bölgede, solda daha belirgin olmak üzere fluktuasyon veren kızarık, şiş ve ağrılı alanlar saptandı. Lökosit 20.480/mm^3, CRP 45 mg/L ve eritrosit sedimentasyon hızı 63 mm/saat idi. Ultrasonografide sağ gluteal bölgede sellülit, sol gluteal bölgede yaklaşık 2 cm çapında abseiform lezyon izlendi. Cerrahi drenaj sonrası alınan abse kültüründe Salmonella typhimurium üredi; izolat ampisilin, ko-trimoksazol ve seftriaksona dirençli, meropeneme duyarlı bulundu. Meropenem tedavisi 21 güne tamamlandı ve hasta tam klinik iyileşme ile taburcu edildi. Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonlarının ekstraintestinal komplikasyonları sağlıklı çocuklarda da görülebilir; özellikle ishal sonrası gelişen yumuşak doku abselerinde Salmonella türleri olası etkenler arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gluteal abse; Salmonella typhimurium; çocuk

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

EPS - 99

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR BİR SERVİKAL LENFADENOPATİ NEDENİ: KİKUCHİ-FUJİMOTO HASTALIĞI

Tuğba İPEK KARAOĞLU[1], Maidenur SERT[2]

Tuğba İPEK KARAOĞLU / T.C. Sağlık Bakanlığı Erzurum Hınıs Şehit Yavuz YÜREKSEVEN Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Erzurum

Giriş: Kikuchi-Fujimoto hastalığı (KFH), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, kendini sınırlayan nekrotizan histiyositik lenfadenit ile karakterize nadir bir hastalıktır. Klinik ve histopatolojik özellikleri lenfoma, sistemik lupus eritematozus (SLE), tüberküloz lenfadeniti ve Rosai-Dorfman hastalığı (RDD) ile benzerlik gösterebilir. Pediatrik yaş grubunda nadir görülen KFH genellikle izole servikal tutulumla sınırlı kalır. Bu çalışmada; servikal-supraklaviküler-infraklaviküler-aksiller lenf bezlerini eş zamanlı tutan, olağandışı bir yayılım paterniyle seyreden bir KFH olgusunun klinik, laboratuvar ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: On bir yaşında kız hasta, 15 gündür devam eden ateş ve sol servikal bölgede giderek artan şişlik yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde orofarenkste hiperemi ve sol servikal bölgede 3 × 2 cm boyutunda, ağrılı, sert ve fikse lenfadenopati saptandı. Muayene bulguları ön planda malignite şüphesi uyandırdı (4). Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın ulusal aşı takvimine uygun olarak aşılandığı öğrenildi. Özgeçmiş, soygeçmişte özellik yoktu.

Bulgular ve Sonuç: Laboratuvarda hemoglobin 12,9 g/dL, lökosit 7.500/mm^3, trombosit 332.000/mm^3 ve CRP 26,3 mg/L (0–5) bulundu. Kan, idrar ve gaita kültürleri negatifti. Enfeksiyöz etiyoloji dışlandı. Periferik yaymada %60 nötrofil, %35 lenfosit ve %5 monosit izlendi; blast veya patolojik hücre saptanmadı. Tüberkülin deri testi 2 mm saptandı.Boyun ultrasonografisinde sol servikal zincirde, en büyüğü 25 × 30 mm olan yaygın lenfadenopatiler izlendi. Manyetik rezonans görüntülemede (MR) sol servikal alanda, level II'den başlayarak infraklaviküler, supraklaviküler ve aksiller bölgeye uzanım gösteren, konglomere ve kistik-nekrotik özellikte lenf nodları saptandı ve histopatolojik inceleme önerildi. MR sonucuyla malign lenfoma ile radyolojik olarak ayırt edilemeyen bir veri elde ettik.Hastaya 14 gün süreyle amoksisilin-klavulanat tedavisi verilmesine rağmen lenfadenopatide gerileme olmaması üzerine eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Geniş immünohistokimyasal panel çalışıldı ve lenfoproliferatif/enfeksiyöz süreçler dışlandı. EBER in situ hibridizasyon negatif izlendi. Histokimyasal PAS, ARB ve grocott ile spesifik mikroorganizma izlenmedi.Rosai-Dorfman hastalığı, masif, ağrısız lenfadenopati ile seyreder ve immünohistokimyada sinüs histiyositozu, S100 ve CD68 pozitifliği gösterir (2). Histopatolojik incelemeyle lenfoma ve RDD ayırıcı tanıları dışlandı. Sistemik lupus eritematozus ve diğer otoimmün hastalıklar açısından yapılan değerlendirmede ANA, anti-dsDNA ve ANCA negatif, C3 ve C4 düzeyleri normal bulundu ve hastanın diğer sistem muayenelerinde eşlik eden patoloji görülmedi (1). Hastaya, elimizdeki mevcut klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular ışığında Kikuchi-Fujimoto hastalığı tanısı konuldu. Hastanın 5. aydaki kontrolünde fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulguları doğal görüldü.Olgumuz, çok kompartmanlı ve kistik-nekrotik lenf nodu tutulumuyla KFH'nin radyolojik olarak lenfomayı taklit edebileceğini göstermektedir. Pediatrik yaş grubunda bildiğimiz kadarıyla literatürde bu denli geniş anatomik yayılımla bildirilmemiş olan bu olgu, antibiyotiğe yanıt vermeyen, yaygın ve şüpheli görüntüleme bulgusu olan lenfadenopatilerde KFH'nin ayırıcı tanıda akılda tutulmasının, erken eksizyonel biyopsiye başvurulmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı, Lenfadenopati, Lenfoma

ORAL PRESENTATION

OP-01

From Acute Treatment to Long-Term Follow-up in Neonatal Supraventricular Tachycardia: A 16-Year Single-Center Experience

Ayla Cing Gönültaş, Özlem Elkıran, Serdar Akın Maraş, Mehmet Öncül, Fatih Tat, Gürkan Karakuş, Cemşit Karakuş

Abstract

Background: Neonatal supraventricular tachycardia (SVT) requires both prompt rhythm control and decisions regarding maintenance therapy and its eventual discontinuation. Evidence specifically addressing neonates remains limited. This study describes acute treatment and longer-term outcomes in a 16-year single-center cohort.

Methods: We retrospectively reviewed 36 neonates diagnosed with SVT in a neonatal intensive care unit between January 2010 and January 2026. Infants at risk of arrhythmia attributable to congenital heart disease were excluded. Demographic characteristics, presenting features, acute interventions, maintenance regimens, and follow-up outcomes were evaluated descriptively.

Results: Twenty-one patients (58.3%) were male. Mean age at diagnosis was 8.6 days (range 1–29), and mean birth weight was 3,032 g (range 1,540–4,800). Eight infants (22.2%) were premature and three (8.3%) had fetal tachycardia. Adenosine was used in 16 (44.4%), cardioversion in nine (25.0%), amiodarone in nine (25.0%), esmolol in one (2.8%), and ivabradine in one (2.8%). Maintenance treatment consisted of monotherapy in 19 (52.8%) and combination therapy in 17 (47.2%). Mean treatment duration was 19.3 months (range 6–30); medication was discontinued in 22 patients (61.1%). Pre-excitation and recurrent SVT were reported as indications for electrophysiological evaluation in approximately 16.7% and 11.1%, respectively.

Conclusions: This neonatal-onset SVT cohort demonstrates heterogeneous acute and maintenance strategies and a substantial proportion of patients in whom antiarrhythmic treatment was discontinued. Interpretation is limited by the retrospective design and unavailable patient-level recurrence and follow-up data.

Keywords: neonatal supraventricular tachycardia; antiarrhythmic therapy; recurrence; newborn; treatment discontinuation

Introduction

Supraventricular tachycardia (SVT) is an important cause of clinically significant tachyarrhythmia in the neonatal period. In contrast to older children, neonates may present with nonspecific manifestations such as respiratory distress, feeding intolerance, irritability, or signs of impaired cardiac output. The clinical impact of an episode depends on the underlying rhythm mechanism, episode duration, and hemodynamic tolerance. Distinguishing SVT from sinus tachycardia and other tachyarrhythmias requires electrocardiographic assessment in the clinical context. [1,2]

The acute therapeutic objective is termination of tachycardia while maintaining perfusion. Pediatric advanced life support guidance (which excludes resuscitation during the immediate newborn transition) incorporates vagal stimulation in appropriate stable patients, adenosine for suitable SVT rhythms, and synchronized cardioversion when cardiopulmonary compromise is present. However, neonatal care requires additional attention to rhythm mechanism, drug pharmacokinetics, and potential proarrhythmia. [1]

Long-term management is less uniform. Infants may receive beta-blockers, digoxin, sotalol, flecainide, or combination regimens depending on the suspected mechanism, response, and recurrence risk. Observational studies suggest that shorter courses of antiarrhythmic medication may be sufficient for selected infants, whereas pre-excitation and other clinical factors can influence recurrence after discontinuation. Importantly, infant cohorts extending through 12 months of age are not identical to cohorts defined by neonatal onset. [2,3,4]

Recent neonatal-specific studies have highlighted the scarcity of evidence on optimal maintenance therapy

and follow-up strategies. [5] We therefore sought to describe the clinical presentation, acute treatment distribution, maintenance therapy patterns, and reported longer-term outcomes of neonates with SVT managed over 16 years at a single center.

Materials and Methods

Study design and population

This retrospective, observational, single-center study included neonates diagnosed with SVT between January 2010 and January 2026 in the neonatal intensive care unit of Turgut Özal Faculty of Medicine, İnönü University, Malatya, Türkiye. The source abstract defines the cohort as 36 neonates and excludes patients with an increased arrhythmia risk related to congenital heart disease. The precise congenital lesion-based exclusion rules, total number screened, and case ascertainment process should be verified from the original study database before journal submission.

Clinical evaluation and data collection

Variables reported in the accepted abstract included sex, age at diagnosis, birth weight, prematurity, history of fetal tachycardia, presenting manifestations, echocardiographic assessments, acute termination strategies, maintenance antiarrhythmic treatment, Holter monitoring, recurrence, treatment duration, treatment discontinuation, and indication for electrophysiological evaluation. The available aggregate dataset does not provide SVT mechanism for each infant, echocardiographic functional measurements, individual drug doses, or follow-up time per patient; these outcomes are therefore not reconstructed.

Outcomes and definitions

The primary descriptive outcomes were distribution of acute therapies and maintenance treatment strategies. Additional outcomes were the reported duration of antiarrhythmic therapy, proportion with discontinued treatment, and the proportions reported to require electrophysiological assessment because of pre-excitation or recurrent SVT. "Treatment discontinued" refers to cessation of antiarrhythmic medication as recorded in the abstract; it is not assumed to indicate permanent arrhythmia resolution. The abstract does not clarify whether recurrence and pre-excitation categories overlap or whether every electrophysiological indication resulted in an invasive study.

Statistical analysis

Only descriptive statistics supported by the accepted abstract are presented. Categorical data are summarized as number and percentage of 36 patients; age at diagnosis, birth weight, and treatment duration are shown as reported means with ranges. No inferential hypothesis testing, survival analysis, confidence intervals, or adjusted comparisons were performed because patient-level data were not available for this manuscript draft.

Results

Baseline characteristics and presentation

Thirty-six neonates met the reported study criteria. Of these, 21 (58.3%) were male and 15 (41.7%) female. Mean age at SVT diagnosis was 8.6 days (range 1–29 days). Mean birth weight was 3,032 g (range 1,540–4,800 g). Eight infants (22.2%) were premature, and three (8.3%) had a documented history of fetal tachycardia. Respiratory distress was the most frequently reported presenting manifestation (n = 10), while feeding difficulty and irritability were reported in five infants. The symptom categories are not stated to be mutually exclusive and do not constitute an exhaustive symptom inventory (Table 1).

Acute management

Adenosine was the reported acute treatment in 16 infants (44.4%), synchronized cardioversion in nine (25.0%), amiodarone infusion in nine (25.0%), esmolol in one (2.8%), and ivabradine in one (2.8%) (Table 2). These reported categories total 36 patients. However, the aggregate abstract does not provide treatment sequence, number of doses, conversion success per intervention, or baseline hemodynamic status. Consequently, the percentages describe recorded management patterns rather than comparative efficacy.

Maintenance antiarrhythmic treatment

Maintenance monotherapy was used in 19 patients (52.8%), while 17 (47.2%) received combination

treatment. Propranolol, digoxin, and sotalol were among the reported monotherapy agents. Propranolol plus digoxin and flecainide plus propranolol were prominent combinations. Because agent-specific patient counts were not reported, it is not possible to establish the most frequently prescribed individual regimen or compare outcomes by drug class.

Follow-up and treatment discontinuation

The reported mean duration of antiarrhythmic treatment was 19.3 months (range 6–30 months). Medication was discontinued in 22 of 36 patients (61.1%) during follow-up. The source does not specify individual observation periods after medication withdrawal, the timing of recurrence relative to withdrawal, or the clinical criteria used to stop treatment. Accordingly, the discontinuation proportion should not be presented as a recurrence-free survival or cure estimate.

Pre-excitation, recurrence, and electrophysiological assessment

The abstract reports a need for electrophysiological evaluation in approximately 16.7% of patients in relation to pre-excitation and 11.1% in relation to recurrent SVT, corresponding to approximately six and four patients, respectively, if calculated using the full cohort denominator. Whether these categories overlap is unknown. The number who underwent invasive electrophysiological study or catheter ablation was not separately reported; no ablation rate is inferred.

Table 1. Baseline characteristics of the neonatal SVT cohort

Characteristic	Result
Patients	36
Male	21 (58.3%)
Female	15 (41.7%)
Age at diagnosis, mean (range)	8.6 days (1–29)
Birth weight, mean (range)	3,032 g (1,540–4,800)
Preterm birth	8 (22.2%)
Fetal tachycardia history	3 (8.3%)
Respiratory distress	10 (27.8%)
Feeding difficulty / irritability	5 (13.9%)

Percentages are calculated using the full cohort (n = 36) unless otherwise indicated. Categories may not be mutually exclusive where specified.

Table 2. Acute treatment distribution

Acute treatment	Patients, n (%)
Adenosine	16 (44.4%)
Synchronized cardioversion	9 (25.0%)
Amiodarone infusion	9 (25.0%)
Esmolol	1 (2.8%)
Ivabradine	1 (2.8%)

Percentages are calculated using the full cohort (n = 36) unless otherwise indicated. Categories may not be mutually exclusive where specified.

Table 3. Maintenance treatment and follow-up outcomes

Outcome	Result
Monotherapy	19 (52.8%)
Combination therapy	17 (47.2%)
Antiarrhythmic duration, mean (range)	19.3 months (6–30)
Treatment discontinued	22 (61.1%)
EP assessment indicated by pre-excitation	Approximately 6 (16.7%)
EP assessment indicated by recurrence	Approximately 4 (11.1%)

Percentages are calculated using the full cohort (n = 36) unless otherwise indicated. Categories may not be mutually exclusive where specified.

Discussion

This retrospective cohort adds a neonatal-onset perspective to the literature on SVT management by describing 36 patients treated over a 16-year period. The principal observations were substantial variation in acute and maintenance therapy, frequent use of combination antiarrhythmic treatment, and discontinuation of medication in approximately three-fifths of the cohort. These findings should be interpreted as a description of local practice and reported outcomes, rather than a comparison of therapeutic effectiveness.

Clinical presentation and the importance of early recognition

The mean age at diagnosis of 8.6 days underscores that clinically important tachyarrhythmia may emerge very early in life. Respiratory distress was the most frequently reported presenting symptom, followed by feeding difficulties or irritability in a smaller subset. Such manifestations are nonspecific, which supports a low threshold for rhythm assessment in an infant with unexplained cardiorespiratory symptoms. In the absence of detailed heart-rate, blood-pressure, ventricular-function, and episode-duration data, however, we cannot characterize the proportion presenting with tachycardia-mediated ventricular dysfunction or hemodynamic instability. [6,7]

Acute treatment strategies

Adenosine accounted for 44.4% of reported acute treatment, with cardioversion and amiodarone each accounting for 25.0%. These findings are consistent with a clinically heterogeneous population requiring more than one therapeutic approach. AHA/AAP pediatric advanced life support guidance, which does not address immediate newborn resuscitation, supports vagal stimulation in selected stable SVT presentations, adenosine when appropriate, and synchronized cardioversion in the presence of cardiopulmonary compromise. [1] Nevertheless, the source data do not show which infants were unstable or whether cardioversion followed unsuccessful pharmacological treatment. A relatively high observed use of cardioversion should therefore not be taken to indicate unusually severe disease without access to clinical episode-level data. [1,6,8]

Maintenance therapy and duration

In this cohort, nearly half of the infants received combination antiarrhythmic therapy. This may reflect individualized management decisions, but neither treatment resistance nor greater arrhythmia severity can be assumed without drug-sequence and recurrence data. The mean treatment duration of 19.3 months was longer than treatment courses described in some infant studies. In a Finnish multicenter AVRT cohort of 278 infants, median treatment durations were 12.0 and 7.0 months across two treatment eras, with comparable recurrence outcomes after discontinuation. [3] A separate retrospective study of 74 infants suggested that selected patients without structural heart disease and with stable control on a single agent may not experience increased recurrence with shorter treatment courses. [4] These studies enrolled infants beyond the neonatal period and used different eligibility criteria; direct equivalence with our cohort is not appropriate. [8,9,10,11,12]

A recent two-center Italian study of 32 newborns likewise emphasized neonatal-specific variation in

rhythm mechanism and treatment. [5] Although that cohort reported a median maintenance duration of approximately 21 months, our 19.3-month value is a mean; the two measures should not be compared as if statistically interchangeable. Furthermore, our source data do not identify the specific SVT mechanism in each patient, preventing mechanism-stratified analysis of treatment duration.

Discontinuation and recurrence

Treatment was discontinued in 22 patients (61.1%). This finding is clinically relevant because determining when to stop prophylactic antiarrhythmic therapy is a common challenge in neonatal SVT. However, withdrawal decisions depend on recurrence history, mechanism, ECG evidence of pre-excitation, and rhythm monitoring. The observed discontinuation proportion cannot establish the optimal treatment duration or the risk of recurrence after cessation. Patient-level timing of withdrawal and subsequent monitoring would be needed for Kaplan–Meier analysis or other time-to-event methods. [3,4,13]

Pre-excitation and electrophysiological follow-up

Pre-excitation and recurrent SVT were reported as reasons for electrophysiological assessment in approximately 16.7% and 11.1% of the cohort, respectively. Pre-excitation may identify an accessory-pathway substrate and warrants careful follow-up, particularly when episodes recur. The Finnish multicenter infant AVRT cohort found that Wolff–Parkinson–White pattern and combination treatment were associated with recurrence after drug discontinuation. [3] Our dataset is not sufficient to test these associations. Nor does it permit estimation of catheter ablation utilization, because an indication for assessment is not equivalent to performance of an invasive procedure. [3,5,7]

Strengths and limitations

The main strength of this study is its focus on neonatal-onset SVT over a prolonged institutional observation period, with both acute and maintenance management represented. Several limitations require emphasis. First, the design is retrospective and single center, with a modest sample size. Second, treatment was not allocated randomly, making confounding by indication likely. Third, SVT mechanisms, detailed electrocardiographic parameters, drug-specific dosing and treatment sequences, ventricular-function measures, and adverse effects are not available in the aggregate abstract. Fourth, follow-up duration and recurrence timing are not available at the patient level, limiting interpretation of drug discontinuation. Finally, the definitions and overlap of electrophysiological indications are not fully specified. These gaps should be addressed from the original dataset before submission to a peer-reviewed journal.

Conclusions

In this 16-year single-center cohort of 36 neonates with SVT, acute and maintenance treatment strategies were heterogeneous. Monotherapy was used in 52.8% and combination therapy in 47.2%, while antiarrhythmic medication was discontinued in 61.1% during reported follow-up. Pre-excitation and recurrence were relevant considerations for further electrophysiological evaluation. These descriptive findings reinforce the need for individualized management and structured longitudinal rhythm surveillance. Larger neonatal-specific cohorts with defined rhythm mechanisms and patient-level follow-up are required to clarify optimal maintenance treatment duration and discontinuation strategies.

References

1. Lasa JJ, Dhillon GS, Duff JP, et al. Part 8: Pediatric advanced life support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Pediatrics. 2026;157(1):e2025074351. doi:10.1542/peds.2025-074351.

2. Aktürk Acar F, Kader Ş, Mutlu M, Dilber E, Aslan Y, Kalaycı ME. Evaluation of the clinical course and therapeutic approaches in neonatal supraventricular tachycardia: a retrospective study. Ann Clin Anal Med. 2026;17(7):695–698. doi:10.4328/ACAM.21972.

3. Mecklin M, Linnanmäki A, Hiippala A, Leino T, Arola A, Leskinen M, et al. Multicenter cohort study on duration of antiarrhythmic medication for supraventricular tachycardia in infants. Eur J Pediatr. 2023;182(3):1089–1097. doi:10.1007/s00431-022-04757-5.

4. Aljohani OA, Herrick NL, Borquez AA, Shepard S, Wieler ME, Perry JC, Williams MR. Antiarrhythmic

treatment duration and tachycardia recurrence in infants with supraventricular tachycardia. Pediatr Cardiol. 2021;42(3):716–720. doi:10.1007/s00246-020-02534-5.
5. Pasquinucci M, Cotta Ramusino F, Derchi ME, Cucchini U, Berton G, Meneghesso D, et al. Clinical features, management and outcomes of supraventricular tachycardia in newborns: a 10-year multicenter experience. Acta Paediatr. 2026;115(6):1210–1221. doi:10.1111/apa.70472.
6. Epçaçan S. Management of neonatal supraventricular tachycardias: a single center experience. Eurasian J Med Investig. 2019;3(1):46–53. doi:10.14744/ejmi.2019.01092.
7. Qi J, Yu R, Wang X. Neonatal supraventricular tachycardia: current diagnostic approaches and emerging technologies. Front Pediatr. 2025;13:1694215. doi:10.3389/fped.2025.1694215.
8. Wei N, Lamba A, Franciosi S, Law IH, Ochoa LA, Johnsrude CL, et al. Medical management of infants with supraventricular tachycardia: results from a registry and review of the literature. CJC Pediatr Congenit Heart Dis. 2022;1(1):11–22. doi:10.1016/j.cjcpc.2021.09.001.
9. Hornik CP, Chu PY, Li JS, Clark RH, Smith PB, Hill KD. Comparative effectiveness of digoxin and propranolol for supraventricular tachycardia in infants. Pediatr Crit Care Med. 2014;15(9):839–845. doi:10.1097/PCC.0000000000000229.
10. Lim YT, Kim YH, Kwon JE. Effective control of supraventricular tachycardia in neonates may requires combination pharmacologic therapy. J Clin Med. 2022;11(12):3279. doi:10.3390/jcm11123279.
11. Evertsson C, Eliasson H, Halvorsen CP. Sotalol prophylaxis was efficient and safe for supraventricular tachycardia in early infancy. Acta Paediatr. 2024;113:2430–2437. doi:10.1111/apa.17357.
12. Mojahedi A, Mirshekari A. Evaluating antiarrhythmic drugs for managing infants with supraventricular tachycardia; a review. Am J Cardiovasc Dis. 2024;14(3):144–152. doi:10.62347/ZTXC5809.
13. Pompa AG, LaPage MJ. Outcomes of infant supraventricular tachycardia management without medication. Pediatr Cardiol. 2024;45:1724–1728. doi:10.1007/s00246-023-03263-1.

OP-02

Early Removal of Totally Implantable Venous Access Ports in Pediatric Hematology and Oncology Patients: Incidence and Associated Factors

Background

Totally implantable venous access ports (TIVAPs) play a crucial role in providing safe and reliable long-term venous access for chemotherapy, blood product transfusions, and supportive care in pediatric hematology and oncology patients (1). Significant complications or device failure affect approximately one in three to four catheters, with premature TIVAP removal potentially disrupting treatment and increasing morbidity(1). Identifying the causes and risk factors of early TIVAP removal is essential for improving catheter survival and maintaining treatment continuity(2).

This study aimed to evaluate the incidence, causes, and associated risk factors of early TIVAP removal in pediatric hematology and oncology patients.

Methods

Patients undergoing central venous catheter placement between September 2021 and April 2026 were retrospectively evaluated. After excluding non-TIVAP procedures (Hickman, n=7; tunneled central venous catheter, n=8), 98 patients with TIVAPs were included. Fifteen patients underwent repeat TIVAP placement, resulting in 113 procedures. Demographic and clinical characteristics, TIVAP dwell time, complications, C-reactive protein (CRP) levels, and factors associated with early TIVAP removal were analyzed.

Continuous variables were expressed as mean±SD or median (Q1–Q3) and compared using the Mann–Whitney U test; categorical variables were analyzed using Fisher's exact test, with $p<0.05$ considered significant.

Results and Conclusion

The mean age was 9.08 ± 5.42 years, and 61 patients (62.2%) were male. Leukemia was the most common diagnostic group (49.0%), followed by solid tumors (38.8%) (Table 1).

Table 1. Demographic and diagnostic characteristics of the patients (n=98)

Characteristic	Value
Age, years, mean ± SD	**9.08 ± 5.42**
Sex, n (%)	
Male	61 (62.2)
Female	37 (37.8)
Diagnostic group, n (%)	

Leukemia	**48 (49.0)**
ALL	41 (41.8)
AML	7 (7.1)
Solid tumor	**38 (38.8)**
Neuroblastoma	9 (9.2)
Ewing sarcoma	7 (7.1)
Osteosarcoma	4 (4.1)
Ependymoma	3 (3.1)
Medulloblastoma	2 (2.0)
Rhabdomyosarcoma	2 (2.0)
Other solid tumors*	11 (11.2)
Lymphoma	**10 (10.2)**
NHL	7 (7.2)
Hodgkin lymphoma	3 (3.1)
Non-malignant hematologic disease	**2 (2.0)**
Fanconi aplastic anemia	2 (2.0)
*Other solid tumors consisted of diagnoses represented by a single patient each. ALL: Acute Lymphoblastic Leukemia, AML; Acute Myeloid Leukemia, NHL: Non-Hodgkin lymphoma	

The median TIVAP follow-up duration was 13.93 months (Q1–Q3, 6.63–29.67). TIVAP removal occurred in 51 cases (45.1%); 16 were removed after treatment completion, while 35 (31.0%) underwent early removal before treatment completion, predominantly due to infections (26/35, 74.2%) (Table 2).

Table 2. TIVAP characteristics and follow-up outcomes (n=113)

Characteristic	Value
TIVAP number, n (%)	
First procedure	98 (86.7)
Second procedure	15 (13.3)
TIVAP follow-up duration, months, median (Q1–Q3)	**13.93 (6.63–29.67)**
Status at the end of follow-up, n (%)	
Still in use	43 (38.1)
Follow-up ended due to death	19 (16.8)
TIVAP removed	51 (45.1)
Completion of treatment	16 (14.1)
Unplanned TIVAP removal	35 (31.0)
Reason for TIVAP removal	35 (100.0)
Catheter-related infection	26 (74.2)
Pocket infection	17 (48.5)
Catheter-related bloodstream infection	9 (25.7)
Mechanical complication	4 (11.4)
Skin complication	3 (8.5)
Skin erosion	2 (5.7)
Scabies	1 (2.8)
Venous thrombosis	2 (5.7)

Of the 35 early removals, 10 (28.6%) occurred within the first two months, representing 8.8% of all TIVAPs; nine occurred in patients with leukemia (Table 3). Early removal within the first two months was significantly more frequent in patients with leukemia (16.1% vs. 1.8% in other diagnoses, p=0.008), while no significant associations were found with sex, age, or CRP (Table 4).

Table 3. Timing, diagnosis, and reasons for TIVAP removal

	0–2 mo	>2–6 mo	>6–12 mo	>12–36 mo	Total
TIVAP removal, n (%)	**10 (28.6)**	**7 (20.0)**	**11 (31.4)**	**7 (20.0)**	**35 (100.0)**
Diagnosis group					
Leukemia	9	2	6	4	21
Lymphoma	0	1	1	1	3
Solid tumor	1	4	4	2	11
Reason for removal					
Pocket infection	4	5	3	5	17
Catheter-related bloodstream infection	1	1	5	2	9
Catheter dysfunction	3	1	0	0	4
Skin erosion	1	0	1	0	2
Venous thrombosis	1	0	1	0	2
Scabies	0	0	1	0	1

Table 4. Factors associated with early TIVAP removal (<2 mo)

Variable	Total (n=113)	Early Catheter Removal (n=10)	No early catheter removal (n=103)	p value
Sex				0.091
Male	72 (100.0%)	9 (12.5%)	63 (87.5%)	
Female	41 (100.0%)	1 (2.4%)	40 (97.6%)	
Age				0.742
<5 years	42 (100.0%)	3 (7.1%)	39 (92.9%)	
≥5 years	71 (100.0%)	7 (9.9%)	64 (90.1%)	
Diagnosis				
Leukemia	56 (100.0%)	9 (16.1%)	47 (83.9%)	**0.008**
Solid tumor	44 (100.0%)	1 (2.3%)	43 (97.7%)	0.085
Lymphoma	11 (100.0%)	0 (0%)	11 (100.0%)	0.594
Non-malignant	2 (100.0%)	0 (0%)	2 (100.0%)	N/A
CRP (mg/L)	3.0 (3–12)	3.0 (2.5–21.5)	3.0 (3.0–12.0)	0.948

CRP is presented as median (Q1–Q3).

Categorical variables were compared using Fisher's exact test; CRP was compared using the Mann–Whitney U test.

Early TIVAP removal occurred in 31.0% of procedures, higher than previously reported rates (13.2%–18.5%),

likely reflecting our leukemia-heavy case-mix(1, 3). Infection was the dominant cause (74.2%), consistent with Saha et al.(3) (75%) and Bağcı et al.(4) (69.5%). Leukemia was significantly associated with early removal within two months, with 9/10 early losses occurring in this group — plausibly related to induction-phase neutropenia, though neutrophil counts were not directly analyzed here(2). These findings support intensified infection-control and port surveillance during the first two months of leukemia treatment.

Keywords: Totally implantable venous access port; Pediatric oncology; Pediatric hematology; Early removal; Catheter-related infection; Leukemia

REFERENCES

1. Nunn JL, Takashima MD, Wray-Jones EM, Soosay Raj TA, Hanna DMT, Ullman AJ. Central venous access device adverse events in pediatric patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2024;32(10):662.
2. Sakthivel M, Katneni P, Nataraja RM, Pacilli M. Central Venous Access Device Complications in Children With Leukemia: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Journal of Haematology. 2025;117(3):565–77.
3. Saha S, Vineet K, Ranjan R, Singh P, Sarode R, Yadav AK. Real-World Chemoport Outcomes in Pediatric Oncology in a Resource-Limited Setting: A Retrospective Analysis With Pragmatic Implications. Pediatr Blood Cancer. 2025;72(10):e31930.
4. Bağcı MS, Yazal Erdem A, Özbek NY, Yaralı HN. Port-Catheter complications in children with malignancy. Turkish Journal of Pediatric Disease. 2025;19(3):99–104.

OP-03

Fetal Carbon Monoxide Burden and Intrapartum Metabolic Stress in Maternal Smoking Exposure: Two Distinct Hypoxemic Biological Pathways

Introduction

Maternal smoking during pregnancy can impair fetal oxygen homeostasis through multiple mechanisms. Carbon monoxide (CO) readily crosses the placenta and forms carboxyhemoglobin (COHb), reducing effective oxygen-carrying capacity (1-3). Smoking may also adversely affect placental vascular development and uteroplacental perfusion through mechanisms not directly mediated by CO (4).

Cord blood COHb reflects fetal CO exposure, whereas cord blood lactate is more closely related to acute anaerobic metabolism and intrapartum metabolic stress. Whether these biomarkers represent sequential manifestations of a single hypoxemic process or different biological pathways remains unclear (5).

This study aimed to compare cord blood COHb and lactate concentrations in neonates with and without

maternal smoking exposure and to identify their independent determinants. We hypothesized that COHb would predominantly reflect prenatal CO exposure, whereas lactate would be more strongly associated with intrapartum stress.

Materials and Methods

This single-center retrospective observational study included 122 neonates born at Ümraniye Training and Research Hospital during a three-month period. Sixty-one neonates born to mothers with documented active smoking during pregnancy constituted the smoking-exposed group, and 61 neonates born to non-smoking mothers constituted the control group.

Maternal age, diabetes, hypertension, preeclampsia, gestational age, birth weight, sex, fetal growth category, mode of delivery, Apgar scores, meconium-stained amniotic fluid, and need for positive-pressure ventilation were recorded. No included neonate had a major congenital anomaly.

Umbilical cord blood samples obtained immediately after birth were retrospectively evaluated. Because arterial and venous cord samples could not be reliably distinguished, all were analyzed as mixed umbilical cord blood. Measurements were performed using a RAPIDPoint® 500e Blood Gas System (Siemens Healthineers, Erlangen, Germany) and included pH, pCO_2, pO_2, bicarbonate, base excess, lactate, COHb, methemoglobin, and hemoglobin.

The primary outcome was cord blood COHb, and the main secondary outcome was lactate. Continuous variables were compared using the Mann–Whitney U test and categorical variables using the chi-square or Fisher exact test, as appropriate. Separate multivariable regression models were constructed for log-transformed COHb and lactate, adjusting for maternal smoking exposure, gestational age, small-for-gestational-age status, mode of delivery, maternal age, diabetes, and neonatal sex. A p value <0.05 was considered significant.

Results

Maternal and neonatal characteristics were similar between groups. Median gestational age was 38 weeks in both groups, and median birth weight was 3240 g in the smoking-exposed group and 3140 g in controls ($p=0.537$). Small-for-gestational-age prevalence and cesarean delivery rates were also comparable.

Cord blood COHb was significantly higher in smoking-exposed neonates than in controls [1.85% (IQR 1.30–3.40) vs 1.10% (0.50–1.30); $p<0.001$]. In contrast, lactate levels did not differ significantly [3.20 (2.11–

4.29) vs 2.86 (2.18–4.09) mmol/L; p=0.703].

In multivariable analysis, maternal smoking remained independently associated with a 2.27-fold higher COHb level (95% CI 1.75–2.94; p<0.001), whereas mode of delivery was not associated with COHb.

For lactate, the opposite pattern was observed. Maternal smoking was not independently associated with lactate (adjusted ratio 1.07, 95% CI 0.94–1.21; p=0.295), while cesarean delivery was associated with substantially lower lactate levels than vaginal delivery (adjusted ratio 0.54, 95% CI 0.47–0.61; p<0.001).

Cord pH, pCO_2, pO_2, methemoglobin, and hemoglobin did not differ between groups. Smoking-exposed neonates had lower bicarbonate levels and a more negative base excess, but these findings were exploratory and were not accompanied by higher lactate or lower pH.

Discussion

The main finding of this study was the clear divergence between the determinants of cord blood COHb and lactate.

Maternal smoking strongly predicted cord COHb, whereas mode of delivery predicted lactate. This divergence suggests that COHb and lactate reflect different temporal and biological dimensions of fetal oxygen stress rather than sequential markers of a single hypoxemic pathway.

COHb may predominantly represent prenatal CO exposure. CO crosses the placenta, binds to fetal hemoglobin, and reduces effective oxygen transport. Because fetal CO elimination is relatively slow, cord COHb may reflect exposure accumulated before delivery rather than an acute intrapartum event. Previous studies have similarly demonstrated higher cord COHb concentrations in infants born to mothers who smoke (1-3).

Lactate appears to reflect a different process. Its strong association with mode of delivery, together with the absence of an independent association with maternal smoking, supports its role as a marker of acute intrapartum metabolic stress (4). Higher lactate concentrations after vaginal birth have been consistently attributed to the metabolic demands of labor and intermittent reductions in fetal oxygen delivery (5-6).

A third, partially independent mechanism may involve smoking-related placental dysfunction. Nicotine and other tobacco-related compounds can impair placental vascularization, trophoblast function, and uteroplacental perfusion. Thus, maternal smoking may affect the fetus through at least three pathways: CO-mediated impairment of oxygen transport, placental dysfunction, and intrapartum anaerobic metabolism

(4,7-8).

This model may explain why substantial differences in COHb were not accompanied by parallel differences in lactate. The two biomarkers appear to capture different biological processes and should not be interpreted as interchangeable indicators of fetal hypoxia.

The lower bicarbonate and more negative base excess observed in the smoking-exposed group may indicate subtle acid–base effects, but these findings should be interpreted cautiously because pH and lactate were unchanged and these comparisons were exploratory.

Limitations

The retrospective single-center design limits causal inference and generalizability. Maternal smoking status was based on clinical documentation and was not biochemically validated. The interval between the last cigarette and delivery, passive smoking, and other environmental CO exposures were unavailable. Arterial and venous cord samples could not be distinguished and were therefore analyzed as mixed cord blood. Laboratory indicators of neonatal hemolysis were not consistently available, and endogenous CO production related to unrecognized hemolysis could not be fully excluded.

The lack of information on the timing of the last cigarette is particularly relevant. Daily cigarette consumption may reflect chronic tobacco exposure, whereas the interval between the last cigarette and delivery may more directly influence acute fetal CO burden. Future prospective studies should evaluate both dimensions.

Conclusion

Maternal smoking exposure was independently associated with markedly higher cord blood COHb, whereas cord blood lactate was not increased and was instead strongly associated with mode of delivery. These findings support a model in which prenatal CO burden and intrapartum metabolic stress represent distinct biological dimensions of fetal oxygen stress. CO-mediated impairment of oxygen transport, smoking-related placental dysfunction, and intrapartum anaerobic metabolism may constitute three partially independent pathophysiological pathways.

Prospective studies incorporating daily cigarette consumption, the interval between the last cigarette and delivery, passive smoke exposure, and maternal and cord COHb measurements may help distinguish acute from chronic tobacco-related effects and clarify the temporal relationships among these pathways.

References

1. Hengstler K, van 't Sant P, Jira PE. Carboxyhemoglobin in umbilical cord blood and maternal smoking. J Perinat Med. 2019;47:780–784.

2. Harrison KL, Robinson AG. The effect of maternal smoking on carboxyhemoglobin levels and acid-base balance of the fetus. Clin Toxicol. 1981;18:165–168.

3. Ingvarsson RF, Bjarnason AO, Dagbjartsson A, Hardardottir H, Haraldsson A, Thorkelsson T. The effects of smoking in pregnancy on factors influencing fetal growth. Acta Paediatr. 2007;96:383–386.

4. Pintican D, Poienar AA, Strilciuc S, Mihu D. Effects of maternal smoking on human placental vascularization: a systematic review. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019;58:454–459.

5. Gaertner VD, Bassler D, Zimmermann R, Fontijn JR. Reference values for umbilical artery lactate by mode of delivery and gestational age: a retrospective observational study. Neonatology. 2021;118:609–616.

6. Mönkkönen A, Rajala K, Backman H, Keski-Nisula L. Umbilical arterial lactate levels after normal vaginal and elective cesarean delivery. J Obstet Gynaecol Res. 2024;50:557–565.

7. Longo LD. Carbon monoxide: effects on oxygenation of the fetus in utero. Science. 1976;194:523–525.

8. Lambers DS, Clark KE. The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. Semin Perinatol. 1996;20:115–126.

OP-04

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bölümünden İstenen Konsültasyonların İncelenmesi

Yusuf Koç[1], Ebru Arhan[2]

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

ÖZET

Giriş ve Amaç: Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'na istenen konsültasyonların demografik, klinik ve zamansal özelliklerinin, ön tanı ile nihai tanı arasındaki uyumun ve istem notu bilgi kalitesinin değerlendirilmesi; COVID-19 pandemi dönemi ile pandemi sonrası dönemin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tek merkezli, retrospektif ve karşılaştırmalı çalışmada 2020–2025 yılları arasında istenen, 0–18 yaş grubuna ait 1744 konsültasyon kaydı incelenmiştir. İstem notları üç bileşenli Konsültasyon İstem Kalite Skoru (CQS, 0–3) ile değerlendirilmiş; pandemi (2020–2022) ve pandemi sonrası (2023–2025) dönemler karşılaştırılmıştır. Ki-kare, Mann-Whitney U testleri ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Olguların %53,7'si erkek, yaş ortalaması 90,3±70 aydır. En sık konsültasyon nedeni nöbet şüphesi (%21,2), en sık istem yapan birim genel pediatridir (%33,0). Hastaların %71,3'ünde ek tetkik istenmiş; en sık nihai tanılar nörolojik patoloji saptanmaması (%25,6) ve epilepsidir (%17,1). Tanı değişikliği, bilinen nörolojik hastalığı olmayanlarda (%42,2) olanlara göre (%9,6) anlamlı yüksektir ($p<0,001$). Yaş, bilinen nörolojik hastalık ve istem notu kalitesi tanı değişikliğinin bağımsız belirleyicileridir; yüksek kaliteli notlarda tanı değişikliği olasılığı 5,14 kat artmıştır ($p<0,001$). Pandemi sonrasında aylık konsültasyon sayısı azalmış, istem notu kalitesi artmıştır (her ikisi $p<0,001$).

Sonuç: İstem notu bilgi kalitesi, çocuk nörolojisi konsültasyonlarında tanısal katkıyı belirleyen en güçlü bağımsız faktördür. Konsültasyon istem sürecinin standardize edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk; Nöroloji; Pediatri; Sevk ve Konsültasyon; Tanısal Hatalar

GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi konsültasyon, uzmanlaşmanın derinleştiği çağdaş tıpta bütüncül hasta yönetiminin temel mekanizmasıdır ve ülkemizde yasal çerçevesi Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ile tanımlanmıştır (1, 2). Çocuk nörolojisi; nöbet, baş ağrısı, bilinç değişikliği ve gelişimsel sorunlar gibi sık ve kaygı yaratan semptomlar nedeniyle pediatrik konsültasyonlarda anahtar rol üstlenir (3–5). Başvuru ön tanısı ile nihai tanı arasındaki uyum, konsültasyon notunun kalitesi ve ileri tetkiklerin akılcı kullanımı, hasta güvenliğini ve sağlık kaynaklarının verimliliğini doğrudan belirler.

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'na istenen konsültasyonların (i) yaş, cinsiyet, istem yapan birim ve zaman dilimlerine göre dağılımının, (ii) ön tanı ile nihai tanı arasındaki uyumun, (iii) istem notlarının bilgi kalitesinin standardize bir ölçütle değerlendirilmesi ve (iv) konsültasyonun tanı ve tedavi yönetimine katkısının ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca COVID-19 pandemi dönemi ile pandemi sonrası dönem karşılaştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

Çocuk nörolojisi konsültasyonlarında en sık klinik tablolar epileptik ve febril nöbetler, status epileptikus, baş ağrısı ve kafa içi basınç artışı, senkop, akut bilinç değişikliği, akut ataksi/nöromusküler aciller ve akut fokal nörolojik defisitlerdir (3, 4). Acil ve poliklinik koşullarında paroksismal non-epileptik olaylar (katılma nöbetleri, benign miyokloniler, vazovagal senkop) sıklıkla epileptik nöbetle karışır; bu ayrımın yapılması gereksiz antinöbet tedaviden korunmak için kritiktir (3, 6).

Yardımcı tanısal araçlar (EEG, kraniyal BT/MRG, biyokimyasal, genetik ve metabolik tetkikler) konsültasyon sürecinin önemli bir bileşenidir. "Choosing Wisely" ilkeleri, çocuklarda radyasyon, sedasyon ve maliyet yükü nedeniyle gereksiz görüntüleme ve laboratuvar istemlerinden kaçınılmasını önermektedir (7).

Konsültasyon notunun anamnez, muayene bulgusu ve açık bir soru içermesi, uzmanlar arası iletişimin ve tanısal doğruluğun ön koşuludur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, evreni ve dönemi: Tek merkezli, retrospektif, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bu çalışmaya 1 Ocak 2020–31 Aralık 2025 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndan istenen, 0–18 yaş grubuna ait tüm konsültasyon kayıtları (n=1744) alınmıştır. Maske ve kısıtlama uygulamalarının sürdüğü ya da kademeli kaldırıldığı 2020–2022 "pandemi dönemi", 2023–2025 "pandemi sonrası dönem" olarak tanımlanmıştır. Her konsültasyon ayrı analiz birimi kabul edilmiş; kontrole gelmeyen 48 ve nihai tanısı netleştirilemeyen 3 olgu yalnızca nihai tanı analizinden dışlanmıştır (n=1693). Çalışma Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından onaylanmıştır (23.06.2026, Karar No: 11, Araştırma Kodu: 2026-1204).

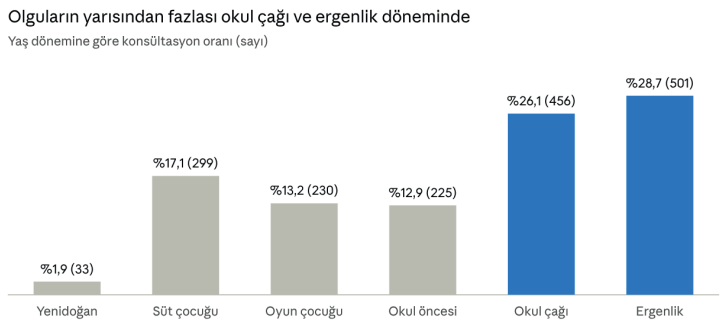
Veriler ve tanımlar: Veriler elektronik hasta kayıt sistemindeki konsültasyon istem ve cevap formlarından elde edilmiştir. Yaş; yenidoğan, süt çocuğu, oyun çocuğu, okul öncesi, okul çağı ve ergenlik dönemi olarak gruplandırılmıştır. Hafta içi 08.00–17.00 arası istemler mesai içi, diğerleri mesai dışı; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı birimler "bölüm içi", diğer klinikler "bölüm dışı" kabul edilmiştir. İstemdeki ön tanıdan farklı bir tanı konulması "tanı değişikliği"; yeni ilaç başlanması, ilaç eklenmesi, doz değişikliği, kesilmesi, yükleme ya da cerrahi/girişimsel öneri "tedavi planı değişikliği" olarak tanımlanmıştır.

Konsültasyon İstem Kalite Skoru (CQS): İstem notları yazarlarca tanımlanan üç bileşenle puanlanmıştır: yeterli anamnez (1 puan), sistemik/nörolojik muayene bulgusu (1 puan) ve açık ön tanı/konsültasyon sorusu (1 puan). Toplam skor 0–1 düşük, 2 orta, 3 yüksek kalite olarak sınıflandırılmıştır. CQS, valide bir ölçek değil, tanımlayıcı bir bileşik ölçüt olarak kullanılmıştır.

İstatistiksel analiz: Analizler IBM SPSS ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare veya Fisher kesin testi, normal dağılmayan değişkenler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tanı değişikliğiyle bağımsız ilişkili faktörler ikili lojistik regresyonla belirlenmiş; tek değişkenli analizde anlamlı bulunan yaş, bölüm içi/dışı istem, bilinen nörolojik hastalık ve CQS düzeyi çok değişkenli modele alınmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

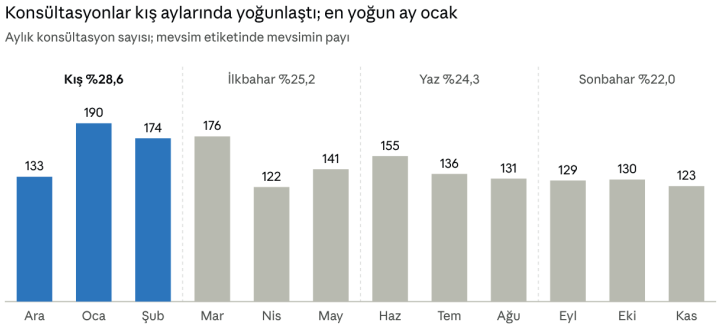
BULGULAR

Demografik özellikler: Çalışmaya alınan 1744 konsültasyonun %53,7'si (936) erkek, %46,3'ü (808) kız hastalara aittir (E/K: 1,15); yaş ortalaması 90,3±70 aydır. Yaş dağılımı bölüm içi ve bölüm dışı istemler arasında farklıdır (p=0,002): bölüm dışı istemlerde süt çocuğu oranı düşük (%6,6'ya karşı %18,3), okul çağı oranı yüksektir (%33,7'ye karşı %25,3) (Şekil 1).

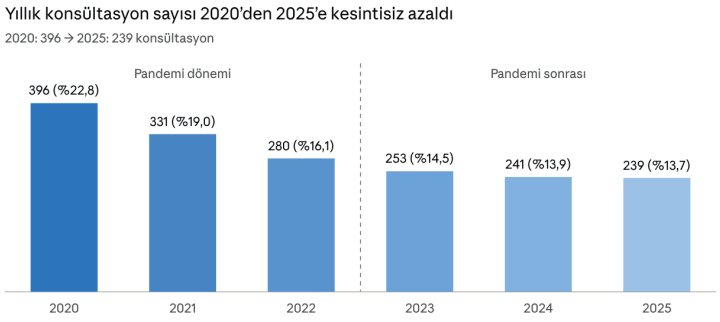


Şekil 1. Çocuk nörolojisi konsültasyonu istenen hastaların yaş dönemlerine göre dağılımı

Zamansal dağılım: Konsültasyonlar en sık ocak (%10,9), mart (%10,1) ve şubat (%10,0), en seyrek nisan (%7,0) ve kasım (%7,1) aylarında istenmiştir. Kış %28,6 ile en yoğun, sonbahar %22,0 ile en seyrek mevsimdir (Şekil 2). Yıllık istem sayısı en yüksek olduğu 2020'den (%22,8) 2025'e (%13,7) giderek azalmıştır (Şekil 3).



Şekil 2. Konsültasyonların aylara ve mevsimlere göre dağılımı



Şekil 3. Konsültasyonların yıllara göre dağılımı

İstem yapan birimler ve konsültasyon nedenleri: Konsültasyonların %90,5'i bölüm içi, %9,5'i bölüm dışı birimlerden istenmiştir; en sık istem yapan birimler genel pediatri ve çocuk acildir. Bölüm dışı 166 istemin 104'ünü preoperatif değerlendirmeler oluşturmuştur. Nöbet nedenli istemlerin %55,3'ü çocuk acilden, tedavi takibi istemlerinin %79,8'i genel pediatriden gelmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Konsültasyonların klinik özellikleri ve sonuçları (n=1744)

Değişken	n	%
İstem yapan birim		
Bölüm içi (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD)	1578	90,5
Genel pediatri	575	33,0
Çocuk acil	370	21,2
Yenidoğan	126	7,2
Bölüm dışı (en sık çocuk cerrahisi, n=63)	166	9,5
Başvuru türü / zamanı		
Ayaktan (poliklinik/acil yeşil alan)	1240	71,1
Yatarak	504	28,9
Mesai dışı istem	318	18,2
En sık konsültasyon nedenleri		
Nöbet	369	21,2
Tedavi takibine grime	184	10,6
Baş ağrısı	170	9,7
Preoperatif onam	133	7,6
Prematürite	91	5,2
Klinik özellikler ve sonuçlar		
Bilinen nörolojik hastalık	722	41,4
Ek tetkik istenmesi	1243	71,3
Tanı değişikliği	500	28,7
Tedavi planı değişikliği	428	24,5
En sık nihai tanılar (n=1693)		
Nörolojik patoloji saptanmadı	434	25,6
Epilepsi	290	17,1
Nöbet	178	10,5
Gelişme geriliği	112	6,6
Prematürite	93	5,5
Senkop	46	2,7

Çocuk nörolojisi görüşünün tanı ve tedaviye katkısı: Bilinen nörolojik hastalığı olmayan ve ilk kez değerlendirilen 1022 hastanın %42,2'sinde (431) tanı değişikliği yapılırken, bilinen hastalığı olan 722 hastada bu oran %9,6'dır (69) (p<0,001). Tedavi planı değişikliği ise tersine, bilinen hastalığı olanlarda (%30,5; 220) olmayanlara (%20,4; 208) göre anlamlı yüksektir (p<0,001). İlk kez değerlendirilen grupta en sık müdahale yeni antinöbet ilaç başlanması (%45,2) olmuştur. Takipli grupta ise antinöbet doz artırımı (%29,5), ilaç eklenmesi (%21,4), farklı antinöbet ilaç başlanması (%14,1) ve yükleme (%13,2) öne çıkmıştır.

İstem notu kalitesi: İstem notlarının %85,4'ünde yeterli anamnez, %59,9'unda muayene bulgusu, %62,4'ünde açık ön tanı/soru bulunmaktadır. "Rica olunur" ifadesi notların %98,9'unda, "Sayın meslektaşım" hitabı yalnızca %7,3'ünde kullanılmıştır. Beklenenin aksine, mesai dışı istemlerde üç kalite bileşeninin tümü daha yüksek oranda yer almıştır: anamnez %97,5'e karşı %82,7, muayene bulgusu %88,1'e karşı %53,6, ön tanı/soru %88,4'e karşı %56,6 (tümü p<0,001). Ortalama CQS bölüm içi istemlerde 2,17±0,9, bölüm dışı istemlerde 1,21±0,8'dir (p<0,001); en yüksek skorlar çocuk yoğun bakım (3,00) ve çocuk acilde (2,76), en düşükler ortopedi (0,33) ve anestezi (0,55) istemlerinde saptanmıştır.

Pandemi ve pandemi sonrası dönem: Pandemi sonrasında aylık konsültasyon sayısı azalmış; Ocak–Şubat 2020 hariç tutulduğunda da fark sürmüştür (25,6±6,8'e karşı 20,3±2,3; p<0,001). Muayene bulgusu ve ön

tanı/soru yazılma oranları ile ortalama CQS anlamlı artmış, bölüm dışı istemlerin payı yükselmiştir. "Sayın meslektaşım" hitabı %4,9'dan %10,6'ya çıkmıştır (p<0,001). Tanı ve tedavi değişikliği oranları dönemler arasında benzerdir (Tablo 2).

Tablo 2. COVID-19 pandemi ve pandemi sonrası dönemin karşılaştırılması

Değişken	Pandemi (2020–2022) n=1008	Pandemi sonrası (2023–2025) n=736	p
Aylık konsültasyon sayısı, ort±SS	27,9±11,9	20,3±2,3	<0,001
Süt çocuğu, %	19,6	13,7	0,021 →
Ergenlik dönemi, %	27,1	31,0	
Kış mevsiminde istem, %	31,0	25,2	0,049 →
Mesai dışı istem, %	17,6	19,2	0,393
Bölüm dışı istem, %	7,0	12,9	<0,001
Yeterli anamnez, %	85,0	86,0	0,564
Muayene bulgusu, %	56,9	64,0	0,003
Ön tanı/soru, %	56,4	70,5	<0,001
CQS, ort±SS	1,99±0,9	2,21±0,9	<0,001
Ek tetkik istenmesi, %	65,4	79,3	<0,001
Tanı değişikliği, %	28,3	29,2	0,669
Tedavi planı değişikliği, %	26,0	22,6	0,099

SS: standart sapma; CQS: Konsültasyon İstem Kalite Skoru. →p değeri ilgili değişkenin tüm kategorilerinin ki-kare karşılaştırmasına aittir.

Tanı değişikliğini etkileyen faktörler: Çok değişkenli analizde yaş, bilinen nörolojik hastalık ve istem kalite düzeyi bağımsız belirleyiciler olarak kalmıştır. Tek değişkenli analizde anlamlı olan bölüm içi/dışı istem, diğer değişkenler kontrol edildiğinde anlamlılığını yitirmiştir; mesai durumu ise tanı değişikliğiyle ilişkili bulunmamıştır (p=0,807) (Tablo 3).

Tablo 3. Tanı değişikliğini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi

Değişken	Tek değişkenli OR (%95 GA)	p	Çok değişkenli OR (%95 GA)	p
Yaş (ay)	1,003 (1,002–1,005)	<0,001	1,004 (1,002–1,006)	<0,001
Bölüm dışı istem (ref: bölüm içi)	0,241 (0,142–0,408)	<0,001	0,784 (0,430–1,429)	0,427
Bilinen nörolojik hastalık (ref: yok)	0,145 (0,110–0,191)	<0,001	0,097 (0,071–0,132)	<0,001
Orta istem kalitesi (ref: düşük)	2,872 (2,126–3,880)	<0,001	3,220 (2,337–4,438)	<0,001
Yüksek istem kalitesi (ref: düşük)	2,486 (1,881–3,285)	<0,001	5,142 (3,736–7,077)	<0,001

OR: odds oranı; GA: güven aralığı. Mesai dışı istem tek değişkenli analizde anlamlı olmadığından (OR=1,034; p=0,807) modele alınmamıştır.

TARTIŞMA

Demografi, zamansal dağılım ve istem yapan birimler: Hafif erkek baskınlığı (%53,7), ulusal ve uluslararası serilerle uyumludur (3–5). Konsültasyonların kış ve erken ilkbaharda yoğunlaşması, üst solunum yolu

enfeksiyonları ve ateşe bağlı nöbetlerin mevsimsel artışıyla ilişkilendirilebilir (8). Genel pediatri ve çocuk acilin en sık istem yapan birimler olması, tanısı netleşmemiş hastaların ilk başvuru noktası olmalarıyla açıklanabilir (3, 4).

Konsültasyon nedenleri ve tanısal katkı: Nöbet, çalışmamızda da en sık nedendir; ancak oranı yalnızca acil servisi kapsayan serilerden (%56–57) düşüktür (3, 5). Bu fark, poliklinik ve yatan hasta istemlerinin de dahil edilmesinden kaynaklanmaktadır. Genel tanı değişikliği oranı (%28,7), farklı tanım ve paydalarla bildirilen %20–59 aralığındadır (3, 5). Asıl belirleyici, bilinen nörolojik hastalık varlığıdır: ilk kez değerlendirilen hastalarda oran %42,2'ye ulaşmıştır. Nihai tanılarda en sık kategorinin "nörolojik patoloji saptanmadı" (%25,6) olması, nöbet taklitçisi benign paroksismal olayların defansif yaklaşımla konsülte edildiğini düşündürmektedir (4, 6). Bu olgularda doğru tanı, gereksiz antinöbet tedaviyi, tetkik ve yatışları önler. Ek tetkik oranının yüksekliği (%71,3) üçüncü basamak hasta profiliyle açıklanabilse de, Choosing Wisely ilkeleri doğrultusunda periyodik olarak izlenmelidir (7). Tedavi değişikliğinin takipli hastalarda daha sık olması, çocuk nöroloğunun bu grupta tedavi optimizasyonu rolünü yansıtmaktadır.

İstem notu kalitesi: İstemlerde en sık eksiklik muayene bulgusu ve açık soru yazılmamasıdır. Benzer şekilde sevk ve konsültasyon çalışmalarında istemlerin önemli bir kısmının gereksiz ya da yetersiz olduğu ve cerrahi bölümlerin istem kalitesinin dahili bölümlerden düşük olduğu bildirilmiştir (9, 10). Mesai dışı notların daha nitelikli olması; akut tabloların daha dikkatli değerlendirilmesi, vaka odaklı çalışma ve kıdemli denetimi ile açıklanabilir. Çok değişkenli analizde yüksek kaliteli istem notlarında tanı değişikliği olasılığının 5,14 kat artması ve bölüm içi/dışı farkının anlamlılığını yitirmesi, tanısal katkıyı istemin geldiği birimden çok notun bilgi içeriğinin belirlediğini göstermektedir. Bu nedenle anamnez, muayene özeti ve hedefe yönelik soruyu zorunlu alan olarak içeren yapılandırılmış bir dijital istem şablonu önerilmektedir.

Pandeminin etkisi: Aylık konsültasyon sayısı Mart 2020'den itibaren belirgin azalmış ve önceki düzeye dönmemiştir. Pandemide acil başvuruların azaldığı ve geciktirildiği bildirilmiştir (11). Ancak pandemi öncesi referans dönem bulunmadığından bu azalma kesin olarak pandemiye bağlanamaz. Pandemi sonrası istem kalitesindeki artış, iş yükü ve koruyucu ekipman kısıtlamalarının kalkmasıyla ilişkili olabilir; preoperatif istemlerdeki artış elektif cerrahinin yeniden başlamasıyla uyumludur.

Sınırlılıklar ve güçlü yönler: Retrospektif ve tek merkezli tasarım, bazı eksik verilerin tamamlanmasını ve sonuçların farklı basamaklara genellenmesini sınırlamaktadır; CQS valide bir ölçek değildir. Geniş olgu sayısı, istem kalitesinin standardize bir ölçütle değerlendirilmesi ve iki dönemin karşılaştırılması çalışmanın güçlü yönleridir.

SONUÇLAR

Çocuk nörolojisi konsültasyonları en sık nöbet şüphesiyle ve genel pediatri ile çocuk acilden istenmektedir. Olguların dörtte birinde nörolojik patoloji saptanmaması, nöbet taklitçisi tabloların ayırt edilmesinde çocuk nöroloğunun katkısını göstermektedir. Tanısal katkı ilk kez değerlendirilen hastalarda, tedavi optimizasyonu ise takipli hastalarda ön plandadır. İstem notu bilgi kalitesi, tanı değişikliğinin en güçlü bağımsız belirleyicisidir. Konsültasyon istem sürecinin yapılandırılmış bir şablonla standardize edilmesi, asistan eğitiminin buna göre düzenlenmesi ve CQS'nin çok merkezli, prospektif çalışmalarla doğrulanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Pelin SŞ. Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu. Klinik Psikiyatri 2000;3:117-25.
2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Resmi Gazete 1960; Sayı: 10436.
3. Günay Ç, Paketçi C, Sarıkaya Uzan G, Soydemir D, Karakaya Ö, Elitez D, et al. Evaluation of the Pediatric Neurology Consultations Requested from the Pediatric Emergency Service: A Single-Center Experience. J Dr Behcet Uz Child Hosp 2022;12(1):81-90.
4. Ekici A, Havali C, Baldan E, Bostanci E, Kilic N. Outcomes of Inpatient Child Neurology Consultations. Osmangazi J Med 2022;44(4):533-9.
5. Albertini F, Bresson V, Tardieu S, Milh M, Chabrol B. Pediatric emergency room visits for neurological conditions: Description and use of pediatric neurologist advice. Arch Pediatr 2020;27(8):416-22.

6. Luat AF, Kamat D, Sivaswamy L. Paroxysmal nonepileptic events in infancy, childhood, and adolescence. Pediatr Ann 2015;44:e18-23.
7. Trapani S, Montemaggi A, Indolfi G. Choosing Wisely in pediatric healthcare: A narrative review. Front Pediatr 2023;11:1071088.
8. Anıl M, Anıl AB, Köse E, Akbay S, Helvacı M, Aksu N. Çocuk Acil Servisine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Deneyimi. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi 2014;1(2):65-71.
9. Bluhm P, Eldem I, Abraham A, Almekdash MH, O'Suoji C. Evaluation of pediatric hematology referrals at a tertiary university hospital in West Texas. J Pediatr Hematol Oncol 2021;43(8):e1069-72.
10. Jarjou'i A, Mendlovic J, Dadon Z, Abu Sneineh M, Tabi M, Kalak G, et al. Availability, timeliness, documentation and quality of consultations among hospital departments: a prospective, comparative study. Isr J Health Policy Res 2021;10:19.
11. Alshahrani MS, Alfaraj D, AlHumaid J, Alshahrani K, Alsubaie A, Almulhim N, et al. Prevalence, Causes, and Adverse Clinical Impact of Delayed Presentation of Non-COVID-19-Related Emergencies during the COVID-19 Pandemic: Findings from a Multicenter Observational Study. Int J Environ Res Public Health 2022;19(16):9818.

OP-05

DIAGNOSTIC ACCURACY OF RED BLOOD CELL INDICES IN CHILDREN WITH BETA-THALASSEMIA TRAIT COEXISTING WITH IRON DEFICIENCY

Ezgi Erdem Deniz, Deniz Aslan (*Department of Pediatrics, Division of Pediatric Hematology, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye)*

1. INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Microcytic anemia in children and the critical differential diagnosis between Iron Deficiency Anemia (IDA) and Beta-Thalassemia Minor / Trait (BTM).

Pitfalls of concomitant iron deficiency altering red blood cell (RBC) indices and masking BTM carrier status.

Goal of evaluating 14 classical formulas and 1 Support Vector Machine (SVM) machine learning model to determine diagnostic sensitivity and false-negative misclassification risk.

2. MATERIALS AND METHODS

Cohort: 359 pediatric patients (aged 0–18 years) with confirmed BTM followed at Gazi University Hospital.

Stratification: Pure BTM group (50.1%, n=180) vs. BTM with Concomitant Iron Deficiency (49.9%, n=179; ferritin < 15 ng/mL and/or TSI < 15%). Anemia depth stratified into Hb ≥ 9.0 g/dL and Hb < 9.0 g/dL.

Formulas Evaluated: Srivastava, England & Fraser, Mentzer, Shine & Lal, Ricerca, Green & King, Kerman 1, Sirdah, Ehsani, Sirachanun, Bordbar, Rahim & Keikhaei, Hisham, Hameed, and SVM Model.

Statistics: Stratified sensitivity analysis, Odds Ratio (OR with 95% CI) for false-negative risk, and Cohen's kappa (κ) for concordance executed using R (v4.4.1).

3. RESULTS

Pure BTM Group: Shine & Lal, Hameed, and SVM achieved 100% sensitivity. High performance in Kerman 1 (98.9%), Bordbar (98.9%), Mentzer (96.0%), and Ehsani (95.5%).

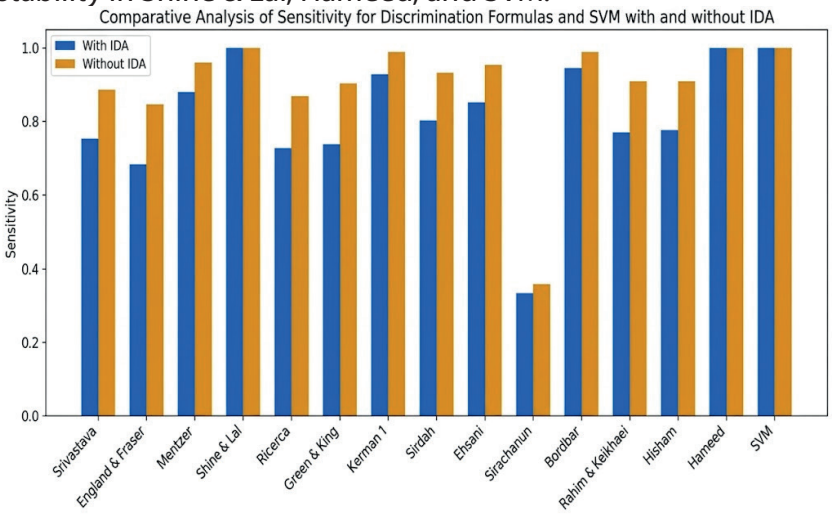
Impact of Concomitant Iron Deficiency: Sensitivity declined across classical formulas, increasing false-negative risk by 2 to 4-fold (e.g., Green & King dropped to 73.8%, OR=3.33; England & Fraser to 68.3%, OR=2.56; Ehsani OR=3.63).

Impact of Severe Anemia (Hb < 9 g/dL): Ricerca sensitivity collapsed to 0%, Green & King and England & Fraser to 20%.

Top Performers: Shine & Lal, Hameed, and SVM maintained 100% sensitivity across all subgroups regardless of iron status or anemia severity.

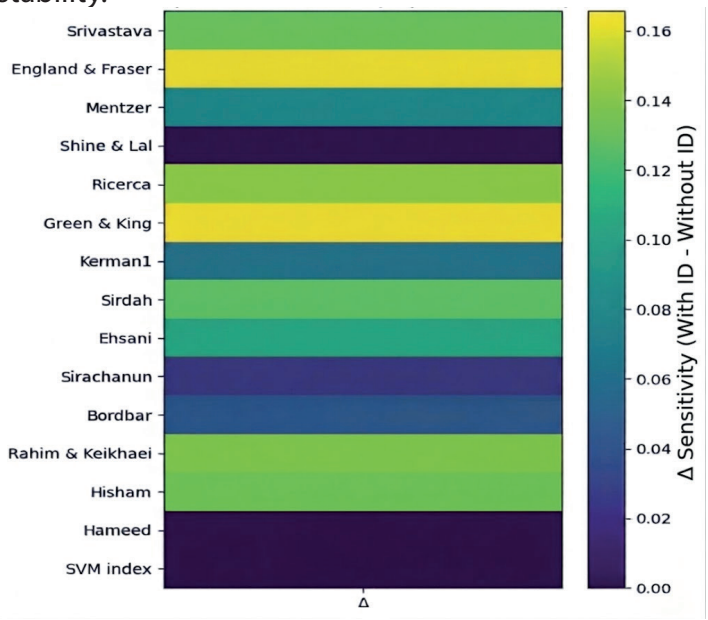
Figures:

Sensitivity Comparison Bar Chart (Figure 1): Describes the sensitivity drop in classical indices vs. 100% stability in Shine & Lal, Hameed, and SVM.

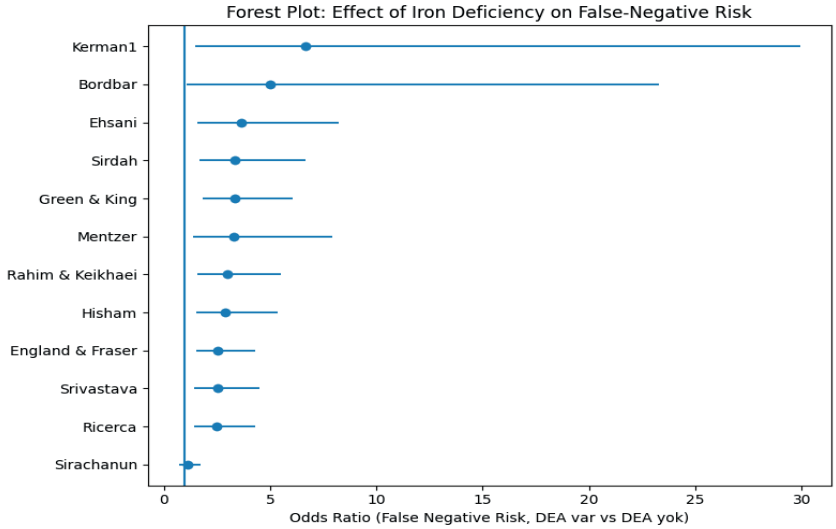


Sensitivity Difference Heatmap (Figure 2): Interprets bright yellow bands (Green & King Δ=0.166, England &

Fraser Δ=0.164, Ricerca Δ=0.143) as high diagnostic vulnerability vs. dark purple bands (Δ=0) as complete stability.



False-Negative Risk Forest Plot (Figure 3): Explains how Odds Ratios clustering to the right of OR=1 prove a 2.5 to 6.6-fold increase in false-negative rate under iron deficiency.



4. DISCUSSION AND CLINICAL IMPLICATIONS

Mechanism of iron deficiency altering MCV, MCH, and RDW cut-offs.

Superiority of formulas combining MCV and MCH without heavy reliance on RDW/Hb linear shifts (especially machine learning SVM models).

Integration into Laboratory Information Systems (LIS) for automated clinical decision alerts prior to empirical iron therapy.

5. CONCLUSION

Concomitant iron deficiency and severe anemia significantly impair classical formulas. Shine & Lal, Hameed, and SVM are fault-tolerant tools ideal for automated LIS screening in pediatric healthcare.

OP-06

Does Age Affect Troponin Level and Time to Normalization in Pediatric Myocarditis?

Childhood myocarditis encompasses a broad disease spectrum whose clinical manifestations may range from asymptomatic or mildly symptomatic myocardial injury to severe ventricular dysfunction, arrhythmia, and cardiogenic shock [1,2]. Owing to their high sensitivity in demonstrating myocardial cell injury, cardiac troponins are widely used in the diagnostic evaluation of children with suspected myocarditis and in monitoring the course of the disease [3,4]. Whereas the troponin level at admission provides information about the biochemical severity of myocardial injury, the time required for troponin to return to normal limits on serial measurements may serve as an indirect indicator of ongoing myocardial injury and of the recovery process [5]. Nevertheless, the influence of age-related physiological differences during childhood, of the myocardial response to inflammatory injury, and of the clinical presentation of the disease on the degree of troponin elevation and on the time to normalization has not been sufficiently clarified [6]. Determining in particular whether differences exist between younger children and adolescents with respect to the initial troponin level and the trajectory of troponin values may contribute to the age-appropriate interpretation of laboratory results and to the planning of clinical follow-up. In this study, it was aimed to evaluate the relationship between age and both the admission troponin level and the time to troponin normalization in children followed with a preliminary diagnosis of myocarditis in whom troponin elevation was detected at admission.

Methods and Results

Patients aged 6–17 years who were followed with a diagnosis of myocarditis in the pediatric cardiology clinic were included in this retrospective cohort study [7]. In order to ensure diagnostic homogeneity, only patients who had undergone cardiac magnetic resonance imaging and whose findings were consistent with myocarditis according to the updated Lake Louise criteria were enrolled [8]. Late gadolinium enhancement and increased native T1 values were accepted as findings indicating myocardial injury on T1 imaging. On T2 imaging, the presence of myocardial edema was evaluated as an indicator of myocardial inflammation [8,9]. Patients with a high-sensitivity cardiac troponin T (hs-cTnT) level of 0.014 or above at admission and with serial hs-cTnT measurements available until troponin normalization were included in the study.

Since the administration of immunomodulatory treatment was considered to potentially affect the recovery process of myocardial injury and the time to troponin normalization, patients receiving medical treatment were excluded from the study. Thus, it was aimed to evaluate the relationship between age and the time to troponin normalization as independently of treatment effects as possible. Consequently, the study cohort consisted of 67 patients. The age, sex, admission hs-cTnT level, and time to troponin normalization of the patients were recorded from the patient files.

According to the laboratory upper reference limit, an hs-cTnT level of 0.014 or above was accepted as elevated, whereas a level below 0.014 was accepted as normal [6]. The time to troponin normalization was defined as the interval between the day of admission and the day on which the hs-cTnT level first fell below 0.014 on serial measurements. The admission hs-cTnT level was additionally calculated as a multiple of the upper limit of normal by dividing it by the upper reference limit.

Age was evaluated as a continuous variable in the primary analyses in order to avoid loss of information. In order to demonstrate the distribution of the findings across different childhood periods, the patients were divided into 6–10, 11–13, and 14–17 year age groups in a secondary analysis. The conformity of continuous variables to a normal distribution was examined with the Shapiro–Wilk test. Normally distributed continuous variables were presented as mean±standard deviation, non-normally distributed variables as median and interquartile range, and categorical variables as number and percentage.

The relationship between age and the admission hs-cTnT level, the relationship between age and the time to troponin normalization, and the relationship between the admission hs-cTnT level and the time to normalization were evaluated with Spearman rank correlation analysis. The Kruskal–Wallis test was used

for the comparison of the admission hs-cTnT level and the time to troponin normalization between the age groups. For the variables in which a significant difference was detected, pairwise comparisons between groups were performed with correction for multiple comparisons.
In order to evaluate the independent association of age with the admission troponin level, a logarithmic transformation was applied to the right-skewed hs-cTnT values, and multivariable linear regression analysis including age and sex as independent variables was performed. For the evaluation of the variables affecting the time to troponin normalization, the logarithmically transformed time to normalization was entered into the model as the dependent variable, and age, admission hs-cTnT level, and sex as independent variables. Statistical analyses were performed using the SPSS 26.0 software, and a two-sided $p<0.05$ was considered statistically significant.
The mean age of the patients was 13.1±3.3 years and the median age was 14 years, with ages ranging between 6 and 17 years. The median admission hs-cTnT level was found to be 0.068 (interquartile range: 0.042–0.229), with a value range of 0.016–9.057. The time to troponin normalization was a median of 4 days (3–6 days) and ranged between 2 and 27 days. A weak but statistically significant positive relationship was detected between age and the admission hs-cTnT level (p=0.015). Accordingly, the admission hs-cTnT level was observed to tend to increase as age increased. In contrast, no significant relationship was found between age and the time to troponin normalization (p=0.744). A weak, positive, and statistically significant relationship was detected between the admission hs-cTnT level and the time to troponin normalization (p=0.038). As the admission troponin level increased, the time for troponin to return to normal limits was observed to tend to become longer.
In the secondary analysis performed according to age groups, there were 18 patients (26.9%) in the 6–10 year group, 12 patients (17.9%) in the 11–13 year group, and 37 patients (55.2%) in the 14–17 year group. The median admission hs-cTnT level was found to be 0.045 (0.029–0.071) in the 6–10 year group, 0.066 (0.056–0.206) in the 11–13 year group, and 0.100 (0.043–0.288) in the 14–17 year group. Although an increasing trend in the admission hs-cTnT level was observed across the age groups, the difference did not reach the threshold of statistical significance (p=0.063).
The median time to troponin normalization was found to be 6 days (3–11.5 days) in the 6–10 year group, 4 days (3.75–4.25 days) in the 11–13 year group, and 4 days (3–6 days) in the 14–17 year group. No significant difference was detected between the age groups with respect to the time to troponin normalization (p=0.505).

Group	**n**	**Age, median**	**Admission hs-cTnT, median**	**Time to normalization, days; median**
All patients	67	14 (10–16)	0.068 (0.042–0.229)	4 (3–6)
6–10 years	18	9 (8–9)	0.045 (0.029–0.071)	6 (3–11.5)
11–13 years	12	11.5 (11–12.3)	0.066 (0.056–0.206)	4 (3.8–4.3)
14–17 years	37	16 (15–17)	0.100 (0.043–0.288)	4 (3–6)

Variables	**p value**	**Interpretation**
Age – admission hs-cTnT	**0.015**	Weak positive relationship
Age – time to normalization	0.744	No significant relationship
Admission hs-cTnT – time to normalization	**0.038**	Weak positive relationship

Discussion and Conclusion
In this study, the relationships between age and both the admission hs-cTnT level and the time to troponin

normalization were evaluated in children whose cardiac magnetic resonance findings were consistent with myocarditis according to the Lake Louise criteria and who did not receive medical treatment [8]. The principal finding of the study was that, although a weak but significant positive relationship was found between age and the admission hs-cTnT level, no relationship was detected between age and the time to troponin normalization. In addition, as the admission hs-cTnT level increased, the time for troponin to return to normal limits was observed to tend to become longer.

The positive relationship between age and the admission hs-cTnT level suggests that the biochemical presentation of myocarditis may differ across childhood periods [6]. The increase in myocardial mass with age in children, developmental differences in the inflammatory response, and changes in the clinical presentation characteristics of the disease may contribute to the occurrence of higher troponin values at older ages [2,5]. Nevertheless, the fact that the detected relationship was weak indicates that the admission troponin level is not determined by age alone. Factors such as the extent of myocardial injury, the time elapsed between symptom onset and hospital admission, and the stage of the disease at which the first troponin sample was obtained may also affect the initial values [5].

The medians of the admission hs-cTnT levels were found to be 0.045, 0.066, and 0.100 in the 6–10, 11–13, and 14–17 year age groups, respectively. Although troponin levels showed a tendency to increase with age, the difference between the groups did not reach the threshold of statistical significance. The fact that a significant correlation was found when age was evaluated as a continuous variable whereas significance was not obtained in the categorical comparison may be related to the weakness of the relationship, the loss of information arising from the grouping of age, and the unequal numbers of patients in the age groups. For this reason, the correlation analysis in which age was evaluated as a continuous variable should be regarded as the principal finding of the study.

The absence of a significant relationship between age and the time to troponin normalization suggests that the rate of biochemical recovery of myocardial injury does not directly depend on the age of the patient. In contrast, the positive relationship detected between the admission hs-cTnT level and the time to normalization indicates that the initial troponin elevation may partly reflect the burden of ongoing myocardial injury and the biochemical recovery process [5]. Nevertheless, since this relationship was likewise weak, the admission troponin value should not be regarded on its own as a definitive predictor of the time to normalization.

The inclusion in the study of only patients who had not received medical treatment is one of the strengths of the study in terms of reducing the possible effect of treatment on the time to troponin normalization [1]. In addition, the fact that cardiac MR findings were consistent with myocarditis according to the updated Lake Louise criteria in all patients created a diagnostically more homogeneous study group [8,9]. Nevertheless, the retrospective and single-center design of the study, the limited number of patients, and the unequal distribution of patients across the age groups are the principal limitations. The fact that the admission troponin level may not represent the highest value during the disease course and that serial troponin measurements were not performed at the same time intervals in every patient may also have affected the evaluation of the time to normalization. The selection of only patients whose cardiac MR findings were consistent with myocarditis and who had not received medical treatment limits the generalization of the results to patients with a more severe clinical course or requiring treatment.

In conclusion, in children who had not received medical treatment and whose cardiac MR findings were consistent with myocarditis, older age was found to be associated with a higher admission hs-cTnT level, whereas it was not associated with the time to troponin normalization. The time to troponin normalization appears to be related to the initial troponin elevation rather than to the age of the patient. These findings suggest that admission troponin values in pediatric myocarditis should be interpreted taking age into account; however, age alone is not sufficient in determining the duration of biochemical follow-up [1,4].

References

1. Law YM, Lal AK, Chen S, Čihákova D, Cooper LT Jr, Deshpande S, et al. Diagnosis and management of myocarditis in children: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2021;144(6):e123–e135. doi:10.1161/CIR.0000000000001001
2. Dasgupta S, Iannucci G, Mao C, Clabby M, Oster ME. Myocarditis in the pediatric population: a review. Congenit Heart Dis. 2019;14(5):868–877. doi:10.1111/chd.12835
3. Soongswang J, Durongpisitkul K, Nana A, Laohaprasittiporn D, Kangkagate C, Punlee K, et al. Cardiac troponin T: a marker in the diagnosis of acute myocarditis in children. Pediatr Cardiol. 2005;26(1):45–49. doi:10.1007/s00246-004-0677-6
4. Eisenberg MA, Green-Hopkins I, Alexander ME, Chiang VW. Cardiac troponin T as a screening test for myocarditis in children. Pediatr Emerg Care. 2012;28(11):1173–1178. doi:10.1097/PEC.0b013e318271736c
5. Ammirati E, Frigerio M, Adler ED, Basso C, Birnie DH, Brambatti M, et al. Management of acute myocarditis and chronic inflammatory cardiomyopathy: an expert consensus document. Circ Heart Fail. 2020;13(11):e007405. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.007405
6. Bohn MK, Higgins V, Kavsak P, Hoffman B, Adeli K. High-sensitivity generation 5 cardiac troponin T sex- and age-specific 99th percentiles in the CALIPER cohort of healthy children and adolescents. Clin Chem. 2019;65(4):589–591. doi:10.1373/clinchem.2018.299156
7. Caforio ALP, Pankuweit S, Arbustini E, Basso C, Gimeno-Blanes J, Felix SB, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2013;34(33):2636–2648. doi:10.1093/eurheartj/eht210
8. Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmvang G, Kramer CM, Carbone I, Sechtem U, et al. Cardiovascular magnetic resonance in nonischemic myocardial inflammation: expert recommendations. J Am Coll Cardiol. 2018;72(24):3158–3176. doi:10.1016/j.jacc.2018.09.072
9. Banka P, Robinson JD, Uppu SC, Harris MA, Hasbani K, Lai WW, et al. Cardiovascular magnetic resonance techniques and findings in children with myocarditis: a multicenter retrospective study. J Cardiovasc Magn Reson. 2015;17:96. doi:10.1186/s12968-015-0201-6

OP-09

Beyond Trauma: Multidimensional Health Burden in Children Medically Evacuated from Gaza to Türkiye

Deniz Güven[1], Emel Örün[2], Ferit Kulalı[3]

[1] Assoc. Prof. Dr., Department of Pediatrics, University of Health Sciences Türkiye, Ankara Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye

[2] Prof. Dr., Department of Pediatrics, University of Health Sciences Türkiye, Ankara Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye

[3] Assoc. Prof. Dr., Department of Neonatology, University of Health Sciences Türkiye, Ankara Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye

Introduction

Armed conflicts produce complex and often enduring consequences for children's physical and psychological health. Beyond immediate traumatic injuries, affected children face increased vulnerability to infections, nutritional disturbances, disability, and disruption of normal development. These consequences may become particularly evident following medical evacuation, when children require comprehensive assessment and prolonged treatment in specialized healthcare facilities (1,2).

Pediatric casualties of explosive violence frequently present with multiple injuries requiring complex surgical interventions and long-term rehabilitation (3–5). Nevertheless, evidence integrating surgical outcomes with infectious complications, nutritional abnormalities, inflammatory indicators, and psychosocial needs remains limited.

This study investigated the multidimensional health burden of children medically evacuated from Gaza to Türkiye, with particular attention to the coexistence of traumatic, infectious, nutritional, functional, and psychological conditions.

Materials and Methods

A retrospective, single-center observational study was conducted at Ankara Etlik City Hospital, Türkiye, involving children aged 0–18 years evacuated from Gaza between 16 November 2023 and 30 May 2024. Among 108 hospitalized children, 85 (78.7%) had conflict-related injuries and constituted the primary analytical cohort. The remaining 23 children were hospitalized for other medical conditions.

Hospital records were reviewed for demographic characteristics, injury mechanisms, anatomical involvement, surgical procedures, complications, intensive care admission, hospitalization duration, microbiological findings, psychiatric assessments, and rehabilitation requirements.

Laboratory evaluation included hematological parameters, vitamin D status, prognostic nutritional index (PNI), neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), mean platelet volume (MPV), platelet distribution width (PDW), and red cell distribution width (RDW). Associations between selected clinical characteristics and laboratory indices were additionally examined.

Ethical approval was obtained from the institutional ethics committee (AEŞH-BADEK-2024-873; 25 September 2024).

Results

Demographic characteristics and injury patterns

The mean age of the 85 children with conflict-related injuries was 8.25 ± 4.71 years; 45 (52.9%) were male. Children younger than five years represented 30.6% of the cohort.

Entrapment beneath collapsed structures following bombardment was documented in 57 children (67.1%). Blast-related shrapnel injuries affected 31 (36.5%), while 12 (14.1%) experienced burns. Multiple injury mechanisms could occur in the same patient.

Extremity trauma was identified in 42 children (49.4%) and head injuries in 35 (41.2%). Cranial fractures (41.2%), skull-base fractures (31.8%), and intracranial hemorrhage (29.4%) demonstrated the considerable neurological burden. Among musculoskeletal injuries, femoral fractures occurred in 21.2%, tibial fractures in 14.1%, and leg amputations in 12.9%.

Surgical interventions and functional consequences

Surgical management involved multiple specialties. External fixation was performed in 26 patients (30.6%), craniectomy in 20 (23.5%), tissue grafting in 14 (16.5%), and cranioplasty in 12 (14.1%). Additional interventions included laparotomy (9.4%) and vitreoretinal surgery (9.4%).

Seventeen patients (20.0%) required intensive care. The mean hospitalization duration was 42.72 ± 36.57 days.

Visual impairment was identified in 15 patients (17.6%). Neurological complications included hemiplegia (7.1%), paraplegia (4.7%), and post-traumatic cerebral palsy (7.1%). Overall, 68 children (80.0%) received

physiotherapy and rehabilitation.

Psychiatric evaluation identified post-traumatic stress disorder in 15 children (17.6%) and depressive mood disorder in two (2.4%).

Infectious, nutritional, and inflammatory findings

At least one positive microbiological culture was recorded in 33 patients (38.8%). The most frequently identified microorganisms were *Pseudomonas aeruginosa* (16.5%) and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (14.1%).

Anaemia affected 51 children (60.0%). Severe vitamin D deficiency was found in 18.8%, deficiency in 38.8%, and insufficiency in 15.3%. Although 89.4% had PNI values above 45, substantial hematological and micronutrient abnormalities were observed.

P. aeruginosa culture positivity was associated with lower PNI (p=0.006) and higher NLR (p=0.014), PLR (p=0.035), and RDW (p=0.004).

Hospital length of stay demonstrated negative correlations with MPV (r=−0.279; p=0.011) and PDW (r=−0.302; p=0.005).

Discussion

The findings demonstrate that children undergoing medical evacuation for conflict-related injuries require considerably more than emergency surgical treatment.

The high prevalence of limb injuries, neurological complications, and amputations emphasizes the potential for prolonged functional limitations. Previous investigations involving children injured during armed conflict have similarly highlighted complex surgical requirements and substantial treatment needs (4–6).

Microbiological findings also indicate the importance of systematic infection surveillance. The predominance of *P. aeruginosa* and resistant staphylococcal isolates is consistent with previously reported infectious complications among pediatric conflict casualties treated in Türkiye (7). Associations involving PNI and inflammatory indices may reflect overlapping infectious and physiological disturbances, although causality cannot be established.

Nutritional abnormalities represent another important dimension. Previous research has identified adverse nutritional outcomes in conflict-affected children (8), while vitamin D deficiency has been described

among displaced populations (9). The coexistence of anaemia and vitamin D deficiency despite generally preserved PNI values suggests that composite indices alone may not adequately represent nutritional vulnerability.

The extensive rehabilitation requirements and psychiatric findings further support integrating functional recovery and psychological support into routine pediatric care. Psychosocial interventions should address both children and their caregivers throughout recovery (10).

Interpretation is limited by the retrospective design, single-center setting, referral-related selection bias, and incomplete standardized nutritional assessment. The observed laboratory associations should be considered exploratory.

Conclusion

Medical evacuation from conflict zones involves children with interconnected surgical, neurological, infectious, nutritional, rehabilitative, and psychological needs. The findings support a coordinated multidisciplinary pediatric approach extending from acute stabilization to functional recovery and psychosocial support. Healthcare systems receiving conflict-affected children should prioritize continuity of care beyond the treatment of visible traumatic injuries.

Keywords: Gaza; children; armed conflict; medical evacuation; trauma; nutritional status; rehabilitation; multidisciplinary pediatric care.

References

1. Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: a systematic review. PLoS One. 2019;14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071

2. Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J, Pitterman S. The effects of armed conflict on children. Pediatrics. 2018;142. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2586

3. Wild H, Stewart BT, LeBoa C, Stave CD, Wren SM. Pediatric casualties in contemporary armed conflict: a systematic review to inform standardized reporting. Injury. 2021;52:1748–1756. https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.04.055

4. Haverkamp FJC, van Gennip L, Muhrbeck M, Veen H, Wladis A, Tan ECTH. Global surgery for paediatric casualties in armed conflict. World J Emerg Surg. 2019;14:55. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0275-9

5. van Gennip L, Haverkamp FJC, Muhrbeck M, Wladis A, Tan ECTH. Using the Red Cross wound classification to predict treatment needs in children with conflict-related limb injuries: a retrospective database study. World J Emerg Surg. 2020;15:52. https://doi.org/10.1186/s13017-020-00333-0

6. Heszlein-Lossius HE, Al-Borno Y, Shaqqoura S, Skaik N, Giil LM, Gilbert M. Life after conflict-related amputation trauma: a clinical study from the Gaza Strip. BMC Int Health Hum Rights. 2018;18:34. https://doi.org/10.1186/s12914-018-0173-3

7. Şen ZS, Güven D, Ünal NA, Güneş Ö, Kulalı F, Teke TA, et al. Evaluation of infectious complications in pediatric patients with armed conflict-related injuries referred to a tertiary hospital in Turkey. Eur J Pediatr. 2025;184:418. https://doi.org/10.1007/s00431-025-06259-6

8. Acharya Y, Luke N, Naz S, Sharma D. Exposure to conflict-related violence and nutritional status of children in Iraq. SSM Popul Health. 2020;11:100585. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100585

9. Okan S, Okan F. Prevalence of vitamin D deficiency in refugees. J Contemp Med. 2020;10:438–441.

10. Arega NT. Mental health and psychosocial support interventions for children affected by armed conflict in low- and middle-income countries: a systematic review. Child Youth Care Forum. 2023;52:1431–1456.

OP - 10

Decreasing Diagnostic Delay in Classic Galactosemia: A Single-Center Experience

Yakup Yaman[1], Alkan Durmuş[2], Esra Er[3], Pelin Teke Kısa[4], Behzat Özkan[5]
Yakup Yaman / Department of Pediatrics, University of Health Sciences, İzmir City Hospital, İzmir, Türkiye

Giriş: To evaluate changes over time in the age at first symptom onset, age at referral to the center/diagnosis, and interval from symptom onset to referral/diagnosis among patients with classic galactosemia in a country without newborn screening without classic galactosemia.

Materyal ve Metot: This retrospective, single-center study reviewed the medical records of 28 patients followed for classic galactosemia. Patients were divided into four groups according to the period of referral to the center/diagnosis: before 2015 (n=8), 2016–2018 (n=10), 2019–2021 (n=8), and 2022–2026 (n=2). Demographic characteristics, age at first symptom onset, age at referral/diagnosis, and the symptom-to-referral/diagnosis interval were assessed. The Kruskal–Wallis and Fisher's exact tests were used for comparisons between periods, while the Jonckheere–Terpstra test, Spearman's rank correlation, and trend tests were used to assess temporal trends. Corrections for multiple testing were applied.

Bulgular ve Sonuç: Seventeen patients (60.7%) were male, and parental consanguinity was present in 17 (60.7%). The median age at first symptom onset was 11.0 days, the median age at referral/diagnosis was 35.0 days, and the median symptom-to-referral/diagnosis interval was 15.0 days. Age at first symptom onset did not differ significantly between periods (p=0.117). Median ages at referral/diagnosis across the four periods were 59.5, 52.0, 14.0, and 17.5 days, respectively, with a significant difference between periods (p=0.042). Median symptom-to-referral/diagnosis intervals were 23.0, 24.0, 6.0, and 9.0 days, respectively (p=0.026). Temporal trend analyses showed significant decreases in age at referral/diagnosis (p=0.004) and the symptom-to-referral/diagnosis interval (p=0.011). The decrease in age at referral/diagnosis remained significant after Holm correction (adjusted p=0.039). The proportions of patients referred/diagnosed after 30 days of age (p=0.013) and those with a symptom-to-referral/diagnosis interval of ≥15 days (p=0.011) also decreased significantly over time. Although age at first symptom onset remained unchanged among patients with classic galactosemia, age at referral/diagnosis and the symptom-to-referral/diagnosis interval decreased over time. These findings suggest improvements in the diagnostic process following symptom onset. Early clinical suspicion, rapid referral to an appropriate center, and prompt diagnostic evaluation remain important

Anahtar Kelimeler: Classic galactosemia, diagnostic delay, early diagnosis

OP-11

Clinical Characteristics, Disease Severity, Complications, and Outcomes of Acute Appendicitis in Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit: A Single-Center Retrospective Cohort Study

Ayberk Özkavaklı[1], Merve Boyraz[2]
[1] Bahçeşehir University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Göztepe Medical Park Hospital Complex, İstanbul
[2] The Health Sciences University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Van Training and Research Hospital, Van

ABSTRACT

Background: Acute appendicitis occasionally causes organ dysfunction requiring pediatric intensive care unit (PICU) admission. Critically ill children with appendicitis remain poorly characterized, particularly when contemporary pediatric sepsis criteria are applied.

Research Question: Among children with acute appendicitis admitted to the PICU, how do clinical features, disease severity, organ-support requirements, complications, and outcomes differ according to Phoenix-defined sepsis status?

Study Design and Methods: This single-center retrospective cohort included consecutive patients younger than 18 years with confirmed acute appendicitis and PICU admission. Sepsis was defined as infection with a Phoenix Sepsis Score of at least 2; septic shock required at least 1 cardiovascular point. Sepsis groups were compared using the Mann–Whitney U or Fisher exact test. Septic shock was analyzed descriptively.

Results: Among 45 children, 20 (44.4%) met the Phoenix sepsis criteria, including four with septic shock. Compared with sepsis-negative children, sepsis-positive children had longer symptom duration (3.0 vs 1.4 days; P<.001), more fever (80.0% vs 44.0%; P=.018) and abdominal distension (40.0% vs 12.0%; P=.041), higher C-reactive protein, procalcitonin, and lactate, and lower albumin. Perforation was numerically more common (50.0% vs 28.0%), although appendicitis severity distributions did not differ significantly (P=.135). Six children required mechanical ventilation, all in the sepsis-positive group (30.0% vs 0%; P=.005). Sepsis-positive children had longer postoperative (10.1 vs 6.2 days; P<.001) and PICU stays (3.8 vs 1.9 days; P<.001). Abscess and ileus were numerically more frequent, whereas death and 30-day readmission were uncommon. Of four children with septic shock, three had perforation, three required ventilation, and one died.

Interpretation: Phoenix-defined sepsis identified children with a more inflammatory and resource-intensive course. Anatomical severity alone did not capture the clinical heterogeneity of PICU-treated appendicitis. Larger multicenter studies should assess the prognostic value of combining operative severity with standardized organ-dysfunction measures.

Keywords: acute appendicitis; children; pediatric intensive care; Phoenix Sepsis Score; sepsis; septic shock.

Abbreviations: CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; CT, computed tomography; IQR, interquartile range; INR, international normalized ratio; LOS, length of stay; PICU, pediatric intensive care unit; WBC, white blood cell count.

INTRODUCTION

Acute appendicitis is among the most common surgical emergencies in childhood. Most children recover after timely diagnosis and source control, but delayed or atypical presentation and established perforation can substantially alter the clinical course. This problem is particularly relevant in infants and younger children, whose nonspecific symptoms may delay recognition and increase perforation, postoperative complications, and intensive care admission (Liu et al., 2023). For the smaller group requiring treatment in a pediatric intensive care unit (PICU), appendicitis is no longer only a localized surgical disorder. It may be accompanied by diffuse peritonitis, circulatory instability, respiratory failure, and infection-associated

organ dysfunction.

Pediatric studies have mainly distinguished simple from complicated appendicitis, identified perforation predictors, and evaluated surgical or antimicrobial management. Among children with complicated disease, abscess formation, ileus, repeated drainage procedures, and elevated inflammatory markers have been associated with prolonged hospitalization (Bhattacharya et al., 2022). Greater intraoperative disease severity has also been linked to postoperative morbidity, readmission, and increased resource use (Anandalwar et al., 2018). These studies clarify surgical risk but provide limited information about children admitted to the PICU. Such patients are heterogeneous. Some are monitored postoperatively, whereas others present with organ dysfunction requiring mechanical ventilation or cardiovascular support. Describing them as a single group of "complicated appendicitis" may therefore obscure clinically meaningful differences in illness severity.

Sepsis provides a framework for separating anatomical disease severity from systemic organ dysfunction. The 2024 International Consensus Criteria define pediatric sepsis as suspected or confirmed infection accompanied by a Phoenix Sepsis Score of at least 2 points, and septic shock as sepsis with at least 1 cardiovascular point (Schlapbach et al., 2024). This approach offers a standardized method for classifying critically ill children, but its application to acute appendicitis remains poorly characterized. The available evidence is limited to small reports. In a case series of six children with appendicitis-associated septic shock, perforation and generalized peritonitis were frequent, most patients underwent appendectomy, and one child died (Xie et al., 2023). Although these observations illustrate the potential severity of the disease, they do not describe the broader spectrum of children admitted to the PICU or clarify how Phoenix-defined sepsis relates to presentation, surgical findings, organ support, complications, and length of stay.

We therefore aimed to describe the demographic characteristics, presenting features, laboratory and imaging findings, appendicitis severity, organ-support requirements, postoperative complications, and short-term outcomes of children with acute appendicitis admitted to a PICU. We also compared patients with and without Phoenix-defined sepsis and described the septic shock subgroup separately. We hypothesized that sepsis-positive children would have a greater burden of complicated appendicitis, higher inflammatory and metabolic markers, more frequent organ-support requirements, and longer PICU and hospital stays than sepsis-negative children.

MATERIALS AND METHODS

Study Design and Setting

This single-center retrospective cohort study was conducted in a tertiary pediatric intensive care unit over a 10-year period. During this interval, approximately 10,000 children were admitted to the PICU, and the study cohort was identified by screening these admissions for patients with confirmed acute appendicitis who met the predefined eligibility criteria. The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Study Population

Patients of either sex were eligible if they were younger than 18 years, had acute appendicitis confirmed by operative or histopathological findings—or by clinical and radiological assessment when managed nonoperatively—and were admitted to the PICU during the index hospitalization. Inclusion also required sufficient documentation to determine Phoenix sepsis status and the principal clinical outcomes.

Patients were excluded if they were 18 years or older, underwent elective interval appendectomy in the absence of acute illness, had an incidental appendectomy during another operation, or had the diagnosis of acute appendicitis subsequently ruled out. Duplicate records and records with insufficient information for reliable Phoenix classification or outcome assessment were also excluded. If a child had more than one potentially eligible admission, only the first qualifying index hospitalization was analyzed.

Data Sources and Collection

Data were abstracted from the hospital archive, electronic medical records, PICU observation and treatment charts, laboratory and radiology information systems, operative notes, and pathology reports. A standardized electronic case-report form and a prespecified coding dictionary were used. Demographic data included age, sex, and the presence and type of comorbidity. Presenting features included fever, abdominal distension, diarrhea, vomiting, lethargy, and symptom duration before hospital presentation.

Laboratory variables comprised the white blood cell count, absolute neutrophil and lymphocyte counts, hemoglobin, albumin, lactate, C-reactive protein, procalcitonin, and international normalized ratio. Whenever available, the first hospital sample obtained before antibiotic administration or surgery was used. Ultrasound and computed tomography examinations were recorded as performed or not performed and as showing or not showing a pathological finding. Free-text radiology descriptions were additionally mapped to predefined categories, including an enlarged noncompressible appendix, wall thickening with surrounding inflammation, suspected loss of wall integrity, extraluminal air, and free fluid.

Appendicitis was classified as simple, gangrenous, or perforated using operative, pathological, and radiological documentation. Gangrenous and perforated appendicitis were also grouped as complicated appendicitis for secondary analyses. When documentation differed across sources, operative and pathology reports took precedence, followed by radiological and clinical records.

Sepsis and Clinical Definitions

Phoenix sepsis status was determined using the 2024 International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock (Schlapbach et al., 2024). For children with suspected or confirmed infection, the Phoenix Sepsis Score was calculated from the worst eligible values recorded during the first 24 hours associated with PICU admission. A total score of 2 or more defined sepsis, whereas a score of 0 or 1 defined the sepsis-negative group. Septic shock was defined as Phoenix sepsis accompanied by a cardiovascular subscore of at least 1. The primary comparison was between Phoenix sepsis-positive and sepsis-negative children. Septic shock was examined as a prespecified descriptive subgroup because of the anticipated small number of cases.

Mechanical ventilation referred to invasive ventilation delivered in the PICU for clinical indications. Routine ventilation used solely for anesthesia during surgery was not counted as organ support. Postoperative complications included intra-abdominal abscess, intestinal leak, ileus, and wound infection. Complications were assessed during the index hospitalization and through 30 days after discharge when follow-up information was available. Clinical outcomes included in-hospital death and unplanned readmission

within 30 days.

Preoperative length of stay was measured in hours from hospital admission to the start of surgery. Postoperative length of stay was measured in days from the end of surgery to hospital discharge or death. PICU length of stay was calculated from PICU admission to PICU discharge or death.

Data Quality and Confidentiality

Each patient was assigned a unique study code. Names, national identification numbers, and other direct identifiers were not transferred to the analytical dataset. The linkage file was stored separately in a restricted institutional location. Range and logical consistency checks were applied to all variables, duplicate admissions were reviewed, and Phoenix sepsis and septic shock classifications were checked against the total and cardiovascular scores. At least 20% of records underwent a second comparison with the source documents. Ambiguous entries were resolved by consensus between two investigators before the database was locked.

Statistical Analysis

Continuous variables were summarized as median and interquartile range because of the modest sample size and non-normal distributions. Categorical variables were presented as number and percentage. The Phoenix sepsis-positive and sepsis-negative groups were compared using the Mann–Whitney U test for continuous variables and Fisher exact test for 2×2 categorical variables. The distribution of simple, gangrenous, and perforated appendicitis was compared using a chi-square statistic with a Monte Carlo permutation procedure because expected cell counts were small. Imaging findings and individual comorbidity types with sparse cells were reported descriptively without hypothesis testing.

Between-group effects were reported alongside p values. Continuous outcomes were expressed as the median difference with a 95% confidence interval obtained from 8,000 nonparametric bootstrap samples. Binary outcomes were accompanied by the absolute risk difference and its 95% confidence interval. Analyses used available observations for each variable; missing values were not replaced or statistically imputed, and the analyzed denominator was shown when it differed from the full group size. Because the cohort was modest and several outcomes were rare, the main analysis was unadjusted.

All tests were two-sided, with $P<0.05$ considered statistically significant. No adjustment was made for multiple secondary comparisons; these findings were therefore interpreted as exploratory, with emphasis placed on effect estimates and confidence intervals rather than statistical significance alone.

RESULTS

Study Cohort

The study cohort comprised 45 children admitted to the pediatric intensive care unit (PICU) with acute appendicitis. Based on the Phoenix criteria, 20 children (44.4%) were classified as sepsis-positive and 25 (55.6%) as sepsis-negative; four children, representing 20.0% of the sepsis-positive group and 8.9% of the overall cohort, met the criteria for septic shock. The median age was 8.2 years (interquartile range [IQR], 5.8–13.3), and 26 patients (57.8%) were male. Age and sex distributions were similar between groups. Comorbid conditions were present in eight children (17.8%), with comparable proportions in the sepsis-positive and sepsis-negative groups (20.0% vs 16.0%; P=1.000). Each recorded comorbidity occurred in a single patient, and no individual condition predominated (Table 1 and Supplementary Table 1).

Clinical Presentation

Children in the sepsis-positive group generally had a more pronounced clinical presentation. Fever was documented in 80.0% of sepsis-positive children compared with 44.0% of sepsis-negative children (risk difference, 36.0 percentage points; 95% CI, 7.3–57.0; P=0.018). Abdominal distension was also more frequent in the sepsis-positive group (40.0% vs 12.0%; P=0.041). The median duration of symptoms before presentation was more than twice as long among sepsis-positive patients (3.0 days [IQR, 2.6–3.5] vs 1.4 days [IQR, 1.2–2.1]; P<0.001). Vomiting was common in both groups and occurred in 60.0% and 48.0% of patients, respectively. Although lethargy was observed more often in the sepsis-positive group (30.0% vs 8.0%), this difference did not reach statistical significance. Diarrhea was uncommon and similarly

distributed between groups (Table 1).

Laboratory Findings

Admission laboratory findings further reflected the greater illness burden in sepsis-positive children. Median C-reactive protein was 150.5 mg/L (IQR, 83.9–183.9) in the sepsis-positive group and 46.8 mg/L (IQR, 24.1–83.8) in the sepsis-negative group (P<0.001). Procalcitonin showed a comparable pattern, with median values of 1.06 ng/mL (IQR, 0.63–2.54) and 0.19 ng/mL (IQR, 0.11–0.29), respectively (P<0.001). Lactate was also higher in the sepsis-positive group (2.4 mmol/L [IQR, 2.0–2.6] vs 1.4 mmol/L [IQR, 1.2–1.7]; P<0.001), whereas albumin was lower (3.74 g/dL [IQR, 3.55–3.85] vs 4.06 g/dL [IQR, 3.77–4.28]; P=0.002). Hemoglobin was modestly lower among sepsis-positive patients (12.1 vs 12.7 g/dL; P=0.043). White blood cell, neutrophil, lymphocyte, and international normalized ratio values did not differ significantly. Albumin, lactate, procalcitonin, and international normalized ratio analyses were conducted using available measurements, as a small number of values were missing (Table 2).

Imaging and Appendicitis Severity

Ultrasound was performed in 35 patients (77.8%) and CT in 21 (46.7%). The proportion with a pathological ultrasound finding among examined patients was identical in both groups (85.7%), while pathological CT findings were present in 91.7% of examined sepsis-positive patients and all examined sepsis-negative patients. Neither imaging comparison was statistically significant. Descriptively, CT evidence of an appendiceal wall defect or extraluminal air with free fluid was more frequent in the sepsis-positive group (40.0% vs 16.0%). Sixteen patients (35.6%) had simple appendicitis, 12 (26.7%) had gangrenous appendicitis, and 17 (37.8%) had perforated appendicitis. Perforation was more common among sepsis-positive children (50.0% vs 28.0%), whereas simple disease was more common among sepsis-negative children (48.0% vs 20.0%); however, the overall distribution of appendicitis class did not differ significantly (P=0.135) (Table 3 and Supplementary Table 2).

Organ Support, Complications, and Outcomes

As expected from the prespecified group definition, Phoenix total scores were higher in the sepsis-positive group (median, 3.0 [IQR, 3.0–4.0] vs 1.0 [IQR, 0.0–1.0]; P<0.001). Six children (13.3%) required mechanical ventilation, all of whom were sepsis-positive (30.0% vs 0%; P=0.005). Postoperative intra-abdominal abscess occurred in five sepsis-positive children and one sepsis-negative child (25.0% vs 4.0%; P=0.074). Ileus followed a similar pattern (35.0% vs 8.0%; P=0.057). Intestinal leak, wound infection, in-hospital death, and 30-day readmission were infrequent and did not differ between groups. Overall, one child died and two were readmitted within 30 days (Table 4).

Resource use was consistently greater in the sepsis-positive group. Median preoperative length of stay was 11.9 hours (IQR, 7.4–15.2), compared with 7.9 hours (IQR, 5.2–9.6) in sepsis-negative patients (P=0.012). Median postoperative length of stay was 10.1 days (IQR, 7.9–12.8) versus 6.2 days (IQR, 5.4–7.9; P<0.001), and median PICU length of stay was 3.8 days (IQR, 3.2–4.9) versus 1.9 days (IQR, 1.4–2.4; P<0.001). Among the four children with septic shock, three had perforated appendicitis, three required mechanical ventilation, and one died. Their PICU stays ranged from 7.0 to 11.5 days. Given the small size of this subgroup, septic shock cases were summarized descriptively without additional hypothesis testing (Table 5).

DISCUSSION

In this cohort of 45 children with acute appendicitis admitted to the pediatric intensive care unit (PICU), Phoenix-defined sepsis identified a more severe phenotype. Sepsis-positive children had longer symptom duration, more fever and abdominal distension, higher C-reactive protein (CRP), procalcitonin, and lactate, and lower albumin. They required mechanical ventilation more often and had longer preoperative, postoperative, and PICU stays. Perforation, abscess, and ileus were numerically more frequent, although these comparisons were not statistically significant. Anatomical disease and systemic organ dysfunction therefore overlapped but were not interchangeable; the Phoenix framework appeared to add a physiologic dimension to operative classification.

The longer symptom duration in the sepsis-positive group is consistent with a diagnostic-delay pathway

but is not a causal estimate. In a prospective pediatric cohort, perforation increased as symptoms continued from less than 18 to 36 hours, and prehospital delay was greater in perforated cases; notably, in-hospital time to surgery was shorter in perforated than nonperforated cases (Narsule et al., 2011). Our longer preoperative interval may instead reflect stabilization, imaging, consultation, or operating-room preparation. A multicenter case-control study likewise associated delayed diagnosis with initially less classic findings, higher perforation odds, and longer hospitalization (Michelson et al., 2021). Evolving or atypical symptoms may therefore mark risk without independently causing Phoenix-defined sepsis.

Age may modify this pathway because younger children often have less localized or less readily communicated symptoms. A cohort of children younger than four years found frequent perforation and an association between perforation and intensive-care admission, although its small, referred population and wide confidence interval limit transportability (Camacho-Cruz et al., 2022). Our cohort was older and age did not differ between groups; this evidence therefore supports plausibility rather than an age effect in our sample.

The laboratory pattern also supports a severity gradient. CRP, procalcitonin, and lactate were higher and albumin lower in sepsis-positive children, whereas leukocyte and neutrophil counts were similar. Pediatric studies suggest combined markers may be more informative: CRP with leukocyte or neutrophil measures was associated with perforation, whereas procalcitonin did not reliably discriminate it (Yang et al., 2019). A CRP/albumin ratio also outperformed either component alone for complicated appendicitis (Hou et al., 2022). These findings do not validate a cutoff in PICU patients. Biomarkers should remain adjuncts to examination, imaging, perfusion assessment, and standardized organ-dysfunction evaluation rather than stand-alone triage tools.

Imaging and operative class showed less separation than the biochemical and clinical variables. Pathological ultrasound was common and identical among examined patients, while nearly all examined CT scans were abnormal. CT evidence of wall defect or extraluminal air with free fluid was more frequent in the sepsis-positive group, but sparse counts and selective imaging prevent reliable inference. Similarly, perforation was more common in sepsis-positive children (50.0% vs 28.0%), but the overall anatomical distribution was not significant. This may reflect limited power, heterogeneous disease within each category, or the fact that organ dysfunction depends on host response, contamination, duration, and resuscitation in addition to the appendix itself. Prior work linking severe intraoperative findings with postoperative events and resource use supports retaining detailed operative descriptions rather than reducing disease to simple versus complicated labels (Anandalwar et al., 2018).

Mechanical ventilation occurred only in the sepsis-positive group, indicating that a subset had respiratory organ support needs beyond routine anesthesia. Abscess and ileus showed the same direction, but the small number of events makes the estimates unstable. Intestinal leak, wound infection, death, and readmission were too rare for meaningful comparative conclusions; nonsignificance should not be read as equivalence. The four-child shock subgroup illustrates the extreme end of this spectrum: three had perforation, three required ventilation, and one died. This pattern resembles the appendicitis-associated septic-shock case series in which perforation and diffuse peritonitis were common and one of six children died (Xie et al., 2023), but neither series can provide a mortality rate or identify independent predictors.

The longer hospital and PICU stays are coherent with greater organ-support needs and postoperative morbidity, but they may reflect the same antecedent severity that produced the Phoenix score. In a national cohort, complicated appendicitis was associated with longer hospitalization, surgical-site infection, readmission, and later surgery for small-bowel obstruction (Omling et al., 2021). Conversely, among children operated on within 24 hours, time to appendectomy was not associated with complicated disease or most adverse outcomes, although it modestly increased length of stay (Serres et al., 2017). These data support prompt source control while allowing time for resuscitation and safe preparation, as guidance on timing and postoperative antibiotics remains conditional and largely non-PICU-specific (Kumar et al., 2024).

This study has strengths. It focuses on a clinically important PICU population and places presentation,

biomarkers, imaging, operative findings, organ support, complications, and resource use within one framework. Contemporary Phoenix criteria offer a reproducible definition of infection-associated organ dysfunction. Review of clinical, radiological, operative, pathological, and PICU records may reduce selective reporting. The limitations are substantial. The retrospective, single-center design limits causal inference and external validity, and local admission thresholds, referral patterns, surgical practice, antimicrobial protocols, and monitoring can influence outcomes. The sample was too small for reliable multivariable adjustment, especially for shock and rare complications. Multiple comparisons increase the possibility of chance findings. Missing laboratory values and preferential testing of sicker children may introduce measurement and selection bias. Retrospective symptom duration is vulnerable to recall error, and restricting the cohort to PICU patients prevents generalization to ward or outpatient populations.

CONCLUSION

Among children with acute appendicitis admitted to the PICU, Phoenix-defined sepsis identified a subgroup with more pronounced inflammatory and metabolic abnormalities, greater mechanical-ventilation requirements, and longer postoperative and intensive care stays. Anatomical classification alone did not fully describe systemic illness severity. Larger multicenter studies are needed to validate this approach and determine whether earlier recognition and tailored organ support improve outcomes.

REFERENCES

Anandalwar, S. P., Cameron, D. B., Graham, D. A., Melvin, P., Dunlap, J. L., Kashtan, M., Hall, M., Saito, J. M., Barnhart, D. C., Kenney, B. D., & Rangel, S. J. (2018). Association of intraoperative findings with outcomes and resource use in children with complicated appendicitis. *JAMA Surgery, 153*(11), 1021–1027. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2085

Bhattacharya, J., Silver, E. J., Blumfield, E., Jan, D. M., Herold, B. C., & Goldman, D. L. (2022). Clinical, laboratory and radiographic features associated with prolonged hospitalization in children with complicated appendicitis. *Frontiers in Pediatrics, 10*, Article 828748. https://doi.org/10.3389/fped.2022.828748

Camacho-Cruz, J., Ocampo-Padilla, P., Guerrero-Sánchez, D., Mongui, D. M., Hoyos, L. K., Porras, M. L., Vásquez Hoyos, P., Polo, F., & Castro, C. A. (2022). Outcomes of acute appendicitis in patients younger than age 4: A descriptive study. *Annals of Pediatric Surgery, 18*(1), Article 59. https://doi.org/10.1186/s43159-022-00196-x

Hou, J., Feng, W., Liu, W., Hou, J., Die, X., Sun, J., Zhang, M., & Wang, Y. (2022). The use of the ratio of C-reactive protein to albumin for the diagnosis of complicated appendicitis in children. *The American Journal of Emergency Medicine, 52*, 148–154. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.12.007

Kumar, S. S., Collings, A. T., Lamm, R., Haskins, I. N., Scholz, S., Nepal, P., Train, A. T., Athanasiadis, D. I., Pucher, P. H., Bradley, J. F., Hanna, N. M., Quinteros, F., Narula, N., & Slater, B. J. (2024). SAGES guideline for the diagnosis and treatment of appendicitis. *Surgical Endoscopy, 38*(6), 2974–2994. https://doi.org/10.1007/s00464-024-10813-y

Liu, Y., Mu, P., Chen, S., Li, Y., Xie, C., Chen, S., Chen, Y., & Huang, S. (2023). Clinical features and treatment outcomes of infantile appendicitis: A multicentre study. *European Journal of Pediatrics, 182*(11), 5037–5045. https://doi.org/10.1007/s00431-023-05176-w

Michelson, K. A., Reeves, S. D., Grubenhoff, J. A., Cruz, A. T., Chaudhari, P. P., Dart, A. H., Finkelstein, J. A., & Bachur, R. G. (2021). Clinical features and preventability of delayed diagnosis of pediatric appendicitis. *JAMA Network Open, 4*(8), Article e2122248. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22248

Narsule, C. K., Kahle, E. J., Kim, D. S., Anderson, A. C., & Luks, F. I. (2011). Effect of delay in presentation on rate of perforation in children with appendicitis. *The American Journal of Emergency Medicine, 29*(8), 890–893. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.04.005

Omling, E., Salö, M., Saluja, S., Bergbrant, S., Olsson, L., Björk, J., & Hagander, L. (2021). A nationwide cohort study of outcome after pediatric appendicitis. *European Journal of Pediatric Surgery, 31*(2), 191–198. https://doi.org/10.1055/s-0040-1712508

Schlapbach, L. J., Watson, R. S., Sorce, L. R., Argent, A. C., Menon, K., Hall, M. W., Akech, S., Albers, D. J., Alpern, E. R., Balamuth, F., Bembea, M., Biban, P., Carrol, E. D., Chiotos, K., Chisti, M. J., DeWitt, P. E., Evans, I., Flauzino de Oliveira, C., Horvat, C. M., … Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Task Force. (2024). International consensus criteria for pediatric sepsis and septic shock. *JAMA, 331*(8), 665–674. https://doi.org/10.1001/jama.2024.0179

Serres, S. K., Cameron, D. B., Glass, C. C., Graham, D. A., Zurakowski, D., Karki, M., Anandalwar, S. P., & Rangel, S. J. (2017). Time to appendectomy and risk of complicated appendicitis and adverse outcomes in children. *JAMA Pediatrics, 171*(8), 740–746. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0885

Xie, F., Wang, L., Chen, L., Li, S., Shen, Q., Li, X., Liu, T., Chen, Y., & Wang, D. (2023). Clinical characteristics of pediatric patients with septic shock caused by acute appendicitis: A case series. *Pediatric Emergency Care, 39*(7), 511–515. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002946

Yang, J., Liu, C., He, Y., & Cai, Z. (2019). Laboratory markers in the prediction of acute perforated appendicitis in children. *Emergency Medicine International, 2019*, Article 4608053, 1–4. https://doi.org/10.1155/2019/4608053.

TABLES AND SUPPLEMENTARY TABLES

Table 1. Demographic Characteristics and Presenting Symptoms

Variable	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)	p value
Age, years	8.2 [5.8-13.3]	8.5 [6.0-12.1]	7.6 [5.0-13.6]	0.706
Male sex	26 (57.8)	14 (56.0)	12 (60.0)	1.000
Any comorbidity	8 (17.8)	4 (16.0)	4 (20.0)	1.000
Fever	27 (60.0)	11 (44.0)	16 (80.0)	**0.018**
Abdominal distension	11 (24.4)	3 (12.0)	8 (40.0)	**0.041**
Diarrhea	7 (15.6)	3 (12.0)	4 (20.0)	0.682
Vomiting	24 (53.3)	12 (48.0)	12 (60.0)	0.550
Lethargy	8 (17.8)	2 (8.0)	6 (30.0)	0.113
Symptom duration, days	2.1 [1.4-3.2]	1.4 [1.2-2.1]	3.0 [2.6-3.5]	**<0.001**

Data are median [IQR] or n (%). The effect direction is sepsis-positive minus sepsis-negative. Continuous variables were compared with the Mann-Whitney U test and 2×2 categorical variables with the Fisher exact test. CI = confidence interval; IQR = interquartile range; RD = risk difference.

Table 2. Admission Laboratory Findings

Variable	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)	p value
WBC, $\times 10^9$/L	13.0 [10.3-15.9]	12.1 [9.7-15.0]	14.0 [11.8-16.4]	0.189
Neutrophils, $\times 10^9$/L	9.6 [7.1-12.1]	7.9 [6.9-10.6]	10.2 [8.6-12.6]	0.110
Lymphocytes, $\times 10^9$/L	2.5 [1.9-3.1]	2.5 [1.9-3.1]	2.2 [1.6-3.0]	0.411
Hemoglobin, g/dL	12.5 [11.7-13.0]	12.7 [12.1-13.4]	12.1 [11.5-12.8]	**0.043**
Albumin, g/dL	3.83 [3.65-4.14] (n=42)	4.06 [3.77-4.28] (n=23)	3.74 [3.55-3.85] (n=19)	**0.002**
Lactate, mmol/L	1.8 [1.3-2.3] (n=43)	1.4 [1.2-1.7] (n=24)	2.4 [2.0-2.6] (n=19)	**<0.001**
CRP, mg/L	82.2 [40.5-146.0]	46.8 [24.1-83.8]	150.5 [83.9-183.9]	**<0.001**
Procalcitonin, ng/mL	0.41 [0.18-1.00] (n=41)	0.19 [0.11-0.29] (n=23)	1.06 [0.63-2.54] (n=18)	**<0.001**
INR	1.03 [0.97-1.10] (n=41)	1.01 [0.97-1.08] (n=23)	1.04 [0.98-1.11] (n=18)	0.324

Values are median [IQR]. When a measurement was missing, the analyzed n is shown in the cell. CI = confidence interval; CRP = C-reactive protein; INR = international normalized ratio; IQR = interquartile range; WBC = white blood cell count.

Table 3. Imaging Findings and Appendicitis Classification

Variable	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)	p value
Ultrasound performed	35 (77.8)	21 (84.0)	14 (70.0)	0.301
Pathological ultrasound finding among examined patients	30 (85.7)	18 (85.7)	12 (85.7)	1.000
CT performed	21 (46.7)	9 (36.0)	12 (60.0)	0.140
Pathological CT finding among examined patients	20 (95.2)	9 (100.0)	11 (91.7)	1.000
Simple appendicitis	16 (35.6)	12 (48.0)	4 (20.0)	0.135
Gangrenous appendicitis	12 (26.7)	6 (24.0)	6 (30.0)	—

Variable	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)	p value
Perforated appendicitis	17 (37.8)	7 (28.0)	10 (50.0)	—

For pathological ultrasound and CT findings, percentages are calculated among examined patients. The P value for the three-category appendicitis classification was obtained using a Monte Carlo permutation chi-square procedure. CI = confidence interval; CT = computed tomography; US = ultrasound.

Table 4. Disease Severity, Organ Support, Complications, and Outcomes

Variable	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)	p value
Phoenix total score	1.0 [1.0-3.0]	1.0 [0.0-1.0]	3.0 [3.0-4.0]	**<0.001**
Phoenix cardiovascular sub-score	0.0 [0.0-0.0]	0.0 [0.0-0.0]	0.0 [0.0-0.0]	**0.022**
Septic shock	4 (8.9)	0 (0.0)	4 (20.0)	**0.033**
Mechanical ventilation	6 (13.3)	0 (0.0)	6 (30.0)	**0.005**
Intra-abdominal abscess	6 (13.3)	1 (4.0)	5 (25.0)	0.074
Intestinal leak	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)	0.444
Ileus	9 (20.0)	2 (8.0)	7 (35.0)	0.057
Wound infection	3 (6.7)	2 (8.0)	1 (5.0)	1.000
In-hospital death	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)	0.444
30-day readmission	2 (4.4)	1 (4.0)	1 (5.0)	1.000
Preoperative length of stay, hours	8.6 [6.4-12.0]	7.9 [5.2-9.6]	11.9 [7.4-15.2]	**0.012**
Postoperative length of stay, days	7.9 [6.0-10.0]	6.2 [5.4-7.9]	10.1 [7.9-12.8]	**<0.001**
PICU length of stay, days	2.8 [1.7-3.7]	1.9 [1.4-2.4]	3.8 [3.2-4.9]	**<0.001**

Data are median [IQR] or n (%). Continuous variables were compared with the Mann-Whitney U test and 2×2 categorical variables with the Fisher exact test. CI = confidence interval; IQR = interquartile range; LOS = length of stay; PICU = pediatric intensive care unit; RD = risk difference.

Table 5. Individual Characteristics of Septic Shock Cases

Patient	Age (years)	Sex	Appendicitis class	Phoenix total/CV	Lactate	CRP	Procalcitonin	Albumin	Mechanical ventilation	Complication	Death	Postoperative LOS	PICU LOS
1	0.4	Male	Perforated	5/1	5.2	120.1	25.13	3.91	No	Abscess, Ileus	No	20.1	7.0
2	4.0	Female	Gangrenous	6/1	6.0	170.3	10.19	3.49	Yes	None	No	12.5	10.3
3	13.3	Male	Perforated	7/2	6.7	330.0	18.04	3.15	Yes	Abscess	No	28.0	11.5
4	5.2	Male	Perforated	8/3	2.6	243.0	3.73	3.27	Yes	Ileus, Wound infection	Yes	15.7	9.0

The four septic shock cases are described without within-subgroup hypothesis testing. CRP = C-reactive protein; CV = cardiovascular subscore; LOS = length of stay; PICU = pediatric intensive care unit.

Supplementary Table 1. Distribution of Comorbidity Types

Category	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)
No comorbidity	37 (82.2)	21 (84.0)	16 (80.0)
Any comorbidity	**8 (17.8)**	**4 (16.0)**	**4 (20.0)**
Asthma	1 (2.2)	1 (4.0)	0 (0.0)
Cerebral palsy	1 (2.2)	1 (4.0)	0 (0.0)
Chronic kidney disease stage 2	1 (2.2)	1 (4.0)	0 (0.0)
Congenital heart disease	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)
Epilepsy	1 (2.2)	1 (4.0)	0 (0.0)
Obesity	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)
Primary immunodeficiency	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)
Type 1 diabetes mellitus	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)

Percentages use the total cohort or corresponding Phoenix sepsis group as the denominator. Each child with a comorbidity has one primary comorbidity coded. Hypothesis testing was not performed because individual categories were sparse.

Supplementary Table 2. Distribution of Ultrasound and Computed Tomography Findings

Category	Overall (n=45)	Sepsis (–) (n=25)	Sepsis (+) (n=20)
Ultrasound not performed	10 (22.2)	4 (16.0)	6 (30.0)
US: no specific pathological finding / appendix not clearly visualized	5 (11.1)	3 (12.0)	2 (10.0)
US: noncompressible enlarged appendix and increased periappendiceal echogenicity	13 (28.9)	10 (40.0)	3 (15.0)
US: marked wall thickening and periappendiceal fat inflammation	9 (20.0)	5 (20.0)	4 (20.0)
US: suspected loss of wall integrity, free fluid, and inflammation	8 (17.8)	3 (12.0)	5 (25.0)
CT not performed	24 (53.3)	16 (64.0)	8 (40.0)
CT: no specific finding suggestive of acute appendicitis	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.0)
CT: enlarged appendix with increased periappendiceal fat attenuation	5 (11.1)	3 (12.0)	2 (10.0)
CT: marked wall thickening, periappendiceal inflammation, and localized fluid	3 (6.7)	2 (8.0)	1 (5.0)
CT: wall defect/extraluminal air and free fluid	12 (26.7)	4 (16.0)	8 (40.0)

Ultrasound and CT categories are independent; a patient may have undergone both. “Not performed” and “no pathological finding” are shown separately. Findings were mapped from free-text reports into prespecified categories. CT = computed tomography; US = ultrasound.

OP-12

The Effect of Ultrasound-Guided Recruitment Maneuver on Lung Ultrasound Scores in Pediatric Patients

Introduction: To evaluate the change in lung ultrasound score associated with recruitment maneuver in pediatric patients, to examine the responses of anterior and posterior regions, and to compare the magnitude of response and its maintenance in the first hour between pneumonia and atelectasis groups.

Materials and Method: The demographic characteristics, disease severity indicators, and basal, recruitment maneuver, and first-hour total and regional lung ultrasound measurements of 39 patients undergoing mechanical ventilation were analyzed. Patients were divided into pneumonia and atelectasis groups based on the initial ultrasound findings. The response was calculated as the absolute and percentage reduction in lung ultrasound scores compared to the baseline. Changes over time were assessed using Friedman and paired Wilcoxon tests, while differences between groups were evaluated using the Mann–Whitney U test. In multiple comparisons, the Holm correction was applied. The baseline LUS differences between groups were controlled using robust standard error regression models.

Results and Conclusion: The median age was 28 months, and weight was 16 kg; pneumonia was found in 21 patients, and atelectasis in 18 patients. The median total lung ultrasound score was 14 at baseline, 7 at during recruitment, and 8 at the first hour; all pairwise time comparisons were significant ($p < 0.001$). Total lung ultrasound score remained below baseline in all patients in both follow-up measurements. The median proportional reduction was found to be 54.5% at recruitment and 28.6% in the first hour. The absolute reduction in the posterior region was greater than in the anterior region at both times. While regional proportional responses were not different during recruitment ($p=0.194$), posterior improvement was more pronounced in the first hour (40.0% vs. 11.1%; $p=0.0016$). In the atelectasis group, the proportional reduction in total lung ultrasound score was higher than in the pneumonia group at the time of recruitment (%57.1 vs. %41.7; $p=0.035$) and in the first hour (%44.4 vs. %21.4; $p < 0.001$). When adjusted for baseline scores, the pneumonia group's first-hour score was found to be 2.53 points higher (95% confidence interval: 1.51–3.54; $p < 0.001$); this difference persisted in the regression model. Conclusion: The recruitment maneuver was accompanied by a significant decrease in lung ultrasound scores, but part of the improvement was lost in the first hour. The better preservation of response in the posterior region and the atelectasis group indicates regional and diagnosis-related response differences. The findings need to be validated through controlled studies and clinical outcomes.

Keywords: Lung ultrasound score, Mechanical Ventilation, Recruitment maneuver

Introduction

Ultrasound-guided recruitment generally improves lung aeration as measured by lung ultrasound in children and infants, especially in anesthesia-related atelectasis and neonatal respiratory distress (Song et al., 2017; Lee et al., 2020; Gao et al., 2023; Song et al., 2018; Abushady et al., 2020;

Balls et al., 2024). . In infants under general anesthesia, ultrasound-guided recruitment reduced significant atelectasis from 80% to 25% and lowered both consolidation and B-line scores at the end of surgery (Song et al., 2017). In young infants undergoing laparoscopy, significant atelectasis was lower with ultrasound guidance at both end of surgery and PACU discharge, 26.7% versus 66.7% and 33.3% versus 70% (Gao et al., 2023). In children 6 years or younger, ultrasound-guided recruitment produced better lung ultrasound scores at the end of surgery and in PACU, although the primary endpoint of significant atelectasis at discharge was not significantly different, 11.6% versus 20.9% (Lee et al., 2020). In pediatric cardiac surgery, the intervention group had better lung ultrasound scores, less postoperative desaturation, and shorter mechanical ventilation duration (Song et al., 2018).

Score improvement is not limited to classic manual recruitment. Postural recruitment in anesthetized children dropped the aeration score from 9.9 to 1.5 while the control group showed no meaningful change, and compliance improved in parallel (Acosta et al., 2020). After pediatric thoracotomy cardiac surgery, postural recruitment also lowered significant atelectasis and produced larger reductions in left-lung ultrasound scores than supine recruitment (He et al., 2021).

Better ultrasound scores usually track with better oxygenation and mechanics, but not perfectly. In the 2026 PARDS interventional study, the ultrasound-guided endpoint produced higher reaeration scores, higher opening pressures, higher PaO2, lower PaCO2, and better dynamic compliance than the maximal-oxygenation endpoint (Yang et al., 2026). Adult ARDS and mixed-age physiology studies report the same pattern, with lower ultrasound aeration scores correlating with improved compliance and oxygenation after recruitment (Radwan et al., 2021; Mohamed et al., 2022; Bhalla et al., 2023).

Neonatal studies support the same physiologic link. In preterm infants on HFOV, mean lung ultrasound scores fell from 23.1 to 19.9 at opening pressure and to 3.7 before weaning, while oxygenation improved and hemodynamics remained stable (Farag et al., 2026). In term newborns on noninvasive support, increasing support did not change the score immediately but improved it after 2 hours, alongside better oxygenation and CO2 (Rodríguez-Fanjul et al., 2022).

Lung ultrasound scores are useful because they behave as functional aeration markers, not just descriptive images. Reviews and systematic analyses show pediatric or neonatal lung ultrasound scores can detect median between- score improvements after ventilatory interventions, correlate with oxygenation, and are increasingly validated against lung mechanics and clinical respiratory severity (Balls et al., 2024; Raimondi et al., 2021; Sartorius et al., 2025; Chidini & Raimondi, 2023).

Adverse events were uncommon in the pediatric studies provided, but the samples were small. The PARDS trial reported one treatment interruption in a child with leukemia and thrombocytopenia due to intracranial hemorrhage, while no major pneumothorax, hypotension, or arrhythmia was observed in that cohort (Yang et al., 2026). Other neonatal and perioperative reports described

stable or improved vital signs during ultrasound-guided titration and no intervention-related bradycardia, hemodynamic instability, or desaturation during assessment (Møller et al., 2026; Ouyang et al., 2025).

The evidence is strongest for short-term aeration improvement in perioperative children, weaker but promising in neonates, and still preliminary in PARDS. A 2024 meta-analysis of nine randomized perioperative trials found ultrasound-guided recruitment lowered postoperative atelectasis risk to RR 0.31 and reduced postoperative lung ultrasound score by a mean of 6.24 points, with an even larger relative effect in children than adults (Liao et al., 2024). A later meta-analysis in adults also found lower postoperative atelectasis but only modest or uncertain effects on broader postoperative outcomes, reinforcing that better ultrasound scores do not automatically mean large clinical gains (Bao et al., 2026).

That caution is especially important in PARDS. PALICC-2 could not recommend for or against recruitment maneuvers in PARDS because certainty of evidence is low, though careful incremental and decremental PEEP steps may be used and sustained inflation is not recommended (Emeriaud et al., 2023). The same guideline group also could not recommend routine use of lung ultrasound, CT, or EIT for systematic imaging monitoring in PARDS because evidence remains limited (Bhalla et al., 2023).

Research on individualized recruitment is moving toward richer bedside phenotyping. Ultrasound-based signs of recruitability, such as the neonatal S-pattern, appeared early and predicted a larger oxygenation response, while EIT studies in early PARDS show recruitability is heterogeneous and that individualized PEEP can improve mechanics and oxygenation at the balance point between collapse and overdistension (Chioma et al., 2022; Moulton et al., 2026).

In this study, we investigated the effectiveness, applicability, and the effects of the recruitment maneuver on the lung ultrasound score in different regions of the lung with different etiologies by performing the recruitment maneuver under ultrasound guidance in children with respiratory failure who were treated with mechanical ventilation and had consolidation on chest X-ray.

Materials and Methods:

Patients who underwent invasive mechanical ventilation and lung-protective ventilation, had lung ultrasound performed, and were found to have lung collapse on ultrasound during the study period were included in the study. Patients were divided into two groups based on basal ultrasound findings: atelectasis and pneumonia. The patients underwent the recruitment maneuver under ultrasound guidance. Before the recruitment maneuver of the patients, their vital signs and lung ultrasound score findings were recorded. The negative hemodynamic repercussion of the brief RM-associated high intra-thoracic pressure is an important concern about this strategy, especially in lung healthy patients. Thus, the maneuver is contraindicated in patients with preload-dependency, hypovolemia, vasoplegia and with

impaired myocardial contractility. Once atelectasis have been diagnosed and an adequate cardiovascular status confirmed, the patient is ready for receiving a RM. Ultrasound allows detecting the lung's opening pressure during the pressure increase. In this way, higher than necessary inspiratory pressures to open up the lung are avoided. In other words, ultrasound allows personalizing the implementation of an open lung strategy increasing its reliability and safety.

The demographic characteristics, disease severity indicators, and basal, recruitment maneuver, and first-hour total and regional lung ultrasound measurements of 39 patients undergoing mechanical ventilation were analyzed. Patients were divided into pneumonia and atelectasis groups based on the initial ultrasound findings. Due to the small sample size and different scales, continuous measurements were presented as median [Q1–Q3], and categorical data as n (%). Independent groups were evaluated using the Mann-Whitney U test, paired measurements with the Wilcoxon signed-rank test, and the Friedman test for three time points. Binary categories were analyzed using Fisher's exact test; larger tables were compared using the Pearson statistic with a fixed-margin 50,000 Monte Carlo sample. Spearman was used for correlations. All p-values are two-tailed. This analysis is exploratory; a family-wise Holm correction has been applied, and no single error rate correction has been made across the study.

Results: The clinical and demographic data of the 39 patients who participated in the study are presented in Table 1.Total LUS was 14 [10–18] at baseline in all patients, 7 [5–9] at RM, and 8 [6.5–13] at the 1st hour (Figure 1). The difference between the three time points was significant in both groups. In all patients, the total LUS at RM and the 1st hour was low compared to the baseline; a partial rebound was observed from RM to the 1st hour. The absolute LUS reduction between the groups was not different after multiple testing correction. The percentage reduction from baseline was greater in atelectasis: 57.1% and 41.7% in RM (adjusted p=0.0042); 44.4% and 21.4% in the first hour (p<0.001). Due to baseline differences, this result is not evidence of independent treatment superiority. In all patients, the absolute posterior LUS reduction was greater than the anterior. The relative reduction difference in RM was not significant; the relative reduction in the posterior was higher in the first hour. In the entire sample, the increase in saturation, pO2, recorded S/F, and P/F was significant after the multiple test correction. There were no significant adjusted changes for KTA, blood pressures, end-tidal CO2, pH, pCO2, HCO3, and lactate. The changes in vital signs, blood gas, and oxygenation rates between the groups were not different in the adjusted analyzes. Finding significant results in one group and nonsignificant results in the other does not indicate that the groups' responses are different.

Table 1. The clinical and demographic data of the 39 patients

	N=39	Atelectasis (n=19)	Pneumonia (n=20)	p*
Age, month	38.00 [9.00-73.50]	33.00 [11.00-64.25]	38.00 [7.00-105.00]	1,000
Weight, kg	15.00 [8.00-30.00]	15.50 [8.25-24.50]	15.00 [8.00-40.00]	1,000
PIM-3 (%)	15.00 [8.00-25.00]	9.50 [8.00-17.25]	20.00 [12.00-34.00]	0,174
PRISM-4 (%)	15.00 [9.00-27.00]	10.00 [7.50-15.00]	21.00 [15.00-41.00]	0,207
pH-bazal	7.33 [7.28-7.38]	7.36 [7.33-7.40]	7.32 [7.22-7.35]	0,460
CO2-bazal	48.00 [40.50-53.50]	47.50 [40.50-50.00]	48.00 [41.00-56.00]	1,000

pO2-bazal	76.00 [65.00-83.00]	80.00 [77.25-85.00]	70.00 [60.00-76.00]	0,131
HCO3 bazal	24.00 [21.50-25.00]	24.00 [22.00-25.00]	22.00 [20.00-25.00]	1,000
Lactate bazal	1.80 [1.20-3.15]	1.50 [0.93-1.88]	2.00 [1.30-3.20]	0,479
HR-bazal	129.00 [112.50-	123.00 [105.25-	134.00 [121.00-	1,000
	140.50]	136.25]	144.00]	
MAP	71.00 [64.00-81.00]	69.50 [64.25-75.75]	73.00 [64.00-82.00]	1,000
EtCO2	43.00 [37.50-50.00]	43.50 [38.00-48.00]	43.00 [37.00-52.00]	1,000
S/F	215.00 [170.00-	233.50 [186.50-	198.00 [153.00-	1,000
	235.00]	237.00]	235.00]	
P/F	170.00 [145.00-	183.50 [162.50-	162.00 [98.00- 195.00]	1,000
	200.00]	203.75]		
PEEP	8.00 [7.00-9.50]	7.00 [6.00-8.00]	9.00 [8.00-12.00]	0,008
PC	16.00 [14.00-18.00]	14.50 [14.00-16.00]	16.00 [14.00-18.00]	1,000
TV(ml/kg)	7.00 [6.00-8.00]	7.00 [6.25-8.00]	6.00 [5.00-7.00]	0,670
Frequency	24.00 [20.00-30.00]	24.00 [20.00-30.00]	24.00 [20.00-30.00]	1,000
Max PEEP	18.00 [16.00-20.00]	16.00 [15.25-16.75]	20.00 [18.00-22.00]	0,004
Max PIP	33.00 [31.00-35.00]	31.00 [30.25-31.75]	35.00 [34.00-37.00]	0,010
Total LUS bazal	14.00 [10.00-18.00]	10.50 [9.00-14.00]	16.00 [12.00-22.00]	0,249
Right LUS bazal	8.00 [5.00-10.00]	6.00 [4.00-7.75]	9.00 [6.00-12.00]	0,174
Left LUS bazal	6.00 [4.50-9.00]	5.50 [4.00-7.00]	7.00 [6.00-9.00]	1,000
Posterior LUS bazal	8.00 [6.00-11.00]	7.00 [6.00-10.00]	9.00 [6.00-12.00]	1,000
Anterior LUS bazal	5.00 [4.00-6.00]	4.00 [3.00-4.75]	6.00 [5.00-9.00]	0,008

Baseline anterior LUS and PEEP differed between groups after adjustment. Maximum PEEP and PIP were also higher in the pneumonia group, but these are maneuver parameters. PIM-3, PRISM-4, pH, pO2, lactate, tidal volume, and total LUS had unadjusted $p<0.05$ but were not significant after Holm adjustment across 34 measures.

Figure 1. LUS changes across three time points

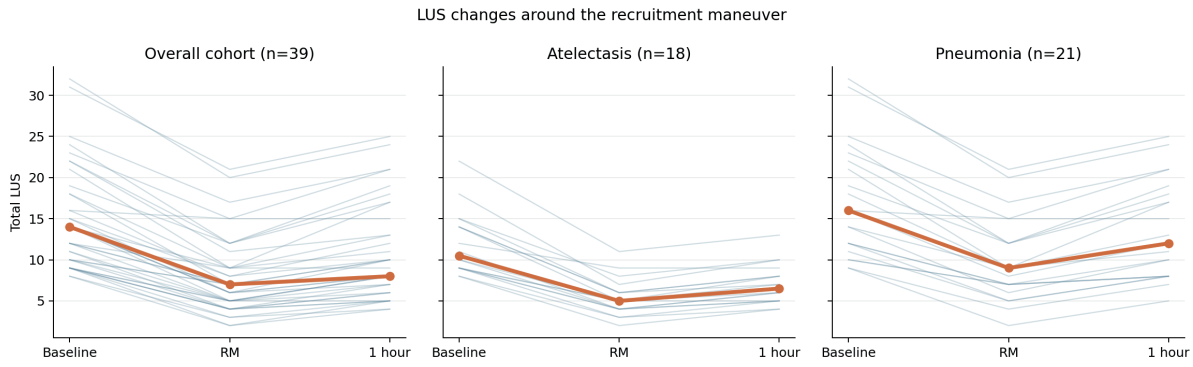
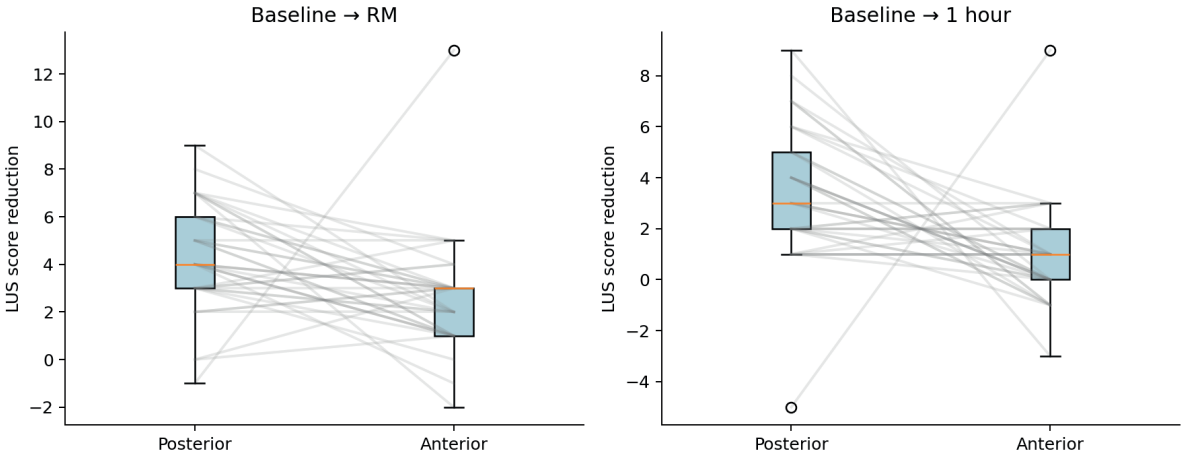


Figure 2. Posterior versus anterior regional response



In the overall cohort, increases in oxygen saturation (p*=0.0031), pO2 (p*=0.0055), and S/F and P/F (both p*=0.00042) were significant. In atelectasis, significant changes were observed for pO2 (p*=0.0444), S/F, and P/F (both p*=0.0178). In pneumonia, S/F (p*=0.0083) and P/F (p*=0.0077) changes were significant. No other vital-sign or blood-gas changes remained significant after adjustment in any population. None of the between-group comparisons of changes was significant after adjustment.

In pneumonia, the time-point medians of S/F and P/F decreased while the medians of the paired changes were positive. This is not a contradiction: the median change need not equal the difference between the two medians.

In this cohort, the timing of the recruitment maneuver was associated with marked decreases in total and regional LUS, a partial increase by 1 hour, and scores that remained below baseline. Absolute reductions were greater posteriorly; relative posterior–anterior differences were evident at 1 hour but not at RM. Percentage LUS reductions from baseline were greater in atelectasis than pneumonia. Oxygen saturation and pO2 increased in the overall cohort, as did the recorded S/F and P/F ratios. The absence of a control group, missing follow-up FiO2, and inconsistent ratio entries preclude causal conclusions about maneuver-specific efficacy or safety.

Discussion:

This is a single-center, non-randomized analysis of 39 ventilated children (18 with atelectasis, 21with pneumonia) in which total lung ultrasound score (LUS) fell from 14 [10–18] at baseline to 7 [5–9]during/ immediately after the recruitment maneuver (RM) and rose partially to 8 [6.5–13] at 1 hour . All 39 patientshad lower total LUS at both post-maneuver time points than at baseline, and the median absolute reduction was7.00 [5.00–8.50] at RM and 4.00 [3.00–5.00] at 1 hour. The direction of our results LUS signal matches the randomized perioperative trials closely. In infants,ultrasound-guided recruitment cut significant atelectasis from 80% to 25% and lowered both consolidation and B-line scores at end of surgery (Song et al., 2017), and in infants under 3 months undergoing laparoscopy it reducedatelectasis at end of surgery and at PACU discharge (Gao et al., 2023). In children ≤6 years the LUS advantage waspresent at end of surgery and PACU, though the primary atelectasis endpoint at discharge was not significant (Leeet al., 2020). In pediatric cardiac surgery, ultrasound-guided recruitment reduced postoperative desaturation

(64%vs 27%) and shortened mechanical ventilation (Song et al., 2018).

Our results partial rebound between RM and 1 hour is also consistent with the wider literature. In term neonates on noninvasive support, LUS did not change immediately after escalation but improved by 2 hours (Rodríguez-Fanjul et al., 2022), and in preterm infants on HFOV, LUS fell progressively from 23.1 pre-initiation to19.9 at opening pressure and 3.7 pre-weaning (Farag et al., 2026). A systematic review of 16 pediatric studies founda between-score median difference of 4.5 favoring intervention (Balls et al., 2024), and a meta-analysis ofperioperative trials reported a mean LUS reduction of 6.24 points with a larger relative effect in children.

This study adds a real-world, mixed-diagnosis pediatric cohort in which ultrasound-guided recruitment produced a large immediate LUS reduction with partial 1-hour rebound and parallel oxygenation gains, consistent indirection and magnitude with randomized perioperative and neonatal trials. Its non-randomized design, absent control arm should be read as hypothesis-generatin grather than as evidence of maneuver-specific efficacy. The field's open question is unchanged: whether better LUS scores translate into durable clinical benefit, particularly in PARDS, where current guidelines remain neutral.

References

Abushady, N., Awad, H., Kamel, D. R., Fouda, E., Ahmed, N. T., & Dawoud, M. (2020). Role of lung ultrasound in theassessment of recruitment maneuvers in ventilated preterm neonates with respiratory distress syndrome and itscorrelation with tracheal IL-6 levels: A randomized controlled trial. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, 14, 369- 374.

Acosta, C., Volpicelli, G., Rudzik, N., Venturin, N., Gerez, S., Ricci, L., Natal, M. L., & Tusman, G. (2020). Feasibility ofpostural lung recruitment maneuver in children: a randomized, controlled study. The Ultrasound Journal, 12

Allen, L., Mallory, P. P., Rotta, A. T., Rehder, K. J., & Miller, A. G. (2026). Positive end-expiratory pressure in pediatricacute respiratory distress syndrome: a narrative review. Translational Pediatrics, 15

Balls, J., Semple, T., Grillo, L., Shannon, H., & Bush, A. (2024). PP426 Topic: AS15–Lung: Respiratory Support/ AcuteRespiratory Failure/Other: POINT OF CARE LUNG ULTRASOUND SCORE IN THE ASSESSMENT OF LUNGAERATION IN CRITICALLY ILL CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW. Pediatric Critical Care Medicine

Bao, Y.-L., Lin, H.-Y., Tang, B., Zhang, K., & Chen, B. (2026). The effect of ultrasound-guided lung recruitmentmaneuvers on postoperative atelectasis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.Frontiers in Cardiovascular Medicine,

Bhalla, A., Baudin, F., Takeuchi, M., & Cruces, P. (2023). Monitoring in Pediatric Acute Respiratory DistressSyndrome: From the Second Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. Pediatric critical care medicine : ajournal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical CareSocieties, 24, S112 - S123.

Chidini, G., & Raimondi, F. (2023). Lung ultrasound for the sick child: less harm and more information than aradiograph. European Journal of Pediatrics, 183, 1079 – 1089

Chioma, R., Amabili, L., Ciarmoli, E., Copetti, R., Villani, P., Stella, M., Storti, E., & Pierro, M. (2022). The importanceof lung recruitability: A novel ultrasound pattern to guide lung recruitment in neonates. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, 15, 767 – 776

Emeriaud, G., López-Fernández, Y. M., Iyer, N., Bembea, M., Agulnik, A., Barbaro, R., Baudin, F., Bhalla, A., DeCarvalho, W. B., Carroll, C., Cheifetz, I., Chisti, M., Cruces, P., Curley, M., Dahmer, M., Dalton, H., Erickson, S.,Essouri, S., Fernández, A., …Khemani, R. (2023). Executive Summary of the Second International Guidelines forthe Diagnosis and Management of Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome (PALICC-2). Pediatric

CriticalCare Medicine, 24, 143 – 168
Farag, M., Gouda, M. H., Abdelmohsen, A., & Ahmed, M. H. (2026). Integrated echocardiography and lungultrasound assessment of lung recruitment in preterm infants using high frequency ventilation: A prospective,single-arm, protocol-driven cohort study.. Journal of neonatal-perinatal medicine, 19345798261461225
Fernández, A., Modesto, V., Rimensberger, P., Korang, S. K., Iyer, N., & Cheifetz, I. (2023). Invasive VentilatorySupport in Patients With Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: From the Second Pediatric Acute LungInjury Consensus Conference. Pediatric Critical Care Medicine, 24, S61 - S75.
Gao, Q., Ji, H.-Y., Wu, Z.-Y., & Zhao, P. (2023). Effect of ultrasound-guided lung recruitment manoeuvre onperioperative atelectasis during laparoscopy in young infants: A randomised controlled trial.. Journal of clinicalanesthesia, 86, 111075.
He, P., Wu, C., Yang, Y., Zheng, J.-J., Dong, W., Wu, J.-Z., Sun, Y., & Zhang, M.-Z. (2021). Effectiveness of posturallung recruitment on postoperative atelectasis assessed by lung ultrasound in children undergoing lateralthoracotomy cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. Pediatric Pulmonology, 56, 1724 - 1732.
Lee, J.-H., Choi, S., Ji, S., Jang, Y.-E., Kim, E.-H., Kim, H.-S., & Kim, J.-T. (2020). Effect of an ultrasound-guided lungrecruitment manoeuvre on postoperative atelectasis in children: A randomised controlled trial.. European Journal ofAnaesthesiology.
Liao, B., Liao, W., Yin, S., Liu, S.-J., & Wu, X.-H. (2024). Effect of ultrasound-guided lung recruitment to reducepulmonary atelectasis after non-cardiac surgery under general anesthesia: a systematic review and meta-analysisof randomized controlled trials. Perioperative Medicine, 13.
Lopes, N., Amaral, V. H. D., Minozzi, M., & Da Hora Passos, R. (2025). Lung ultrasound in the management ofmechanical ventilation in pediatric critical care: a narrative review. Frontiers in Pediatrics, 13.
Mohamed, M., Zidan, A. A. A., & Hamila, M. A. (2022). Usefulness of lung ultrasound in assessment of aerationbefore and after Recruitment maneuver in ARDS patients. Egyptian Journal of Medical Research.
Møller, A., Heiring, C., Feldskou, S. P., Klebermass-Schrehof, K., Lauridsen, M. H., & Kyng, K. (2026). Feasibility oflung ultrasound-guided positive end-expiratory pressure adjustment in newborns.. Journal of perinatology : officialjournal of the California Perinatal Association.
Moulton, A., Shah, N., Stanford-Hill, R., Marty, M., Cracchiolo, L., Kobayashi, N., Penn, E., Lin, J., & Katira, B. (2026).A55-20 Potential for Lung Recruitment and Peep Optimization Utilizing Electrical Impedance Tomography in EarlyPediatric Acute Respiratory Distress Syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.
Ouyang, X., Fang, L., Yang, H., Ou, Q., Zhang, H.-H., Huang, S.-R., Chen, F., Fan, Y.-F., Ling, W., & Lin, Y.-F. (2025).Rib-indexed quantitative lung ultrasound versus chest X-ray for lung recruitment assessment in neonates withmoderate-severe ARDS on surfactant therapy combined with prone position: a prospective observational study.European Journal of Pediatrics, 184

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

OP-13

The "New Normal" in Children with Heart Disease: A Qualitative Analysis of Daily-Life Behaviours and Relational Patterns

Esma Nur Ünal[1] , Umut Berk Mercan[2] , Ebru Aypar[2] , Sıddika Songül Yalçın[3]

[1]Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Türkiye

[2]Division of Pediatric Cardiology, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Türkiye

[3]Unit of Social Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Türkiye

Abstract

Objective: To explore parents' experiences of feeding, sleep, physical activity, screen use, preventive health practices, and social participation among children with heart disease (HD), and to identify relational patterns among these aspects of daily life.

Methods: This qualitative study included 39 parents (32 mothers and 7 fathers) of children aged 0–8 years with congenital or acquired HD. Participants were selected using purposive maximum variation sampling. Face-to-face, semi-structured in-depth interviews were conducted, and the data were analysed using inductive reflexive thematic analysis with MAXQDA Analytics Pro 24. The present analysis focused specifically on daily-life practices, preventive health behaviours, and the relational patterns among them.

Results: Of the 1,291 codes generated from the parent interviews, 357 (27.7%) were included within the theme "Management of Daily-Life Practices and Preventive Healthcare." Of these, 74.5% related to daily routines and behavioural patterns, 17.4% to preventive health practices, and 8.1% to environmental risks. Parents perceived sleep, physical activity, and feeding as everyday indicators of their child's clinical well-being. Screen use functioned not only as entertainment but also as an instrumental strategy to facilitate feeding and sleep, calm children during hospitalisation, and cope with social isolation. Relational analysis identified patterns linking feeding difficulties with screen use, clinical status with sleep, social isolation with screen use, and sibling presence with social participation. Greater uncertainty and insufficient information about the disease were associated with greater parental restriction of physical activity. In some children, clinical improvement following surgery was accompanied by normalisation of feeding and sleep routines.

Conclusion: Daily-life behaviours in children with HD were not experienced as isolated issues but as an interconnected pattern shaped by clinical status, parental protective behaviours, and the social environment. Feeding, sleep, screen use, physical activity, and social participation should therefore be considered together during follow-up.

Keywords: *heart disease; children; daily life; screen use; physical activity; qualitative research.*

1. Introduction

Congenital and acquired heart diseases (HDs) represent a major group of chronic paediatric conditions worldwide. While congenital HD affects approximately 9 per 1,000 live births, advances in prenatal diagnostics, interventional cardiology, perioperative intensive care, and surgical techniques have dramatically shifted clinical outcomes, allowing over 95% of affected children to survive into adulthood [1-4]. Consequently, the central objective of paediatric cardiac care has expanded beyond acute survival toward optimising long-term neurodevelopment, functional health, and overall family quality of life [4, 5]. Early childhood is a sensitive period for physical, cognitive, emotional, and social maturation. According to the World Health Organization's Nurturing Care Framework, optimal development requires the continuous interaction of good health, adequate nutrition, responsive caregiving, early learning, and security [6]. However, children with HD remain highly vulnerable to disruptions across these foundational domains. Hemodynamic instability, chronic hypoxia or heart failure, repeated hospitalisations, invasive procedures, and prolonged medical follow-ups frequently alter normal developmental trajectories. These conditions manifest as feeding refusal, growth faltering, fragmented sleep, restricted physical exertion, heightened reliance on digital screens, and limited social participation [7-10].

Crucially, paediatric HD reorganizes the entire family microsystem. Parents navigate persistent prognostic uncertainty, complex medication schedules, and continuous emotional vigilance while attempting to preserve ordinary childhood experiences. To balance medical protection with developmental stimulation, families construct a "new normal" defined by adapted daily routines and preventive health behaviours. Although prior studies have examined isolated clinical stages or parental distress, little is known about how everyday behaviours operate as an interconnected system within the home [11-13]. Because daily-life behaviours play a critical role in the clinical well-being of paediatric patients, this study aimed to explore parents' experiences of feeding, sleep, physical activity, screen use, preventive health practices, and social participation among children with HD, and to identify the relational patterns connecting these domains of daily life.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design and Setting

This qualitative study was grounded in a constructivist paradigm, recognizing that parents construct caregiving meanings and daily behavioural routines through continuous interaction with their child's clinical needs and social environment. The study was conducted between September 2025 and March 2026 at Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital, a leading tertiary paediatric cardiac referral centre in Ankara, Türkiye. Study reporting followed the 32-item Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist.

2.2. Participants and Sampling

The study included 39 parents (32 mothers, 7 fathers) of 0-8 year-old children with heart disease. Of these children, 33 had congenital heart disease (85%) and 6 had acquired heart disease (15%). Purposive maximum variation sampling was utilised to capture common behavioural patterns across diverse clinical trajectories and family contexts. The sample encompassed parents of children with unoperated congenital HD (), children who had undergone corrective or palliative cardiac surgery (), children with acquired HD including Kawasaki disease, myocarditis, and acute rheumatic fever (), and children with accompanying other chronic comorbidities (). Fathers were deliberately recruited across clinical subgroups to incorporate paternal caregiving perspectives alongside maternal accounts.

2.3. Data Collection and Reflexive Thematic Analysis

Face-to-face, semi-structured in-depth interviews were conducted in a private consultation room within the Social Paediatrics Outpatient Clinic by a social paediatrician (SSY) and a trained paediatric resident (ENÜ) who were not involved in the patients' routine clinical care. Interviews lasted 35–75 minutes, were audio-recorded with written informed consent, and were transcribed verbatim. All interviews were

anonymized during transcription by removing personal identifiers and assigning unique participant identification codes (e.g., P1, P2)

Data were analysed using inductive reflexive thematic analysis following Braun and Clarke's six-phase approach in MAXQDA Analytics Pro 24 (VERBI Software, Berlin, Germany). Two researchers independently coded transcripts and iteratively refined themes through collaborative team discussions. Beyond thematic categorisation, cross-code relational analysis was conducted in MAXQDA to examine co-occurring codes and map the functional links among feeding, sleep, physical activity, screen exposure, preventive practices, and social participation. Ethical approval was granted by the Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Approval No. 2025/18-16).

3. Results

3.1. Overview of Quantitative Code Distribution

Across the entire interview dataset, 1,291 codes were generated. Of these, 357 codes (27.7%) clustered within the focal theme "Management of Daily-Life Practices and Preventive Healthcare," demonstrating that daily routine management occupied more than a quarter of parents' narratives. In this theme, 74.5% of the codes () were about daily routines like feeding, sleep, activity, and screen use; 17.4% () were related to preventive health practices; and 8.1% () addressed environmental risks (**Table 1**).

Table 1. Code distribution within the theme "Management of Daily-Life Practices and Preventive Healthcare."

Subtheme	Frequency (f)	Percentage (%)	Key Behavioural Focus Areas
Daily Routines and Behavioural Patterns	266	74.5	Feeding, sleep architecture, physical activity, instrumental screen use
Preventive Health Practices	62	17.4	Immunisation adherence, micronutrient supplementation, infection isolation
Environmental Risks	29	8.1	Indoor air quality protection, household tobacco restrictions
Total Theme Codes (out of 1,291 total codes)	**357**	**100.0 (27.7%)**	**Interconnected daily-life management system**

3.2. Sleep, Physical Activity, and Feeding as Everyday Indicators of Clinical Well-Being

Rather than relying solely on echocardiographic findings or clinical consultations, parents perceived their child's sleep quality, appetite, and physical capacity as signs of their heart condition.

Feeding was closely monitored as a primary indicator of metabolic recovery and growth. Many infants experienced early sucking fatigue, prolonged hospitalisation-related formula transitions, or delayed complementary feeding. Consequently, parents interpreted enthusiastic eating and steady weight gain as reassuring signs that the heart was compensating well. Similarly, sleep condition reflected the child's underlying physiological comfort. While a stable group of children () slept uninterrupted through the night, others () experienced fragmented sleep driven by nocturnal thirst, frequent feeding needs or dyspnea. Sleep arrangements also reflected parents' constant concern: 13 families shared a room or bed to monitor their child's breathing at night, and 9 children needed physical comfort, such as rocking, to fall asleep.

Importantly, clinical improvement following surgical or medical intervention was frequently accompanied by a marked normalisation of feeding and sleep routines. Parents reported that once cardiac defects were repaired or heart failure symptoms were medically controlled, nocturnal awakenings ceased, respiratory distress subsided, and appetite improved:

"Before surgery her sleep was constantly interrupted; after the operation, her sleeping pattern fell completely into place." (P17)

Physical activity was similarly viewed as a real-time indicator of functional capacity. However, parental management of physical exertion was heavily shaped by prognostic uncertainty and the adequacy of medical guidance. Driven by the fear of *"tiring the heart,"* parents who experienced greater uncertainty or

insufficient clinical information imposed stricter limitations on their children's physical activity. Conversely, when clinicians provided clear reassurance, parents () actively encouraged movement, recognizing that unnecessary restriction fostered anxiety and a fragile "sick child" identity:
"I never restricted her activity... If I restrict her or make her feel different, she becomes much more anxious." (P39)
"Her running and climbing stairs are completely comfortable... In fact, the doctors tell us she should stay active." (P6)
In cases requiring specific medical precautions, such as anticoagulant therapy, parents enforced targeted trauma avoidance (*"she must not hit her head or fall"*). Notably, several older children recognized their own exercise tolerance limits and self-regulated their physical exertion during play.

3.3. Preventive Health Practices, Environmental Adaptations, and Social Participation

To prevent intercurrent infections that could trigger cardiac decompensation, families integrated strict preventive practices into daily life (, 17.4%) alongside environmental risk control (, 8.1%). Families were very careful about indoor air quality. In homes where parents smoked, smoking was strictly limited to outdoor areas, and some parents quit smoking completely after the diagnosis. Giving daily vitamin D and iron supplements was common, but parents often changed or paused iron doses on their own if it caused constipation and made the child uncomfortable. Most families followed the routine vaccination calendar, and 9 parents also had their children receive optional private vaccines. However, some parents hesitated to vaccinate due to fears of fever or heart-related side effects (P23, P37), while some children's vaccines had to be delayed for medical reasons, such as heart surgery, immune problems, or transplant care.
Strict hygiene and staying away from crowded places helped protect children from getting sick, but it also limited their social life. Extreme isolation—especially seen in heart transplant patients (P24, P25)—kept families inside the house, leading to deep social isolation for both the child and the main caregiver.

3.4. Instrumental Screen Use and Relational Patterns Across Daily Behaviours

A central finding of the relational analysis was that daily-life behaviours did not occur separately; instead, they formed an interdependent behavioural network where challenges in one domain triggered compensatory adaptations in another. Within this network, digital screen use (television, tablets, smartphones) functioned far beyond passive entertainment, operating as a multipurpose instrumental coping strategy.
Four primary relational patterns emerged across the dataset **(Figure 1)**:

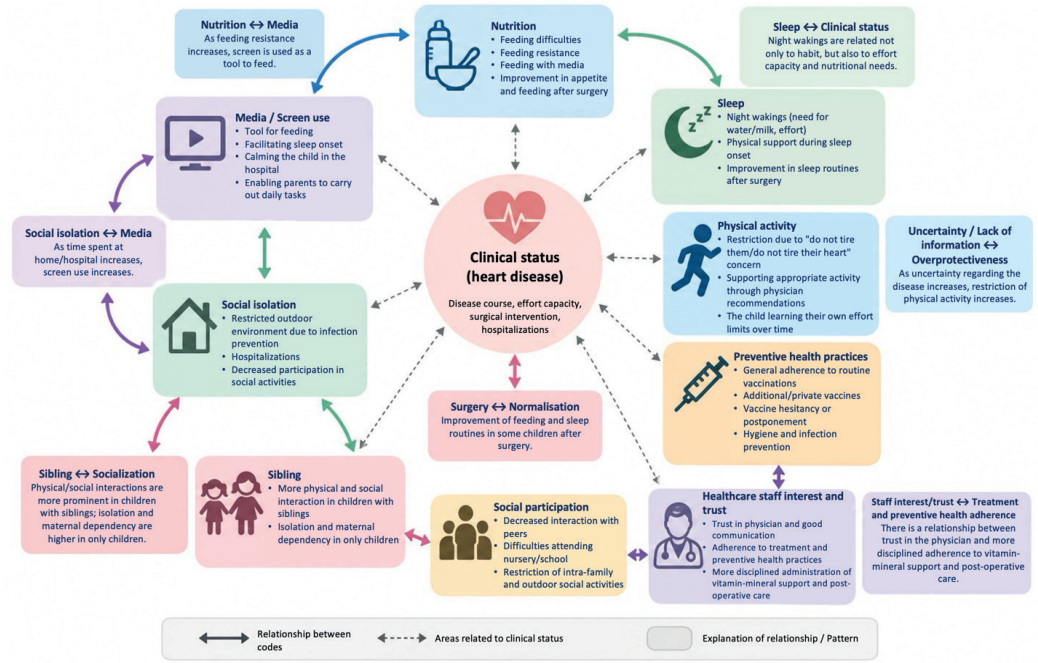
1. **Feeding Difficulties Instrumental Screen Use:** Among children exhibiting feeding refusal or poor appetite, parents frequently relied on cartoons and mobile videos as a distraction strategy during meals to ensure adequate caloric intake.
2. **Clinical Status and Hospitalisation Sleep and Screen Habits:** Prolonged hospital admissions and invasive treatments directly reshaped daily habits. Some children acquired new dependencies on rocking to sleep during hospital stays, while others were introduced to tablets for the first time to enforce strict bed rest during lengthy intravenous infusions:
"My child, who never watched a tablet, met the tablet... because they administered cortisone for a long period, keeping her in that crib was very difficult. We started using it during that process." (P35)
Moreover, night awakenings were not simply behavioural habits; they were closely linked to the child's physical capacity and caloric needs.
3. **Social Isolation Higher Screen Exposure:** Hospital stays and infection-control measures increased children's screen time because they could not play with other children. Some children used screens for 5-8 hours a day, and some became very upset when devices were taken away. Mothers also used screens to manage childcare and household tasks.
4. **Sibling Presence Social Participation and Activity:** Relational analysis showed that family structure buffered isolation. Children with siblings engaged more actively in domestic physical play and peer-like socialisation, whereas single children exhibited stronger maternal dependency and deeper social isolation.
5. **Clinical Status and Night Awakenings Effort Capacity and Feeding:** Night awakenings were

not merely behavioural sleep habits; they were closely linked to the child's physical effort capacity and increased caloric needs, as children frequently woke due to fatigue, breathing discomfort, or hunger.

6. Surgical Intervention Normalisation of Daily Routines: Corrective or palliative cardiac surgery served as a major turning point toward daily normality, resulting in noticeable improvements in postoperative sleep continuity, appetite, and oral feeding tolerance.

7. Clinical Uncertainty and Information Gaps Overprotective Physical Restrictions: When parents experienced greater uncertainty or received unclear clinical guidance regarding safe activity limits, their fear of "tiring the heart" intensified, leading to stricter restrictions on running and active play

[redacted]



8. [redacted]

Healthcare Provider Trust Adherence to Preventive and Medical Care: Strong rapport and trust in the medical team significantly enhanced family compliance, leading to more consistent micronutrient supplementation (vitamin D and iron) and discplined postoperative home care.

Figure 1. Conceptual Model: Clinical, Behavioural, and Social Interrelationships in Pediatric Heart Disease

4. Discussion and Conclusion

This qualitative study demonstrates that establishing a "new normal" in paediatric HD involves navigating a tightly coupled web of daily behaviours rather than managing isolated lifestyle habits. Accounting for 27.7% of all coded parent narratives, the management of everyday routines and preventive health practices represents the main area where families experience chronic cardiac illness.

Consistent with contemporary models of family-centred developmental care, parents in our cohort evaluated their child's clinical well-being through everyday functional markers—specifically sleep continuity, feeding enthusiasm, and physical capacity [14]. When sleep and feeding patterns normalized after cardiac surgery, parents felt reassured about their child's recovery, showing that physiological improvement directly helps restore family routines. At the same time, our findings indicate that habits formed during acute illness, such as co-sleeping from nighttime vigilance or rocking developed in the hospital, often continue well after clinical recovery. This suggests that parental psychological adaptation takes longer than biomedical recovery.

Crucially, the relational patterns identified in this study show that protective parenting can have unintended effects on child development. When parents are uncertain about the prognosis or receive limited guidance on safe exercise levels, their protective instincts often lead to unnecessary physical restrictions. Similarly, while preventing infections and avoiding secondhand smoke reduce medical risks, keeping children at home too much limits their social interactions with peers, especially for only children without siblings.

Most notably, our relational analysis clarifies why screen time is so common among children with HD. Screens were rarely used just for entertainment. Instead, parents relied on them as practical tools to manage feeding difficulties, calm children, support bed rest during hospitalisation, and ease social isolation, while also giving exhausted mothers a brief break for household chores. Although helpful during stressful moments, early and long-term exposure to screens carries well-documented risks for cognitive, language, and socio-emotional development, potentially compounding the neurodevelopmental vulnerabilities inherent to paediatric HD [15, 16].

In conclusion, daily-life behaviours in children with HD are not experienced as isolated issues, but as an interconnected behavioural pattern shaped by clinical status, parental protective behaviours, hospitalisation experiences, and the social environment. Because feeding difficulties, sleep disturbances, physical activity restrictions, social isolation, and screen dependency mutually reinforce one another, they cannot be handled separately. Paediatric cardiology follow-up should therefore look beyond hemodynamic parameters to evaluate feeding, sleep, screen use, physical activity, and social participation together, offering clear, individualized guidance that empowers families to balance medical protection with healthy childhood development.

References:

1. van der Linde, D., et al., *Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: a systematic review and meta-analysis.* J Am Coll Cardiol, 2011. **58**(21): p. 2241–7.
2. Mandalenakis, Z., et al., *Survival in Children With Congenital Heart Disease: Have We Reached a Peak at 97%?* J Am Heart Assoc, 2020. **9**(22): p. e017704.
3. Çaylan, N., et al., *Evaluation of critical congenital heart disease from 2018 to 2020 in Turkey: a retrospective cohort study.* BMC Pregnancy Childbirth, 2023. **23**(1): p. 871.
4. Forestieri, N.E., et al., *Survival of Children With Critical Congenital Heart Defects in the National Birth Defects Prevention Study.* Birth Defects Res, 2024. **116**(9): p. e2394.
5. McMahon, C.J., et al., *Developmental Systems Cardiology: A Longitudinal Adaptive Framework for Congenital Heart Disease.* Pediatr Cardiol, 2026.
6. Organization, W.H., *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* 2018.
7. Sadhwani, A., et al., *Sleep Patterns in Young Children with Congenital Heart Disease.* J Pediatr, 2023. **252**: p. 198–203.e2.
8. Lee, J., et al., *The Prevalence of Malnutrition in Children With Congenital Heart Disease: A Meta-Analysis.* J Pediatr Health Care, 2026. **40**(3): p. e94–e104.
9. Venna, A., Y. d'Udekem, and S. Figueiredo, *Understanding the barriers and facilitators that impact physical activity levels in children and adolescents with Congenital Heart Disease (CHD): a rapid review.* BMC Public Health, 2025. **25**(1): p. 1180.
10. Arora, G., et al., *Screen Media Use in Hospitalized Children.* Hosp Pediatr, 2016. **6**(5): p. 297–304.
11. Woolf-King, S.E., et al., *"There's no acknowledgement of what this does to people": A qualitative exploration of mental health among parents of children with critical congenital heart defects.* J Clin Nurs, 2018. **27**(13-14): p. 2785–2794.
12. Saxena, S., et al., *Perceptions of Healthy Lifestyles Among Children With Complex Heart Disease and Their Caregivers.* CJC Open, 2021. **3**(7): p. 854–863.
13. Nemes, F.D., et al., *Growing Up With Congenital Heart Disease: A Qualitative Research Study of Parents' and Clinicians' Experiences and Perspectives.* CJC Pediatr Congenit Heart Dis, 2025. **4**(1): p. 22–33.
14. Sprong, M.C.A., et al., *Prioritizing family-centered developmental care: insights from parents of children with critical congenital heart disease: a qualitative study.* Eur J Pediatr, 2024. **183**(9): p. 3863–3876.
15. Liu, J., et al., *Screen Media Overuse and Associated Physical, Cognitive, and Emotional/Behavioral Outcomes in Children and Adolescents: An Integrative Review.* J Pediatr Health Care, 2022. **36**(2): p. 99–109.
16. Muppalla, S.K., et al., *Effects of Excessive Screen Time on Child Development: An Updated Review and Strategies for Management.* Cureus, 2023. **15**(6): p. e40608.

OP-14

Monitoring and Supporting the Development of Children with Inborn Errors of Immunity Before and After Hematopoietic Stem Cell Transplantation

Selin Akyüz Oktay[1], Cansu Ayten Tatar Atik[2], Şule *Haskoloğlu[1], Ezgi* Özalp *Akın[2], Candan İslamoğlu[1], Bahar Bingöler Pekcici[2], Figen Doğu[1], Aydan İkincioğulları[1]*

[1]Ankara University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Immunology and Allergy, Ankara, Turkey
[2] Ankara University Faculty of Medicine, Department of Developmental Medicine, Ankara, Turkey

Introduction

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a curative treatment for several inborn errors of immunity (IEI). As survival improves, developmental outcomes and family well-being are increasingly important. Previous studies have reported heterogeneous neurodevelopmental outcomes in children with IEI following HSCT. However, longitudinal evidence incorporating developmental assessments both before and after transplantation, particularly during early childhood, remains limited [1–4]. Here we evaluated the development and developmental needs in children with IEI undergoing HSCT at 0–42 months of age and examined associations with transplantation-related factors.

Materials and Methods

This single-center retrospective study included children with inborn errors of immunity (IEI) who underwent hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) at 0–42 months of age between January 2022 and June 2026. Developmental monitoring was integrated into routine pediatric immunology and HSCT care, allowing inclusion of all 21 eligible children. Demographic characteristics, IEI diagnoses, age at transplantation, donor type, conditioning regimen, HSCT-unit length of stay, graft-versus-host disease (GVHD), cytomegalovirus (CMV) reactivation, neurological complications, and family-related characteristics were reviewed.

Developmental monitoring and individualized early intervention were provided through the International Guide for Monitoring Child Development (GMCD), an internationally validated, family-centered tool, developed at Ankara University for children aged 0–42 months. The GMCD uses an open-ended caregiver interview to evaluate children's functioning in expressive and receptive communication, gross and fine movement, relating, play, and self-help. Rather than focusing solely on developmental delays, the program identifies children's developmental strengths, needs, and health-related and psychosocial risk factors [5–7]. The family-centered approach recognizes caregivers as essential partners in understanding and supporting their children's development. Information obtained from families is used to develop individualized recommendations that consider the child's abilities, daily routines, family resources, and environmental circumstances. Developmental support may include age- and ability-appropriate activities promoting communication, movement, social interaction, and play, together with guidance for caregivers and referral to additional services when needed. The Expanded Guide for Monitoring Child Development (E-GMCD), a complementary family-completed questionnaire that comprises the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health framework, provided additional information about children's activities, participation, and contextual factors. Developmental support was provided during hospitalization and continued in the home setting following discharge.

For the present study, pre- and post-HSCT developmental findings were examined in six domains: expressive communication, receptive communication, gross movement, fine movement, relating and play. Self-help was excluded because of incomplete data. Paired findings were compared using the exact McNemar test. Associations between developmental findings and clinical or transplantation-related variables were evaluated using appropriate statistical tests, including the Mann–Whitney U test.

Results

All 21 eligible children underwent post-HSCT GMCD follow-up; 16 also had pre-HSCT assessments. Thirteen children (61.9%) were male. Diagnoses were SCID (n=9), combined immunodeficiency (n=4), Wiskott–Aldrich syndrome (n=3), chronic granulomatous disease (n=3), ELANE-related congenital neutropenia

(n=1), and ZNFX1 deficiency (n=1). Median age at HSCT was 4 months (range, 3–8) in SCID and 16 months (range, 10–38) in other IEI. Median HSCT-unit stay was 3 months (range, 1–9). Median post-HSCT assessment time was 4 months (range, 0–30.5); 20 of 21 children were assessed during the first post-transplant year.
Transplant characteristics included matched sibling donors in 9/21 children (42.9%), other matched related donors in 1/21 (4.8%), matched unrelated donors in 3/21 (14.3%), haploidentical donors in 7/21 (33.3%), and mismatched related donors in 1/21 (4.8%). Conditioning was administered to 14/21 children (66.7%); CMV reactivation occurred in 9/21 (42.9%), GVHD in 8/21 (38.1%), and neurological complications in 3/21 (14.3%).
Regarding family characteristics, 11/21 mothers (52.4%) and 9/21 fathers (42.9%) had not completed high school. Three mothers (14.3%) and 19 fathers (90.5%) were employed. Eighteen children (85.7%) lived in nuclear families and three (14.3%) in extended families. Family-reported maternal depressive symptoms were noted in 3/21 families (14.3%); none reported paternal depressive symptoms.
Before HSCT (n=16), developmental delays were identified in expressive communication (4/16, 25.0%), gross movement (2/16, 12.5%), and fine movement (2/16, 12.5%); none were identified in receptive communication, relating, or play. After HSCT (n=21), delays were identified in expressive communication (8/21, 38.1%), receptive communication (3/21, 14.3%), gross movement (5/21, 23.8%), fine movement (4/21, 19.0%), relating (4/21, 19.0%), and play (4/21, 19.0%).
Among children with paired assessments, newly identified delays were notable in relating (4/16, 25.0%) and play (3/16, 18.8%). No significant paired changes were found in expressive communication or gross or fine movement ($p>0.05$). HSCT-unit length of stay, conditioning regimen, GVHD, and CMV reactivation were not significantly associated with post-HSCT developmental findings. Neurological complications were associated with receptive communication findings ($p=0.040$), although only three children had neurological complications. All children received individualized GMCD-based developmental support during hospitalization and at home, alongside reports facilitating access to social and economic support services.

Discussion

Developmental difficulties were common after HSCT, especially in expressive communication and gross movement. Newly identified difficulties in relating and play among children assessed at both time points suggest that social interaction and play deserve particular attention during early recovery. Recurrent infections, prolonged hospitalization, protective isolation, and restricted opportunities for interaction are plausible contributors, but this study cannot establish causality.
Lin et al. described reductions in developmental and adaptive scores during the first year after HSCT in 16 children with SCID [2]. In contrast, a multicenter Primary Immune Deficiency Treatment Consortium (PIDTC) study by Brumm et al. assessed 69 children with SCID aged 6–16 years more than five years after treatment and found average-range group neurodevelopmental performance; nevertheless, 22/69 (31.9%) had a clinically low score in at least one domain [3]. Thus, reassuring group averages do not exclude meaningful individual needs. A systematic review of long-term outcomes after HSCT for primary immunodeficiencies likewise emphasizes the breadth of late complications and the need for continued surveillance [4]. Unlike these predominantly longer-term evaluations, our study focuses on developmental monitoring and intervention in the first years of life, beginning before transplantation. Recommendations for long-term follow-up after HSCT for SCID also emphasize multidisciplinary surveillance [8].
Limitations include the small, heterogeneous cohort, retrospective design, missing pre-HSCT assessments for five children, variable assessment timing, and limited power for risk-factor analyses. The absence of statistically significant associations should not be interpreted as evidence of no effect.

Conclusion

Children with IEI undergoing HSCT need developmental care both before and after transplantation. Monitoring should begin before HSCT and continue through hospitalization and follow-up, with individualized, family-centered interventions integrated into routine pediatric immunology and transplant

care. It is clear that larger prospective studies with standardized assessment time points are needed to characterize the developmental course in these patients.

References

1. Titman P, Pink E, Skucek E, et al. Cognitive and behavioral abnormalities in children after hematopoietic stem cell transplantation for severe congenital immunodeficiencies. Blood. 2008;112(9):3907–3913. doi:10.1182/blood-2008-04-151332.
2. Lin M, Epport K, Azen C, Parkman R, Kohn DB, Shah AJ. Long-term neurocognitive function of pediatric patients with severe combined immune deficiency (SCID): pre- and post-hematopoietic stem cell transplant (HSCT). J Clin Immunol. 2009;29:231–237. doi:10.1007/s10875-008-9250-z.
3. Brumm VL, Kidd SA, Logan BR, et al. Neurodevelopmental outcomes following hematopoietic cell transplantation for patients with severe combined immunodeficiency (SCID): a PIDTC study. J Hum Immun. 2026;2(1):e20250163. doi:10.70962/jhi.20250163.
4. Grubliauskaitė G, Mulevičienė A, Rascon J. Late effects after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in patients with primary immunodeficiency. Front Immunol. 2026;17:1752700. doi:10.3389/fimmu.2026.1752700.
5. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. Pediatrics. 2008;121(3):e581–e589.
6. Ozturk Ertem I, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, et al. Validation of the International Guide for Monitoring Child Development demonstrates good sensitivity and specificity in four diverse countries. Acta Paediatr. 2019;108(6):1074–1086. doi:10.1111/apa.14661.
7. Ozalp Akin E, Akbas A, Atasoy SC, Kanatli MC, Ince Acici S, Mustafayev R, et al. Applicability of the Guide for Monitoring Child Development as a Telehealth Delivered Intervention During the Pandemic. Front Pediatr. 2022;10:884779. doi:10.3389/fped.2022.884779.
8. Heimall J, Puck J, Buckley R, et al. Recommendations for screening and management of late effects in patients with severe combined immunodeficiency after allogeneic hematopoietic cell transplantation: a consensus statement. Biol Blood Marrow Transplant. 2017;23(8):1229–1240. doi:10.1016/j.bbmt.2017.04.026.

Keywords: Inborn errors of immunity; hematopoietic stem cell transplantation; developmental monitoring; early intervention; family-centered care.

OP-15

Sustainability of a quality improvement initiative for antibiotic timing in febrile neutropenia: a six-year statistical process control analysis

Tuğçe Çağıran, Ahmet Ziya Birbilen, Leman Akcan Yıldız, Özlem Tekşam
Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Ankara

Introduction: Delayed empirical antibiotics in children with febrile neutropenia are associated with poor outcomes, and administration within 60 minutes of presentation is the widely used target. In a single-center cohort of 1,628 pediatric febrile neutropenia admissions, time to antibiotic of 61–120 minutes, compared with 60 minutes or less, was independently associated with a composite of intensive care admission, fluid resuscitation and in-hospital death (Fletcher, Hodgkiss et al. 2013), and achieving antibiotic delivery within 60 minutes reduced the need for intensive care (Salstrom, Coughlin et al. 2015). A systematic review found the evidence inconsistent and partly confounded by triage bias, as sicker children tend to be treated faster, but suggested an association between longer delays and impaired safety (Koenig, Schneider et al. 2020); the international pediatric guideline recommends starting empirical therapy as soon as possible in clinically unstable children (Lehrnbecher, Robinson et al. 2023). Time to antibiotic has therefore become a key quality indicator, and multidisciplinary quality improvement (QI) initiatives in pediatric emergency departments have repeatedly shortened it by standardizing triage and care processes and removing delays in ordering and administration (Volpe, Harrison et al. 2012, Burns, Hartenstein et al. 2019).

Most QI studies report short follow-up; whether gains persist, and which components of a multicomponent intervention sustain them, is rarely examined. A substantial proportion of improvement projects are no longer sustained one year after completion, and sustainment usually involves adaptation of the original intervention rather than unchanged delivery (Wiltsey Stirman, Kimberly et al. 2012, Chambers, Glasgow et al. 2013, Silver, McQuillan et al. 2016). Statistical process control, including run charts, allows improvement teams to distinguish a persistent change in performance from random variation over time and is therefore well suited to assessing sustainability (Perla, Provost et al. 2011). In 2019, our pediatric emergency department (PED) introduced a multicomponent QI pathway for febrile neutropenia. Using statistical process control, we evaluated whether the improvement in door-to-antibiotic time was sustained six years later and examined the process steps through which it was maintained.

Materials and Methods: Febrile neutropenia episodes in our tertiary PED were examined in three phases: pre-intervention (2015–2018, 86 episodes), initial post-intervention (2019, 60 episodes) and long-term follow-up (2025, 45 episodes in 39 children, identified from 106 screened presentations). Children with malignancy, fever (including at home) and an absolute neutrophil count (ANC) <500/mm^3 or expected to be falling below 500/mm^3 within 24 hours, were included; stem cell transplant recipients, transfers and episodes first assessed outside the PED were excluded. The pathway comprised direct PED referral and standardized triage; a dedicated specimen courier and no automatic re-testing of low counts; starting antibiotics without awaiting the blood count in children with recently documented neutropenia and without peripheral smear review; critical-value ANC reporting; a standardized antibiotic algorithm with pre-stocked drugs; no infection-control pre-approval; nurse administration immediately after the order; and staff training with case-based feedback. The primary outcome was time from triage to the first antibiotic dose. Process measures were times to physician assessment, blood sampling, blood count result and ward arrival, antibiotics within 60 and 120 minutes, and antibiotics given before the blood count result. Monthly medians were plotted on a run chart and episodes on an individual-value control chart,

with pre-intervention and 2019 medians and 2019 control limits extended to 2025. Phases were compared with non-parametric tests, the 2019–2025 median difference with 95% confidence interval (CI), and linear regression adjusted for hemoglobin, leukocyte and neutrophil counts (prespecified in the first study).

Results: Median door-to-antibiotic time was 127.5, 87.0 and 88.0 minutes in the pre-intervention, initial post-intervention and long-term follow-up phases, respectively (p<0.001; Table 1). The median difference between 2025 and 2019 was 1.0 minute (95% CI −23 to 19; p=0.87) and the adjusted difference 1.7 minutes (95% CI −16.5 to 19.8; p=0.86). On the run chart, all six 2019 monthly medians and nine of ten 2025 monthly medians lay below the pre-intervention median (128.0 minutes), meeting the criterion for a sustained shift; relative to the 2019 median (89.5 minutes), five 2025 monthly medians lay above and five below, with no shift or trend (Figure 1). On the control chart, no special-cause signal was detected against 2019 limits (mean 90 minutes in 2019, 92 in 2025). Antibiotics were given within 120 minutes in 44.2%, 85.0% and 71.1% of episodes (2019 vs 2025, p=0.095) and within 60 minutes in 14.0%, 23.3% and 28.9%. Intermediate steps lengthened from 2019 to 2025: physician assessment 3.0 to 8.0, blood sampling 15.0 to 22.0 and blood count result 58.5 to 96.0 minutes (all p<0.001). In contrast, antibiotics were administered before the blood count result in 20.0%, 18.5% and 51.1% of episodes (p<0.001). In 2025, physician-documented early start (18 episodes, 40.0%) was associated with a median of 56 versus 112 minutes; none of the 22 episodes with antibiotics after the blood count result reached 60 minutes. In 2025, no patient required intensive care unit admission and no in-hospital death occurred.

Discussion: Our findings suggest that quality improvement, once embedded in routine work rather than run as a time-limited project, can preserve its effect over years. Sustainability is defined as the continued delivery of an intervention and maintenance of its benefits after a defined period, while allowing the intervention to evolve (Moore, Mascarenhas et al. 2017); yet most organizational change is not maintained, and partial sustainment is the rule rather than the exception (Wiltsey Stirman, Kimberly et al. 2012, Silver, McQuillan et al. 2016). In our department, the reduction achieved in 2019 persisted six years later despite major structural disruption (PED renovation, a nine-month closure and subsequent reduced-capacity reopening of the oncology), and the pathway appears to have become part of everyday practice: the component that decouples the antibiotic decision from the laboratory was used more than twice as often as in 2019. This supports the view that improvement is sustained through adaptation to a changing context rather than strict fidelity to the original design (Chambers, Glasgow et al. 2013) and agrees with pediatric febrile neutropenia pathways that maintained timely antibiotic delivery over several years (Burns, Hartenstein et al. 2019, Gonzalez, Aristizabal et al. 2021).

Sustainment, however, is not passive. The lengthening of intermediate steps and the fall in antibiotic administration within 120 minutes from 85% to 71% show that parts of the process eroded when they were not actively monitored. Maintaining improvement requires continued team engagement, leadership support and data systems that keep performance visible (Dixon-Woods, McNicol et al. 2012, Silver, McQuillan et al. 2016). Febrile neutropenia pathways that sustained their gains relied on ongoing monitoring with regular audit and feedback (Gonzalez, Aristizabal et al. 2021), an approach that consistently improves professional practice (Ivers, Jamtvedt et al. 2012). We therefore suggest that improvement teams remain active after implementation, review outcome and process measures at predefined intervals, for example quarterly run or control charts of door-to-antibiotic time and its component steps and start new improvement cycles when special-cause signals or declining target attainment are detected (Chambers, Glasgow et al. 2013).

Limitations include the single-center, retrospective design and the absence of measurements between

2020 and 2024, which precludes assessment of performance during the interim years.
Conclusion: The reduction in door-to-antibiotic time was sustained six years later despite structural disruption and slower intermediate steps. It was associated with the component that decouples the antibiotic decision from the laboratory, used more than twice as often as in 2019, while laboratory-dependent steps eroded partly by construction, as the blood count result itself took longer time. The decline in antibiotic administration within 120 minutes warrants continued monitoring. Statistical process control may provide a useful framework for assessing the long-term sustainability of QI and detecting subsequent deterioration.
Keywords: febrile neutropenia, quality improvement, sustainability, statistical process control, pediatric emergency medicine

Table 1. Time intervals from triage by phase, median (IQR) unless stated

Interval from triage	Pre-intervention 2015–2018 (n=86)	2019 (n=60)	2025 (n=45)	p (3 phases)	p (2019 vs 2025)
Physician assessment (T1), min	3.0 (2.0–8.0)	3.0 (1.0–5.0)	8.0 (6.0–13.0)	<0.001	<0.001
Blood sampling (T2), min	20.0 (13.0–32.0)	15.0 (11.5–19.5)	22.0 (19.0–31.0)	<0.001	<0.001
Blood count result (T3), min	73.0 (56.0–97.0)	58.5 (47.5–75.8)	96.0 (63.0–120.0)	<0.001	<0.001
First antibiotic (T4), min	**127.5 (92.2–184.2)**	**87.0 (64.2–108.0)**	**88.0 (51.0–131.0)**	**<0.001**	**0.87**
Ward arrival (T5), min	234.0 (163.0–441.0)	182.5 (137.0–241.0)	1166.5 (468.8–2445.2)	<0.001	<0.001
Antibiotic ≤120 min, n/N (%)	38/86 (44.2)	51/60 (85.0)	32/45 (71.1)	<0.001	0.095
Antibiotic ≤60 min, n/N (%)	12/86 (14.0)	14/60 (23.3)	13/45 (28.9)	0.11	0.65
Antibiotic before blood count result, %	20.0	18.5	51.1	<0.001	0.001

IQR, interquartile range. Kruskal–Wallis, Mann–Whitney U, χ^2 or Fisher's exact test. T4 (door-to-antibiotic time) is the primary outcome.

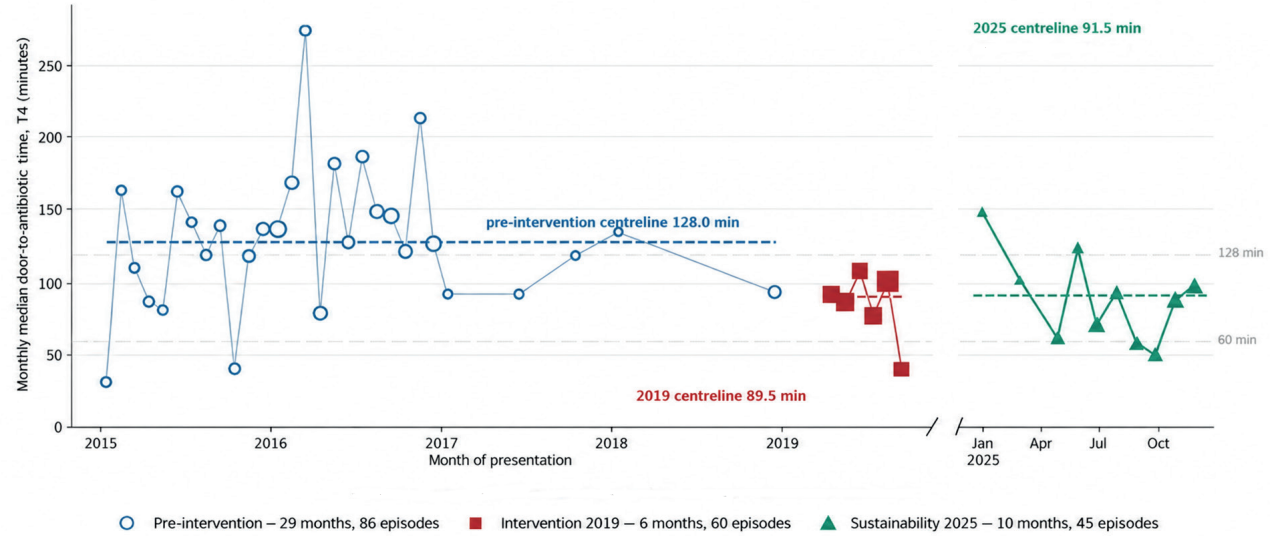


Figure 1. Run chart of monthly median door-to-antibiotic time in the pre-intervention (2015–2018), initial post-intervention (2019) and long-term follow-up (2025) phases. Dashed lines: centreline (median) of monthly medians. Marker area is proportional to the number of episodes; the x-axis is broken between 2019 and 2025.

References

Burns, B., M. Hartenstein, A. Lin, D. Langley, E. Burns, J. Heilman, M. Tanski, L. Stork and O. J. Ma (2019). "Optimizing Time to Antibiotic Administration in Children with Possible Febrile Neutropenia through Quality Improvement Methodologies." Pediatr Qual Saf **4**(6): e236.

Chambers, D. A., R. E. Glasgow and K. C. Stange (2013). "The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change." Implement Sci **8**: 117.

Dixon-Woods, M., S. McNicol and G. Martin (2012). "Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature." BMJ Qual Saf **21**(10): 876-884.

Fletcher, M., H. Hodgkiss, S. Zhang, R. Browning, C. Hadden, T. Hoffman, N. Winick and T. L. McCavit (2013). "Prompt administration of antibiotics is associated with improved outcomes in febrile neutropenia in children with cancer." Pediatr Blood Cancer **60**(8): 1299-1306.

Gonzalez, M. L., P. Aristizabal, A. Loera-Reyna, D. Torres, M. Ornelas-Sánchez, L. Nuño-Vázquez, M. Aguilera, A. Sánchez, M. Romano, R. Rivera-Gómez, G. Relyea, P. Friedrich and M. A. Caniza (2021). "The Golden Hour: Sustainability and Clinical Outcomes of Adequate Time to Antibiotic Administration in Children with

Cancer and Febrile Neutropenia in Northwestern Mexico." JCO Glob Oncol **7**: 659-670.
Ivers, N., G. Jamtvedt, S. Flottorp, J. M. Young, J. Odgaard-Jensen, S. D. French, M. A. O'Brien, M. Johansen, J. Grimshaw and A. D. Oxman (2012). "Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes." Cochrane Database Syst Rev **2012**(6): Cd000259.
Koenig, C., C. Schneider, J. E. Morgan, R. A. Ammann, L. Sung and B. Phillips (2020). "Association of time to antibiotics and clinical outcomes in patients with fever and neutropenia during chemotherapy for cancer: a systematic review." Support Care Cancer **28**(3): 1369-1383.
Lehrnbecher, T., P. D. Robinson, R. A. Ammann, B. Fisher, P. Patel, R. Phillips, M. P. Beauchemin, F. Carlesse, E. Castagnola, B. L. Davis, C. W. Elgarten, A. H. Groll, G. M. Haeusler, C. Koenig, M. E. Santolaya, W. J. E. Tissing, J. Wolf, S. Alexander, H. Hu, L. L. Dupuis and L. Sung (2023). "Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Pediatric Patients With Cancer and Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: 2023 Update." J Clin Oncol **41**(9): 1774-1785.
Moore, J. E., A. Mascarenhas, J. Bain and S. E. Straus (2017). "Developing a comprehensive definition of sustainability." Implement Sci **12**(1): 110.
Perla, R. J., L. P. Provost and S. K. Murray (2011). "The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes." BMJ Qual Saf **20**(1): 46-51.
Salstrom, J. L., R. L. Coughlin, K. Pool, M. Bojan, C. Mediavilla, W. Schwent, M. Rannie, D. Law, M. Finnerty and J. Hilden (2015). "Pediatric patients who receive antibiotics for fever and neutropenia in less than 60 min have decreased intensive care needs." Pediatr Blood Cancer **62**(5): 807-815.
Silver, S. A., R. McQuillan, Z. Harel, A. V. Weizman, A. Thomas, G. Nesrallah, C. M. Bell, C. T. Chan and G. M. Chertow (2016). "How to Sustain Change and Support Continuous Quality Improvement." Clin J Am Soc Nephrol **11**(5): 916-924.
Volpe, D., S. Harrison, F. Damian, P. Rachh, P. S. Kahlon, L. Morrissey, J. Mack, A. Akenroye and A. M. Stack (2012). "Improving timeliness of antibiotic delivery for patients with fever and suspected neutropenia in a pediatric emergency department." Pediatrics **130**(1): e201-210.
Wiltsey Stirman, S., J. Kimberly, N. Cook, A. Calloway, F. Castro and M. Charns (2012). "The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research." Implement Sci **7**: 17.

OP-16

Clinical Predictors of Pneumonia in Children Presenting to the Pediatric Emergency Department with Acute Asthma Exacerbation

Galen İncel[1], Ahmet Ziya Birbilen[2], Lemak Akcan Yıldız[2], Özlem Tekşam[2]

[1] Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Ankara, Türkiye

[2] Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Ankara, Türkiye

Introduction

Asthma exacerbation and pneumonia overlap clinically and radiographically, complicating diagnosis and potentially contributing to overdiagnosis in pediatric emergency care. Clinical findings may influence both the diagnosis of pneumonia and the interpretation of chest radiographs. Our primary aim was to identify clinical predictors of radiographic pneumonia in children presenting with acute asthma exacerbations. Our secondary aims were to assess agreement between pediatric residents and a pediatric emergency medicine (PEM) faculty member blinded to clinical findings in chest radiograph interpretation and to evaluate the discriminative performance of the Lipsett pneumonia risk score.

Materials and Methods

We retrospectively reviewed 285 visits by 244 patients aged 2–18 years with acute asthma during 2024–2025. Separate visits by the same patient were treated as distinct episodes. Demographic, clinical, and radiographic data, together with vital signs at presentation, were recorded. For hospitalized patients, the lowest SpO_2 and the highest heart rate, respiratory rate, and body temperature during the first 24 hours were additionally recorded. A PEM faculty member, blinded to clinical findings, classified radiographs according to WHO as normal, other (patchy) infiltrate, or consolidation. Consolidation was the primary radiographic outcome. Resident clinical and/or radiographic diagnoses were distinguished from standardized radiographic classifications.

For children aged 24–59 months, clinical pneumonia was assessed using WHO-IMCI–based age-specific criteria. The Lipsett score estimated pneumonia probability. Logistic regression, generalized estimating equations (GEE), Mann–Whitney U, Fisher's exact, Cohen's kappa, McNemar, and Cochran's Q tests were used. The principal SpO_2 model was adjusted for age and sex. GEE and an analysis restricted to first visits assessed the effect of repeated observations. Associations between focal examination findings and resident radiographic interpretations were explored separately. Denominators varied according to the availability of the assessments required for each analysis.

Figure 1. Representative chest radiographs according to WHO classification



A, normal; B, other (patchy) infiltrate; C, consolidation (paracardiac), the primary radiographic outcome.

Results

Pneumonia was diagnosed by pediatric residents based on clinical and/or radiographic findings in 88 of 285 visits (30.9%); one visit lacked a chest radiograph. Forty-four visits (15.4%) were hospitalized. Radiographs were obtained in 191 visits (67.0%); residents recorded a clinical and/or radiographic diagnosis

of pneumonia in 87 (45.5%), whereas blinded faculty review identified endpoint consolidation in 48 of 190 assessable radiographs (25.3%). In age groups 2–<5, 5–<12, and 12–18 years, faculty-confirmed endpoint consolidation occurred in 7/37 (18.9%), 29/115 (25.2%), and 12/38 (31.6%) radiographs, respectively; corresponding resident clinical and/or radiographic pneumonia diagnosis rates among radiographed visits were 19/37 (51.4%), 54/116 (46.6%), and 14/38 (36.8%).

Table 1. Clinical characteristics by radiographically confirmed pneumonia status

Clinical characteristic	Pneumonia (n=48)	No pneumonia (n=142)	p
Age, years	7.2 (5.6–12.2)	7.5 (5.8–10.9)	0.611
Male sex	27 (56.2%)	96 (67.6%)	0.166
Vital signs at presentation			
Heart rate, /min	128 (113–145)	125.5 (108.5–140)	0.181
Respiratory rate, /min	30 (24–35)[1]	28 (22.5–40)[2]	0.859
Oxygen saturation, %	95 (92–96)	96 (94.3–98)	<0.001
<92%	10 (20.8%)	7 (4.9%)	
92–95%	18 (37.5%)	50 (35.2%)	0.002
>95%	20 (41.7%)	85 (59.9%)	
Body temperature, °C	36.6 (36.1–37.2)	36.4 (36.0–37.0)	0.038
History and physical examination			
History of fever at home	16 (33.3%)	48 (33.8%)	1.000
Bilateral prolonged expiration/rhonchi	42 (87.5%)	133 (93.7%)	0.214
Focal prolonged expiration/rhonchi	6 (12.5%)	9 (6.3%)	0.214
Bilateral crackles	6 (12.5%)	10 (7.0%)	0.241
Focal crackles	5 (10.4%)	16 (11.3%)	1.000
Retractions	9 (18.8%)	17 (12.0%)	0.235
Unilateral decreased breath sounds	6 (12.5%)	6 (4.2%)	0.078
Lipsett risk group			
Low	16 (33.3%)	84 (59.2%)	
Moderate	30 (62.5%)	58 (40.8%)	<0.001
High	2 (4.2%)	0 (0.0%)	

Data are presented as median (interquartile range) or n (%). [1]n=17; [2]n=70. Oxygen saturation categories were compared using the chi-square test; Lipsett risk groups using the Fisher–Freeman–Halton exact test.

Within the 2–<5-year group, among 27 radiographed visits with sufficient data for WHO-IMCI assessment, residents identified endpoint consolidation in 11 (40.7%), 17 (63.0%) met WHO-IMCI clinical criteria, and faculty identified endpoint consolidation in 5 (18.5%) (Cochran's Q=10.8; p=0.005); resident–WHO-IMCI agreement was poor (κ=−0.272).

Among 190 chest radiographs independently evaluated by both residents and faculty, agreement was assessed using two classification approaches. In the three-category analysis (no radiographic abnormality, non-endpoint infiltrates, and endpoint consolidation), overall agreement was 50.0% (κ=0.201). When radiographs were dichotomized as endpoint consolidation present or absent, agreement was 69.5% (κ=0.290). Residents identified endpoint consolidation more frequently than faculty (35.8% vs. 25.3%; McNemar's exact p=0.012). These agreement analyses were based exclusively on radiographic findings and were independent of clinical pneumonia diagnoses.

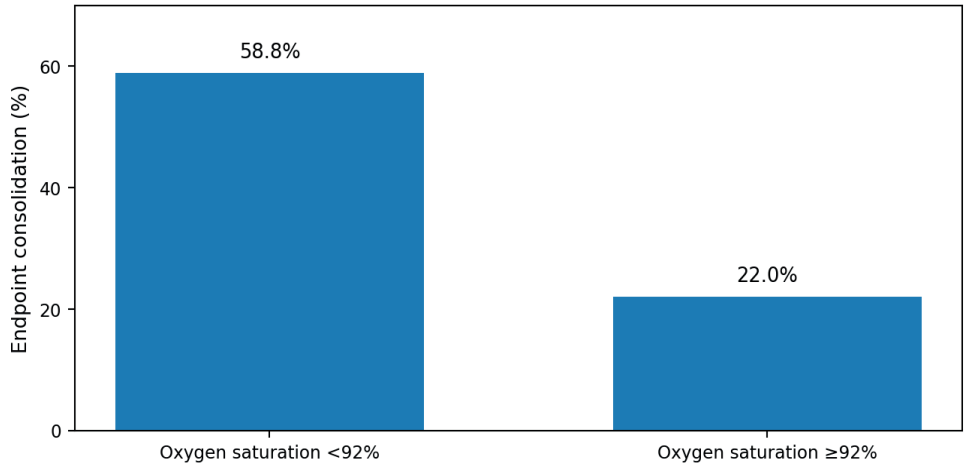
Radiographic endpoint consolidation occurred in 58.8% of visits with SpO_2 <92% versus 22.0% with SpO_2 ≥92%. Low saturation independently predicted endpoint consolidation after adjustment for age and sex (OR=5.18; 95% CI: 1.79–14.99; p=0.002). The model AUC was 0.625, with directionally consistent GEE and first-visit sensitivity analyses. Other focal physical examination findings were not significantly associated with the blinded outcome; few positive findings limited power. Specifically, consolidation occurred in 5/21 (23.8%) visits with focal rales versus 43/168 (25.6%) without focal rales (Fisher's p=1.000), and in 6/12

(50.0%) visits with unilateral decreased breath sounds versus 42/178 (23.6%) without this finding (Fisher's p=0.078).

In an exploratory analysis of 190 visits with available resident radiographic and examination assessments, focal rales were present in 16/88 (18.2%) visits classified by residents as having any infiltrate, compared with 5/102 (4.9%) without an infiltrate (Fisher's p=0.005). This association contrasted with the absence of an association between focal rales and the blinded consolidation outcome.

Lipsett risk percentage was associated with radiographic endpoint consolidation (OR=1.064 per one percentage-point increase; 95% CI: 1.031–1.099; p<0.001; AUC=0.676); rates were 35.6% in moderate-to-high risk and 16.0% in low risk.

Figure 2. Radiographic endpoint consolidation rates by oxygen saturation



Consolidation on blinded faculty review: 58.8% with oxygen saturation <92% and 22.0% with oxygen saturation ≥92%.

Table 2. Key associations with radiographic consolidation

Predictor / model	Odds ratio	95% CI	p
SpO_2 <92% (adjusted for age and sex)	5.18	1.79–14.99	0.002
Lipsett risk percentage (per 1 percentage-point increase)	1.064	1.031–1.099	<0.001

Estimates originate from separate models; the oxygen saturation model was adjusted for age and sex. AUC: oxygen saturation model, 0.625; Lipsett model, 0.676.

Conclusion

Radiographic pneumonia was less common than clinically suspected in children with acute asthma. SpO_2 <92% and higher Lipsett scores were associated with radiographic consolidation. Focal rales were associated with resident interpretation of infiltrates but not with blinded consolidation, suggesting a possible influence of clinical context on interpretation. Differences in reader experience and radiographic definitions prevent attribution of this discrepancy to clinical context alone. Low agreement supports targeted training and standardized radiograph interpretation, which may promote more consistent diagnostic and antibiotic decisions.

OP-17

Injuries Caused by Pointed Door Handles in the Pediatric Emergency Department

Bilgesu Akbıyık[1], Irmak Üstündağ Bayatlı[1], Furkan Çağrı Kavas[1], Beray Evli[1], Ayla Akca Çağlar[1], Okşan Derinöz Güleryüz[1]

[1]Division of Pediatric Emergency Medicine, Gazi University Faculty of Medicine

Introduction

Door-related injuries are an important cause of domestic injury and morbidity, particularly among young children. Most occur in boys and children younger than four years. The most common mechanisms are fingers or other body parts becoming trapped in a door and collisions with a door; amputations and lacerations are the most frequent injuries requiring treatment. Other reported injuries include degloving injuries, skin, tendon, and nerve damage from broken glass, nail avulsion, and amputation (1).

Depending on a child's age and height, household door handles can cause penetrating injuries at different anatomical sites, particularly the eye and periocular region and the upper extremities. Few cases have been reported in the literature. These injuries may result in loss of organ function that affects a child's social life (3).

This study aims to highlight the potentially serious consequences of injuries caused by household door handles in children and to discuss possible preventive measures.

Materials and Methods

The clinical records of ten patients who presented to a tertiary pediatric emergency department with door-handle-related injuries between November 2024 and May 2026 were reviewed retrospectively. Injury site, mechanism of injury, presenting symptoms, clinical findings, surgical procedures, treatments, and outcomes were examined.

Results

Nine of the ten patients were male. The median age was 97.5 months (77.25–157.25 months). Four injuries involved the upper extremities and six involved the eye or periocular region. The median age was 157.5 months in the upper-extremity injury group and 84 months in the ocular injury group.

Among patients with upper-extremity injuries, one underwent surgery for a major injury, two underwent suturing of lacerations longer than 5 cm, and one required no procedure.

Among patients with ocular or periocular injuries, one underwent surgery for eyelid and canalicular injury, and another underwent surgery after developing nasal conjunctival bullous changes and temporal subconjunctival hemorrhage. Periocular lacerations measuring approximately 1–2 cm were sutured in the remaining treated patients. The family of one patient declined treatment. No complications occurred. Patient characteristics are summarized in Tables 1 and 2.

Conclusion

Pointed household door handles, which children commonly encounter in their living environments, can cause penetrating injuries. Given differences in age and height, door handles may injure the head region in younger children and the upper extremities in older children. Serious penetrating injuries often occur when a child runs into and becomes caught on a door handle. Pointed door handles in homes and schools therefore pose a risk. Rounded-edge handles, pull-type handles, and child-safety mechanisms are recommended to help prevent these injuries. To our knowledge, this is the first case series in the literature addressing door-handle-related upper-arm injuries; it also includes ocular and periocular injuries.

References

1. Algaze I, Snyder AJ, Hodges NL, Smith GA. Children treated in United States emergency departments for door-related injuries, 1999-2008. Clin Pediatr (Phila). 2012 Mar;51(3):226-32. doi:10.1177/0009922811423308. Epub 2011 Oct 17. PMID: 22007038.

2. Singisetti K, Kokkinakis M, Shankar N. Penetrating injury of the hand with a door handle: a case report. J Med Case Rep. 2008 Dec 8;2:377. doi: 10.1186/1752-1947-2-377. PMID: 19063727; PMCID: PMC2615031.

3. Chaudhry IA, Al-Sharif AM, Shamsi FA, Elzaridi E, Al-Rashed W. Severe ocular injuries from pointed door

handles in children. Ophthalmology. 2005 Oct;112(10):1834-7. doi: 10.1016/j.ophtha.2005.04.028. PMID: 16102835.

OP-19

Pre-Intensive Care Treatment Approaches and Pediatric Intensive Care Unit Admission Thresholds in Acute Severe Asthma and Bronchiolitis: A Multicenter Cross-Sectional Pediatrician Survey

Tuğçe Bozkurt Mersin[1], Hilal Uçkaç[2]

[1] Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Department of Pediatric Intensive Care, Istanbul, Türkiye

[2] Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Department of Pediatrics, Istanbul, Türkiye

Corresponding author: Tuğçe Bozkurt Mersin, bozkurt.tugce@gmail.com

Abstract

Background: Acute severe asthma and acute viral bronchiolitis are leading causes of pediatric intensive care unit (PICU) admission. Treatment given in the emergency department or ward before transfer, and the timing of the transfer itself, may affect outcome. We aimed to describe pediatricians' pre-PICU treatment approaches, their PICU admission thresholds and the barriers they face during transfer.

Methods: This multicenter cross-sectional study used a 10-item online questionnaire distributed to pediatric residents and pediatricians in Türkiye. Data were analyzed descriptively.

Results: A total of 166 pediatricians responded; 66.3% were residents and 72.3% worked in a hospital with an active PICU. In severe asthma unresponsive to the first hour of standard treatment, 51.8% gave intravenous magnesium sulfate immediately, 39.8% gave it only after deciding on PICU admission and 8.4% did not use it. Intravenous salbutamol or aminophylline was never used by 61.4% and was reserved for the PICU by 33.7%. Before intubation, high-flow nasal cannula (HFNC) was the first choice of 76.5%, while 10.8% preferred direct intubation. In infants with bronchiolitis at the PICU threshold, nebulized salbutamol was tried by 79.5% and systemic corticosteroids by 54.8%, and only 11.4% gave supportive care alone. During HFNC, the indications chosen for PICU admission varied; recurrent apnea or lethargy was the most frequent (36.1%). PICU bed shortage and referral delay was the main transfer barrier (74.7%), and 62.7% found their residency training on respiratory support partly adequate or inadequate.

Conclusion: Pre-PICU practice differs from guideline recommendations. In severe asthma, almost half of pediatricians delay intravenous magnesium until the PICU decision or do not use it, and in bronchiolitis, bronchodilators and corticosteroids remain common. Standardized protocols, shared escalation criteria and simulation-based training may help close this gap.

Keywords: asthma, bronchiolitis, pediatric intensive care unit, high-flow nasal cannula, magnesium sulfate, survey

Introduction

Acute severe asthma and acute viral bronchiolitis are among the most common reasons for emergency visits and hospital admission in childhood, and both can progress quickly to respiratory failure. A considerable proportion of children with these conditions are admitted to the pediatric intensive care unit (PICU) [1,2]. Before PICU admission, most of these children are managed by general pediatricians in the emergency department or on the ward. International guidelines recommend intravenous magnesium sulfate for children with severe asthma who do not respond to initial inhaled bronchodilator and systemic

corticosteroid therapy [2,3]. Intravenous magnesium reduces hospital admission in this group and can be given safely outside the PICU [4]. In bronchiolitis, the evidence supports supportive care, and guidelines advise against routine use of salbutamol, epinephrine and systemic corticosteroids [1,5]. Nevertheless, earlier surveys have shown wide variation between guideline recommendations and daily practice [6].

The timing of PICU referral is also a clinical decision with practical consequences. Delayed transfer may lead to deterioration on the ward, while unnecessary admissions use limited PICU beds. In Türkiye, data on how general pediatricians treat these children before the PICU, and when they decide to refer them, are limited.

The aim of this study was to describe pediatricians' pre-PICU treatment approaches and PICU admission thresholds in acute severe asthma and bronchiolitis, and to identify the barriers they face during transfer and their training needs.

Materials and Methods

Study design and participants: This was a multicenter, cross-sectional, descriptive survey study. Pediatric residents, pediatric specialists and pediatric intensive care fellows or specialists working in Türkiye were eligible. Data were collected over a two-month period.

Questionnaire: The authors prepared a 10-item questionnaire based on current asthma and bronchiolitis guidelines [1,2,3,5]. It included three items on participant characteristics (professional title, type of institution and presence of an active PICU), three items on acute severe asthma (threshold for intravenous magnesium sulfate, approach to intravenous salbutamol or aminophylline, and first choice of respiratory support before intubation), two items on bronchiolitis (empirical treatments tried at the PICU threshold and the most critical indication for PICU admission during HFNC), one item on the most common difficulty during PICU transfer and one item on the adequacy of residency training. All items were single-choice except the bronchiolitis treatment item, which allowed multiple answers.

Data collection: The questionnaire was created with Google Forms and the link was shared through professional messaging groups and colleagues at different centers (snowball sampling). A short information text was shown at the beginning of the survey, and participation was voluntary and anonymous. No personal identifying data were collected.

Ethics: The study was approved by the Scientific Research Ethics Committee of Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital. The survey was anonymous and voluntary, and no personal or patient data were collected. Completion of the questionnaire was accepted as informed consent. The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki.

Statistical analysis: Responses were summarized as numbers and percentages. For the multiple-answer item, percentages were calculated over the total number of respondents, so their sum exceeds 100%. Only overall response counts were analyzed, and subgroup comparisons were not performed.

Results

Participants: A total of 166 pediatricians completed the survey. Residents made up 66.3% of the participants (year 1–2, 28.9%; year 3–4, 37.3%), followed by pediatric specialists (30.1%) and pediatric

intensive care fellows or specialists (3.6%). Half of the participants (51.2%) worked in a city or training and research hospital. One hundred twenty participants (72.3%) had an active PICU in their hospital, while 46 (27.7%) referred critically ill children to another center (Table 1).

Table 1. Characteristics of the participants (n=166)

Characteristic	n	%
Professional title		
Pediatric resident, year 3–4	62	37.3
Pediatric specialist	50	30.1
Pediatric resident, year 1–2	48	28.9
Pediatric intensive care fellow or specialist	6	3.6
Type of institution		
City hospital or training and research hospital	85	51.2
University hospital	53	31.9
State hospital	20	12.0
Private hospital	8	4.8
Active PICU in the hospital		
Yes	120	72.3
No, critically ill children are referred to another center	46	27.7

Acute severe asthma: When symptoms persisted after the first hour of standard inhaled bronchodilator and systemic corticosteroid therapy, 86 participants (51.8%) gave intravenous magnesium sulfate immediately in the emergency department or ward. Sixty-six (39.8%) gave it only after deciding on PICU admission or advanced monitoring, and 14 (8.4%) did not use it because of concern about hypotension or side effects, or limited experience. For refractory bronchospasm, 102 participants (61.4%) never used intravenous salbutamol or aminophylline, 56 (33.7%) thought these should be started only in the PICU, and 8 (4.8%) started them on the ward or in the emergency department with monitoring. When signs of respiratory fatigue developed, HFNC was the first choice of respiratory support before intubation for 127 participants (76.5%), followed by non-invasive ventilation for 21 (12.7%), while 18 (10.8%) preferred direct intubation (Table 2).

Table 2. Approaches in acute severe asthma (n=166)

Question and answer	n	%
Threshold for intravenous magnesium sulfate		
Immediately after no response to the first hour of treatment, in the emergency department or ward	86	51.8
Only after deciding on PICU admission or advanced monitoring	66	39.8
Not used because of hypotension or side effect concern, or limited experience	14	8.4
Intravenous salbutamol or aminophylline		
Never used	102	61.4

Question and answer	n	%
Only in the PICU because of arrhythmia and side effect risk	56	33.7
Started on the ward or in the emergency department with monitoring	8	4.8
First respiratory support before intubation		
High-flow nasal cannula	127	76.5
Non-invasive ventilation (BiPAP or CPAP)	21	12.7
Direct intubation	18	10.8

Bronchiolitis: For an infant with bronchiolitis at the PICU threshold, the most frequently tried treatment was nebulized salbutamol (79.5%), followed by systemic corticosteroids (54.8%), nebulized 3% hypertonic saline (45.8%), nebulized ipratropium bromide (38.6%) and nebulized epinephrine (34.9%). Only 19 participants (11.4%) gave supportive care alone. In an infant receiving HFNC, the indication chosen as most critical for PICU admission or escalation varied: recurrent apnea or altered consciousness (36.1%), worsening respiratory acidosis on blood gas (25.3%), FiO2 requirement above 60% (21.7%) and no improvement in respiratory rate and retraction scores after 2–4 hours (16.9%) (Table 3).

Table 3. Approaches in bronchiolitis (n=166)

Question and answer	n	%
Empirical treatments tried at the PICU threshold (multiple answers)		
Nebulized salbutamol	132	79.5
Systemic corticosteroid (intravenous or oral)	91	54.8
Nebulized 3% hypertonic saline	76	45.8
Nebulized ipratropium bromide	64	38.6
Nebulized epinephrine	58	34.9
None (supportive care only)	19	11.4
Most critical indication for PICU admission during HFNC		
Recurrent apnea or altered consciousness or lethargy	60	36.1
Worsening respiratory acidosis (pH <7.25 and pCO2 >55–60 mmHg)	42	25.3
FiO2 requirement above 60% to reach oxygen targets	36	21.7
No improvement in respiratory rate and retraction scores after 2–4 hours	28	16.9

Transfer and training: The most common difficulty during PICU transfer was PICU bed shortage and delays in coordinating referral to another center (124 participants, 74.7%). Other difficulties were disagreement between clinics about admission indications and timing (32 participants, 19.3%), insufficient staff or nurse support during stabilization (6, 3.6%) and lack of monitoring or respiratory support devices on the ward (4, 2.4%). Sixty-two participants (37.3%) found their residency training on PICU thresholds and advanced respiratory support adequate and 36 (21.7%) found it partly adequate. The largest group, 68 participants (41.0%), found it inadequate and suggested adding simulation and hands-on workshops to the curriculum (Table 4).

Table 4. Transfer difficulties and training (n=166)

Question and answer	n	%
Most common difficulty during PICU transfer		
PICU bed shortage and referral delays	124	74.7
Disagreement between clinics on admission indication and timing	32	19.3
Insufficient staff or nurse support during stabilization	6	3.6
Lack of monitoring or respiratory support devices on the ward	4	2.4
Adequacy of residency training on respiratory failure and advanced respiratory support		
Adequate	62	37.3
Partly adequate; more bedside training is needed	36	21.7
Inadequate; simulation and workshops should be added	68	41.0

PICU, pediatric intensive care unit; HFNC, high-flow nasal cannula; BiPAP, bilevel positive airway pressure; CPAP, continuous positive airway pressure; FiO2, fraction of inspired oxygen.

Discussion

This survey of 166 pediatricians shows that pre-PICU management of acute severe asthma and bronchiolitis differs in important ways from current guidelines. The two clearest gaps were the delayed or absent use of intravenous magnesium sulfate in asthma and the frequent use of bronchodilators and corticosteroids in bronchiolitis.

In severe asthma, intravenous magnesium sulfate is recommended when there is no adequate response to initial treatment, and it reduces hospital admission without serious adverse effects [2,3,4]. In our study, 39.8% of pediatricians gave it only after deciding on PICU admission and 8.4% did not use it at all, so almost half (48.2%) delayed or withheld this treatment. In a setting where PICU beds are limited, this delay may mean that children who could improve on the ward are referred, or that effective treatment is postponed while waiting for a bed. Earlier administration in the emergency department or ward may therefore be a simple and important target for improvement.

Most participants either never used intravenous salbutamol or aminophylline (61.4%) or reserved them for the PICU (33.7%). The evidence for these drugs is weaker, and they carry a risk of arrhythmia, vomiting and other adverse effects [7]. This cautious approach is therefore reasonable outside the PICU. For respiratory support before intubation, HFNC was clearly preferred (76.5%), which reflects its wide availability and ease of use on the ward, although evidence for HFNC in pediatric asthma is still limited. Notably, one in ten participants (10.8%) would proceed directly to intubation without a trial of non-invasive support.

In bronchiolitis, guidelines recommend supportive care and advise against routine salbutamol, epinephrine and systemic corticosteroids [1,5]. Systematic reviews have not shown a meaningful benefit of bronchodilators, corticosteroids or nebulized epinephrine on admission or length of stay [8,9,10], and the benefit of hypertonic saline is limited and inconsistent [11]. In contrast, 79.5% of our participants tried salbutamol, more than half (54.8%) tried systemic corticosteroids, and only 11.4% gave supportive care alone. Our question concerned a severely ill infant at the PICU threshold, and this situation may lead clinicians to “try everything”. Still, these treatments add workload and side effect risk without proven benefit, and they may delay appropriate respiratory support.

The indications chosen for PICU admission during HFNC varied widely, and no single criterion was chosen by more than about one third of participants. Recurrent apnea or lethargy was the most frequent answer (36.1%), while objective criteria such as worsening blood gas (25.3%) or FiO2 above 60% (21.7%) were chosen less often. A large randomized trial of HFNC in bronchiolitis used predefined escalation criteria based on heart rate, respiratory rate and oxygen requirement [12]. Clear, shared escalation criteria may help both ward and PICU teams to make faster and more consistent decisions.

PICU bed shortage and referral delays were by far the most common transfer difficulty (74.7%). This finding highlights the importance of effective stabilization on the ward and in the emergency department while waiting for a bed. Disagreement between clinics on admission timing (19.3%) also suggests that joint protocols between pediatric and PICU teams are needed. Nearly two thirds of participants (62.7%) found their training on this topic partly adequate or inadequate. As two thirds of the respondents were residents,

this mainly reflects the views of current trainees, and simulation and hands-on workshops may meet this need.

Limitations: The survey was distributed through snowball sampling, so the results may not represent all pediatricians in Türkiye, and a response rate could not be calculated. Two thirds of the respondents were residents and most worked in hospitals with a PICU. The survey measured reported preferences, not actual practice. Most questions allowed only one answer, which may not reflect the full clinical reasoning. Only overall response counts were analyzed, so subgroup comparisons, for example between residents and specialists or between hospitals with and without a PICU, were not performed.

Conclusion

Pediatricians' pre-PICU management of acute severe asthma and bronchiolitis does not fully follow current guidelines. In asthma, almost half of pediatricians delay intravenous magnesium until the PICU decision or do not use it, and in bronchiolitis, salbutamol and systemic corticosteroids are still widely used. Because PICU beds are limited, effective stabilization outside the PICU is essential. Standardized national protocols, clear escalation criteria and simulation-based training during residency may help close this gap.

References

1. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics. 2014;134(5):e1474-e1502.
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025 update. Available from: www.ginasthma.org
3. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 158: British guideline on the management of asthma. Edinburgh: SIGN; 2019.
4. Griffiths B, Kew KM. Intravenous magnesium sulfate for treating children with acute asthma in the emergency department. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD011050.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline NG9. London: NICE; 2015 (updated 2021).
6. Babl FE, Sheriff N, Borland M, Acworth J, Neutze J, Krieser D, et al. Paediatric acute asthma management in Australia and New Zealand: practice patterns in the context of clinical practice guidelines. Arch Dis Child. 2008;93(4):307-312.
7. Mitra A, Bassler D, Goodman K, Lasserson TJ, Ducharme FM. Intravenous aminophylline for acute severe asthma in children over two years receiving inhaled bronchodilators. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001276.
8. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001266.
9. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD004878.
10. Hartling L, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Johnson DW, Plint AC, et al. Epinephrine for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6):CD003123.

11. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12:CD006458.

12. Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, Oakley E, Craig S, Neutze J, et al. A randomized trial of high-flow oxygen therapy in infants with bronchiolitis. N Engl J Med. 2018;378(12):1121-1131.

OP-20

Screen Time, Bedtime Resistance, and Self-Regulation in Preschool Children

Introduction

Self-regulation develops rapidly during the preschool years and supports children's ability to direct attention, retain information, and manage emotions and behavior [1]. Alongside these emerging skills, sleep is an important aspect of early childhood functioning. The increasing presence of screens in children's daily lives has prompted interest in how screen use relates to both self-regulation and sleep [2].

Previous studies have reported associations between longer screen exposure and poorer self-regulation in preschool children. A Turkish study of children aged 4–6 years found that greater screen exposure was associated with lower self-regulation scores and greater sleep-onset delay [3]. Similarly, a prospective Canadian study linked higher screen-time trajectories during the preschool years to poorer inhibitory control and effortful control [4]. Evidence concerning sleep is less consistent. A systematic review of children younger than five years reported generally unfavorable associations between screen time and sleep, although evidence certainty was very low and pooled findings were not significant among preschoolers [5].

Bedtime resistance provides a relevant context for examining sleep-related behaviors alongside self-regulation. Preparing for bed involves stopping ongoing activities, managing emotional responses, and following routines. Difficulties with these demands may be reflected in both bedtime behavior and parent-reported self-regulation. This study examined the associations of daily screen time with self-regulation skills and bedtime resistance in children aged 4–6 years, as well as the relationship between bedtime resistance and self-regulation.

Materials and Methods

This cross-sectional study included 51 children aged 4–6 years without chronic diseases or neurodevelopmental disorders. Participants were recruited through convenience sampling. Mothers who agreed to participate completed an online parent-report questionnaire. Daily screen time (minutes/day), time between screen cessation and bedtime, and bedroom screen-device availability were recorded. Sleep habits were assessed with the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), including its bedtime resistance subscale [6,7]. Self-regulation was assessed with the Self-Regulation Skills Scale for 4–6-Year-Old Children–Mother Form, comprising attention, working memory, inhibitory control–emotion, and inhibitory control–behavior domains [6]. Higher CSHQ scores indicate more sleep-related difficulties; higher self-regulation scores indicate better skills.

Continuous data are presented as median (interquartile range [IQR]) and categorical data as n (%). Spearman rank correlations examined associations between screen time, bedtime resistance, and self-regulation. Mann–Whitney U tests compared children with <60 versus ≥60 minutes/day of screen time. The 60-minute threshold was consistent with established pediatric screen-use recommendations, including the American

Academy of Pediatrics' 2016 guidance for children aged 2–5 years and the World Health Organization's 2019 recommendations for children aged 3–4 years [2,9]. Available-case analyses were used; sample sizes therefore vary.

Results: Of 51 children, 29 (56.9%) were boys. Median daily screen time was 90 (IQR: 90) minutes, and median interval between screen cessation and bedtime was 60 (IQR: 90) minutes. Median CSHQ total and bedtime resistance scores were 47 (IQR: 9.75) and 11 (IQR: 4), respectively. Median total self-regulation score was 82 (IQR: 11.75). Additional characteristics are shown in Table 1.Longer screen time correlated with lower total self-regulation scores (n=46, ρ=−0.403, p=0.005) and greater bedtime resistance (n=48, ρ=0.419, p=0.003). Bedtime resistance correlated negatively with total self-regulation scores (n=44, ρ=−0.307, p=0.042). Screen time was negatively correlated with attention (n=49, ρ=−0.425, p=0.002), working memory (n=49, ρ=−0.329, p=0.021), and inhibitory control–behavior (n=48, ρ=−0.446, p=0.001), but not with inhibitory control–emotion (n=47, ρ=−0.212, p=0.152). Children with <60 minutes/day of screen time had higher total self-regulation scores than those with ≥60 minutes/day (96 [13.5] vs. 81 [9]; U=43.0, p<0.001) (Table 2).

Discussion: The principal findings were that longer daily screen time was associated with lower self-regulation scores and greater bedtime resistance. Children with less than 60 minutes of daily screen time also had higher overall self-regulation scores, particularly in attention, working memory, and behavioral inhibitory control. Bedtime resistance was negatively associated with total self-regulation, suggesting that difficulties in these areas may coexist.

Our findings are consistent with those of another study from our country, which also reported an association between greater screen exposure and poorer self-regulation in preschool children [3]. However, their prominent sleep finding concerned sleep-onset delay among children with more than four hours of screen exposure, whereas our principal sleep-related association concerned bedtime resistance. Although both concern difficulties surrounding bedtime, they represent distinct aspects of sleep behavior. The prospective Canadian study by Fitzpatrick et al. linked higher screen-time trajectories at ages 3.5–5.5 years to differences in executive functioning, particularly inhibitory control and effortful control [4]. Our findings concerning attention and behavioral inhibitory control are broadly consistent with these findings, although our cross-sectional parent-report design cannot establish temporal order or causality. Children with more difficulty regulating behavior might also be more likely to engage in prolonged screen use. Beyond screen duration, the content and context of screen use, including parental co-viewing, may also influence developmental outcomes. The American Academy of Pediatrics' 5 Cs of Media Use framework emphasizes considering the individual child, media content, its use for emotional regulation, the activities it may displace, and parent–child communication when providing screen-use guidance [10]. Sleep findings in the wider literature are heterogeneous. Janssen et al. found generally unfavorable associations but emphasized very low evidence certainty and nonsignificant pooled findings among preschoolers [5]. A systematic review by Merín et al. described links between excessive screen exposure,

sleep patterns, and behavioral or cognitive difficulties in preschool children [11]. More recently, a within-person meta-analysis by Bourke et al. found only a small association of daily screen use with later sleep onset and no consistent associations with several other sleep outcomes [12]. Because that review included ages 3–25 years and examined day-to-day changes within individuals, its estimates are not directly comparable with our between-child associations. Together, these studies argue against assuming that screen exposure relates equally to all sleep dimensions.

The negative association between bedtime resistance and self-regulation may reflect overlapping behavioral demands: bedtime transitions require children to disengage from activities and follow routines. This interpretation is exploratory; shared family routines, child temperament, and other unmeasured factors may contribute to both outcomes. Important limitations include the small convenience sample, unequal screen-time groups (only nine children in the <60-minute group for self-regulation comparisons), parent-reported measures, missing responses, and lack of adjustment for potential confounders. The 60-minute comparison should therefore be considered supportive of, rather than a substitute for, the continuous correlation analyses.

Conclusion: In preschool children, longer daily screen time was associated with poorer self-regulation and greater bedtime resistance, with associations particularly evident for attention and behavioral inhibitory control. Given the cross-sectional design, it remains unclear whether greater screen exposure precedes self-regulation difficulties or whether children with existing regulatory difficulties tend to engage in more screen use. From a clinical perspective, pediatricians should assess screen-use habits in children presenting with sleep or behavioral regulation difficulties and, conversely, inquire about sleep and self-regulation in children with prolonged screen exposure. Larger longitudinal studies are needed to clarify these relationships and the potential role of family and bedtime routines.

Table 1. Participant characteristics and descriptive statistics

Variable	Value
Participant characteristics	
Male sex, n (%)	29 (56.9)
Maternal university education, n (%)	41 (80.4)
Paternal university education, n (%)	39 (76.5)
Screen and sleep characteristics	
Daily screen time, min/day	90 (90)
Screen cessation before bedtime, min	60 (90)
Screen device in bedroom, n (%)	3/50 (6.0)
Own bedroom, n (%)	43/51 (84.3)
CSHQ scores	
CSHQ total	47 (9.75)
Bedtime resistance	11 (4)
Sleep-onset delay	1 (0.25)
Sleep duration	3 (2)
Sleep anxiety	8 (3)
Night wakings	5 (3)
Parasomnias	8 (2)
Sleep-disordered breathing	3 (0)
Daytime sleepiness	12 (4)
Self-regulation scores	
Self-regulation total	82 (11.75)
Attention	24 (5)
Working memory	23 (5)
Inhibitory control–emotion	23 (5)
Inhibitory control–behavior	14 (4)

Values are n (%) or median (IQR); available-case denominators vary.

Table 2. Self-regulation scores according to daily screen time

Outcome	<60 min/day, median (IQR), n	≥60 min/day, median (IQR), n	U	p
Self-regulation total	96 (13.5), 9	81 (9), 37	43.0	<0.001
Attention	28 (3.5), 9	24 (4.75), 40	58.5	0.002
Working memory	25 (1), 9	23 (5), 40	83.5	0.010
Inhibitory control–emotion	25 (3.5), 9	21.5 (5), 38	83.5	0.017
Inhibitory control–behavior	19 (5), 9	13 (4), 39	44.5	<0.001

Mann–Whitney U tests

References

1. Blair C, Raver CC. School readiness and self-regulation: A developmental psychobiological approach.

Annu Rev Psychol. 2015;66:711–731. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015221.

2. Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics.* 2016;138(5):e20162591. doi:10.1542/peds.2016-2591.

3. Özdemir Ç, Keleş S. The relationship of screen exposure with sleep quality and self-regulation skills in preschool children. *Turk J Pediatr Dis.* 2023;17(4):285–290. doi:10.12956/tchd.1220617.

4. Fitzpatrick C, Florit E, Lemieux A, Garon-Carrier G, Mason L. Associations between preschooler screen time trajectories and executive function. *Acad Pediatr.* 2025;25(2):102603. doi:10.1016/j.acap.2024.102603.

5. Janssen X, Martin A, Hughes AR, et al. Associations of screen time, sedentary time and physical activity with sleep in under 5s: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2020;49:101226.

6. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 2000;23:1043–1051.

7. Perdahlı Fiş N, Arman A, Ay P, et al. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2010;11:151–160.

8. Erol A, İvrendi A. 4–6 yaş çocuklarına yönelik öz-düzenleme becerileri ölçeğinin geliştirilmesi (anne formu). *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2018;44:178–195.

9. World Health Organization. *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.* Geneva: World Health Organization; 2019.

10. American Academy of Pediatrics. Kids & screen time: 5 C's questions for toddlers & preschoolers [Internet]. HealthyChildren.org; 2024. Available from: https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/kids-and-screen-time-5-cs-questions-for-toddlers-and-preschoolers.aspx

11. Merín L, Toledano-González A, Fernández-Aguilar L, et al. Evaluation of the association between excessive screen use, sleep patterns and behavioral and cognitive aspects in preschool population: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024;33:4097–4114.

12. Bourke M, Maddren CI, Sippel F, Thomas G. Within-person association between daily screen use and sleep in youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2026;180(5):500–509. doi:10.1001/jamapediatrics.2025.6490.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

OP-21

Duodenal Bulb Biopsy Yield, Serology and Age-Specific Iron Status in Pediatric Celiac Disease: A Single-Center Cohort of 87 Children

Dilek Güler[1], Birol Öztürk[1], Lana Timuroğlu[1]

[1]Department of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Health Sciences, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, Istanbul, Türkiye

Background and Aims

ESPGHAN guidelines allow celiac disease (CD) to be diagnosed without biopsy in children with anti-tissue transglutaminase IgA (anti-tTG IgA) ≥10× the upper limit of normal (ULN) and positive endomysial antibodies (EMA), and this approach has a positive predictive value above 99% (1, 2). Many children, however, still undergo endoscopy because of lower titers, IgA deficiency or an atypical course. Since enteropathy can be patchy, ESPGHAN recommends at least four distal duodenal biopsies and at least one bulb biopsy (1), and bulb-limited atrophy has been described in several series (3, 4). Villous atrophy also impairs proximal absorption of iron, folate and vitamin D (5). We aimed to compare bulb and distal duodenal histology, to quantify the extra yield of bulb biopsies, and to describe anemia, iron and micronutrient status at diagnosis.

Methods

Study design and patients. This retrospective cohort study was carried out in the Department of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition at Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, Istanbul. Medical records, endoscopy reports and pathology archives of children (<18 years) evaluated for CD between January 2020 and December 2025 were reviewed. Of 121 records, 25 with missing endoscopic or laboratory data and 9 with Marsh 0–1 bulb histology were excluded, leaving 87 children with Marsh ≥2 enteropathy on paired bulb and distal duodenal biopsies.

Definitions. Anemia was defined according to WHO as hemoglobin <11.0 g/dL at 6 months–4.9 years, <11.5 g/dL at 5–11.9 years, <12.0 g/dL at 12–14.9 years and in girls ≥15 years, and <13.0 g/dL in boys ≥15 years (6). Iron deficiency (ID) was defined as ferritin <12 ng/mL under 5 years and <15 ng/mL from 5 years onward (7). Because ferritin rises with inflammation, a threshold of <30 ng/mL was also examined. Iron deficiency anemia (IDA) meant anemia with low ferritin, and latent ID meant low ferritin with normal hemoglobin. Vitamin D deficiency and insufficiency were defined as 25(OH)D <20 and <30 ng/mL, folate deficiency as <5 ng/mL, and vitamin B12 deficiency as <200 pg/mL (5).

Statistics. Analyses were performed with IBM SPSS Statistics v26.0 and Python 3.12. Continuous variables are given as mean ± SD or median (IQR) and categorical variables as n (%). Agreement between sites was assessed by exact concordance, unweighted and linear-weighted Cohen's κ, and the Wilcoxon signed-rank test. Children with and without villous atrophy in the distal duodenum (Marsh 3 vs. Marsh 0–2) were compared with the Mann–Whitney U, χ^2 or Fisher's exact tests, with odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI). Correlations were assessed with Spearman's ρ. A two-sided p <0.05 was considered significant.

Results

Patient characteristics. The cohort included 60 girls (69.0%) and 27 boys (31.0%), a female-to-male ratio of 2.2:1. Mean age at diagnosis was 9.78 ± 3.93 years (median 9.13 years; range 2.2–17.6), with no difference between sexes. Among the 64 children with a documented presenting complaint, growth failure or short stature was most common (42.2%), followed by recurrent abdominal pain (17.2%), chronic diarrhea (10.9%), screening of asymptomatic high-risk children (6.3%) and constipation (4.7%). Type 1 diabetes was present in 4.6% and selective IgA deficiency in 3.4%.

Serology. Anti-tTG IgA was available for 82 children: 64 (78.0%) had titers ≥10×ULN, 16 (19.5%) had lower positive titers and 2 (2.4%) were IgA deficient. EMA was positive in 89.2%, with strong (3+/4+) reactivity in 49.4%. Among children with titers ≥10×ULN, Marsh 3 atrophy was present in 98.4% of bulb and 92.2% of distal biopsies (Table 1, Figure 3A).

Table 1. Clinical and laboratory characteristics at diagnosis (N = 87)

Parameter	n tested	Value
Female, n (%)	87	60 (69.0)
Age at diagnosis, years, median (IQR)	87	9.13 (6.95–12.70)
Growth failure / abdominal pain / diarrhea, n (%)	64	27 (42.2) / 11 (17.2) / 7 (10.9)
Type 1 diabetes / selective IgA deficiency, n (%)	87	4 (4.6) / 3 (3.4)
Anti-tTG IgA ≥10×ULN, n (%)	82	64 (78.0)
EMA-IgA positive, n (%)	83	74 (89.2)
Anemia (WHO), n (%)	86	19 (22.1)
Ferritin, ng/mL, median (IQR)	60	13.85 (6.97–21.50)
Iron deficiency (<12/<15 ng/mL) / ferritin <30 ng/mL, n (%)	60	33 (55.0) / 52 (86.7)
Iron deficiency anemia / latent iron deficiency, n (%)	60	11 (18.3) / 22 (36.7)
25(OH)D <20 ng/mL / <30 ng/mL, n (%)	48	34 (70.8) / 45 (93.8)
Folate <5 ng/mL, n (%)	46	12 (26.1)
Vitamin B12 <200 pg/mL, n (%)	55	6 (10.9)
Chronic gastritis / H. pylori, n (%)	87	63 (72.4) / 10 (11.5)

anti-tTG, anti-tissue transglutaminase; EMA, endomysial antibody; ULN, upper limit of normal; 25(OH)D, 25-hydroxyvitamin D.

Bulb versus distal duodenum. Villous atrophy (Marsh 3A–3C) was present in 97.7% of bulb biopsies (3A 25.3%, 3B 47.1%, 3C 25.3%) and in 92.0% of distal biopsies (3A 25.3%, 3B 47.1%, 3C 19.5%). The two sites showed the same grade in 73 children (83.9%; $\kappa = 0.758$, $p < 0.001$; linear-weighted $\kappa = 0.720$), indicating substantial agreement. The grades differed in 14 children (16.1%). Five (5.7%) had diagnostic atrophy in the bulb only, while the distal duodenum was Marsh 0 (n = 2), Marsh 1 (n = 2) or Marsh 2 (n = 1). Of the nine children with atrophy at both sites but different grades, eight had the more severe lesion in the bulb (Table 2, Figure 1). Mean bulb scores were therefore higher than distal scores (3.95 ± 0.78 vs. 3.71 ± 1.04; Wilcoxon $p = 0.002$). Had only distal biopsies been taken, atrophy would have been missed in 5.7% of children and under-graded in another 9.2%.

Table 2. Marsh grades in the duodenal bulb (rows) versus the distal duodenum (columns)

Bulb \ Distal	Marsh 0	Marsh 1	Marsh 2	Marsh 2A	Marsh 3A	Marsh 3B	Marsh 3C	Total
Marsh 2	0	0	**1**	0	0	0	0	1
Marsh 2A	0	0	0	**1**	0	0	0	1
Marsh 3A	1	1	1	0	**19**	0	0	22
Marsh 3B	1	0	0	0	3	**36**	1	41
Marsh 3C	0	1	0	0	0	5	**16**	22
Total	**2**	**2**	**2**	**1**	**22**	**41**	**17**	**87**

Blue: same grade at both sites (73/87, 83.9%). Red: atrophy confined to the bulb (5/87, 5.7%).

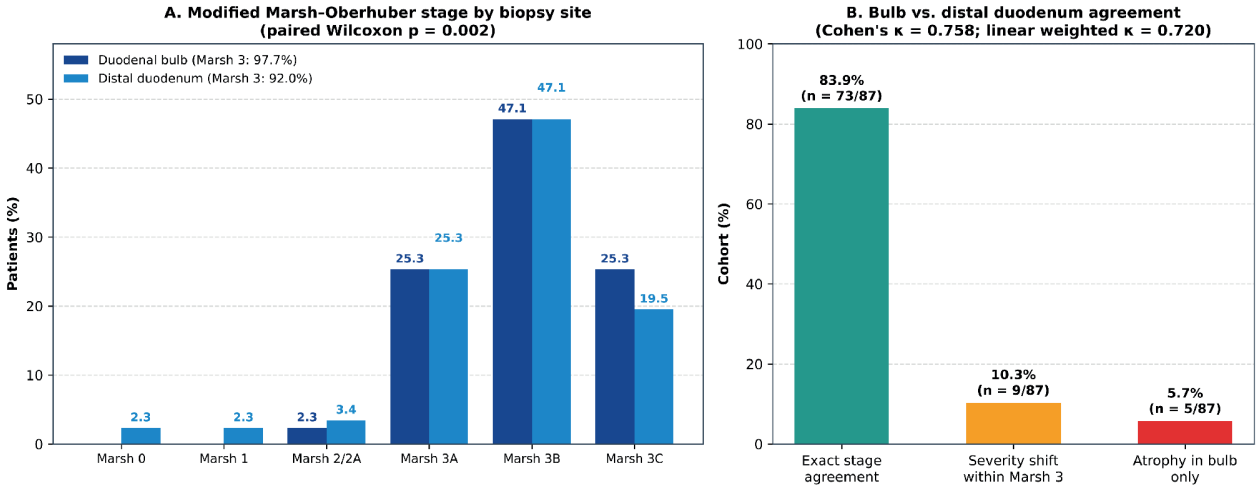


Figure 1. (A) Modified Marsh–Oberhuber grades in the duodenal bulb and distal duodenum. (B) Agreement between the two sites and proportion with atrophy confined to the bulb.

Anemia and iron status. Using WHO criteria, 22.1% of children were anemic, with similar rates under 5 years (25.0%), at 5–11.9 years (20.8%) and at ≥12 years (24.0%). Mean MCV was 79.8 ± 6.7 fL and 21.7% had microcytosis. Ferritin was available for 60 children (median 13.85 ng/mL); 55.0% were iron deficient by age-specific cut-offs and 86.7% had ferritin below 30 ng/mL. IDA was present in 18.3%, accounting for 11 of the 13 anemic children with a ferritin result, while 36.7% had latent iron deficiency despite a normal hemoglobin.

Iron status and atrophy severity. Ferritin results were available for 54 of the 80 children with distal villous atrophy (Marsh 3) and 6 of the 7 without (Marsh 0–2). Children with atrophy had a lower median ferritin (12.0 vs. 18.5 ng/mL; $p = 0.22$) and were more often iron deficient (59.3% vs. 16.7%; $p = 0.081$), but these differences did not reach statistical significance, most likely because the non-atrophic group was small. Anemia, hemoglobin, folate and vitamin D did not differ significantly between the groups (Table 3, Figure 2). Ferritin correlated moderately with hemoglobin ($\rho = 0.42$, $p < 0.001$) and with folate ($\rho = 0.41$, $p = 0.006$), and hemoglobin correlated with MCV ($\rho = 0.54$, $p < 0.001$).

Other micronutrients and gastric findings. Median 25(OH)D was 17.8 ng/mL; 70.8% of children were deficient and 93.8% were below 30 ng/mL. Folate was low in 26.1% and vitamin B12 in 10.9%. No parameter differed between girls and boys. Chronic gastritis was present in 72.4% of children; *H. pylori* was identified in 11.5%, so 84.1% of gastritis cases were *H. pylori*-negative. Reactive foveolar hyperplasia and reflux esophagitis were each seen in 3.4% (Figure 3B).

Table 3. Iron status and micronutrients in children with and without distal duodenal villous atrophy

Parameter	Marsh 3 (n = 80)	Marsh 0–2 (n = 7)	p
Ferritin, ng/mL, median (IQR)	12.0 (6.5–22.5) [54]	18.5 (15.8–19.3) [6]	0.22
Iron deficiency, n (%)	32/54 (59.3)	1/6 (16.7)	0.081*
Hemoglobin, g/dL, median (IQR)	12.5 (11.8–12.9) [79]	12.0 (11.6–12.8) [7]	0.63
Folate, ng/mL, median (IQR)	7.3 (4.2–10.7) [42]	9.8 (8.4–13.2) [4]	0.32
25(OH)D, ng/mL, median (IQR)	17.4 (10.0–20.9) [45]	23.0 (21.0–30.0) [3]	0.061

Values are median (IQR) [number tested] unless stated; groups defined by distal duodenal histology. p values from the Mann–Whitney U test; *Fisher's exact test. Anemia (WHO): 18/79 (22.8%) vs. 1/7 (14.3%), p = 1.00.

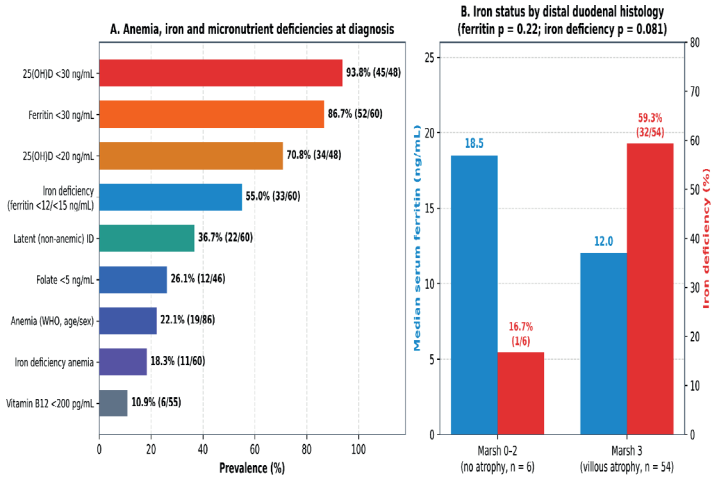


Figure 2. (A) Anemia, iron and micronutrient deficiencies at diagnosis. (B) Median ferritin and iron deficiency rate in children with (Marsh 3) and without (Marsh 0–2) distal duodenal villous atrophy.

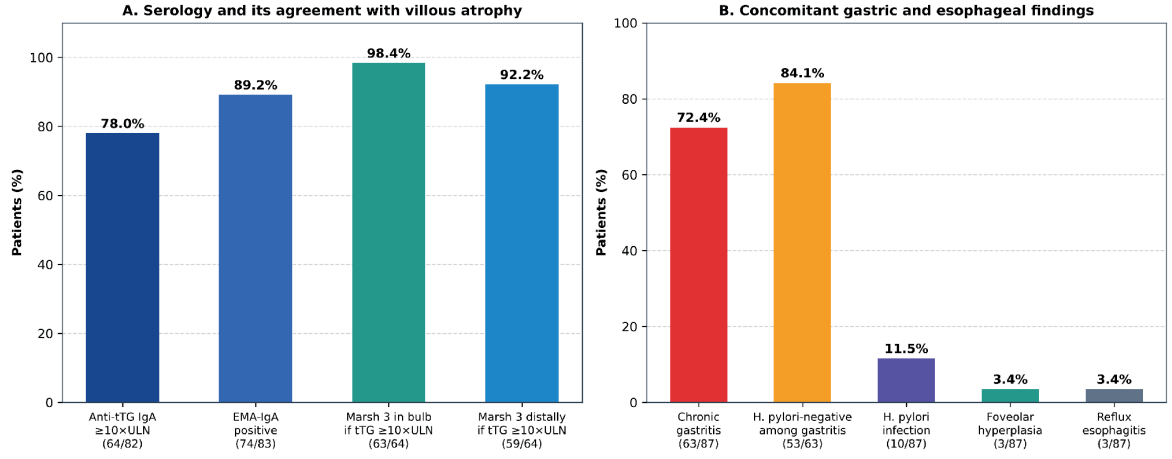


Figure 3. (A) Serology and Marsh 3 atrophy among children with anti-tTG IgA ≥10×ULN. (B) Concomitant gastric and esophageal findings.

Conclusions

Bulb and distal duodenal histology agree well, but not completely. One child in 17 had diagnostic villous atrophy only in the bulb, and when grades differed the bulb usually showed the more severe lesion. Omitting the bulb biopsy, or submitting it in the same container as the distal samples, would have led to a missed or under-graded diagnosis in about 15% of our patients. These findings support the ESPGHAN recommendation to take at least one separately labelled bulb biopsy in every child undergoing endoscopy for suspected CD.

Iron deficiency was common at diagnosis and often hidden: more than a third of children had depleted iron stores with a normal hemoglobin, so a blood count alone is not enough. Iron deficiency tended to be more frequent in children with villous atrophy, although the small non-atrophic group limited this comparison. Vitamin D deficiency was almost universal and folate deficiency affected one child in four. Ferritin, vitamin D and folate should therefore be measured in every newly diagnosed child and corrected alongside a strict gluten-free diet. Chronic gastritis was frequent but mostly unrelated to *H. pylori*. Larger prospective studies are needed to confirm these findings.

Keywords: celiac disease; children; duodenal bulb biopsy; iron deficiency; ferritin; vitamin D

References

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70(1):141-56.
2. Werkstetter KJ, Korponay-Szabó IR, Popp A, Villanacci V, Salemme M, Heilig G, et al. Accuracy in diagnosis of celiac disease without biopsies in clinical practice. Gastroenterology. 2017;153(4):924-35.
3. Bonamico M, Thanasi E, Mariani P, Nenna R, Luparia RP, Barbera C, et al. Duodenal bulb biopsies in celiac disease: a multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;47(5):618-22.
4. Evans KE, Aziz I, Cross SS, Sahota GR, Hopper AD, Hadjivassiliou M, et al. A prospective study of duodenal bulb biopsy in newly diagnosed and established adult celiac disease. Am J Gastroenterol. 2011;106(10):1837-42.
5. Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Berkenpas M, Mulder CJ, van Bodegraven AA. Vitamin and mineral deficiencies are highly prevalent in newly diagnosed celiac disease patients. Nutrients. 2013;5(10):3975-92.
6. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). Geneva: WHO; 2011.
7. World Health Organization. WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations. Geneva: WHO; 2020.

OP-22

Retrospective Evaluation of Patients Presenting to the Pediatric Emergency Department with a Preliminary Diagnosis of Transient Ischemic Attack

Müge Yalçın[1], Ahmet Ziya Birbilen[2], Leman Akcan Yıldız[2], Özlem Tekşam[2].
[1]Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Ankara
[2]Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Ankara

Introduction: Stroke, or cerebrovascular accident, is defined as neuronal loss and irreversible brain damage secondary to disruption of the arterial or venous circulation of the brain [1]. Patients presenting with acute-onset neurological deficits must be rapidly evaluated for stroke; presenting symptoms may include unilateral limb or facial weakness, visual field loss, speech disturbance, and seizures [1]. Brain magnetic resonance imaging (MRI) is the preferred imaging modality, offering high sensitivity and excellent resolution of brain parenchyma [1]. When ischemic stroke is diagnosed within the first 4.5 hours of symptom onset, selected patients may benefit from intravenous thrombolysis [1,2]. Other treatment options include endovascular thrombectomy; in addition, patient suitability for antiplatelet and anticoagulant therapy should be assessed [1,2].

Transient ischemic attack (TIA) was initially defined as the presence of acute-onset focal neurological symptoms that completely resolve within 24 hours [3,4]. Subsequently, however, a new tissue-based definition was established, because evidence of infarction can be detected on brain imaging in some patients even when symptoms fully resolve within the first 24 hours [4,5]. Under this new definition, TIA is an acute neurovascular syndrome that can be attributed to a vascular territory, resolves rapidly, and shows no tissue infarction on diffusion-weighted brain MRI [3,4]. Diffusion-weighted brain MRI is the most valuable modality for distinguishing TIA from stroke, and it is recommended that this imaging be completed within the first 24 hours of symptom onset [3]. TIA can also be mimicked by numerous clinical conditions, such as migraine, peripheral vertigo, seizures, and somatization disorder [4]. In adult series, misdiagnosis occurs in up to 60% of patients evaluated in the emergency department [4]; it may lead to unnecessary work-up and hospitalization or to delayed recognition of a true TIA, which is a strong predictor of subsequent stroke [3]. In children, TIA has received far less attention than in adults; in a cohort of 63 children, 13% showed new ischemic injury on follow-up MRI [5]. We aimed to characterize our hospital's diagnostic approach to suspected TIA and determine the true rates of TIA and its mimics.

Materials and Methods: In this retrospective, cross-sectional study, patients who presented to our Pediatric Emergency Department (PED) between January 1, 2025, and July 31, 2026, and underwent cranial MRI were screened. Among them, patients who received a preliminary diagnosis of TIA were included. Data on patient demographics, vital signs, presenting complaints, symptom duration, risk factors, "Balance, Eyes, Face, Arm, Speech (BE-FAST)" score, final diagnosis, and treatment were extracted from the hospital information system, along with the times of symptom onset, admission, imaging, and discharge. Children diagnosed with stroke following work-up and imaging, patients referred to the PED from an outpatient clinic, and patients referred to another hospital before a definitive diagnosis was made were excluded from the study. Patients who refused treatment and left the hospital before a definitive diagnosis was made were also to be excluded; no such patient was identified. Continuous variables were compared using Mann-Whitney U test, and categorical variables using the Fisher's exact test, as appropriate. Odds ratios are reported with 95% confidence intervals (Woolf method). The discriminative ability of the BE-FAST score was assessed with ROC analysis (AUC, Hanley-McNeil 95% CI). A two-sided p value <0.05 was considered statistically significant.

Results: During the study period, 239 cranial MRI scans were performed in our PED. Among them, 134 patient records had no preliminary diagnosis of TIA. Of the remaining 105, nine records were excluded because of a stroke diagnosis, two because the patients were referred to the PED from an outpatient clinic, and one because the patient was referred to another hospital before a definitive diagnosis. Among 93 records with suspected TIA, 13 were not included because symptoms lasted longer than 24 hours and one

because the patient had not been examined. After removing eight repeated visits, 71 patients (first visits only) were analyzed (Figure 1).

Of the 71 patients included (median age 13.7 years, 61% female), the most common presenting complaint was headache (51%), followed by limb sensory deficit (39%) and visual disturbance (34%) (Table 1). Among 71 patients, 27 (38%) had a final diagnosis of TIA; the most common mimics were migraine (24%) and epilepsy/seizure (17%) (Figure 2). Visual loss was more frequent in the TIA group (44% vs 11%, p=0.003; OR 6.2, 95% CI 1.9–20.7). Seizure (0% vs 27%, p=0.002), altered consciousness (11% vs 41%, p=0.008) and a Glasgow Coma Scale (GCS) score <15 (0% vs 16%, p=0.039) were more frequent among mimics; none of the 12 patients presenting with seizure had a final diagnosis of TIA (Figure 3, Table 2,). A BE-FAST score ≥2 (44% vs 32%, p=0.318) and focal neurological findings on examination (19% vs 18%, p=1.000) did not differ between groups (Figure 3, Table 2,); the Area Under Curve (AUC) of the BE-FAST score was 0.60 (95% CI 0.47–0.74) (Figure 4). The median time from symptom onset to MRI was 6.8 hours. The median time from registration to MRI was four hours. 32% of patients were imaged within 4.5 hours (Table 2). When the time period was extended to six hours, the number was 42%.

Discussion: Visual loss was the most useful positive indicator of TIA. It was reported in 44% of children with TIA and 11% of mimics (OR 6.2; LR+ 3.9). Visual loss is a negative symptom, typical of ischemia, whereas migraine aura and seizures usually begin with positive visual phenomena [6]. The adult ROSIER scale likewise gives positive weight to visual field defects [7]. Its absence, however, did not exclude TIA (sensitivity 44%). Visual loss was seldom benign: of the 17 children with visual loss, 12 had TIA, one had an intracranial mass and four had migraine. Gungor et al. reported that 26% of previously healthy children with blurred vision had a clinically important neuroimaging finding [8]. Visual symptoms in a child therefore signal either a vascular event or a structural lesion, and both warrant early brain MRI.

Seizure, altered consciousness and a reduced GCS score pointed away from TIA. None of the 12 children presenting with seizure had TIA, and altered consciousness was nearly four times as common among mimics (41% vs 11%). This mirrors adult practice, in which the ROSIER scale gives negative weight to loss of consciousness and seizure [7]. In children, however, these features do not exclude stroke [9], and altered mental status is common in hemorrhagic stroke [10]. Among children undergoing emergency neuroimaging, one in four with altered consciousness had a clinically important finding [8]. These features should therefore redirect the differential diagnosis towards epilepsy, postictal deficits or encephalitis, but should not delay brain MRI [11].

Focal neurological findings on examination did not differ between groups (19% vs 18%). Examination-based scales such as the Pediatric NIH Stroke Scale (PedNIHSS), developed to grade deficit severity in children with confirmed arterial ischemic stroke [12], are therefore of limited value in suspected TIA, because symptoms have usually resolved by the time of assessment. In this setting, the diagnosis rests largely on a careful history.

Conclusion: Nearly two-thirds of children presenting to the PED with suspected TIA receive a final diagnosis of a TIA mimic. Visual loss suggests TIA, whereas seizure and altered consciousness suggest a mimic. The BE-FAST score, originally developed for stroke, was insufficient for differential diagnosis in our study. Although it is rare in childhood, TIA diagnosis requires child-specific rapid assessment protocols.

Keywords: Transient ischemic attack, stroke mimics, BE-FAST, pediatric emergency, magnetic resonance imaging

References

1. Najjar, M., & Fleming, M. (2025). Pediatric stroke: From emergent evaluation to rehabilitation. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, *55*(11), 101878.

2. Prabhakaran, S., Gonzalez, N. R., Zachrison, K. S., Adeoye, O., Alexandrov, A. W., Ansari, S. A., Chapman, S., Czap, A. L., Dumitrascu, O. M., Ishida, K., Jadhav, A. P., Johnson, B., Johnston, K. C., Khatri, P., Kimberly, W. T., Lee, V. H., Leslie-Mazwi, T. M., Mac Grory, B., Madsen, T. E., Menon, B., … Peer Review Committee (2026).

2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *57*(8), e316–e436.

3. Amin, H. P., Madsen, T. E., Bravata, D. M., Wira, C. R., Johnston, S. C., Ashcraft, S., Burrus, T. M., Panagos, P. D., Wintermark, M., Esenwa, C., & American Heart Association Emergency Neurovascular Care Committee of the Stroke Council and Council on Peripheral Vascular Disease (2023). Diagnosis, Workup, Risk Reduction of Transient Ischemic Attack in the Emergency Department Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, *54*(3), e109–e121.

4. Long, B., Marcolini, E., & Gottlieb, M. (2024). Emergency medicine updates: Transient ischemic attack. *The American journal of emergency medicine*, *83*, 82–90.

5. Lehman, L. L., Watson, C. G., Kapur, K., Danehy, A. R., & Rivkin, M. J. (2016). Predictors of Stroke After Transient Ischemic Attack in Children. *Stroke*, *47*(1), 88–93.

6. Nadarajan V, Perry RJ, Johnson J, Werring DJ. Transient ischaemic attacks: mimics and chameleons. Pract Neurol. 2014;14(1):23–31.

7. Nor AM, Davis J, Sen B, et al. The Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) scale: development and validation of a stroke recognition instrument. Lancet Neurol. 2005;4(11):727–734.

8. Gungor E, Haliloglu G, Yalnizoglu D, Oguz KK, Teksam O. Predictors of clinically important neuroimaging findings in children presenting to the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2024;40(6):474–479.

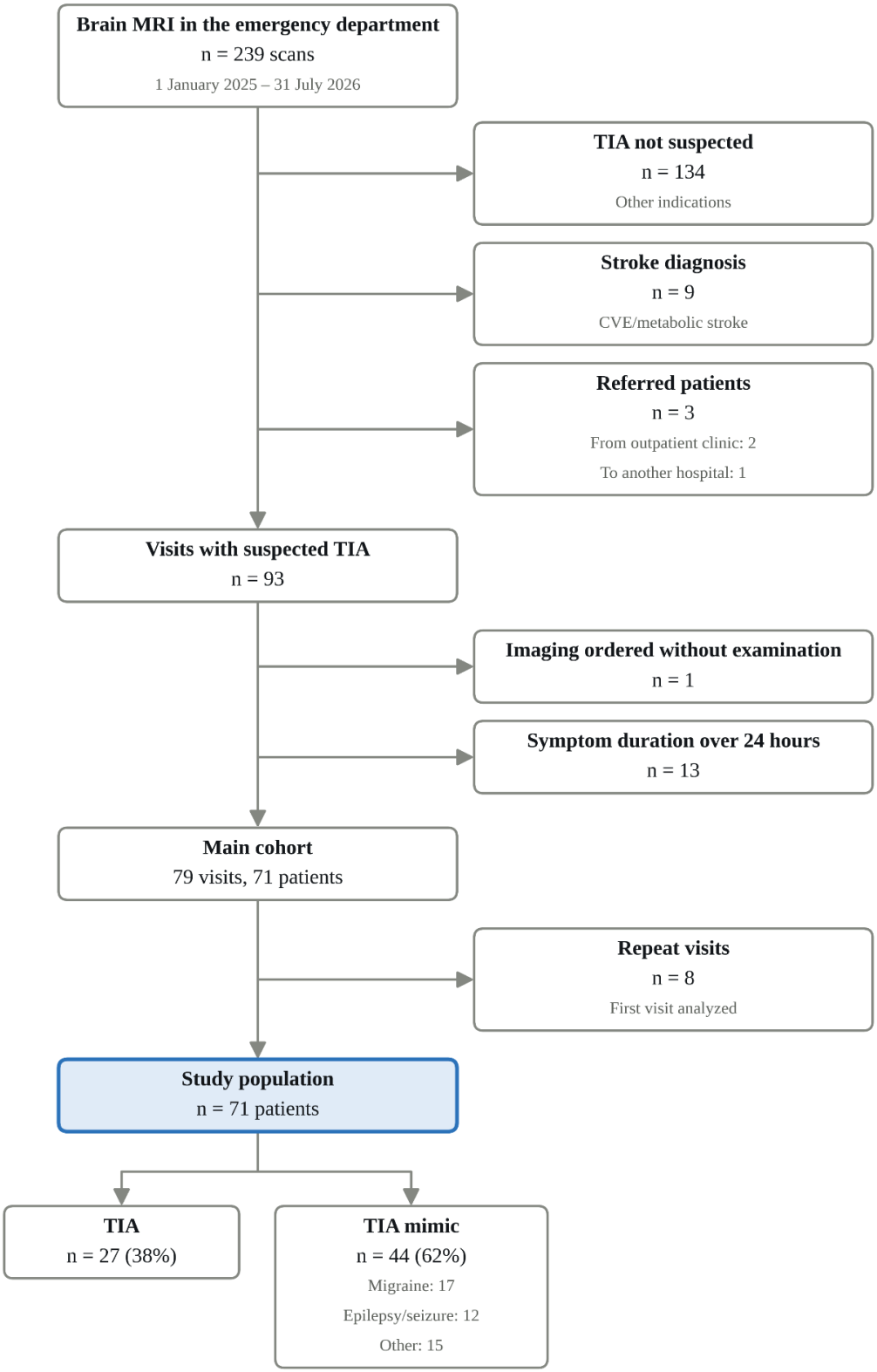
9. Mackay MT, Yock-Corrales A, Churilov L, et al. Differentiating childhood stroke from mimics in the emergency department. Stroke. 2016;47(10):2476–2481.

10. Yock-Corrales A, Mackay MT, Mosley I, Maixner W, Babl FE. Acute childhood arterial ischemic and hemorrhagic stroke in the emergency department. Ann Emerg Med. 2011;58:156–163.

11. Shellhaas RA, Smith SE, O'Tool E, Licht DJ, Ichord RN. Mimics of childhood stroke: characteristics of a prospective cohort. Pediatrics. 2006;118(2):704–709.

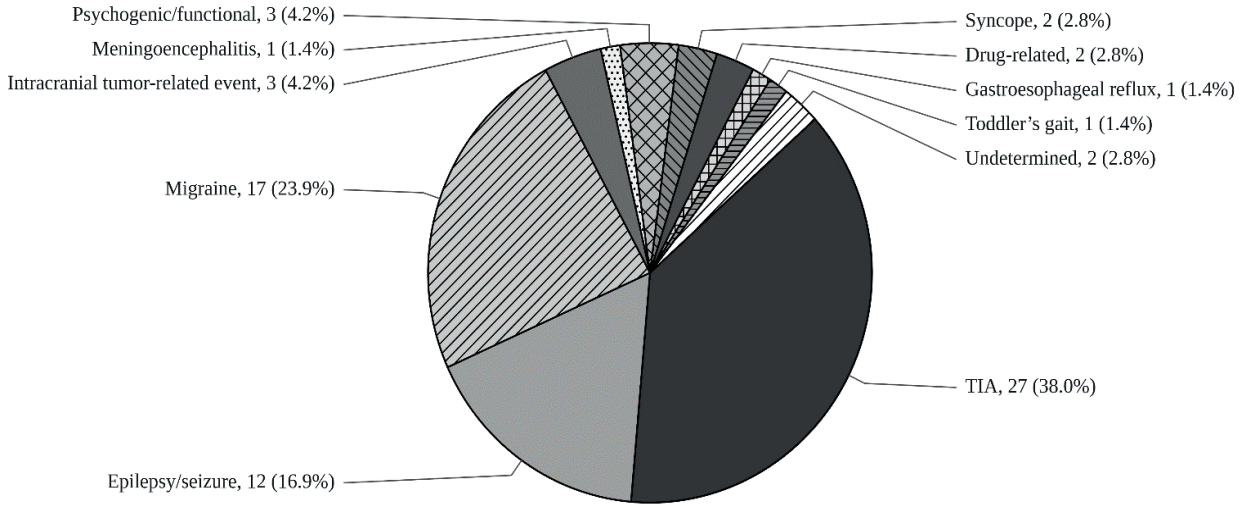
12. Ichord RN, Bastian R, Abraham L, et al. Interrater reliability of the Pediatric National Institutes of Health Stroke Scale (PedNIHSS) in a multicenter study. Stroke. 2011;42:613–617.

Figure 1. Patient selection flow chart



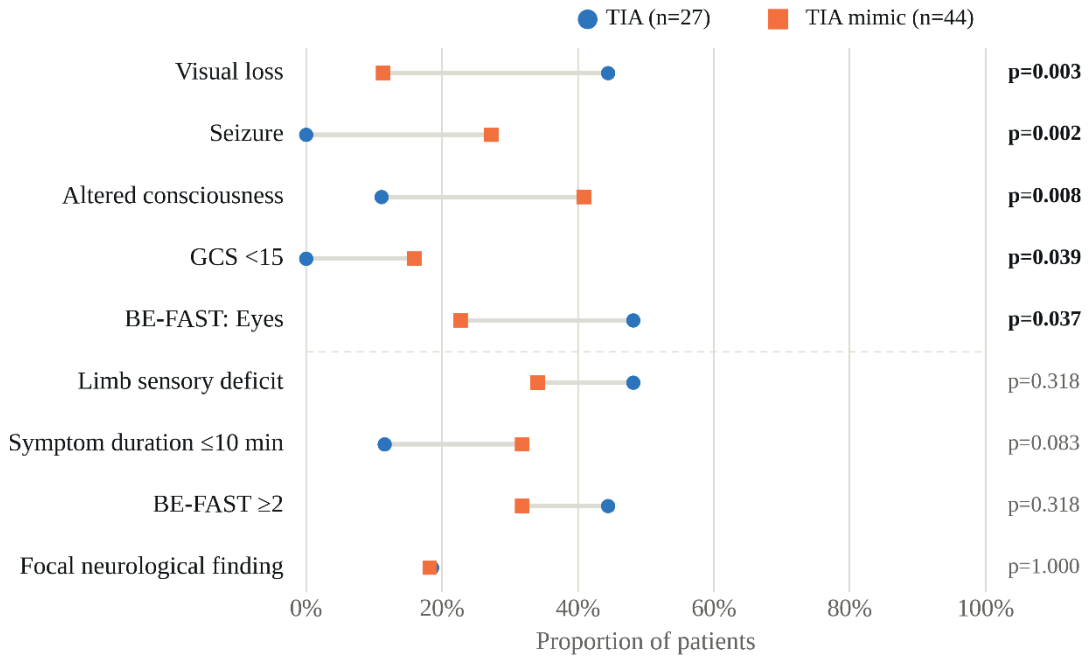
MRI: magnetic resonance imaging; TIA: transient ischemic attack; CVE: cerebrovascular event.

Figure 2. Final diagnoses of patients with suspected TIA (n=71)



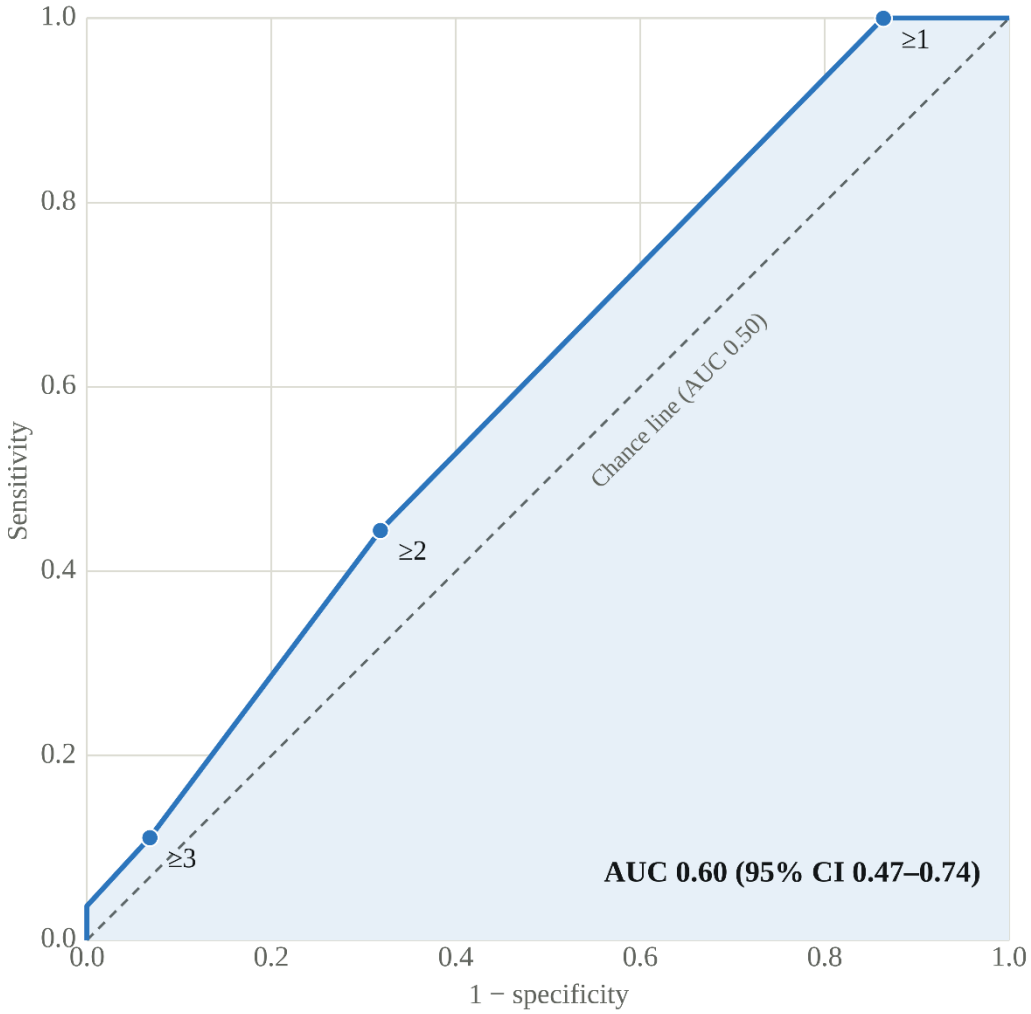
Values are n (%) of 71 patients (first visit of each patient). TIA: transient ischemic attack.

Figure 3. Visual loss pointed to TIA; seizure and altered consciousness pointed to a mimic



Proportion of presenting symptoms and findings in patients with a final diagnosis of TIA (circle) or TIA mimic (square) (patient level, first visit). The grey line shows the difference between groups. Findings above the dashed line differed significantly between groups ($p<0.05$); those below did not. p: Fisher's exact test. Symptom duration was not recorded in 1 patient. TIA: transient ischemic attack; GCS: Glasgow Coma Scale; BE-FAST: Balance, Eyes, Face, Arm, Speech.

Figure 4. The BE-FAST score poorly discriminated TIA from mimics



Receiver operating characteristic curve of the BE-FAST score for discriminating TIA from mimics (patient level, first visit; TIA n=27, mimic n=44). Points mark score thresholds (≥1, ≥2, ≥3). AUC was calculated with the Mann-Whitney U method and the 95% CI with the Hanley-McNeil method. A confidence interval including 0.50 indicates no discrimination beyond chance.
TIA: transient ischemic attack; BE-FAST: Balance, Eyes, Face, Arm, Speech; AUC: area under the curve.

Table 1. Presenting complaints of patients with suspected transient ischemic attack (n=71).

Presenting complaint	**n (%)**
Headache	36 (51)

Limb sensory deficit	28 (39)
Visual disturbance	24 (34)
Visual loss	17 (24)
Other visual disturbances	5 (7)
Double vision	3 (4)
Altered consciousness	21 (30)
Speech disturbance	19 (27)
Dizziness	16 (23)
Nausea/vomiting	15 (21)
Seizure	12 (17)
Limb weakness	11 (15)
Facial sensory deficit	10 (14)
Other pain	10 (14)
Memory loss	9 (13)
Facial weakness	4 (6)
Imbalance/ataxia	3 (4)

Values are n (%). Percentages are calculated from 71 patients (first visit of each patient); patients could have more than one complaint. Visual disturbance includes visual loss, double vision, and other visual disturbances; each patient is counted once under visual disturbance, so the subcategories (indented) add up to more than the total because one patient had more than one visual complaint.

Table 2. Comparison of patients with a final diagnosis of TIA and TIA mimics.

	Total (n=71)	**TIA (n=27)**	**Mimic (n=44)**	**OR (95% CI)**	**p**
Age, years	13.7 (10.2–15.3)	14.1 (12.8–15.8)	13.0 (7.9–15.2)	–	0.191
Female sex	43 (61)	17 (63)	26 (59)	1.2 (0.4–3.2)	0.806
Visual loss	17 (24)	12 (44)	5 (11)	6.2 (1.9–20.7)	**0.003**
Seizure	12 (17)	0 (0)	12 (27)	–	**0.002**
Altered consciousness	21 (30)	3 (11)	18 (41)	0.18 (0.05–0.69)	**0.008**
GCS <15	7 (10)	0 (0)	7 (16)	–	**0.039**
Symptom duration ≤10 min	17 (24)	3 (12)	14 (32)	0.28 (0.07–1.09)	0.083
BE-FAST ≥2	26 (37)	12 (44)	14 (32)	1.7 (0.6–4.6)	0.318
Focal neurological finding	13 (18)	5 (19)	8 (18)	1.0 (0.3–3.5)	1.000
Registration → MRI, hours	4.0 (2.3–6.9)	3.4 (2.1–5.7)	5.3 (2.7–8.2)	–	0.076
Symptom onset → MRI, hours	6.8 (3.6–11.1)	6.6 (4.2–10.8)	7.3 (3.4–12.1)	–	0.978
Symptom onset → MRI ≤4.5 h	21 (32)	7 (28)	14 (35)	0.72 (0.24–2.14)	0.598

Comparison of children presenting to the pediatric emergency department with suspected TIA, by final diagnosis (patient level, first visit). Values are n (%) or median (interquartile range). p: TIA vs mimic group; Fisher's exact test for categorical and Mann-Whitney U test for continuous variables. The total column is descriptive and was not tested. Bold p values: $p<0.05$. OR: odds ratio for TIA when the finding is present (95% CI); –: not estimated (continuous variable or no TIA patient with the finding). Symptom duration was missing in 1 patient and symptom onset time in 5 patients. Visual loss excludes double vision and other visual disturbances. ≤4.5 hours: time window for intravenous thrombolysis. TIA: transient ischemic attack; GCS: Glasgow Coma Scale; BE-FAST: Balance, Eyes, Face, Arm, Speech; MRI: magnetic resonance imaging.

OP-23

Phenotypes, Triggers, and Long-Term Outcomes of Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome in Children

Abstract

Introduction and aim: Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES) is a non-IgE-mediated food allergy, and the age of tolerance acquisition may vary according to the trigger food. Unlike anaphylaxis, cutaneous and respiratory symptoms are absent and symptoms occuring within hours. To date, studies of pediatric FPIES have examined clinical features, trigger foods, and natural history separately, and data integrating these aspects remain limited. Therefore, this study aimed to comprehensively characterize the phenotypes, trigger foods, and long-term natural history of pediatric FPIES, including tolerance acquisition and the development of new allergic diseases.

Methods: Diagnosis and phenotypes was established based on the 2017 international consensus guidelines and cases were also classified into single-trigger or multiple-trigger FPIES. Children diagnosed with FPIES between January 2010 and December 2024 were evaluated for phenotypes, trigger foods, tolerance acquisition, and new-onset allergic diseases. Tolerance was defined as oral food challenge or parent-initiated home reintroduction without FPIES symptoms.

Results: Of 118 patients screened, 74 were included [48.6% male; median age at diagnosis, 10.5 months (0–105)]. Acute, early-onset, typical, single-trigger, moderate-to-severe FPIES was the predominant phenotype, and the most common trigger foods were cow's milk (45.9%), egg (36.5%), and fish (13.5%). Overall, 47.3% of patients had at least one allergic comorbidity. Compared to patients with cow's milk or egg-induced FPIES, patients with fish-induced FPIES had a significantly later age of symptom onset, a pronounced diagnostic delay, and a substantially higher rate of late-onset disease (all $p<0.05$). Compared to patients with acute-onset FPIES, those with chronic FPIES tended to manifest and be diagnosed earlier with milder symptoms, these patients carry a significantly higher burden of allergic comorbidities (all $p<0.05$). Over a median follow-up of 72 months (0–180), tolerance developed in 58 of 64 evaluable patients (90.6%) at a median age of 24 months (10–101). Tolerance status was confirmed by OFC in 19 patients (29.7%) and by parental home reintroduction in the remaining 45 patients (70.3%). Notably, children evaluated at home had a significantly shorter elimination diet duration (median 15 vs. 29.5 months; p =

0.007) and attained tolerance at an earlier age (median 24 vs. 34 months; p = 0.005). Fish-triggered FPIES showed significantly later tolerance acquisition than cow's milk- and egg-triggered FPIES (median 52 vs. 24 months, log-rank p = 0.017). Non-tolerant patients had a longer diagnostic delay, were older at diagnosis, and more frequently had fish-triggered FPIES (all p <0.05). During follow-up, 23.5% of patients developed at least one new allergic disease.

Conclusion: In this 15-year pediatric FPIES cohort, most children developed tolerance. Fish-triggered FPIES showed a more prolonged disease course, whereas the evaluated clinical phenotypes were not associated with non-tolerance. New allergic diseases developed in a substantial proportion of patients, underscoring the need for continued allergy follow-up beyond FPIES tolerance.

Keywords: Food protein-induced enterocolitis syndrome, children, phenotypes, trigger-foods, tolerance, persistence, new allergic diseases

OP-25

What Biopsy Still Shows: Histological Performance of the ESPGHAN No-Biopsy Criteria, Isolated Bulb Involvement and Age-Related Presentation in Children with Celiac Disease

Duygu Iskender Mazman[1], Sezer Turgay[2], Gulcin Otar Yener[3], Yalcin Kara[4], Yasar Bildirici[2]
Eskisehir City Hospital, Ministry of Health, Republic of Türkiye: [1]Pediatric Gastroenterology; [2]General Pediatrics; [3]Pediatric Rheumatology; [4]Pediatric Infectious Diseases
Corresponding author: Duygu Iskender Mazman, duyguiskender@gmail.com · Abstract no: 7055 · Oral presentation

Introduction: The ESPGHAN 2020 guideline permits biopsy-free diagnosis of celiac disease (CD) in children with tissue transglutaminase IgA (tTG-IgA) ≥10 times the upper limit of normal (ULN) and positive endomysial antibody (EMA) [1], an approach validated in large prospective studies [2,3]. Using duodenal histology as the reference standard, we evaluated these criteria and examined early serological response, isolated bulb involvement, age-related presentation and seasonality of diagnosis.

Materials and Methods: This retrospective single-centre cohort (STROBE-compliant) included 103 children followed for CD between July 2024 and September 2026, including three with potential CD (two diagnosed after gluten challenge). All children underwent endoscopy on a gluten-containing diet with separate bulbar and distal duodenal biopsies graded by the modified Marsh–Oberhuber classification (Marsh ≥2 consistent with CD). tTG-IgA was measured by ELISA (ULN 20 U/mL; reporting limit 200 U/mL). Clinical phenotype followed the Oslo definitions; anthropometry was expressed as WHO SDS. Six-month serology was analysed in children with ≥182 days of follow-up. Positive predictive value (PPV) was calculated with an exact 95% CI; seasonality was tested with adjustment for observation time and within 2025, the only complete calendar year.

Results: Median age was 9.2 years (IQR 5.2–13.6); 58.3% were girls and 54.4% had classical CD. tTG-IgA was ≥10×ULN in 69.9%, EMA positive in 89.4% and villous atrophy present in 91.2%. Of 57 EMA-positive children with tTG-IgA ≥10×ULN, 55 had histology consistent with CD (PPV 96.5%; 95% CI 87.9–99.6) (Table 1). Six-month tTG-IgA normalized in 9.7% of children with baseline ≥10×ULN vs 40.0% of those below (p=0.002), persisting after excluding potential CD. Isolated bulb involvement was found in 9/99 (9.1%) overall and in 5/28 (17.9%) with tTG-IgA <10×ULN; 8/9 had villous atrophy, and these children tended to have better nutritional status and lower titres (Table 2). Children aged ≤6 years more often had growth failure, weight loss and poor appetite (all p≤0.001), with similar gastrointestinal symptoms, serology and histology (Table 3). Although 68.9% of diagnoses occurred in autumn–winter (p<0.001), no seasonal pattern was seen within 2025 (p=0.35); seasons of symptom onset (p=0.987) and birth (p=0.736) were evenly distributed.
Conclusion: tTG-IgA ≥10×ULN with EMA positivity was highly concordant with histologically confirmed CD, supporting the biopsy-free approach. Serology normalizes more slowly in these children, so persistent positivity at six months should not alone suggest non-adherence [5]. Isolated bulb lesions, seen in nearly one in five children with lower titres, support routine bulbar sampling [1,4]. Young children present more often with growth-related findings, whereas gastrointestinal symptoms are equally common across ages. Apparent autumn–winter clustering likely reflects case accrual rather than true seasonality.

Keywords: celiac disease, duodenal bulb, no-biopsy diagnosis, potential celiac disease, children

Table 1. Histological performance of the ESPGHAN 2020 no-biopsy criteria and six-month serological response

Parameter	n/N	% (95% CI)	p
EMA+ and tTG-IgA ≥10×ULN with available histology (n=57)			
Histology consistent with CD (Marsh ≥2)	55/57	96.5 (87.9–99.6)	–
Villous atrophy	54/57	94.7	–
No villous atrophy or crypt hyperplasia (Marsh 0–1)	2/57	3.5	–
tTG-IgA normalization at six months (≥182 days follow-up)			
Baseline tTG-IgA ≥10×ULN	6/62	9.7	0.002
Baseline tTG-IgA <10×ULN	10/25	40.0	
Sensitivity analysis (potential CD excluded): <10×ULN	10/22	45.5	<0.001

CD, celiac disease; CI, exact Clopper–Pearson confidence interval; EMA, endomysial antibody; tTG-IgA, tissue transglutaminase IgA; ULN, upper limit of normal. p values: Fisher's exact test.

Table 2. Isolated bulb versus distal duodenal involvement (n=99)

Variable	Isolated bulb (n=9)	Any distal duodenal (n=90)	p
Girls, n (%)	8 (88.9)	48 (53.3)	0.073
Growth failure, n (%)	0 (0.0)	31 (34.4)	0.054
BMI SDS, median	1.07	−0.60	0.051
tTG-IgA, U/mL, median	162.8	200.0	0.054
tTG-IgA ≥10×ULN, n (%)	4 (44.4)	67 (74.4)	0.112
Villous atrophy, n/N (%)	8/9 (88.9)	85/89 (95.5)	0.389

Mann–Whitney U and Fisher's exact tests. Four children with Marsh 0 at both sites were excluded. Isolated bulb involvement: 5/28 (17.9%) among children with tTG-IgA <10×ULN. BMI, body mass index; SDS, standard deviation score.

Table 3. Children diagnosed at ≤6 years versus >6 years

Variable	≤6 years (n=37)	>6 years (n=66)	p
Growth failure, n (%)	21 (56.8)	11 (16.7)	<0.001
Weight loss, n (%)	15 (40.5)	7 (10.6)	<0.001
Poor appetite, n (%)	17 (45.9)	10 (15.2)	0.001
Classical presentation (Oslo), n (%)	25 (67.6)	31 (47.0)	0.063
Abdominal pain, n (%)	17 (45.9)	33 (50.0)	0.837
Diarrhoea, n (%)	6 (16.2)	10 (15.2)	1.000
Height SDS, median (IQR)	−1.12 (−1.57 to 0.06)	−0.32 (−1.01 to 0.49)	0.014
Weight SDS, median (IQR)	−1.19 (−1.94 to −0.74)	−0.64 (−1.58 to 0.19)	0.015
tTG-IgA ≥10×ULN, n (%)	28 (75.7)	44 (66.7)	0.190
Villous atrophy, n/N (%)	32/37 (86.5)	61/65 (93.8)	0.279

Mann–Whitney U test for continuous and Fisher's exact test for categorical variables; tTG-IgA compared across three categories by chi-square test.

Ethics Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Eskisehir City Hospital Scientific Research Ethics Committee (date: 07.05.2026; decision no: ESH/BAEK 2026/410). The requirement for written informed consent for study participation was waived by the ethics committee owing to the retrospective design; written consent for endoscopic procedures was obtained as part of routine care, and parents or legal guardians were verbally informed that their children's data would be used in this study.

Acknowledgements: The statistical analyses were reviewed by an independent statistician. **Conflict of interest:** None declared. **Funding:** None. **Declaration of generative AI use:** AI-based tools (ChatGPT, OpenAI; Claude, Anthropic) were used to assist with statistical analysis code, data visualization, data consistency checking and language editing and drafting. All data are real data from patient medical records; no data were generated or simulated by AI tools. The authors verified all results against the source data and take full responsibility for the content.

References

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70(1):141-56. doi:10.1097/MPG.0000000000002497. PMID: 31568151.
2. Werkstetter KJ, Korponay-Szabó IR, Popp A, Villanacci V, Salemme M, Heilig G, et al. Accuracy in diagnosis of celiac disease without biopsies in clinical practice. Gastroenterology. 2017;153(4):924-35. doi:10.1053/j.gastro.2017.06.002. PMID: 28624578.
3. Wolf J, Petroff D, Richter T, Auth MKH, Uhlig HH, Laass MW, et al. Validation of antibody-based strategies for diagnosis of pediatric celiac disease without biopsy. Gastroenterology. 2017;153(2):410-9.e17. doi:10.1053/j.gastro.2017.04.023. PMID: 28461188.
4. Pizzol A, Saraceno E, Opramolla A, Giugliano L, Chiadò C, Manetta T, et al. High prevalence of ultra-short celiac disease in children with low anti-tissue transglutaminase immunoglobulin A levels: the risk of misdiagnosis without bulb biopsy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2026;83(2):296-303. doi:10.1002/jpn3.70464. PMID: 42179344.
5. Mearin ML, Agardh D, Antunes H, Al-Toma A, Auricchio R, Castillejo G, et al. ESPGHAN position paper on management and follow-up of children and adolescents with celiac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2022;75(3):369-86. doi:10.1097/MPG.0000000000003540. PMID: 35758521.

OP-26

Predictive Performance of the Pediatric Advanced Warning Score at Triage for Observation Unit Placement and Hospital Admission

Nasiman Alili, Emel Berksoy, Alper Çiçek, Ramazan Gün, Muhammed Kavlakcı
1 Department of Pediatrics, Tepecik Training and Research Hospital, University of Health Sciences, İzmir, Türkiye

Abstract

Background: Early identification of children requiring observation or hospital admission is an important component of pediatric emergency assessment. We evaluated the predictive performance of the Pediatric Advanced Warning Score (PAWS), derived from triage measurements, for observation unit placement and hospital admission. Methods: This prospective observational cohort study included children aged 28 days to <18 years presenting to a tertiary pediatric emergency department on 45 randomly selected 24-hour study days between December 21, 2022 and March 30, 2023. Triage nurses recorded the physiologic variables required for the Egdell PAWS; the total score was calculated after data collection and was not available to clinicians making disposition decisions. Receiver operating characteristic (ROC) analysis assessed discrimination for observation unit placement, ward admission, pediatric intensive care unit (PICU) admission, and overall hospital admission. A PAWS threshold of ≥3 was prespecified on the basis of the original validation study. Results: Of 1,485 enrolled children, 1,433 were included in the analysis; 241 (16.8%) entered the observation unit, 34 (2.4%) were admitted to a pediatric ward, and 8 (0.6%) to the PICU. PAWS was ≥3 in 239 children (16.7%). The AUC was 0.610 (95% CI 0.568–0.652) for observation placement, 0.719 (0.613–0.824) for ward admission, 0.766 (0.675–0.857) for overall hospital admission, and 0.952 (0.897–1.000) for PICU admission. At PAWS ≥3, sensitivity/specificity were 59.5%/84.6% for overall admission and 87.5%/83.7% for PICU admission. Conclusion: Triage PAWS was associated with subsequent level of care, but discrimination varied substantially by outcome. Performance was limited for observation placement, moderate for ward and overall admission, and high for PICU admission. The PICU estimate should be interpreted cautiously because only eight PICU events occurred. PAWS may support, but should not replace, clinical assessment and disposition decisions.

Keywords: Pediatric Advanced Warning Score; pediatric emergency department; triage; observation unit; hospital admission; pediatric intensive care unit

Introduction

Triage in the pediatric emergency department (ED) requires rapid identification of children who are physiologically unstable or likely to require a higher level of care. This task is difficult because normal vital signs vary substantially with age and because serious illness may initially present with nonspecific findings. Pediatric early warning scores (PEWS) were developed to combine physiologic abnormalities into structured measures that can support recognition of clinical deterioration.

The Pediatric Advanced Warning Score (PAWS) developed by Egdell and colleagues was designed specifically for the initial assessment of children in the ED [1]. Its original validation showed an area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of 0.86 for distinguishing children admitted to the pediatric intensive care unit (PICU) from ward controls; a threshold of ≥3 yielded 70% sensitivity and 90% specificity. Subsequent studies of different PEWS models have shown that predictive performance depends strongly on the population and the selected outcome [2–7]. In particular, scores may discriminate critical-care need more effectively than general admission or intermediate-acuity outcomes.

Observation units represent an important intermediate level of care in pediatric emergency practice [8,9]. Placement in observation may reflect diagnostic uncertainty, need for serial reassessment, treatment response, or anticipated short-term monitoring rather than severe physiologic instability alone. Therefore, evaluating the same triage score across observation, ward admission, PICU admission, and overall hospitalization can clarify where the score may be clinically useful and where its limitations are most apparent.

The aim of this study was to evaluate the predictive performance of triage PAWS for emergency observation unit placement and subsequent hospital admission in a prospective pediatric ED cohort. We also examined

the prespecified PAWS ≥3 threshold and compared its performance across increasing levels of care.

Materials and Methods

Study design and setting. This prospective observational cohort study was conducted in the pediatric emergency department of University of Health Sciences, İzmir Tepecik Training and Research Hospital, a tertiary-care teaching hospital in Türkiye. Data were collected during 45 randomly selected 24-hour study days between December 21, 2022 and March 30, 2023. The study was approved by the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of the University of Health Sciences, İzmir Faculty of Medicine, Tepecik Training and Research Hospital (decision no. 2022/06-22; June 15, 2022) and was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. Written informed consent was obtained from a parent or accompanying adult.

Participants. Children aged 28 days to <18 years presenting to the pediatric ED during study periods were eligible. Exclusion criteria were neonatal age (0–28 days), trauma, a primary condition managed by a surgical specialty, a primary child-psychiatry condition, arrival already intubated by emergency medical services, tracheostomy, or home mechanical ventilation. Of 1,485 enrolled children, 52 were excluded because of missing data, departure before completion of care, or fulfillment of an exclusion criterion, leaving 1,433 patients for analysis.

Triage assessment and PAWS calculation. Two experienced triage nurses recorded the physiologic variables required for the Egdell PAWS. Before formal data collection, both nurses independently assessed 45 children while blinded to one another's ratings; inter-rater agreement was high ($\kappa > 0.85$). Recorded PAWS variables included respiratory rate, work of breathing, oxygen saturation, temperature, capillary refill time, heart rate, and level of consciousness. Nurses recorded the observed values rather than a visible total PAWS. After data collection, the principal investigator calculated the age-adjusted total score. Thus, physicians and nurses responsible for investigation, treatment, observation placement, and admission decisions were not informed of the calculated PAWS.

Outcomes. The main outcomes were placement in the pediatric emergency observation unit and hospital admission. Hospital admission was further classified as pediatric ward or PICU admission. The observation unit was used for monitoring, serial assessment, investigation, and treatment; patients could enter observation directly from triage or after initial ED assessment. Patients leaving the ED without ward or PICU admission were classified as discharged. A PAWS threshold of ≥3 was prespecified on the basis of the original Egdell validation and was used for categorical performance summaries.

Statistical analysis. Analyses were performed using SPSS Statistics version 26.0. Categorical variables were summarized as counts and percentages. Associations between PAWS category (<3 vs ≥3) and disposition outcomes were evaluated using chi-square tests. ROC analysis assessed discrimination of the full PAWS score for observation unit placement, ward admission, PICU admission, and overall hospital admission. AUCs are reported with 95% confidence intervals. For the prespecified PAWS ≥3 threshold, sensitivity and specificity were calculated directly from the disposition cross-tabulations. A two-sided p value <0.05 was considered statistically significant.

Results

The final cohort comprised 1,433 children; 780 (54.4%) were male and 653 (45.6%) female. Mean age was 7.38 ± 4.84 years; the youngest participant was 32 days old and the oldest was 17 years 11 months. PAWS was ≥3 in 239 children (16.7%).

Patient flow and disposition are shown in Figure 1. Of the 1,433 analyzed children, 847 were discharged after physician assessment without further investigation or treatment. Among 563 children who underwent further management in the examination area, 345 were subsequently discharged and 218 entered observation; an additional 23 children were transferred directly from triage to observation. Overall, 241 children (16.8%) were managed in the observation unit. Of these, 199 were discharged, 34 (2.4% of the full cohort) were admitted to a pediatric ward, and 8 (0.6%) were admitted to the PICU. Thus, 42 children (2.9%) required hospital admission.

PAWS ≥3 was significantly associated with each disposition outcome (all p<0.001). A score ≥3 was present in 74 of 241 children placed in observation (30.7%), 18 of 34 ward admissions (52.9%), 7 of 8 PICU admissions (87.5%), and 25 of 42 overall hospital admissions (59.5%). By comparison, PAWS ≥3 was present in 13.8% of children not placed in observation, 15.8% of those not admitted to a ward, 16.3% of those not admitted to the PICU, and 15.4% of those not hospitalized.

Discrimination increased as the outcome reflected a higher level of care. The AUC was 0.610 (95% CI 0.568–0.652) for observation unit placement, 0.719 (0.613–0.824) for ward admission, 0.766 (0.675–0.857) for overall hospital admission, and 0.952 (0.897–1.000) for PICU admission (Figure 2). At the prespecified PAWS ≥3 threshold, sensitivity/specificity were 30.7%/86.2% for observation placement, 52.9%/84.2% for ward admission, 59.5%/84.6% for overall admission, and 87.5%/83.7% for PICU admission. All eight PICU admissions had respiratory diagnoses; seven had PAWS ≥3 and one had PAWS <3.

Table 1. Predictive performance of triage PAWS for disposition outcomes

Outcome	Events, n/N (%)	AUC (95% CI)	Sensitivity at PAWS ≥3	Specificity at PAWS ≥3
Observation unit placement	241/1,433 (16.8)	0.610 (0.568–0.652)	30.7%	86.2%
Ward admission	34/1,433 (2.4)	0.719 (0.613–0.824)	52.9%	84.2%
PICU admission	8/1,433 (0.6)	0.952 (0.897–1.000)	87.5%	83.7%
Overall hospital admission	42/1,433 (2.9)	0.766 (0.675–0.857)	59.5%	84.6%

AUC, area under the receiver operating characteristic curve; PICU, pediatric intensive care unit. Sensitivity and specificity are calculated from the prespecified PAWS ≥3 threshold; AUC reflects discrimination across the full score range.

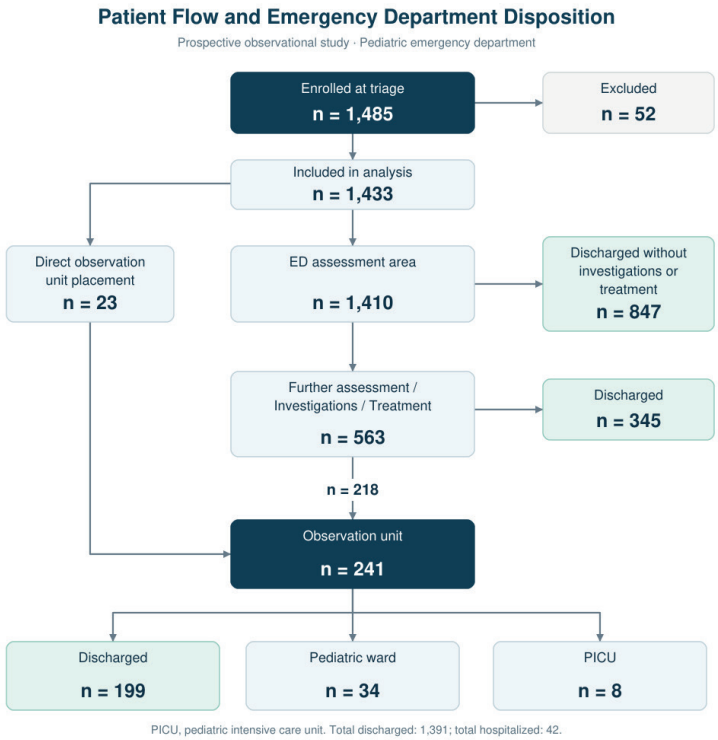


Figure 1. Patient flow and emergency department disposition. PICU, pediatric intensive care unit.

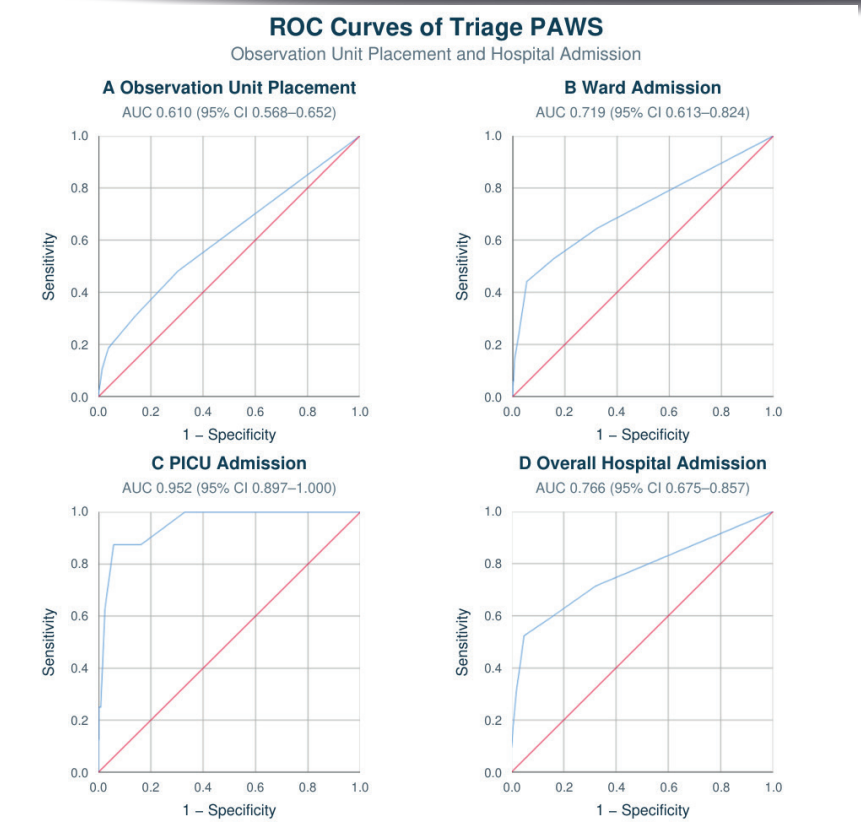


Figure 2. Receiver operating characteristic curves of triage PAWS for observation unit placement, ward admission, PICU admission, and overall hospital admission.

Discussion

In this prospective pediatric ED cohort, triage PAWS was associated with subsequent level of care, but its discriminatory performance varied markedly according to the outcome selected. The score had limited ability to distinguish children who would enter the observation unit, moderate discrimination for ward and overall hospital admission, and high discrimination for PICU admission. This gradient is clinically important: PAWS appears to reflect physiologic severity more directly than it reflects the broader operational decision to observe a child.

Our findings are consistent with the original PAWS study by Egdell et al. [1], which reported an AUC of 0.86 for distinguishing PICU from ward admission and 70% sensitivity with 90% specificity at a threshold of ≥3. They are also broadly compatible with subsequent ED studies showing better performance for intensive-care outcomes than for general admission. Chaiyakulsil and Pandee [5] reported AUCs of 0.73 for overall admission, 0.71 for ward admission, and 0.98 for ICU admission in 1,136 ED patients. Seiger et al. [2], comparing multiple PEWS systems, similarly found that scores predicted ICU admission more consistently than ward admission. These studies reinforce that performance estimates cannot be interpreted independently of the clinical endpoint.

The moderate performance for overall admission in our cohort (AUC 0.766) also resembles prior work examining disposition rather than critical illness alone. Breslin et al. [3] found that PEWS at ED disposition was associated with level of care but had an AUC of 0.68 for admission overall, increasing to 0.80 among patients with respiratory complaints. Lillitos et al. [6] likewise concluded that a high PEWS should prompt attention but that low scores do not reliably exclude significant illness or the need for admission. More recently, a prospective study from a pediatric emergency observation unit in Türkiye comparing four PEWS models reported an AUC of 0.678 for ward admission and 0.816 for ICU admission for the best-performing model, again demonstrating outcome-dependent discrimination [9].

The low AUC for observation unit placement (0.610) deserves particular emphasis. Observation is an intermediate-care decision influenced not only by physiologic abnormality but also by diagnostic uncertainty, response to therapy, anticipated short-term monitoring, age, social factors, local workflow, and bed availability. A physiologic score should therefore not be expected to capture the full complexity of observation placement. The finding should not be interpreted as failure of PAWS; rather, it identifies a boundary of what a physiology-based score can reasonably predict.

At the prespecified PAWS ≥3 threshold, specificity remained approximately 84% for ward, PICU, and overall hospital admission, whereas sensitivity increased with severity from 52.9% for ward admission to 87.5% for PICU admission. However, the apparent PICU performance must be interpreted cautiously. Only eight children were admitted to the PICU, so the sensitivity estimate was based on seven true-positive and one false-negative case. In addition, all PICU cases had respiratory diagnoses, raising the possibility of spectrum effects. The very low positive predictive value expected for such a rare outcome also prevents PAWS ≥3 from functioning as an independent admission rule.

The study has several strengths. Data were collected prospectively across complete 24-hour study periods, the analyzed cohort was large, inter-rater agreement between the two triage nurses was high, and the calculated PAWS was concealed from clinicians responsible for disposition. This reduces the risk that knowledge of the score directly influenced observation or admission decisions. The study also assessed multiple clinically relevant outcomes within the same cohort, allowing direct comparison of how predictive performance changes across levels of care.

Several limitations should be acknowledged. This was a single-center study, and observation and admission practices may differ between institutions. Only 42 hospital admissions and eight PICU admissions occurred, limiting precision for the most severe outcomes and precluding robust multivariable modeling. The cohort contained a high proportion of respiratory disease, particularly among children with high scores and all PICU admissions, which may influence generalizability. The study evaluated association and discrimination rather than the effect of implementing PAWS on clinical outcomes; therefore, the data do not establish that PAWS-based triage improves care or that it is superior to clinician judgment or other triage systems. External validation in larger multicenter cohorts with more critical-care events is warranted.

Taken together, these results support using PAWS as an adjunctive physiologic risk signal rather than a stand-alone disposition tool. Its greatest value may be in highlighting children whose physiology is sufficiently abnormal to warrant prompt reassessment and consideration of higher-acuity care, while observation and general admission decisions continue to require integration of clinical judgment, diagnosis, treatment response, and local workflow.

Conclusion

Triage PAWS was associated with emergency department disposition, with progressively better discrimination as the outcome reflected higher acuity. Performance was poor for observation unit placement, moderate for ward and overall hospital admission, and high for PICU admission. Because the PICU subgroup was small, the high AUC and sensitivity should be interpreted cautiously. PAWS may complement clinical assessment at triage but should not be used as an isolated rule for observation or admission decisions.

References

1. Egdell P, Finlay L, Pedley DK. The PAWS score: validation of an early warning scoring system for the initial assessment of children in the emergency department. Emerg Med J. 2008;25(11):745-749. doi:10.1136/emj.2007.054965.
2. Seiger N, Maconochie I, Oostenbrink R, Moll HA. Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department. Pediatrics. 2013;132(4):e841-e850. doi:10.1542/peds.2012-3594.
3. Breslin K, Marx J, Hoffman H, McBeth R, Pavuluri P. Pediatric early warning score at time of emergency department disposition is associated with level of care. Pediatr Emerg Care. 2014;30(2):97-103.
4. Gold DL, Mihalov LK, Cohen DM. Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. Acad Emerg Med. 2014;21(11):1249-1256. doi:10.1111/acem.12514.
5. Chaiyakulsil C, Pandee U. Validation of pediatric early warning score in pediatric emergency department. Pediatr Int. 2015;57(4):694-698. doi:10.1111/ped.12595.
6. Lillitos PJ, Hadley G, Maconochie I. Can paediatric early warning scores be used to guide the need for hospital admission and predict significant illness in children presenting to the emergency department? An assessment of PEWS diagnostic accuracy using sensitivity and specificity. Emerg Med J. 2016;33(5):329-337.
7. Zachariasse JM, Nieboer D, Maconochie IK, et al. Development and validation of a Paediatric Early Warning Score for use in the emergency department: a multicentre study. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(8):583-591. doi:10.1016/S2352-4642(20)30139-5.
8. Alpern ER, Calello DP, Windreich R, Osterhoudt K, Shaw KN. Utilization and unexpected hospitalization rates of a pediatric emergency department 23-hour observation unit. Pediatr Emerg Care. 2008;24(9):589-594.
9. Tazegül M, Türkmen Karaağaç A, Güven Ş. Comparative evaluation of different Pediatric Early Warning Scores in predicting clinical outcomes in pediatric emergency observation units. Pediatr Emerg Care. 2026;42(3):e52-e59. doi:10.1097/PEC.0000000000003522.

OP-28

Bedside Point-of-Care Ultrasonography for Assessing Muscle and Subcutaneous Fat Thickness in Children with Malnutrition

Keywords: Malnutrition, Muscle thickness, Point-of-care ultrasonography, Subcutaneous adipose tissue, Anthropometry

Introduction

Malnutrition remains a major child health problem worldwide; in 2024, an estimated 150.2 million children under 5 years of age were stunted and 42.8 million were wasted [1]. It is also common among hospitalized children, in whom it is associated with longer hospital stays and more complications [2,3].

Anthropometric indicators form the basis of pediatric nutritional assessment, but they cannot distinguish whether a weight deficit reflects loss of muscle or fat [4,5]. Point-of-care ultrasonography (POCUS) allows radiation-free, bedside measurement of regional muscle and subcutaneous fat; however, pediatric studies are heterogeneous and mostly limited to specific disease groups [6].

This study first assessed the reliability of bedside ultrasonographic muscle and subcutaneous fat thickness measurements and then compared these measurements between hospitalized children with malnutrition or risk of chronic malnutrition and healthy controls.

Materials and Methods

Study design and participants. This single-center, prospective study was conducted in two consecutive phases at Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital: a preliminary reliability study, followed by the main cross-sectional study, which began after reliability had been confirmed and was conducted in the General Pediatrics wards between March and June 2026. In the main study, children aged 1 month to <18 years were assessed anthropometrically within 72 hours of admission. Those meeting criteria for acute and/or chronic malnutrition or study-defined risk of chronic malnutrition formed the patient group, and healthy children from the outpatient clinic formed the control group. Children with conditions affecting muscle or precluding reliable anthropometry were not included. The study was approved by the institutional ethics board (2026/06-02), and informed consent was obtained from all families.

Nutritional classification. Acute malnutrition was graded according to Academy/ASPEN criteria using weight-for-length (<5 years) or BMI z-score (≥5 years) [4]. Chronic malnutrition was defined as height-for-age z-score (HAZ) <−2, and HAZ −2 to <−1 was classified as study-defined risk. Analyses were performed in three age groups (<5, 5 to <10, and 10 to <18 years).

Ultrasonography. Muscle thickness (rectus femoris [RF], rectus femoris + vastus intermedius [RF+VI], biceps, and triceps) and subcutaneous fat thickness at the quadriceps, biceps, and triceps sites were measured on the non-dominant side with a linear probe, at sites adapted from previously described protocols [7,8]. The mean of three measurements was used. In the main study, all measurements were performed by a single pediatric resident.

Preliminary reliability study. Before patient enrollment, the resident and a pediatric emergency physician who is an ultrasonography instructor, blinded to each other's results, measured all sites three times in children who were not included in the main study. Intra- and interobserver reliability was assessed with intraclass correlation coefficients (ICC) and Bland–Altman analysis [9,10]. Patient enrollment began after reliability had been confirmed.

Statistical analysis. Patient and control measurements were compared within each age group by ANCOVA adjusted for age and sex, and associations with anthropometric indicators were assessed by age- and sex-adjusted partial Spearman correlation. A p value <0.05 was considered significant.

Results

Preliminary reliability study. Intra- and interobserver reliability was excellent for muscle measurements and good to excellent for subcutaneous fat measurements (ICC 0.945–0.999), and mean differences between observers in the Bland–Altman analysis were small.

Main study. Of 412 children assessed, 160 (38.8%) met criteria for malnutrition or risk of chronic malnutrition, and these children had a longer hospital stay (p=0.006). Sixty-nine patients were compared

with 72 healthy controls of similar age and sex.
After adjustment for age and sex, all four muscle thicknesses were lower in patients than in controls in all three age groups ($p \leq 0.022$), whereas subcutaneous fat differed only at some sites and in some age groups. In patients, muscle thickness correlated with the acute malnutrition z-score, mid-upper arm and thigh circumferences correlated with both muscle and fat thickness, and HAZ was not correlated with any ultrasonographic measure.
Discussion
In this study, after confirming that bedside measurements obtained by a trained pediatric resident were highly reliable, we found that muscle thickness was consistently lower in hospitalized children with malnutrition or study-defined risk of chronic malnutrition than in healthy controls, independent of age and sex, whereas differences in subcutaneous fat were inconsistent. Lower muscle thickness has previously been reported in specific disease groups and in malnourished infants [11–13]; our findings extend this observation to a general pediatric inpatient population selected by nutritional criteria.
The correlation of muscle thickness with the acute malnutrition z-score supports its relation to current nutritional status, whereas HAZ reflects long-term linear growth [5]. Because circumferences reflected muscle and fat together, ultrasonography may add information by assessing these tissues separately. This study was single-center and cross-sectional, reliability was assessed within a single session, and no reference body composition method was used.
Conclusion
Bedside ultrasonographic measurements obtained by a trained pediatric resident were highly reliable, and muscle thickness was consistently lower in hospitalized children with malnutrition or risk of chronic malnutrition. Point-of-care ultrasonography may complement anthropometry, and longitudinal and multicenter studies are needed to define its clinical role.

References
1. UNICEF, WHO, World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2025 edition. Geneva: WHO; 2025.
2. Daskalou E, Galli-Tsinopoulou A, Karagiozoglou-Lampoudi T, Augoustides-Savvopoulou P. Malnutrition in hospitalized pediatric patients: assessment, prevalence, and association to adverse outcomes. J Am Coll Nutr. 2016;35(4):372–380.
3. Hecht C, Weber M, Grote V, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. Clin Nutr. 2015;34(1):53–59.
4. Becker P, Carney LN, Corkins MR, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). Nutr Clin Pract. 2015;30(1):147–161.
5. Wells JCK. Body composition of children with moderate and severe undernutrition and after treatment: a narrative review. BMC Med. 2019;17(1):215.
6. Ranger BJ, Lombardi A, Kwon S, et al. Ultrasound for assessing paediatric body composition and nutritional status: scoping review and future directions. Acta Paediatr. 2025;114(1):14–23.
7. Hogenbirk RNM, Viddeleer AR, Hentzen JEKR, et al. Thickness of biceps and quadriceps femoris muscle measured using point-of-care ultrasound as a representation of total skeletal muscle mass. J Clin Med. 2022;11(22):6606.
8. Fischer A, Anwar M, Hertwig A, et al. Ultrasound method of the USVALID study to measure subcutaneous adipose tissue and muscle thickness on the thigh and upper arm: an illustrated step-by-step guide. Clin Nutr Exp. 2020;32:38–73.
9. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155–163.
10. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet. 1986;1(8476):307–310.
11. Gehad MH, Yousif YM, Metwally MI, et al. Utility of muscle ultrasound in nutritional assessment of children with nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol. 2023;38(6):1821–1829.
12. Chu C, Dodge JL, Acharya P, Rigual D, Terrault N. Ultrasound of the rectus femoris as a novel tool to measure sarcopenia in pediatric chronic liver disease. Hepatol Commun. 2025;9(9):e0799.
13. Tai MF, Bvalani R, Nkhalema B, et al. Ultrasound assessment of malnutrition in infancy: a pilot case-control study. BMC Pediatr. 2024;24(1):2.

OP-30

Dietary Micronutrient Intake in Children and Adolescents with Phenylketonuria and Tyrosinemia Type 1: A Comparative Cross-Sectional Study

Alara Ecem Hatunoğlu[1]
[1]Department of Nutrition and Dietetics, Graduate School of Health Sciences, Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University, Istanbul 34752, Türkiye

Abstract

Objective: To compare recorded micronutrient intakes in children and adolescents with phenylketonuria (PKU) and tyrosinemia type 1 (TT1) receiving protein-restricted dietary treatment with those of healthy controls.

Methods: This cross-sectional study included 11 participants with TT1, 11 with PKU, and 22 healthy controls. A single weekday 24-hour dietary record was analyzed using BeBiS 9.0. Intakes of eight micronutrients were expressed as percentages of age- and sex-specific Recommended Dietary Allowances (RDAs). A complementary analysis compared absolute intakes of seven nutrients with age- and sex-specific Estimated Average Requirements (EARs). Folate EAR classification was not performed because dietary folate equivalent units could not be confirmed. Continuous outcomes used Kruskal–Wallis and Mann–Whitney U tests. EAR classifications used exact categorical tests with Bonferroni correction for pairwise comparisons.

Results: Median selenium RDA coverage was 42.9% in TT1, 31.4% in PKU, and 220.0% in controls (overall $p<0.001$). Corresponding vitamin B12 values were 42.9%, 26.7%, and 154.0% ($p<0.001$). Both patient groups had lower selenium and vitamin B12 RDA coverage than controls after pairwise correction. Vitamin D RDA coverage differed among groups ($p=0.009$), with lower values in TT1 than in controls ($p=0.002$). No significant overall differences in RDA coverage were found for the other five nutrients. Recorded selenium intake was below the EAR in 100.0%, 72.7%, and 13.6% of TT1, PKU, and control participants, respectively. Corresponding vitamin B12 proportions were 63.6%, 72.7%, and 13.6%. For both nutrients, each patient group differed from controls after pairwise correction. Other EAR comparisons were not significant.

Conclusion: Recorded selenium and vitamin B12 intakes were lower in both patient groups than in controls. These exploratory findings support continued individualized dietary assessment. A single dietary record cannot establish habitual intake, biochemical deficiency, or a causal effect of dietary treatment.

Keywords: Phenylketonuria; Tyrosinemia type 1; Micronutrients; Dietary assessment; Selenium; Vitamin B12

Introduction

Phenylketonuria (PKU) and tyrosinemia type 1 (TT1) are inherited disorders of amino acid metabolism requiring long-term nutritional management. Dietary treatment in PKU restricts phenylalanine-containing natural protein and includes specialized protein substitutes. Treatment in TT1 combines nitisinone with restriction of tyrosine and phenylalanine and the use of specialized medical foods [1–3].

Restricting natural protein changes the range and quantity of foods consumed, including animal-derived foods that provide several vitamins and minerals. Fortified medical foods can compensate for restricted dietary sources, but their contribution depends on product composition and actual consumption. Consequently, prescribing a medical food does not remove the need to assess total micronutrient intake [4,5].

Selenium and vitamin B12 are of particular interest in protein-restricted diets. Previous research has identified concerns about micronutrient intake and status in PKU, while vitamin B12 intake may be vulnerable when restricted animal foods are not adequately replaced by fortified products or supplements [4,6]. Dietary micronutrient information in pediatric TT1 is less extensively reported than in PKU. Comparing both disorders with healthy controls may help identify nutritional patterns relevant to dietetic follow-up.

This study aimed to compare recorded intakes of eight micronutrients, expressed relative to the age- and sex-specific RDAs, among children and adolescents with PKU, those with TT1, and healthy controls. A

complementary objective was to compare the proportions with recorded one-day intake below the EAR for seven nutrients with compatible intake units.

Materials and Methods

Study design and participants

This cross-sectional observational study was conducted between February and April 2026 at the Division of Pediatric Nutrition and Metabolism, Department of Pediatrics, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Türkiye. The study included 44 participants: 11 with TT1, 11 with PKU, and 22 healthy controls. Patients were eligible if they had received specialized dietary treatment involving restricted natural protein intake and medical foods for at least one year. Exclusion criteria were additional diseases, a history of transplantation, treatments other than dietary treatment in PKU, or nitisinone treatment without dietary treatment in TT1. Healthy controls without an additional chronic disease were frequency matched by age and sex.

Dietary assessment

Intake was assessed using a single weekday 24-hour dietary record, with parental or caregiver assistance for younger children. Portion sizes were estimated using a hand-portion method. Dietary data were analyzed with BeBiS version 9.0. Intakes of iron, zinc, calcium, magnesium, selenium, vitamin B12, folate, and vitamin D were calculated.

For specialized medical foods and low-protein products absent from the database, manufacturer-reported nutrient composition was entered manually and combined with reported daily consumption. Reported vitamin and mineral supplements were included using product information and daily dose. The resulting values therefore represent assessed total oral intake, including medical foods and supplements where reported.

Each nutrient intake was divided by the corresponding age- and sex-specific RDA based on the Turkey Nutrition Guide 2022, and multiplied by 100 [7]. RDA coverage was used as a descriptive measure of recorded intake. Values below 100% were not interpreted as a diagnosis of deficiency or as an estimate of the prevalence of inadequate usual intake.

Recorded intakes of iron, zinc, calcium, magnesium, selenium, vitamin B12, and vitamin D were compared with age- and sex-specific Estimated Average Requirements (EARs) established by the IOM/NASEM [8–10]. Participants were classified as having intake below the EAR when their absolute intake was strictly lower than the applicable reference value (Supplementary Table S1). Folate was excluded from this analysis because dietary folate equivalent (DFE) units could not be confirmed. These proportions describe intake on the recorded day and should not be interpreted as estimates of inadequate usual intake or biochemical deficiency.

Statistical analysis

Continuous-outcome analyses used Minitab version 22.1. Distributional assumptions were assessed with the Shapiro–Wilk test. Non-normally distributed continuous variables were compared with the Kruskal–Wallis test, followed by Mann–Whitney U tests where the overall test was significant. EAR classifications and categorical comparisons used individual records and Python. Overall EAR comparisons used the two-sided Fisher–Freeman–Halton exact test for 3×2 tables, enumerating tables with fixed margins. Where the overall EAR comparison was significant, pairwise comparisons used two-sided Fisher exact tests. Pairwise p values are reported unadjusted and interpreted at the Bonferroni threshold of 0.05/3 (approximately 0.0167). Overall significance was set at $p<0.05$. Nutrient intake outcomes are presented as median (Q1–Q3), and EAR classifications as n (%). Analyses were exploratory, with no correction across different nutrient outcomes.

Results

Participant characteristics

The cohort included 22 female and 22 male participants. Mean ages were 8.73 years in TT1, 10.82 years in PKU, and 10.18 years in controls. Age ($p=0.436$), sex distribution ($p=0.441$), and age-group distribution

(p=0.458) did not differ significantly among groups (Table 1).

Table 1. Participant characteristics

Characteristic	TT1 (n=11)	PKU (n=11)	Controls (n=22)
Age, years, mean ± SD	8.73 ± 4.98	10.82 ± 5.15	10.18 ± 3.85
Age, years, median (range)	7 (3–17)	12 (2–17)	10 (4–17)
Female, n (%)	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (50.0)
Male, n (%)	4 (36.4)	7 (63.6)	11 (50.0)
2–6 years, n (%)	5 (45.5)	3 (27.3)	5 (22.7)
7–12 years, n (%)	3 (27.3)	3 (27.3)	11 (50.0)
13–17 years, n (%)	3 (27.3)	5 (45.5)	6 (27.3)

PKU, phenylketonuria; SD, standard deviation; TT1, tyrosinemia type 1.

Micronutrient intake as a percentage of RDA

Selenium RDA coverage differed significantly among groups (p<0.001). Median values were 42.9% in TT1, 31.4% in PKU, and 220.0% in controls. Both TT1 and PKU had lower values than controls after Bonferroni correction (p<0.001 and p=0.006, respectively). TT1 and PKU did not differ significantly (p=0.694).

Vitamin B12 RDA coverage also differed among groups (p<0.001), with medians of 42.9% in TT1, 26.7% in PKU, and 154.0% in controls. Both patient groups had lower values than controls (TT1 versus controls, p<0.001; PKU versus controls, p=0.003). The TT1-versus-PKU difference was not significant (p=0.718).

Vitamin D RDA coverage differed among groups (p=0.009). The median was 0.1% in TT1, 8.0% in PKU, and 11.8% in controls. TT1 had lower values than controls after correction (p=0.002). TT1 versus PKU (p=0.039) did not meet the corrected threshold, and PKU versus controls was not significant (p=0.804). No significant overall differences in RDA coverage were observed for iron, zinc, calcium, magnesium, or folate (Table 2).

Table 2. Micronutrient intake as a percentage of RDA

Nutrient	TT1 (n=11)	PKU (n=11)	Controls (n=22)	Overall p
Iron	58.2 (48.2–113.3)	107.0 (90.7–226.7)	84.5 (62.1–97.0)	0.149
Zinc	72.5 (43.6–92.1)	100.0 (77.9–170.5)	83.4 (68.9–123.3)	0.152
Calcium	76.1 (25.6–89.8)	91.8 (59.1–131.9)	55.9 (31.2–93.6)	0.123
Magnesium	60.7 (46.4–79.7)	94.2 (75.2–113.2)	80.1 (63.7–104.9)	0.133
Selenium	42.9 (36.6–51.4)	31.4 (20.3–98.6)	220.0 (76.7–267.5)	<0.001
Vitamin B12	42.9 (17.1–60.0)	26.7 (10.9–61.0)	154.0 (72.5–308.3)	<0.001
Folate	87.7 (80.0–109.6)	117.8 (89.4–152.8)	96.8 (61.1–167.0)	0.411
Vitamin D	0.1 (0.0–1.0)	8.0 (3.5–46.7)	11.8 (6.2–14.2)	0.009

Values are median (Q1–Q3), expressed as %RDA. Overall p values are from Kruskal–Wallis tests. Significant pairwise comparisons after Bonferroni correction were TT1 versus controls and PKU versus controls for selenium and vitamin B12, and TT1 versus controls for vitamin D. Pairwise significance was defined as p<0.017. PKU, phenylketonuria; TT1, tyrosinemia type 1; RDA, Recommended Dietary Allowance.

Recorded intake below EAR reference values

Selenium intake was below the EAR in 11/11 TT1 participants (100.0%), 8/11 PKU participants (72.7%), and 3/22 controls (13.6%; overall exact p<0.001). Both patient groups differed from controls after pairwise correction (TT1 versus controls, p<0.001; PKU versus controls, p=0.001). TT1 and PKU did not differ significantly (p=0.214).

Vitamin B12 intake was below the EAR in 7/11 TT1 participants (63.6%), 8/11 PKU participants (72.7%), and 3/22 controls (13.6%; overall exact p<0.001). Both patient groups differed from controls after pairwise correction (TT1 versus controls, p=0.006; PKU versus controls, p=0.001), whereas TT1 and PKU did not differ (p=1.000).

Vitamin D intake was below the EAR in 100.0% of TT1, 81.8% of PKU, and 95.5% of control participants (overall exact p=0.299). Overall EAR comparisons were also not significant for iron (p=0.663), zinc (p=0.127), calcium (p=0.409), or magnesium (p=1.000). No folate EAR result is reported (Table 3).

Table 3. Participants with recorded one-day intake below the age- and sex-specific EAR

Nutrient	Reference	TT1 (n=11)	PKU (n=11)	Controls (n=22)	Overall p
Iron	EAR	4 (36.4)	2 (18.2)	5 (22.7)	0.663
Zinc	EAR	5 (45.5)	3 (27.3)	3 (13.6)	0.127
Selenium	EAR	11 (100.0)	8 (72.7)	3 (13.6)	<0.001
Vitamin B12	EAR	7 (63.6)	8 (72.7)	3 (13.6)	<0.001
Folate	NC	NC	NC	NC	NC
Vitamin D	EAR	11 (100.0)	9 (81.8)	21 (95.5)	0.299
Calcium	EAR	9 (81.8)	6 (54.5)	17 (77.3)	0.409
Magnesium	EAR	5 (45.5)	4 (36.4)	9 (40.9)	1.000

Values are n (%). All classified rows use EAR, Estimated Average Requirement. Overall p values are from two-sided Fisher–Freeman–Halton exact tests. Pairwise two-sided Fisher tests were interpreted at p<0.0167: both TT1 and PKU differed from controls for selenium and vitamin B12. The EAR proportions describe the recorded day and do not estimate inadequate usual intake prevalence. NC, not calculated: folate DFE units were not confirmed. Iron counts are descriptive threshold comparisons and do not replace a full

probability assessment in menstruating females.

Discussion

The main finding was lower recorded selenium and vitamin B12 RDA coverage in both metabolic disease groups than in healthy controls. These differences suggest that selected micronutrient intakes deserve attention during dietetic follow-up in PKU and TT1. They do not establish biochemical deficiency, nor do they demonstrate that protein restriction caused the observed differences.

The EAR classifications complement RDA coverage by describing how many participants had intake below a requirement-based threshold on the recorded day. Both analyses identified selenium and vitamin B12 differences between each patient group and controls. Selenium was below the EAR in all TT1 participants and approximately three quarters of the PKU group, compared with 13.6% of controls. Vitamin B12 was below the EAR in 63.6% of TT1 and 72.7% of PKU participants, compared with 13.6% of controls. These results describe recorded intake, not confirmed deficiency or habitual inadequacy.

The selenium findings are consistent with previous concerns about micronutrient intake and status in PKU [4]. Restriction of protein-rich foods may reduce intake from important dietary sources, while fortified medical foods may compensate to varying degrees [4,5]. This explanation is plausible but was not tested directly: contributions from individual food categories and medical foods were not separately quantified. The comparison with TT1 adds information from another disorder requiring restriction of natural protein.

Vitamin B12 followed a similar pattern. Animal-derived foods are major natural sources, and replacement through fortified medical foods or supplements is important when these foods are restricted. Previous literature has described vitamin B12 concerns in PKU [6]. Nevertheless, the present findings concern recorded intake alone. No vitamin B12 biomarkers were available, and no participant can be classified as biochemically deficient on this evidence.

Recorded vitamin D intake was low across all three groups. Although vitamin D RDA coverage was significantly lower in TT1 than in controls, the proportion with recorded intake below the EAR did not differ significantly among groups. Low recorded vitamin D intake was therefore not confined to the metabolic disease groups. Dietary intake does not capture endogenous vitamin D synthesis and cannot establish vitamin D status. Clinical assessment would require additional information, including appropriate biochemical measurements.

For iron, neither RDA coverage nor the EAR comparison showed a significant overall difference among groups. The same was true for zinc, calcium, and magnesium. Calcium and magnesium EAR comparisons are available at these ages and do not require AI-based classification. Folate RDA coverage did not differ significantly, but a folate EAR classification requires confirmation that intake is expressed in DFE. A nonsignificant comparison does not establish nutritional equivalence.

The absence of significant overall differences in RDA coverage for iron, zinc, calcium, magnesium, and folate should not be interpreted as nutritional equivalence. Patient groups were small, and within-group variation was substantial. Fortified medical foods may influence nutrient-specific patterns, but their independent contribution was not evaluated. Individual review of food choices, medical-food consumption, and supplement use is therefore more informative than assuming that all micronutrients are affected equally [4,5].

Strengths include comparison of two metabolic disease groups with healthy controls and inclusion of product-specific medical-food composition in dietary analysis. Limitations include the small single-center sample, cross-sectional design, one weekday dietary record, and absence of biochemical markers. One-day records cannot characterize habitual intake or remove within-person variation. The analysis did not control error across different nutrient outcomes. EAR thresholds for healthy individuals may not capture disease-specific needs or differences in bioavailability. Iron threshold counts are particularly limited by the asymmetric requirement distribution in menstruating females. Folate EAR classification was not possible without confirmed DFE units. Findings should therefore be treated as exploratory dietary observations.

Larger studies should combine repeated dietary assessments with biochemical measurements and

quantify the contribution and actual consumption of medical foods. Such studies could clarify whether the observed intake patterns persist and how they relate to clinical nutritional status.

Conclusion

Children and adolescents with PKU and TT1 had lower recorded selenium and vitamin B12 intake relative to RDA than healthy controls. Both patient groups also had higher proportions with recorded intake below the EAR for selenium and vitamin B12. Recorded vitamin D intake was low across all groups. These findings support individualized dietary review, with biochemical assessment where indicated. They do not establish biochemical deficiency. Further studies with larger samples and biochemical assessments are needed.

References

1. Vockley J, Andersson HC, Antshel KM, et al. Phenylalanine hydroxylase deficiency: diagnosis and management guideline. Genet Med. 2014;16(2):188–200. doi:10.1038/gim.2013.157.
2. de Laet C, Dionisi-Vici C, Leonard JV, et al. Recommendations for the management of tyrosinaemia type 1. Orphanet J Rare Dis. 2013;8:8. doi:10.1186/1750-1172-8-8.
3. Chinsky JM, Singh R, Ficicioglu C, et al. Diagnosis and treatment of tyrosinemia type I: a US and Canadian consensus group review and recommendations. Genet Med. 2017;19(12):1380. doi:10.1038/gim.2017.101.
4. Demirdas S, van Spronsen FJ, Hollak CEM, et al. Micronutrients, essential fatty acids and bone health in phenylketonuria. Ann Nutr Metab. 2017;70(2):111–121. doi:10.1159/000465529.
5. MacDonald A, Rocha JC, van Rijn M, Feillet F. Nutrition in phenylketonuria. Mol Genet Metab. 2011;104(Suppl):S10–S18. doi:10.1016/j.ymgme.2011.08.023.
6. Walter JH. Vitamin B12 deficiency and phenylketonuria. Mol Genet Metab. 2011;104(Suppl):S52–S54. doi:10.1016/j.ymgme.2011.07.020.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2022.
8. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment. National Academies Press; 2000. doi:10.17226/9956.
9. Health Canada. Dietary reference intakes tables: Reference values for vitamins. Accessed October 26, 2026. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/dietary-reference-intakes/tables/reference-values-vitamins.html
10. Health Canada. Dietary reference intakes tables: Reference values for elements. Accessed October 26, 2026. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/dietary-reference-intakes/tables/reference-values-elements.html

Supplementary Table S1

EAR thresholds used for individual study-day classification [9,10]. Age bands below are the reference bands, rather than the descriptive age groups in Table 1.

Nutrient and unit	1–3 y	4–8 y	9–13 y male	9–13 y female	14–18 y male	14–18 y female
Iron (mg/day)	3	4.1	5.9	5.7	7.7	7.9
Zinc (mg/day)	2.5	4	7	7	8.5	7.3
Calcium (mg/day)	500	800	1100	1100	1100	1100
Magnesium (mg/day)	65	110	200	200	340	300
Selenium (µg/day)	17	23	35	35	45	45
Vitamin B12 (µg/day)	0.7	1	1.5	1.5	2	2
Vitamin D (µg/day)	10	10	10	10	10	10

Classified intake was strictly below (<) the applicable EAR. All values refer to total intake, with source-dependent bioavailability limitations. Folate requires DFE units and was not classified. Calcium values reflect the 2011 DRI update. No AI-based nutrient classification was used.

OP-31

Heterozygous PCNT Variants in Children with Growth Retardation: The First Pediatric Case Series in the Literature

Mehmet Ali Oktay[1], Aylin Kılınç Uğurlu[1], Esra Döğer[1], Elif Tuğçe Tunca Küçükali[1], Gülsüm Kayhan[2], Mahmut Orhun Çamurdan[1], Aysun Bideci[1]

[1] Department of Pediatric Endocrinology, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

[2] Department of Medical Genetics, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

Introduction

Microcephalic osteodysplastic primordial dwarfism type II (MOPD II) is a rare autosomal recessive disorder caused by biallelic pathogenic variants in the pericentrin (*PCNT*) gene. It is characterized by severe prenatal and postnatal growth retardation, microcephaly, and skeletal abnormalities (1,2). The *PCNT* gene encodes pericentrin, a protein that plays an essential role in cell division, microtubule organization, and centrosome function. Although the clinical consequences of biallelic *PCNT* variants are well established, the effects of heterozygous variants on growth remain poorly understood. Limited observations of short stature in heterozygous carriers have been reported; however, data regarding growth characteristics and familial segregation in pediatric patients are scarce (1,3). This study aimed to evaluate the growth and clinical characteristics of children carrying heterozygous *PCNT* variants and to investigate their familial segregation patterns.

Materials and Methods

In this retrospective case series, 12 children carrying heterozygous *PCNT* variants from eight unrelated families were evaluated. Demographic characteristics, birth weight, height and head circumference standard deviation scores (SDS), target height, and genetic findings were reviewed. Short stature was defined as a height SDS below −2, microcephaly as a head circumference SDS below −2, and small for gestational age (SGA) as a birth weight SDS below −2. *PCNT* variants were classified according to the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) criteria. Parental heights and familial segregation patterns were evaluated. Data were summarized using descriptive statistics.

Results

The study included 12 children (8 girls and 4 boys). The median age was 9.53 years (range, 6.9–14.0), and the median height SDS was −2.55 (range, −4.20 to −1.39). Short stature was observed in nine patients (75%), SGA birth in eight (66.7%), and microcephaly in nine (75%). The median birth weight SDS was −2.54 (range, −3.22 to +0.17), the median head circumference SDS was −2.46 (range, −4.37 to −1.41), and the median target height SDS was −2.55.

Pathogenic or likely pathogenic *PCNT* variants were identified in nine patients (75%), while three patients (25%) carried variants of uncertain significance (VUS). All variants were inherited from a parent. Across the eight families, the median height SDS was −2.61 in variant-carrying parents and −1.56 in non-carrier parents. In six families (75%), the variant-carrying parent was shorter than the non-carrier parent. Phenotypic variability in the degree of growth impairment was observed among siblings carrying the same *PCNT* variant.

Discussion

MOPD II, caused by biallelic pathogenic *PCNT* variants, is characterized by severe prenatal and postnatal growth failure and profound microcephaly. Rauch et al. reported a mean adult height of approximately 100 cm in individuals with MOPD II (1). Similarly, Bober et al. reported a mean height SDS of −10.3 at skeletal maturity (2). In contrast, the median height SDS in our cohort of children carrying heterozygous *PCNT* variants was −2.55, indicating a milder and more variable pattern of growth impairment compared with the classical MOPD II phenotype.

Data regarding growth characteristics in heterozygous *PCNT* carriers remain limited. Ain et al. reported height SDS values of −1.2 and −2.1 in heterozygous parents from a family with individuals affected by biallelic *PCNT*-related disease (3). However, short stature was not consistently observed among heterozygous carriers, suggesting phenotypic variability. In our study, the median height SDS was −2.61 in variant-carrying parents compared with −1.56 in non-carrier parents, and the carrier parent was shorter in six of eight families. These observations suggest that heterozygous *PCNT* variants may contribute to reduced linear growth in some individuals, although they do not establish a causal relationship.

Willems et al. investigated 24 families with Seckel syndrome or MOPD II, highlighting the genetic and phenotypic heterogeneity of *PCNT*-related disorders (4). In our cohort, differences in the severity of growth impairment among siblings carrying identical *PCNT* variants suggest that additional genetic and environmental factors may influence phenotypic expression. Furthermore, the frequent occurrence of SGA birth and microcephaly raises the possibility that prenatal growth and head circumference development may also be affected.

Nevertheless, the presence of coexisting conditions that may independently affect growth, the small sample size, the absence of a control group, and the lack of functional analyses are important limitations of our study. Moreover, heterozygous pathogenic *PCNT* variants primarily indicate carrier status for autosomal recessive MOPD II and should not be considered sufficient evidence of causation for growth impairment.

Conclusion

To the best of our knowledge, this is the first pediatric case series evaluating the growth and clinical characteristics of children carrying heterozygous *PCNT* variants. Short stature, SGA birth, and microcephaly were common findings. Reduced height in variant-carrying parents and intrafamilial phenotypic variability suggest that heterozygous *PCNT* variants may contribute to growth impairment. However, larger cohorts and functional studies are required to clarify the clinical significance and potential causal role of monoallelic *PCNT* variants.

References

1. Rauch A, Thiel CT, Schindler D, et al. Mutations in the pericentrin (PCNT) gene cause primordial dwarfism. *Science*. 2008;319(5864):816–819.

2. Bober MB, Niiler T, Duker AL, et al. Growth in individuals with Majewski osteodysplastic primordial dwarfism type II caused by pericentrin mutations. *Am J Med Genet A*. 2012;158A(11):2719–2725.

3. Ain NU, Fatima Z, Naz S, Mäkitie O. RAB33B and PCNT variants in two Pakistani families with skeletal

dysplasia and short stature. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22.

4. Willems M, Geneviève D, Borck G, et al. Molecular analysis of pericentrin gene (PCNT) in a series of 24 Seckel/microcephalic osteodysplastic primordial dwarfism type II (MOPD II) families. *J Med Genet.* 2010;47(12):797–802.

OP-34

Basal Cortisol Concentrations in Screen-Positive Infants Without Congenital Adrenal Hyperplasia: Does Low Cortisol Indicate Adrenal Insufficiency?

Abstract

Objective: Infants referred following a positive newborn screening result for congenital adrenal hyperplasia (CAH) frequently exhibit low basal cortisol concentrations, which often prompt further investigation and concern regarding the need for glucocorticoid therapy. Basal cortisol is physiologically low in the neonatal period owing to the immaturity of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, and a substantial proportion of referred infants are preterm; together with the absence of an established circadian rhythm, this has made the definition of a reliable lower reference limit difficult. This study aimed to characterize the distribution of basal cortisol and to determine a clinically safe lower limit in screen-positive infants without classic CAH.

Methods: The medical records of 117 infants referred by the newborn screening program were retrospectively reviewed. Heel-prick and serum 17-hydroxyprogesterone concentrations were measured by liquid chromatography-tandem mass spectrometry (LC-MS/MS), and serum cortisol and adrenocorticotropic hormone (ACTH) by immunoassay. In infants without classic CAH who were followed without glucocorticoid treatment, the 2.5th–97.5th percentile interval for cortisol was calculated non-parametrically, and the 90% confidence interval (CI) of the lower limit was estimated by bootstrapping. Infants with basal cortisol below 5 µg/dL were compared with those with higher concentrations.

Results: Of the 117 infants, 54 (46.2%) were female and 65 (55.6%) were born preterm; the median age at referral was 20 days (interquartile range [IQR] 15–32). Classic CAH was diagnosed in four infants (3.4%), three of whom carried CYP21A2 variants. Among the 113 infants without classic CAH, the median cortisol concentration was 8.0 µg/dL (IQR 4.4–12.6), and the 2.5th–97.5th percentile interval was 2.4–24.2 µg/dL (90% CI of the lower limit: 2.1–3.3 µg/dL). Cortisol concentrations did not differ according to gestational status (p=0.27) or sex (p=0.53). Thirty-five infants (31.0%) had cortisol concentrations below 5 µg/dL; in this group, ACTH concentrations were lower than in the remaining infants (median 20.4 vs. 29.0 pg/mL, p=0.002), with a maximum of 64 pg/mL, and none had hyponatremia, hyperkalemia, or hypoglycemia. Cortisol was positively correlated with ACTH (ρ=0.40, $p < 0.001$). No infant required glucocorticoid treatment or developed clinical adrenal insufficiency during follow-up.

Conclusion: Approximately one-third of screen-positive infants without classic CAH have basal cortisol below 5 µg/dL. Low cortisol alone does not indicate adrenal insufficiency. In asymptomatic infants with normal ACTH and electrolytes, values as low as approximately 2.5 µg/dL may be considered normal. In such infants, routine ACTH stimulation testing may be unnecessary, and empirical glucocorticoid therapy may be avoided. Larger prospective studies employing LC-MS/MS-based cortisol measurement are warranted to confirm these findings.

Keywords: congenital adrenal hyperplasia, newborn screening, cortisol, adrenal insufficiency, neonate, 17-hydroxyprogesterone

Introduction

Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia (CAH) caused by 21-hydroxylase deficiency aims to detect the salt-wasting form before an adrenal crisis occurs (1). The screening test measures 17-hydroxyprogesterone (17-OHP). 17-OHP is physiologically high in the first days of life and is further increased in preterm, low-birth-weight, and sick infants, and immunoassays also cross-react with precursor steroids. For these reasons, CAH screening has one of the highest false-positive rates among newborn screening programs, and most referred infants do not have the disease. A second-tier steroid panel measured by liquid chromatography–tandem mass spectrometry (LC-MS/MS) improves specificity, but the problem has not been fully solved.

Infants referred after a positive screen are evaluated with basal adrenal steroids, and their cortisol level is often low. This finding raises concern for adrenal insufficiency and frequently leads to repeated tests, ACTH stimulation tests, and sometimes glucocorticoid treatment. Interpretation is difficult because basal cortisol

is already low in healthy neonates and the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis is still maturing after birth. In addition, the circadian rhythm is not yet present, and a reliable lower limit for this period has not been defined (2).

We therefore evaluated basal cortisol in a consecutive series of screen-positive infants in whom classic CAH was excluded. Our aims were to describe the distribution of basal cortisol and to define a lower limit that can be considered clinically safe.

Materials and Methods

Study design and population: This retrospective, single-center study included infants referred to our pediatric endocrinology clinic after a positive national newborn CAH screen between January 2023 and December 2025. Infants with incomplete or inconsistent laboratory data and infants without a cortisol measurement were excluded.

Screening protocol: Screening followed the national two-tier program (3). A dried blood spot was collected at 3–5 days of life in neonates of at least 32 gestational weeks and 1500 g. In the first tier, 17-OHP was measured by fluoroimmunoassay. Samples above the cut-off adjusted for gestational age and birth weight were tested in the second tier by LC-MS/MS, which measured 17-OHP, 21-deoxycortisol (21-DF), cortisol, and 11-deoxycortisol. Infants with a steroid ratio (21-DF + 17-OHP)/cortisol ≥ 1 were referred for diagnostic evaluation.

Measurements: At referral, basal plasma cortisol and ACTH were measured by immunoassay, and serum 17-OHP was measured by LC-MS/MS. Serum electrolytes and glucose were also measured. A basal cortisol level was accepted as clinically safe if it was measured in an infant who did not have classic CAH, was followed for at least two months without glucocorticoid treatment, and did not develop adrenal insufficiency during follow-up.

Statistical analysis: Continuous variables are presented as median (interquartile range, IQR). In infants without classic CAH, the cortisol reference interval was calculated non-parametrically as the 2.5th–97.5th percentiles. Subgroups (term vs. preterm and female vs. male) were compared with the Mann–Whitney U test. The relationship between cortisol and ACTH was analyzed with the Spearman correlation. Infants with cortisol below 5 µg/dL were compared with those with cortisol of 5 µg/dL or higher. A two-sided p value < 0.05 was considered significant.

Results

Study population: Of the 121 referred infants, four were excluded (three with uncertain laboratory data and one without a cortisol measurement), leaving 117 for analysis. Classic CAH was diagnosed in four infants (3.4%), three of whom had CYP21A2 variants; this corresponds to about one case per 30 referrals. The remaining 113 infants formed the reference cohort (Table 1). Parental consanguinity was present in seven families.

Characteristic	Value
Sex (female / male), n (%)	54 (46.2) / 63 (53.8)
Gestation (term / preterm), n (%)	52 (44.4) / 65 (55.6)
Birth weight, g, median (IQR)	2740 (2110–3160)
Median age at referral, days (IQR)	20 (15–32)
Classic CAH diagnosed, n (%)	4 (3.4)
Without classic CAH (reference cohort), n	113
ACTH, pg/mL, median (IQR)	27.7 (19.5–40.4)
Serum 17-OHP, ng/mL, median (IQR)	2,48 (0,86–14,0)
Basal cortisol, µg/dL, median (IQR)	8.0 (4.4–12.6)

Basal cortisol, 2.5th–97.5th percentile, µg/dL (90% CI of lower limit)	2.4–24.2 (2.1–3.3)

Table 1. Characteristics of the study population (n = 117 analyzed; percentages on 117, cortisol statistics on the 113 infants without classic CAH).

Cortisol distribution: In the 113 infants without classic CAH, the median basal cortisol was 8.0 µg/dL (IQR 4.4–12.6), and the 2.5th–97.5th percentile interval was 2.4–24.2 µg/dL; the 90% CI for the lower limit was 2.1–3.3 (Figure 1). Cortisol was below 5 µg/dL in 35 infants (31.0%) and below 3 µg/dL in 5 infants (4.4%). Cortisol did not differ significantly by gestational status or sex, and it was not correlated with postnatal age at sampling (Spearman ρ ≈ 0.0). A single reference interval was therefore used (Table 2).

	n	**Median (IQR)**	**< 5 µg/dL**
All without classic CAH	113	8.0 (4.4–12.6)	31.0%
Term	48	9.9 (5.4–13.0)	22.9%
Preterm	65	7.5 (4.1–12.5)	36.9%

Table 2. Basal cortisol (µg/dL) by subgroup. Term vs. preterm p = 0.27; female vs. male p = 0.53 (Mann–Whitney U).

Low cortisol and markers of adrenal function: Infants with cortisol below 5 µg/dL were not clinically different from the others. Their ACTH was lower, not higher, than in the remaining infants (median 20.4 vs. 29.0 pg/mL, p = 0.002; Figure 2). ACTH did not exceed 64 pg/mL in any infant with low cortisol, and none had hyponatremia, hyperkalemia, or hypoglycemia. None of these infants required glucocorticoid treatment or developed adrenal insufficiency during follow-up. In the whole cohort, cortisol was positively correlated with ACTH (ρ = 0.40, p < 0.001).

Follow-up: Infants were followed for at least two months (median of two clinic visits, IQR 2–4). During follow-up, no infant without classic CAH required glucocorticoid treatment or developed adrenal insufficiency.

Discussion

In this series of screen-positive infants in whom classic CAH was excluded, basal cortisol was often low: about one-third of the infants had a value below 5 µg/dL. Such a value would raise concern if it were judged by thresholds defined for older children or adults. However, none of these infants had clinical or laboratory evidence of adrenal insufficiency.

Our reference interval agrees with cortisol values reported in healthy neonates, despite differences in method and population. In well preterm infants, Heckmann et al. reported a reference range of 2.6–20.4 µg/dL and found cortisol below 5 µg/dL in 21% of infants, none of whom had signs of adrenal insufficiency; this is close to our value of 31% (4). In healthy term infants, Forclaz et al. described a "physiological hypocortisolemia," with a median similar to ours and with cortisol-binding globulin levels close to adult values; they concluded that the low total cortisol reflects truly low secretion rather than reduced binding (5). Reports in very-low-birth-weight infants and national neonatal guidance suggest a lower limit of 2–3 µg/dL (6,7), and our estimate (2.4 µg/dL) is within this range.

The ACTH values also argue against adrenal insufficiency. In primary adrenal insufficiency, ACTH increases, and national guidance considers a low cortisol together with an ACTH above twice the upper reference limit as diagnostic (7). In our infants with low cortisol, ACTH was instead lower, never exceeded 64 pg/mL, and was positively correlated with cortisol. This pattern is consistent with the transitional neonatal HPA axis described by Fernandez et al.. In that model, the sudden loss of placental corticotropin-releasing hormone at birth can temporarily lower both cortisol and ACTH, while the adrenal response to exogenous ACTH is preserved (8). Our ACTH values are below the mean of about 50 pg/mL reported in healthy term newborns (9). These findings are therefore more consistent with an immature, physiologically low adrenal

axis than with adrenal failure.

The high frequency of low cortisol in this group may be partly explained by the screening algorithm. The second-tier referral criterion is a ratio that has cortisol in the denominator. Therefore, a physiologically low cortisol increases the ratio and can lead to referral even when 17-OHP and 21-DF are not elevated. In a cohort from the same program, this ratio had a specificity of only 5.6%, and some infants were referred on the basis of the ratio alone despite a normal 17-OHP (3,10). A similar effect has been reported elsewhere, where a very low cortisol moved some false-positive samples above the ratio threshold (11). For this reason, our cohort may include a higher proportion of infants with low cortisol. This is a limitation, but it also suggests that the low cortisol seen in these infants is partly a result of the screening method.

These observations have a direct clinical implication. In an asymptomatic screen-positive infant with a normal second-tier adrenal-specific marker, a non-elevated ACTH, and normal electrolytes, a low basal cortisol down to about 2.5 µg/dL does not necessarily require an ACTH stimulation test or glucocorticoid treatment. Clinical follow-up with repeated 17-OHP measurement may be sufficient (10). Because immunoassays tend to give higher cortisol values than LC-MS/MS (7), the true lower limit may be even lower, which supports rather than weakens this conclusion.

Study Limitations

This study has several limitations. It is retrospective and was performed in a single center. An ACTH stimulation test was not performed, so the safe level is defined clinically and not by direct measurement of adrenal reserve. Cortisol was measured by immunoassay, which may give higher values and may cross-react with fetal adrenal steroids in preterm infants. Because referral depends on a ratio that contains cortisol in the denominator, the cohort may include more infants with low cortisol. The sample of 113 infants is slightly smaller than the number recommended for reference-interval estimation, so the subgroup intervals are less precise.

Conclusion

About one-third of the infants referred after CAH screening in whom classic CAH is excluded have a basal cortisol below 5 µg/dL. In asymptomatic infants with a non-elevated ACTH and normal electrolytes, a cortisol as low as about 2.5 µg/dL may not by itself be interpreted as adrenal insufficiency, and routine ACTH stimulation testing or glucocorticoid treatment may not be necessary. Prospective studies that use LC-MS/MS to measure cortisol are needed to confirm these findings.

References

1. Speiser PW, Arlt W, Auchus RJ, et al. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(11):4043-88.
2. Kervezee L, Romijn M, van de Weijer KNG, et al. Development of 24-hour rhythms in cortisol secretion across infancy. J Clin Endocrinol Metab. 2025;110(2):e515-24.
3. Güran T, Yürüker E, Anık A, et al. The first-year outcomes of the nationwide neonatal CAH screening in Türkiye. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2025;17(4):488-93.
4. Heckmann M, Wudy SA, Haack D, Pohlandt F. Reference range for serum cortisol in well preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999;81(3):F171-4.
5. Forclaz MV, Moratto E, Pennisi A, et al. Salivary and serum cortisol levels in newborn infants. Arch Argent Pediatr. 2017;115(3):262-6.
6. Mori A, Tuli G, Magaldi F, et al. Plasma cortisol and ACTH levels in 416 VLBW preterm infants during the first month of life. J Perinatol. 2019.
7. Yiğit Ş, Tarım Ö. Yenidoğanda adrenal yetmezlik tanı ve tedavi rehberi [Neonatal adrenal insufficiency: diagnosis and treatment guideline] [Internet]. Ankara: Türk Neonatoloji Derneği; [2019]. [cited 2026 Nov 3]. Available from: https://neonatology.org.tr/uploads/content/tanı-tedavi/yenidoganda_adrenal_yetmezlik.pdf
8. Fernandez EF, Watterberg KL. Relative adrenal insufficiency in the preterm and term infant. J Perinatol. 2009;29(Suppl 2):S44-9.
9. Soliman AT, Taman KH, Rizk MM, et al. Circulating ACTH and cortisol concentrations in normal AGA newborns versus those with sepsis and respiratory distress. Metabolism. 2004;53(2):209-14.
10. Orhan B. Retrospective evaluation of neonates referred with a positive CAH screening test. Specialty thesis, Dokuz Eylül University, İzmir; 2024.
11. Engström K, Zetterström RH, Wedell A, Nordenström A. Neonatal screening for CAH in Sweden—results of implementing second-tier testing. Int J Neonatal Screen. 2026;12(2):29.

OP-35

Title: Simultaneous Screening of 450 Genes Responsible for Inborn Errors of Metabolism for Disease Etiology by Next-Generation Sequencing

Filiz Basak Ergin[1], Leyla Tümer[2]
1 Division of Pediatric Genetic Disorders, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye
2 Division of Pediatric Inborn Metabolic Disorders, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye
Keywords: Inborn errors of metabolism, Targeted next-generation sequencing, Genetic variants

Introduction

Inborn errors of metabolism (IEM) are a group of disorders resulting from genetic alterations that disrupt the function of enzymes, transporter proteins, receptors, cofactors, cellular organelles, or regulatory proteins involved in biochemical pathways. IEM, although individually rare, collectively represent a significant cause of morbidity and mortality in the population and often present with non-specific symptoms (such as growth retardation, feeding difficulties, hypotonia, seizures, hepatosplenomegaly, and recurrent decompensation episodes). These defects can lead to the buildup of toxic substances or a deficiency of essential compounds, often affecting multiple organ systems. This clinical heterogeneity can lead to prolonged diagnostic processes, unnecessary investigations and treatments, and, in some cases, irreversible neurodevelopmental damage. IEMs occur in 1 in 800–2500 births (1).

From a biochemical perspective, the diagnosis of IEM can involve detecting abnormal biochemical markers through screening tests, with specific assays used for a definitive diagnosis. However, for some IEMs, specific biochemical tests can be invasive and highly costly. Additionally, in some IEMs, biochemical markers have even been identified. Furthermore, even when biochemical markers are available, establishing a definitive diagnosis for certain IEMs remains challenging (1, 2).

NGS has become extremely important in the diagnosis of rare diseases today. Considering the extreme genetic heterogeneity of IEMs and the complexity of diagnosis using classical methods, the NGS approach has greatly improved the diagnostic process (1). With advances in high-throughput sequencing technologies, large-scale genetic screening has become increasingly feasible and critical for understanding disease etiology.

This study aims to evaluate the diagnostic yield of a 450-gene targeted NGS panel in pediatric patients with suspected IEM, to characterize the spectrum of identified variants, and to determine the clinical impact of

these genetic findings on treatment decisions and genetic counseling.

Materials and Methods

We screened 324 patients who came to our clinic between 2015 and 2024 with suspected IEM using a targeted NGS panel covering 450 genes of interest.

DNA was extracted from the peripheral leukocytes of each patient by IprepTM PureLink® gDNA Blood Kit (Invitrogen, Carlsbad, CA) according to the manufacturer's protocol. Patients underwent our targeted NGS panel, which included 450 IEMs. The estimated pathogenicity of the novel variants was assessed using the American College of Medical Genetics (ACMG) classification (3) to identify pathogenic, likely pathogenic, or unknown significant variants.

The NGS panel included 450 different types of IEMs. We used Ion AmpliSeq™ Library Kit Plus (Life Technologies, Guilford, CT, South San Francisco, CA). This ready-to-go analysis kit includes 1269 primer pairs for the analysis of interested gene sequences on the Ion GeneStudio S5 platform (Life Technologies, Guilford, CT; South San Francisco, CA). Analyses were done using an Ion Torrent 540 chip (Life Technologies, Guilford, CT, South San Francisco, CA). The analyses were successful, with an overall 100% read-on-target, 100× coverage of 99.99%, and 20× coverage of 99.99%. The results were investigated with Integrated Genomic Viewer (4). The human genome 19 was used as the reference. Polyphen2, SIFT, and MutationTaster were used for in silico analysis, and GERP and PhastCons scores were used to assess variant conservation. The population frequency of each variation was evaluated using data from the gnomAD database.

Results

A total of 324 patients with clinically suspected IEM were screened using the 450-gene targeted NGS panel. Overall, 172 variants were identified in 76 different genes.

At the patient level, a molecular diagnosis consistent with the clinical presentation was established in 144 patients, corresponding to a diagnostic yield of 44.4%. In an additional 56 patients (17.3%), only a single heterozygous variant was detected in a gene associated with an autosomal recessive disorder; these cases were considered inconclusive. No genetic cause explaining the clinical phenotype was identified in the remaining 124 patients (38.3%).

Among the 144 diagnosed patients, autosomal recessive inheritance was predominant (134/144, 93.1%),

comprising 111 homozygous and 23 compound heterozygous genotypes. X-linked disorders were identified in seven hemizygous patients (4.9%), and autosomal dominant disorders in three heterozygous patients (2.1%). The marked predominance of homozygous genotypes is consistent with the high rate of consanguinity in our population (Table 1).

Of the 172 variants, 119 (69.2%) had been previously reported in the literature or public databases, whereas 53 (30.8%) were novel. According to ACMG criteria, 66 variants (38.4%) were classified as pathogenic, 58 (33.7%) as likely pathogenic, and 48 (27.9%) as variants of uncertain significance (VUS). Thus, nearly three-quarters of the variants were classified as pathogenic or likely pathogenic.

Among the 172 variants, missense variants were the most common (69%), followed by nonsense (12%), frameshift (11%), and splice-site (6%) variants, while small deletions, start-loss, and 5 ̶UTR variants each accounted for approximately 1% (Figure 1).

In this study, 324 patients with suspected IEM were evaluated using a targeted next-generation sequencing (NGS) panel comprising 450 IEM-associated genes. The *BTD* gene harbored the highest number of disease-causing variants, accounting for 24 of 144 diagnosed cases (16,7%), followed by *MMUT* (6,3%) and *ETFDH* (4,9%) (Figure 2).

Conclusions

The results underscore the importance of comprehensive genomic profiling for improving our understanding of IEM. Among 324 pediatric patients evaluated for suspected metabolic disease, disease-associated variants were identified in 144 patients using the panel, resulting in a diagnostic yield of 44,4%. In terms of diagnostic yield, studies by Salman et al., Gosh et al., and Reid et al. reported rates of 63.4%, 50%, and 53%, respectively, whereas our study reported 44.4% (5, 1, 6). Research indicates that the diagnostic yield increases when biochemical markers are taken into consideration. Yubero et al. reported an overall diagnostic yield of 50%; however, when the subgroup with biochemical markers was analyzed, the diagnostic yield increased to 78%, while it decreased to 15.4% for the subgroup with clinical suspicion but no biochemical markers (2). Similarly, in the study by Reid et al., the diagnostic yield increased to 89% when biochemical markers were considered. Therefore, when comparing studies, one must account for differences in both patient selection criteria and the number of genes included in the diagnostic panel.

Targeted-NGS does not capture all types of variants; it cannot detect large insertions and deletions, as well as deep intronic or untranslated region (UTR) variants (7). Furthermore, while variants located at exon-intron junctions—which can affect splicing—may be detected via targeted NGS, interpreting such variants when they are classified as VUS remains highly challenging (8). Additionally, because targeted NGS panels cover only a specific set of genes, it is impossible to identify a genetic alteration if the causative gene is not included in the panel. To overcome these limitations, advanced analyses, such as SNP array, MLPA, WES, WGS, or transcriptomics, can be employed for patients who exhibit a distinct biochemical phenotype but for whom no causative variant has been identified.

In the study, 72.1% (124/172) of the identified variants were classified as pathogenic or likely pathogenic. Additionally, 27.9% (48/172) were classified as VUS. These type variants were interpreted in the context of clinical and biochemical findings and warrant periodic re-evaluation, as additional evidence may lead to their reclassification.

The 56 patients (17.3%) carrying only a single heterozygous variant in a gene associated with an autosomal recessive disorder may represent either carrier status or an undetected second pathogenic allele, such as a deep intronic, regulatory, or copy number variant, and therefore warrant further investigation with complementary methods such as MLPA, RNA analysis, or genome sequencing.

These approaches to screening IEMs facilitate the evaluation of variants both globally and across diverse populations (9). In this context, it has become possible to thoroughly analyze variants specific to the Turkish population, as well as the clinical course of the diseases they cause. Consequently, it will be easier to monitor patients' clinical progression in the future and to provide more detailed genetic counseling.

Targeted therapies were initiated promptly for the diagnosed patients, and genetic counseling was provided to their families. The findings support the idea that a comprehensive genetic testing approach in patients presenting with clinically similar symptoms enables the timely initiation of disease-specific treatment, avoids unnecessary investigations, and facilitates appropriate genetic counseling for the family. These findings demonstrate that comprehensive gene panels offer not only diagnostic value but also treatment guidance and preventive benefits for families in pediatric cases of suspected metabolic disease, and that they should be considered early in general pediatric practice.

References

1. Ghosh A, Schlecht H, Heptinstall LE, Bassett JK, Cartwright E, Bhaskar SS, Urquhart J, Broomfield A, Morris AA, Jameson E, Schwahn BC, Walter JH, Douzgou S, Murphy H, Hendriksz C, Sharma R, Wilcox G, Crushell E, Monavari AA, Martin R, Doolan A, Senniappan S, Ramsden SC, Jones SA, Banka S. Diagnosing childhood-onset inborn errors of metabolism by next-generation sequencing. Arch Dis Child. 2017 Nov;102(11):1019-1029. doi: 10.1136/archdischild-2017-312738. Epub 2017 May 3. PMID: 28468868.

2. Yubero D, Brandi N, Ormazabal A, Garcia-Cazorla À, Pérez-Dueñas B, Campistol J, Ribes A, Palau F, Artuch R, Armstrong J; Working Group. Targeted Next Generation Sequencing in Patients with Inborn Errors of Metabolism. PLoS One. 2016 May 31;11(5):e0156359. doi: 10.1371/journal.pone.0156359. PMID: 27243974; PMCID: PMC4887012.

3. Richards S, Aziz N, Bale S, Bick D, Das S, Gastier-Foster J, Grody WW, Hegde M, Lyon E, Spector E, Voelkerding K, Rehm HL; ACMG Laboratory Quality Assurance Committee. Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. Genet Med. 2015 May;17(5):405-24. doi: 10.1038/gim.2015.30. Epub 2015 Mar 5. PMID: 25741868; PMCID: PMC4544753.

4. Robinson JT, Thorvaldsdóttir H, Winckler W, Guttman M, Lander ES, Getz G, Mesirov JP. Integrative genomics viewer. Nat Biotechnol. 2011 Jan;29(1):24-6. doi: 10.1038/nbt.1754. PMID: 21221095; PMCID: PMC3346182.

5. Salman DO, Mahfouz R, Bitar ER, Samaha J, Karam PE. Challenges of genetic diagnosis of inborn errors of metabolism in a major tertiary care center in Lebanon. Front Genet. 2022 Nov 18;13:1029947. doi: 10.3389/fgene.2022.1029947. PMID: 36468010; PMCID: PMC9715967.

6. Reid ES, Papandreou A, Drury S, Boustred C, Yue WW, Wedatilake Y, Beesley C, Jacques TS, Anderson G, Abulhoul L, Broomfield A, Cleary M, Grunewald S, Varadkar SM, Lench N, Rahman S, Gissen P, Clayton PT, Mills PB. Advantages and pitfalls of an extended gene panel for investigating complex neurometabolic phenotypes. Brain. 2016 Nov 1;139(11):2844-2854. doi: 10.1093/brain/aww221. PMID: 27604308; PMCID: PMC5091046.

7. Barbosa-Gouveia S, Vázquez-Mosquera ME, González-Vioque E, Álvarez JV, Chans R, Laranjeira F, Martins E, Ferreira AC, Avila-Alvarez A, Couce ML. Utility of Gene Panels for the Diagnosis of Inborn Errors of Metabolism in a Metabolic Reference Center. Genes (Basel). 2021 Aug 19;12(8):1262. doi: 10.3390/genes12081262. PMID: 34440436; PMCID: PMC8391361.

8. Hertzog A, Selvanathan A, Farnsworth E, Tchan M, Adams L, Lewis K, Tolun AA, Bennetts B, Ho G, Bhattacharya K. Intronic variants in inborn errors of metabolism: Beyond the exome. Front Genet. 2022 Dec 6;13:1031495. doi: 10.3389/fgene.2022.1031495. PMID: 36561316; PMCID: PMC9763607.

9. Wang D, Zhang J, Yang R, Zhang D, Wang M, Yu C, Yang J, Huang W, Liu S, Tang S, He X. Disease spectrum, prevalence, genetic characteristics of inborn errors of metabolism in 21,840 hospitalized infants in Chongqing, China, 2017-2022. Front Genet. 2024 May 28;15:1395988. doi: 10.3389/fgene.2024.1395988.

Table 1. Distribution of variants by inheritance pattern and pathogenicity.

Cases	Inheritance	Number of Variants			
	P	LP	VUS	Total	

Genetically confirmed	Autosomal Ressesif	Homozygous	46	32	33	111
		Compound Hetero-zygous	20	11	15	46 (23 cases)
	Autosomal Dominant		2	-	1	3
	X Linked		2	2	3	7
Heterozygous variant carriers	Autosomal Recessive		20	16	20	56
Wild Type	-		-	-	-	124

Figure 1. Distribution of variant types.

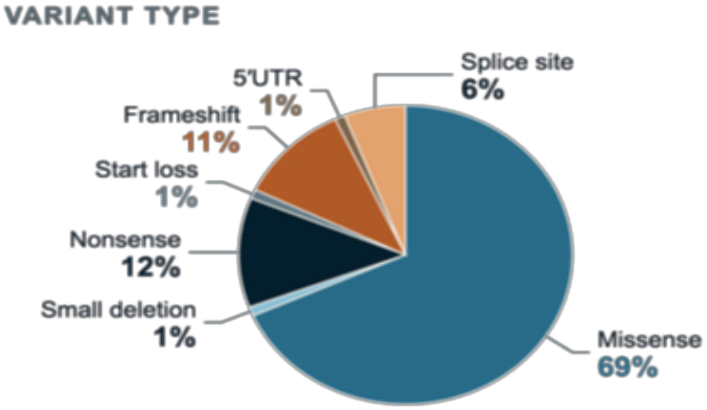
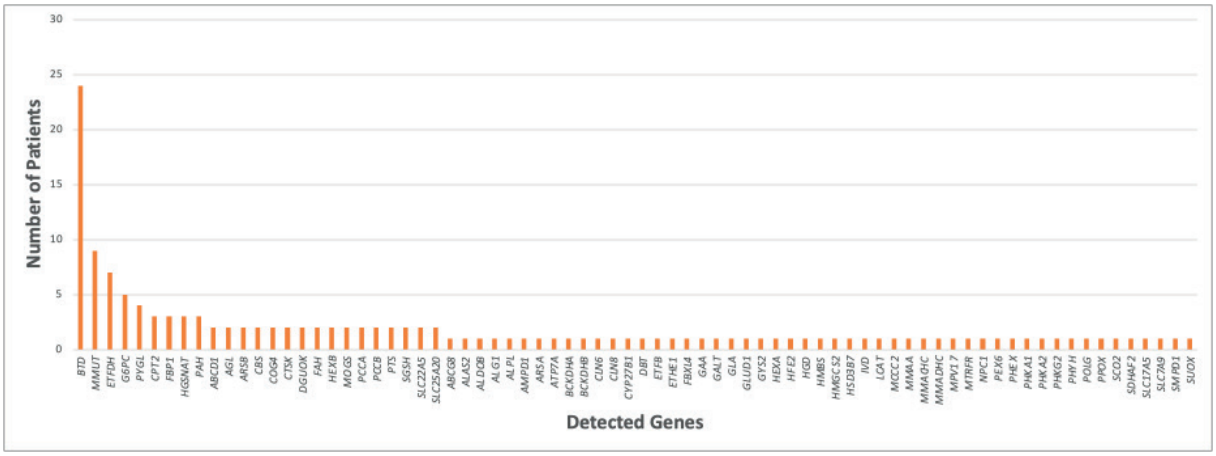


Figure 2. Number of diagnosed patients per gene (Genes are ordered by frequency).



Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

OP-36

Association of Respiratory Pathogens with Age and Severity in Children Followed for Wheezing Episodes

Deniz Dereli[1] , Leman Tuba Karakurt[2] , Abdulmelik Bucak[3] , Gizem Uslu[2] , Gülser Esen Besli[3] , Mustafa Arga[2]

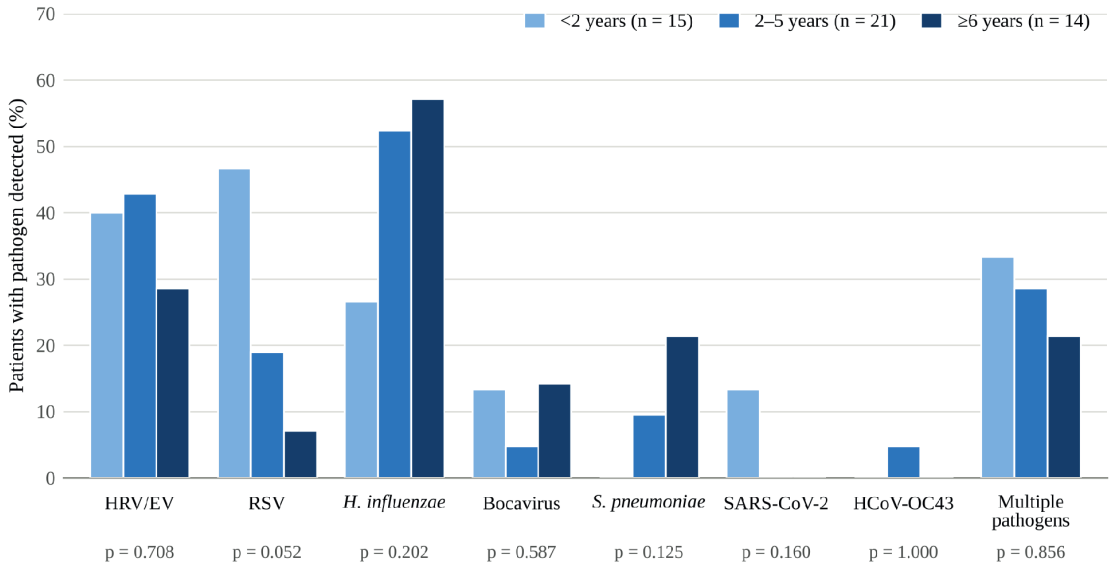
[1]İstanbul Medeniyet University, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın City Hospital, Department of Pediatrics
[2]İstanbul Medeniyet University, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın City Hospital, Department of Pediatric Allergy and Immunology
[3]İstanbul Medeniyet University, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın City Hospital, Department of Pediatric Emergency

Introduction: Wheezing episodes are a leading cause of emergency visits and hospital admissions in childhood, mostly triggered by viral respiratory infections. Although respiratory PCR panels facilitate pathogen detection, the relationship of detected pathogens with age and episode severity remains unclear. We evaluated respiratory pathogen distribution in children followed for wheezing episodes and its association with age, atopy/allergy, episode severity, and hospital stay.

Materials and Method: This single-center retrospective study included patients presenting to our hospital with a wheezing episode between 2023 and 2025, followed in day-case or inpatient units, with at least one pathogen detected on a respiratory PCR panel. Age (months), sex, allergic/atopic disease, severity at presentation [Pediatric Respiratory Assessment Measure (PRAM) 4–7, moderate; ≥8, severe], and hospital stay were obtained from records. Continuous variables were compared using the Mann–Whitney U test and categorical variables using Fisher's exact test (Fisher–Freeman–Halton for three age groups); $p < 0.05$ was considered significant.

Results and Conclusion: Fifty patients (median age 40 months [interquartile range (IQR): 18.8–73.8]) were included; 58% were male and 46% had allergy history. Moderate and severe episodes accounted for 60% and 40%, respectively (Table 1). The proportion of severe episodes increased significantly with decreasing age (60.0% in children < 2 years, 42.9% at 2–5 years, and 14.3% at ≥6 years; $p = 0.049$). Multiple pathogens were detected in 28%. The most frequent pathogens were Haemophilus influenzae (n = 23, 46%), human rhinovirus/enterovirus (HRV/EV; n = 19, 38%), and respiratory syncytial virus (RSV; n = 12, 24%) (Figure 1). Pathogen frequencies did not differ significantly by age group ($p > 0.05$). RSV positivity declined with age (46.7%, 19.0%, and 7.1%), approaching significance ($p = 0.052$) (Figure 1); RSV-positive patients were significantly younger than RSV-negative patients (16.0 vs 44.5 months; $p = 0.012$) (Table 2). Positivity for the three most frequent pathogens was not associated with sex, allergy history, episode severity, or length of stay ($p > 0.05$) (Table 2), nor did pathogen frequencies differ between moderate and severe episodes ($p > 0.05$). Although severe wheezing episodes were more frequent in younger children and RSV tended to be detected more often at younger ages, pathogen distribution did not differ significantly by age group or episode severity, and pathogen positivity was not associated with severity or length of stay. The retrospective single-center design, small sample, lack of age-adjusted multivariable analysis, and counting of multiple-pathogen patients in more than one group limit generalizability. Larger multicenter prospective studies are needed.

Figure 1. Distribution of respiratory pathogens and of multiple-pathogen detection according to age group



HRV/EV: Human rhinovirus/enterovirus; RSV: Respiratory syncytial virus; H. influenzae: Haemophilus influenzae; S. pneumoniae: Streptococcus pneumoniae; SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; HCoV-OC43: Human coronavirus OC43; Multiple pathogens: Detection of two or more pathogens in the same patient; n: Number of patients.

Table 1. General demographic and clinical characteristics of the patients

Variable	Total (n = 50)
Age at presentation (months)	
Median (Q1–Q3)	40.0 (18.8–73.8)
Age groups, n (%)	
<2 years	15 (30.0)
2–5 years	21 (42.0)
≥6 years	14 (28.0)
Sex, n (%)	
Male	29 (58.0)
Female	21 (42.0)
Presence of allergic disease, n (%)	
Present	23 (46.0)
Absent	27 (54.0)
Distribution of allergic diseases, n (%)*	
Asthma / recurrent wheezing	17 (34.0)
Allergic rhinitis	7 (14.0)
Other allergy / atopy	10 (20.0)
Episode severity (PRAM), n (%)	
Moderate episode (PRAM 4–7)	30 (60.0)
Severe episode (PRAM 8–11)	20 (40.0)
Length of hospital stay (days)	
Mean ± SD	4.8 ± 3.2
Min–max	0.3–13.0

n: Number of patients; SD: Standard deviation; Q1–Q3: Interquartile range (first to third quartile); PRAM: Pediatric Respiratory Assessment Measure. *A patient may have more than one allergic disease.

Table 2. Comparison of clinical characteristics of HRV/EV-, RSV-, and H. influenzae-positive patients with the remaining patients

Variable	Comparison of HRV/EV-positive and -negative patients			Comparison of RSV-positive and -negative patients			Comparison of *H. influenzae*-positive and -negative patients		
	Positive (n=19)	**Negative (n=31)**	**p**	**Positive (n=12)**	**Negative (n=38)**	**p**	**Positive (n=23)**	**Negative (n=27)**	**p**
Age (months), median (Q1–Q3)	40.0 (18.5–54.5)	43.0 (19.5–82.0)	0.478	16.0 (9.2–31.2)	44.5 (25.2–79.0)	**0.012**	44.0 (29.5–78.0)	28.0 (10.5–53.5)	0.088
Age group, n (%)			0.708			0.052			0.202
<2 years	6 (31.6)	9 (29.0)		7 (58.3)	8 (21.1)		4 (17.4)	11 (40.7)	
2–5 years	9 (47.4)	12 (38.7)		4 (33.3)	17 (44.7)		11 (47.8)	10 (37.0)	
≥6 years	4 (21.1)	10 (32.3)		1 (8.3)	13 (34.2)		8 (34.8)	6 (22.2)	
Female sex, n (%)	8 (42.1)	13 (41.9)	1.000	5 (41.7)	16 (42.1)	1.000	9 (39.1)	12 (44.4)	0.778
Allergic disease, n (%)	9 (47.4)	14 (45.2)	1.000	3 (25.0)	20 (52.6)	0.112	10 (43.5)	13 (48.1)	0.782
PRAM score, median (Q1–Q3)	7.0 (6.0–8.0)	7.0 (5.0–8.0)	0.302	7.0 (5.8–8.0)	7.0 (6.0–8.0)	0.908	7.0 (6.0–8.0)	6.0 (5.0–8.0)	0.221
Moderate episode (PRAM 4–7), n (%)	11 (57.9)	19 (61.3)	1.000	7 (58.3)	23 (60.5)	1.000	13 (56.5)	17 (63.0)	0.774
Severe episode (PRAM 8–11), n (%)	8 (42.1)	12 (38.7)	1.000	5 (41.7)	15 (39.5)	1.000	10 (43.5)	10 (37.0)	0.774
Length of hospital stay (days), mean ± SD	4.6 ± 3.1	4.9 ± 3.3	0.740	4.6 ± 3.5	4.8 ± 3.1	0.991	4.8 ± 3.2	4.7 ± 3.2	0.876

HRV/EV: Human rhinovirus/enterovirus; RSV: Respiratory syncytial virus; H. influenzae: Haemophilus influenzae; S. pneumoniae: Streptococcus pneumoniae; SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; HCoV-OC43: Human coronavirus OC43. n: Number of patients; SD: Standard deviation; Q1–Q3: Interquartile range (first to third quartile); PRAM: Pediatric Respiratory Assessment Measure.

Keywords : episode severity , respiratory pathogens , wheezing

OP-38

Breastfeeding During Pediatric Hospitalization: Age- and Ward-Specific Patterns at Admission and Discharge in a Tertiary Children's Hospital

Sultan Icoz Basarir[1], Ece Irem Deveci[1], Melda Celik[2], S. Songul Yalcin[2]

[1]Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

[2]Division of Social Pediatrics, Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

ABSTRACT

Background: Hospitalization may represent a vulnerable period for breastfeeding, particularly in the first months of life, yet data describing how breastfeeding is maintained across pediatric wards and age groups are limited. This study evaluated breastfeeding and formula-feeding patterns at admission and discharge among infants and children hospitalized in a tertiary children's hospital, according to age and clinical setting.

Methods: We retrospectively evaluated 2,590 hospitalizations at Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital over an 16-month period. Age, admitting and discharging ward, length of stay, and feeding route and feeding type at admission and discharge were assessed. Children fed orally or via routes classified as "other" were included in the feeding-type analysis; intravenous and total parenteral nutrition were excluded. The newborn ward (B82), where infants born in the hospital are cared for, was analysed separately; children in other wards were grouped as <1 month, 1–3 months, 4–5 months, 6–11 months and ≥12 months. The pediatric emergency observation unit (ÇAP) was compared with other pediatric wards.

Results: Of 1,379 newborns cared for in B82, 94.6% were receiving breast milk at discharge; formula/bottle feeding was 0.5% at admission and 5.4% at discharge, and median length of stay was 2 days (IQR 1–2). In other wards (n=1,069), breastfeeding at admission declined markedly with age (<1 month 92.6%; 1–3 months 78.8%; 4–5 months 59.8%; 6–11 months 54.3%; ≥12 months 54.7%; p for trend <0.001). Corresponding rates at discharge were 93.3%, 76.6%, 62.9%, 54.3% and 57.4%. Formula/bottle feeding was most frequent at 4–5 months (39.4% at admission, 34.8% at discharge). Compared with other wards, breastfeeding was more frequent in ÇAP at 1–3 months (84.0% vs 69.6%; p=0.014) and 4–5 months (70.7% vs 50.5%; p=0.045), with no significant difference at 6–11 months or ≥12 months.

Conclusions: Beyond the neonatal period, breastfeeding decreased substantially with age and varied across clinical settings, particularly during the first six months of life. Hospitalization should be considered an important opportunity to protect breastfeeding, prevent potentially avoidable formula introduction, and implement age- and ward-specific lactation support.

Keywords: Breast milk, breastfeeding, hospitalization, infant formula, lactation support, children

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for the first six months of life, followed by continued breastfeeding with appropriate complementary foods up to two years of age or beyond [1]. Breastfeeding reduces morbidity and mortality from infectious diseases such as diarrhoea, lower respiratory tract infections and otitis media, and confers long-term benefits for both children and mothers [2,3]. In Türkiye, almost all infants are breastfed at some point; however, according to the 2018 Turkey Demographic and Health Survey, only about 41% of infants younger than six months are exclusively breastfed [4].

Hospitalization is a vulnerable period for the continuation of breastfeeding. Illness-related feeding difficulties, restriction of oral intake, intravenous therapies and procedures, separation of mother and infant, maternal stress and fatigue, lack of suitable facilities for breastfeeding and milk expression, and recommendations of formula by healthcare workers may all lead to interruption of breastfeeding or

introduction of formula. Infant illness and perceived insufficient milk supply are among the most frequently reported reasons for mothers stopping breastfeeding earlier than desired [8,9].

The Baby-friendly Hospital Initiative has been shown to improve breastfeeding initiation and continuation in maternity and newborn services [5,6]. However, its principles have been less consistently extended to pediatric wards beyond the immediate postnatal period. Although steps for protecting breastfeeding in sick and vulnerable infants have been described [7], and the American Academy of Pediatrics emphasises that hospitalization should not interrupt breastfeeding [10], data on how breastfeeding varies by age and clinical unit among hospitalized children remain scarce.

This study aimed to describe breastfeeding and formula feeding at admission and discharge according to age and clinical setting among infants and children hospitalized in a tertiary children's hospital, and to identify groups in which breastfeeding support is particularly needed.

METHODS

Study design and setting: This retrospective cross-sectional study was conducted at Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital, a tertiary referral centre in Ankara, Türkiye. All hospitalizations during an 16-month period between 1 April 2025 and 31 July 2026 were evaluated.

Data collection: Data were retrieved from the electronic records of the hospital information management system (Nucleus). For each hospitalization, age, admitting ward, discharging ward, length of stay (days), and the feeding route and feeding type recorded at admission and at discharge were collected. Feeding route was classified as oral, intravenous, total parenteral nutrition (TPN) or "other".

Definitions and groups: Children fed orally or through routes classified as "other" were included in the feeding-type analysis; those receiving intravenous fluids or TPN were excluded from feeding-type comparisons. Children whose records indicated breast milk were classified as "breastfed". Formula and bottle-plus-formula categories were combined as "formula/bottle feeding". The newborn ward (B82), where infants born in the hospital are cared for together with their mothers, was analysed as a separate group. Children in other wards were grouped by age as <1 month, 1–3 months, 4–5 months, 6–11 months and ≥12 months. In addition, breastfeeding rates of children followed in the pediatric emergency observation unit (ÇAP) were compared with those of children in other pediatric wards within each age group.

Statistical analysis: Categorical variables are presented as numbers and percentages, and continuous variables as median and interquartile range (IQR). The chi-square test was used for group comparisons, and the Cochran-Armitage test for trend was used to assess the change in breastfeeding across age groups. A p value <0.05 was considered statistically significant. Analyses were performed using IBM SPSS Statistics (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

RESULTS

A total of 2,590 hospitalizations were evaluated during the study period. The feeding-type analysis included 1,379 hospitalizations in the newborn ward (B82) and 1,069 in other wards.

Newborn ward (B82): Of the newborns cared for in B82, 1,304 (94.6%) were receiving breast milk at discharge. Formula/bottle feeding increased from 0.5% at admission to 5.4% (n=75) at discharge. Median length of stay in this group was 2 days (IQR 1–2). During follow-up, 63 newborns were transferred to the neonatal intensive care unit.

Other wards: Among the 1,069 hospitalizations outside the newborn ward, the breastfeeding rate was 72.0% (n=770) at admission and 72.5% (n=775) at discharge. Breastfeeding declined markedly with age (Table 1). At admission, the rate was 92.6% at <1 month, 78.8% at 1–3 months, 59.8% at 4–5 months, 54.3% at 6–11 months and 54.7% at ≥12 months (p for trend <0.001). The corresponding rates at discharge were 93.3%, 76.6%, 62.9%, 54.3% and 57.4%.

Formula/bottle feeding was most frequent among infants aged 4–5 months (39.4% at admission, 34.8%

at discharge), followed by those aged 6–11 months (35.3% and 31.9%, respectively). Among infants aged 1–3 months, formula/bottle feeding increased from 18.2% at admission to 22.1% at discharge, while breastfeeding decreased from 78.8% to 76.6%. In the other age groups, breastfeeding at discharge was similar to or slightly higher than at admission. Median length of stay ranged between 1 and 2 days across age groups.

Comparison by clinical setting: Breastfeeding also differed according to clinical setting (Table 2, Figure 1). Compared with other pediatric wards, breastfeeding was significantly more frequent in ÇAP among infants aged 1–3 months (84.0% vs 69.6%; p=0.014) and 4–5 months (70.7% vs 50.5%; p=0.045). The rate was higher in ÇAP at 6–11 months (60.2% vs 50.3%) and lower at ≥12 months (48.4% vs 59.8%), but these differences were not statistically significant (p=0.177 and p=0.223, respectively).

Table 1. Breastfeeding and formula/bottle feeding at admission and discharge by ward and age group

Ward / age group	n	BF at admission, n (%)	BF at discharge, n (%)	Formula* at admission, n (%)	Formula* at discharge, n (%)	Length of stay, days, median (IQR)
B82 (newborn ward)	1,379	—	1,304 (94.6)	(0.5)†	75 (5.4)	2 (1–2)
Other wards						
<1 month	326	302 (92.6)	304 (93.3)	23 (7.1)	22 (6.7)	2 (1–6)
1–3 months	231	182 (78.8)	177 (76.6)	42 (18.2)	51 (22.1)	2 (1–6)
4–5 months	132	79 (59.8)	83 (62.9)	52 (39.4)	46 (34.8)	2 (1–7)
6–11 months	232	126 (54.3)	126 (54.3)	82 (35.3)	74 (31.9)	2 (1–4)
≥12 months	148	81 (54.7)	85 (57.4)	31 (20.9)	28 (18.9)	1 (1–4)
Total	1,069	770 (72.0)	775 (72.5)	230 (21.5)	221 (20.7)	—

*BF: breastfeeding; IQR: interquartile range. *Formula and bottle-plus-formula combined. †Reported as percentage only. Decline in breastfeeding at admission with age in other wards: Cochran-Armitage test for trend, p<0.001.*

Table 2. Breastfeeding in the pediatric emergency observation unit (ÇAP) and other pediatric wards by age group

Age group	ÇAP, n	ÇAP, breastfed, n (%)	Other wards, n	Other wards, breastfed, n (%)	p*
1–3 months	119	100 (84.0)	115	80 (69.6)	0.014
4–5 months	41	29 (70.7)	99	50 (50.5)	0.045
6–11 months	88	53 (60.2)	153	77 (50.3)	0.177
≥12 months	64	31 (48.4)	87	52 (59.8)	0.223

**Chi-square test.*

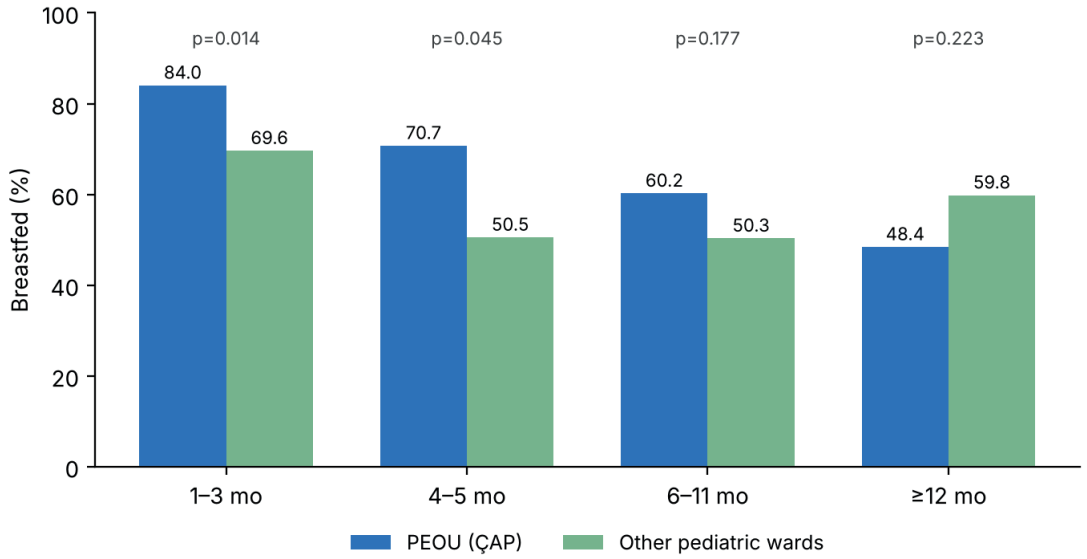


Figure 1. Proportion of breastfed children in the pediatric emergency observation unit (ÇAP) and other pediatric wards by age group (%)

DISCUSSION

In this study, breastfeeding among hospitalized children in a tertiary children's hospital was very high in the neonatal period but declined markedly with age thereafter, and varied according to clinical setting, particularly during the first six months of life. Formula/bottle feeding was most frequent at 4–5 months, and an increase in formula use during the hospital stay was observed among infants aged 1–3 months.

The breastfeeding rate of 94.6% at discharge from the newborn ward may reflect rooming-in and other postnatal practices supporting breastfeeding [5,6]. Nevertheless, the increase in formula/bottle feeding from 0.5% at admission to 5.4% at discharge is notable. Because the reasons for formula introduction were not recorded, we could not determine to what extent this reflected the acceptable medical reasons defined by WHO and UNICEF [12]. Documenting a medical indication whenever formula is started in postnatal wards may help identify avoidable supplementation.

The age-related decline in breastfeeding outside the newborn ward largely reflects breastfeeding patterns in the community. Exclusive breastfeeding in Türkiye is known to fall rapidly during the first months of life [4], so much of the lower breastfeeding seen at 4–5 and 6–11 months probably developed before admission. On the other hand, rates at admission and discharge were broadly similar, suggesting that hospitalization did not substantially reduce breastfeeding, but also that it was not fully used as an opportunity for relactation or for increasing breastfeeding among mothers who had reduced or stopped breastfeeding.

The increase in formula use from 18.2% to 22.1% during the hospital stay among infants aged 1–3 months suggests that this age group is particularly vulnerable. Lactation may not yet be fully established at this age, and illness-related feeding difficulties, maternal stress and fatigue, perceived insufficient milk and concerns about weight gain may all prompt formula introduction [8,9]. Early assessment of breastfeeding at admission in this age group, with support for milk expression and lactation counselling when needed, may be beneficial [7,10].

Higher breastfeeding rates in ÇAP than in other wards during the first six months may have several explanations. Children followed in the observation unit generally have acute, relatively mild illnesses and shorter stays, which may be associated with less mother–infant separation and fewer interruptions

to feeding. Other wards are more likely to care for children with chronic conditions, surgical procedures, neurological problems or feeding difficulties who require prolonged medical care. Sustaining breastfeeding is more challenging in these children, yet they may also benefit most from breast milk [2,3]. The opposite difference observed at ≥12 months was not statistically significant.

Our findings indicate that breastfeeding support should extend beyond maternity services to all pediatric wards. Key components may include routine feeding history at admission, identification of breastfeeding mothers, facilitation of mother–infant proximity, access to a milk-expression room and breast pumps, safe storage of expressed milk, documentation of the medical indication for formula, and breastfeeding training for healthcare workers [7,10,11].

Limitations: The retrospective design and reliance on electronic records may have led to incomplete documentation and misclassification. Exclusive and partial breastfeeding could not be distinguished. Diagnoses, illness severity, maternal presence and sociodemographic characteristics were not evaluated, so differences between groups could not be adjusted for these factors. In addition, this was a single-centre study, and no data were available on breastfeeding after discharge.

CONCLUSION

Among hospitalized children, breastfeeding was high in the neonatal period but declined markedly with age thereafter and varied across clinical settings, particularly during the first six months of life. Hospitalization represents an important opportunity to protect breastfeeding and prevent avoidable formula introduction. Age- and ward-specific lactation support should be strengthened, especially for infants younger than six months and in wards providing prolonged care.

REFERENCES

1. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Oct 28]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
3. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):3-13.
4. Hacettepe University Institute of Population Studies. 2018 Turkey Demographic and Health Survey. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies; 2019.
5. World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO; 2018.
6. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016;12(3):402-17.
7. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-96.
8. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics. 2008;122(Suppl 2):S69-76.
9. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics. 2013;131(3):e726-32.
10. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2022;150(1):e2022057988.
11. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491-504.
12. World Health Organization, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: WHO; 2009.

POSTER PRESENTATION

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 03

Myocarditis or the Hot Phase of Cardiomyopathy? Desmoplakin-Related Arrhythmogenic Cardiomyopathy After Five Years of Follow-Up

Süleyman Karaca[1], Ceren Yapar Gümüş[1], Taner Kasar[2], İsa Özyılmaz[3]

Süleyman Karaca / Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ordu University, Ordu, Türkiye

Introduction: Desmoplakin-related cardiomyopathy may present with predominant left ventricular involvement, ventricular arrhythmias, and "hot phases" that mimic acute myocarditis. In children and adolescents, recurrent episodes of chest pain and troponin elevation may represent the first manifestation of an underlying genetic cardiomyopathy. We present an adolescent who had been followed for five years with recurrent episodes of myopericarditis and was ultimately diagnosed with desmoplakin-related cardiomyopathy based on clinical, imaging, and genetic findings.

Materials and Method: The clinical course of a 15-year-old girl with a history of recurrent myopericarditis was retrospectively evaluated together with electrocardiography, echocardiography, Holter monitoring, exercise testing, coronary computed tomography angiography, cardiac magnetic resonance imaging, and clinical exome sequencing findings.

Results and Conclusion: At approximately 10 years of age, the patient presented with chest and left arm pain and was diagnosed with acute myopericarditis after elevated troponin levels were detected. During follow-up, recurrent episodes of chest pain and troponin elevation occurred, while viral and rheumatologic investigations did not reveal an underlying etiology. Ventricular function was initially preserved, and both coronary computed tomography angiography and cardiac magnetic resonance imaging performed in 2022 were reported as normal.During subsequent follow-up, monomorphic premature ventricular contractions and ventricular couplets developed, followed by mild left ventricular dilatation and borderline systolic dysfunction. During a new episode of chest pain and troponin elevation, electrocardiography showed sinus bradycardia, low-voltage complexes, and premature ventricular contractions. Repeat cardiac magnetic resonance imaging demonstrated extensive myocardial contrast enhancement; the distribution and progression pattern were considered suspicious for left ventricular-predominant arrhythmogenic/desmoplakin cardiomyopathy.Clinical exome sequencing identified a heterozygous *DSP c.3036_3043del, p.(Asp1012GlufsTer5) frameshift variant. The variant had not previously been reported in the literature or in ClinVar, was absent from population databases, and was classified as **likely pathogenic* according to ACMG criteria. In addition, a heterozygous *MYH7 (NM_000257.4) c.4363G > A, p.(Glu1455Lys)* variant was identified and classified as a variant of uncertain significance. Based on the combined clinical, imaging, and genetic findings, the diagnosis of desmoplakin-related arrhythmogenic cardiomyopathy was supported, sports participation was restricted, and cardiomyopathy-directed follow-up was initiated.In children and adolescents, recurrent episodes of myocarditis or myopericarditis accompanied by unexplained troponin elevation, ventricular arrhythmias, and progressive left ventricular structural or functional abnormalities should raise suspicion for an underlying genetic cardiomyopathy. A normal initial cardiac magnetic resonance study does not exclude a progressive genetic cardiomyopathy. Early recognition of the "hot-phase" phenotype of desmoplakin-related cardiomyopathy may have important implications for arrhythmic risk assessment, exercise restriction, and family screening.

Keywords: Arrhythmogenic cardiomyopathy; Desmoplakin; Recurrent myocarditis

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 04

A Rare Complication of RSV Pneumonia: Pericardial Effusion

Simge Cibros[1], Semra Nasibova[2], Gizem Karkın[3], Fatma Hayvacı Canbeyli[3], Türkan Aydın Teke[4], Mutlu Uysal Yazıcı[2]

Simge Cibros / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Respiratory syncytial virus (RSV) is one of the most common causes of lower respiratory tract infections in children under two years of age; however, cardiac complications are uncommon. Pericardial effusion has only rarely been reported in association with RSV infection. We present an infant with severe RSV pneumonia requiring invasive mechanical ventilation who developed pericardial effusion during the clinical course.

Materials and Methods: The clinical findings, laboratory results, respiratory support requirements, and treatment course of the infant diagnosed with RSV pneumonia were retrospectively evaluated. RSV-A was detected in the respiratory viral panel. During clinical follow-up, the patient developed respiratory failure with progressive clinical deterioration and increasing ventilatory pressure requirements. Therefore, a cardiac evaluation, including echocardiography, was performed.

Results and Conclusion: An infant presenting with tachypnea and increased work of breathing tested positive for RSV-A on the respiratory viral panel. Despite supplemental oxygen therapy, respiratory distress progressively worsened, requiring high-flow nasal cannula (HFNC) support for 7 days, followed by noninvasive mechanical ventilation for 1 day. During follow-up, the patient rapidly deteriorated, developed respiratory failure, and required endotracheal intubation (Figure 1). Invasive mechanical ventilation was continued for 3 days. Due to persistent clinical deterioration and worsening respiratory failure requiring intubation, echocardiographic evaluation was performed, revealing an ejection fraction (EF) of 83% and pericardial effusion. Following clinical improvement, the patient was extubated and transitioned to HFNC support. Rare cardiac complications should be kept in mind in patients with severe RSV infection. In patients with a severe or prolonged clinical course, evaluation for cardiac involvement should be considered, and echocardiography should be performed when clinically indicated. Cardiac complications are uncommon in RSV infection, and pericardial effusion is one of the rarely reported manifestations. In our case, severe respiratory failure necessitated mechanical ventilation, and pericardial effusion was detected during follow-up (Figures 2). This association demonstrates that extrapulmonary involvement may also occur in severe RSV infections. The association between RSV infection and pericardial effusion should be considered in infants with a non-resolving or rapidly deteriorating clinical course.

Keywords: pericardial effusion, rsv, pneumonia

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 05

AMNIOTIC BAND SYNDROME IN A NEWBORN PRESENTING WITH DIGITAL NECROSIS AT BIRTH

Sevde Serhatlıoğlu yoka[1], Muhammed Kaan Kartal[2], Arife Canpolat[2], Dilek Kafadar[2], Kağan Çevlik[3], İlker Talay[3], Osman Baştuğ[2], Ahmet Özdemir[2]

Sevde Serhatlıoğlu yoka / Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Introduction: Amniotic band syndrome is a rare congenital disorder caused by fibrous amniotic bands that entangle or constrict fetal structures. Extremity involvement ranges from constriction rings and distal edema to syndactyly, vascular compromise, and intrauterine amputation. Severe constriction may result in ischemia and tissue necrosis. We present a newborn with left-hand syndactyly and digital necrosis at birth requiring surgical intervention on the first postnatal day.

Materials and Methods: A male newborn weighing 2,325 grams was delivered by cesarean section at 36 weeks and 4 days to a 24-year-old primigravida. Apgar scores were 7 and 10 at 1 and 5 minutes, respectively, and the infant remained stable on room air. Physical examination revealed syndactyly of the third and fourth fingers of the left hand, with swelling and a necrotic appearance. The fifth finger was also swollen and necrotic. Other systemic findings were unremarkable.Upper-extremity arterial Doppler ultrasonography demonstrated patent subclavian, axillary, brachial, ulnar, and radial arteries with triphasic flow. Marked edema and thickening of the skin and subcutaneous tissues were observed in the affected fingers. Digital arteries could not be adequately evaluated because of technical limitations.Surgery was performed on postnatal day 1. The third finger was necrotic, while the fourth and fifth fingers were rudimentary with constriction at their bases, consistent with amniotic band involvement. All three fingers were amputated at the constriction level. Devitalized tissue was debrided, and primary wound closure was performed.The postoperative course was uneventful. Screening for associated cardiac or visceral anomalies yielded normal results. The infant was discharged on postnatal day 5 in stable condition with adequate oral feeding and was scheduled for outpatient follow-up evaluation

Results and Conclusion: Amniotic band syndrome has a broad clinical spectrum ranging from superficial constriction rings to severe ischemia and limb loss. In newborns presenting with digital edema, discoloration, or necrosis, prompt assessment of distal circulation and multidisciplinary evaluation are essential. When irreversible necrosis is present, early surgical intervention, including debridement or amputation when necessary, may be required. Long-term follow-up and evaluation for associated anomalies should also be considered.

Keywords: Amniotic band syndrome, Digital necrosis, Constriction band

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 06

Isolated Extracranial Internal Carotid Artery Aneurysm In A Pediatric Patient: A Rare Case Report

Fatma Seren Yıldız[1], Semra Nasibova[2], Nevin Direk Ünal[3], Akif Kavgacı[3], Sercan Tak[4], Erkan İriz[4], Mutlu Uysal Yazıcı[2]

Fatma Seren Yıldız / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Extracranial internal carotid artery (ICA) aneurysms are extremely rare vascular pathologies in childhood. In pediatric patients, trauma, infection, inflammatory/vasculitic diseases, connective tissue disorders, and congenital causes may be involved in the etiology. Clinical presentation may include a cervical mass, pain, neurological findings, or an asymptomatic course. Early diagnosis and appropriate treatment are important because of potential complications such as thromboembolic events and rupture.

Materials and Methods: A 14-year-old boy was referred to our institution from an outside center for further evaluation and treatment of a left ICA aneurysm.Approximately 10 days before admission, he developed exertional fatigue without dyspnea, dizziness, palpitations, pain, or infectious symptoms. On 23/07/2026, outside imaging demonstrated a 54×27mm fusiform aneurysmal dilatation of the proximal left ICA.On admission, a swelling approximately 5 cm in diameter was palpated in the left anterior cervical region. Neurological examination was normal.There was no history of trauma, accident, previous neck surgery, or infection.The patient was evaluated by pediatric rheumatology and pediatric genetics for vasculitic, connective tissue, and genetic diseases, and by ophthalmology for uveitis.Neck CT angiography performed on 29/07/2026 confirmed the 54×27mm fusiform aneurysmal dilatation.Thoracic and abdominal CT angiography revealed no other arterial pathology apart from the left ICA aneurysm; the ascending aorta measured 28mm and was described as dilated.On 30/07/2026, the aneurysmal segment was surgically excised.Due to the anticipated diameter mismatch with a prosthetic graft, the distal external carotid artery was transposed and anastomosed end-to-end to the ICA.

Results and Conclusion: The patient was admitted to the PICU postoperatively, extubated.His hemodynamic status remained stable, and no neurological complications developed.Antibiotic therapy, analgesia, acetylsalicylic acid were administered.The patient was discharged one week later in good general condition.Carotid artery Doppler ultrasonography performed before discharge demonstrated patency of the left common carotid artery and the distal internal carotid artery–external carotid arteryanastomosis.No fistula, pseudoaneurysm, intraluminal thrombus,or atherosclerotic plaque was detected.Extracranial carotid artery aneurysms are extremely rare in children. In this patient, a multidisciplinary evaluation was performed for vasculitic,connective tissue, and genetic disorders, given the absence of a history of trauma, infection, surgery, or known systemic disease.Vascular pathologies should be considered in the differential diagnosis of cervical masses in children.This case describes a child who presented with a neck swelling and was diagnosed with an isolated extracranial internal carotid artery aneurysm,a rare vascular malformation, which was successfully treated surgically.In general pediatrics, vascular malformations should be kept in mind as a potential underlying cause of neck swelling when no other etiology can be identified.

Keywords: internal carotid artery aneurysms, Cervical swelling, surgical treatment

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 07

A Rare Diagnosis In A 6-Month-Old Infant: Hsv-1 Encephalitis Complicated By Necrotizing Encephalitis With A Severe Clinical Course Requiring Immunomodulatory And Plasma Exchange Therapies

Ege Pastırmacıoğlu[1], Semra Nasibova[2], İsmail Akdulum[3], Zeynep Öztürk[4], Ebru Azapağası[2], Tuğçe Tural Kara[5], Tuğba Hirfanoğlu[4], Mutlu Uysal Yazıcı[2]

Ege Pastırmacıoğlu / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Herpes simplex encephalitis (HSE) is an important cause of viral encephalitis in children and is associated with significant morbidity and mortality. HSV-1 encephalitis is more frequently reported in older children. In children with herpes simplex encephalitis common clinical manifestations include fever, encephalopathy, focal seizures and focal neurological deficits. We present a 6-month-old infant who presented with fever, febrile seizures, and acute alteration in consciousness. Lumbar puncture revealed a positive HSV-1 pcr result (Table 1), and the patient was diagnosed with necrotizing encephalitis. The seizures and encephalitis followed a severe and refractory course, requiring sequential immunomodulatory therapies, including pulse corticosteroids, IVIG at a dose of 400 mg/kg/day for 5 days, five sessions of plasma exchange, and rituximab.

Lumbar puncture results

Parameters	11.05.26	22.05.26
CSF Glucose	45	60
CSF Protein	94	71
CSF Culture	No bacterial growth	No bacterial growth
Meningoencephalitis Panel	Herpes Simplex Virus 1 (HSV-1)	Herpes Simplex Virus 1 (HSV-1)
CSF PCR	HSV-1 PCR: Pozitive HSV-2 PCR : Negative	HSV-1 PCR: Negative HSV-2 PCR: Negative

Materials and Methods: A 6-month-old male infant born at 41+1 weeks of gestation with a birth weight of 3400 g presented with prolonged fever, somnolence, poor feeding, staring episodes, and seizures. Cranial CT demonstrated a 1 × 1.5 cm hypodense heterogeneous corticosubcortical lesion in the left frontal lobe. Brain MRI revealed lesions involving the left frontal region, right insula, right inferior temporal region, and right frontobasal region, compatible with HSV encephalitis. (Image 1&2) CSF analysis was positive for HSV-1, and intravenous acyclovir was initiated.During follow-up, the patient developed focal automotor seizures characterized by pedaling movements of the right arm and leg. and left hemiparesis. EEG demonstrated periodic lateralized epileptiform discharges in the right temporal region. Despite antiviral therapy, seizures remained refractory, and pulse corticosteroids followed by IVIG (400 mg/kg/day for 5 days) were administered. Ten days later, recurrent focal seizures prompted repeat CSF analysis and cranial MRI, and relapsing HSV encephalitis was considered. Plasma exchange was subsequently performed for five sessions.Approximately 1.5 months later, the patient developed status epilepticus and required multiple antiseizure medications, including levetiracetam, phenytoin, phenobarbital, and carbamazepine. Follow-up CSF analysis was negative for NMDA receptor antibodies. Considering recurrent HSV encephalitis, severe neurological involvement, and suspected immunodeficiency, one course of rituximab was administered.

Immunological evaluation was initiated, and monthly IVIG replacement therapy and TMP-SMX prophylaxis were started. Genetic analysis revealed a homozygous variant of uncertain significance in the IRF8 gene.

Results and Conclusion: Recurrent seizures and neurological deterioration following herpes simplex encephalitis require careful consideration of both infectious relapse and post-infectious immune-mediated processes. Given the potential to reduce neurological sequelae and the risk of relapse, immunomodulatory therapies such as IVIG, pulse corticosteroids, and plasma exchange should be initiated as early as clinically appropriate.

Keywords: Herpes Simplex Type 1 Encephalitis, İmmunomodulatory therapy, Plasma Exchange

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 09

Complicated Sphenoid Sinusitis Diagnosed After Acute Epstein-Barr virus Infection: An Adolescent Case

Nur Bostan[1], Ayşenur Bostan[2], Gizem Mardinoğlu[2], Ayben Leblebici[1], Hamdi Çaklı[3], Ömer Kılıç[2]

Nur Bostan / Department of Pediatrics, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Eskişehir, Türkiye

Introduction: Epstein-Barr virus (EBV) infection in adolescents frequently presents as infectious mononucleosis and may lead to hematological, hepatic, neurological, and immunological complications. Sphenoid sinusitis in particular is an important clinical entity with the potential for intracranial complications, owing to its close anatomical relationship with the pituitary gland, cavernous sinus, internal carotid artery, and skull base.

Materials and Methods: ....

Results and Conclusion: A previously healthy 14-year-old girl presented with fever, sore throat, fatigue, and abdominal pain. Examination revealed oropharyngeal hyperemia, tonsillar exudate, and cervical lymphadenopathy. Lymphocyte count (11.96 $\times 10^3$/µL), AST(73 U/L), ALT (210 U/L), GGT (459 U/L),and total/direct bilirubin (1.64/1.31 mg/dL) were elevated. Downey cells and EBV VCA-IgM positivity suggested EBV-associated viral cholestasis.The day after discharge with clinical improvement, she re-presented with fever (38°C), worsening headache, predominantly right frontal, dark green purulent nasal discharge, and ethmoid tenderness. Nuchal rigidity and positive Kernig and Brudzinski signs developed. Cranial CT showed no acute pathology; CSF was acellular (glucose 70.7 mg/dL, protein 13.5 mg/dL) with negative PCR and culture.Acute sinusitis was treated with intravenous antibiotics, nasal irrigation, and decongestants. Persistent headache despite defervescence prompted contrast-enhanced MRI, showing sphenoid sinus obliteration by infective/inflammatory tissue, ethmoid involvement, diffuse mucosal thickening, and smooth dural thickening and enhancement, particularly right frontobasal, suggesting intracranial extension. Pituitary and infundibular enlargement, thickening, and enhancement suggested infectious or postinfectious immune infundibulohypophysitis.Intravenous immunoglobulin was given for a presumed postinfectious immune process. After multidisciplinary evaluation, endoscopic bilateral sphenoid ostium enlargement and right anterior ethmoidectomy were performed, draining purulent material from the right sphenoid sinus. Headache resolved completely with intravenous meropenem; she was discharged on oral antibiotics.EBV-associated sinusitis is rare, reported in an adolescent with infectious mononucleosis and an adult in whom bacterial coinfection could not be excluded ; therefore, we emphasize temporal association and possible predisposition rather than direct causality.Pediatric sphenoid sinusitis is rare, often presents with nonspecific headache, and warrants early imaging given its serious complication potential. Complicated cases often require surgical drainage and multidisciplinary management.The pituitary findings recall recently reported EBV-associated lymphocytic infundibulo-neurohypophysitis; however, that report involved an adult; our findings cannot be directly attributed to EBV, possibly reflecting a postinfectious immune response.New or progressive symptoms should not be directly attributed to a recent infection. After clinical improvement, each re-presentation, particularly with changing symptoms or new findings, should be approached as a new clinical problem, reconstructing the differential diagnosis. When headache accompanies fever, purulent nasal discharge, or neurological/meningeal findings, advanced imaging and multidisciplinary evaluation should not be delayed.

Keywords: Epstein-Barr virus Infection, Sinusitis

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 10

Four Years of Apparent Thrombocytopenia: EDTA-Dependent Pseudothrombocytopenia in an Adolescent

Yasemin Duman[1], Nazmi Mutlu Karakaş[1]

Yasemin Duman / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Health and Diseases

Introduction: Thrombocytes(also known as platelets) play a crucial role in primary hemostasis [1]. When thrombocyte count is low, petechiae, purpura, epistaxis, gingival bleeding and even intracranial hemorrhage may occur [2]. Ethylenediaminetetraacetic acid (EDTA) is used mostly for anticoagulation for complete blood count (CBC)[3]. Yet, it is possible for EDTA to cause thrombocytes to clump, leading to a falsely low thrombocytes count due to antiplatelet antibodies[3]. EDTA, by chelating calcium, causes changes in platelet surface glycoproteins, exposing epitopes that can be recognized by antiplatelet antibodies [4]. These antibodies are caused by an alteration of surface proteins on platelet surface by being incubated with a calcium chelator, like EDTA [5]. Using sodium citrate or heparin can prevent the forming of these antibodies , yet there cases that show these anti-coagulants can also cause clumping [6]. This phenomenon, known as EDTA-dependent pseudothrombocytopenia(PTCP) ,is reported in 0.07% to 0.20% of the population and in 15-17% patients evaluated for isolated thrombocytopenia [3, 7]

Materials and Methods: We present a pediatric patient with a 4-year history of thrombocytopenia, whom got diagnosed with EDTA-PTCP.

Results and Conclusion: Case:A 17-year-old female patient presented to the general pediatrics outpatient clinic with abnormal laboratory results. She was being followed for hypercholesterolemia and had undergone periodic cholesterol testing. She sought evaluation after noticing exclamation marks next to several values on her laboratory reports. Her platelet count was 53,000/µL, and her LDL cholesterol level was 117 mg/dL (upper reference limit: 110 mg/dL). The remaining laboratory results were unremarkable.A detailed history revealed no prolonged bleeding or easy bruising. Physical examination showed no petechiae, purpura, or ecchymoses. A review of her previous laboratory results revealed low platelet counts dating back four years before presentation, with 12 measurements ranging from 47,000 to 144,000/µL and one measurement of 177,000/µL.A repeat CBC and peripheral blood smear test were requested. Examination of the smear revealed multiple platelet clumps. The complete blood count and peripheral blood smear were then repeated using blood collected in a sodium citrate tube. The platelet count was 219,000/µL, confirming the diagnosis of EDTA-dependent pseudothrombocytopenia.Conclusion: EDTA dependent PTCP should be considered in asymptomatic patients with isolated thrombocytopenia, particularly when clinical findings are inconsistent with the platelet count. Recognition of platelet clumping on a peripheral blood smear and confirmation of a normal platelet count using an alternative anticoagulant can prevent unnecessary investigations, treatment, and patient anxiety.

Keywords: thrombocytopenia, EDTA, pseudothrombocytopenia

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 11

Cystic Echinococcosis

farhia mohamed mursal[1], semra Nasibova.[2], mutlu Uysal Yazıcı[2], Irmak Üstündağ bayatlı[3], Ayla Akca[3], Cem Kaya[4], Ramazan Karabulut[4], Bensu şule bülbül güven[4], Fatmanur aracier uçaner[4]

farhia mohamed mursal / Gazi Universitesi Tip Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Introduction: Cystic echinococcosis is a zoonotic infection caused by the larval stage of Echinococcus granulosus. Definitive hosts include dogs and other canids, in whose small intestines the adult tapeworm lives. Eggs shed in feces may persist in soil and spread through environmental contamination. Humans acquire infection by ingesting eggs in contaminated water or on inadequately washed produce. After ingestion, oncospheres cross the intestinal wall and disseminate, most often to the liver and lungs, where cysts develop. Small cysts may remain asymptomatic for years.

Materials and Methods: Clinical records, imaging, operative findings, and pathology reports of a four-year-old boy treated in the Pediatric Intensive Care Unit at Gazi University were reviewed retrospectively.

Results and Conclusion: A child presenting intermittent, colicky periumbilical pain for three weeks. During the preceding two days, the pain intensified and localized to the right upper quadrant. At an emergency department in Malatya, CT was reportedly performed, hydatid disease was suspected, and surgery was recommended. Because surgery could not be performed there, the family presented to our center. The family farmed and raised livestock, and the child had contact with dogs and sheep. USG showed an approximately 4 × 3 cm CE1-compatible cyst in hepatic segment VI and a 60 × 48 mm cystic lesion in the right lung. Chest CT showed an approximately 6 cm right lower lobe cyst with adjacent compression atelectasis (Figures 1–2). Hydatid hemagglutination testing was negative on two occasions.On 26 December 2025, right thoracotomy was performed. The contents of the approximately 7 cm cyst were aspirated, the germinal membrane and cyst wall were removed, Histopathology identified a hydatid cuticular layer. The child was transferred intubated to intensive care and ventilated in SIMV mode. Because of intraoperative bleeding, he received 10 mL/kg packed red blood cells over two hours after admission to intensive care. Albendazole was started by pediatric infectious diseases, and postoperative ampicillin-sulbactam was given. Midazolam and fentanyl provided sedation. Vital signs remained stable. He was extubated on the morning of 27 December then high-flow nasal cannula support at 2 L/kg/min for increased work of breathing. He was discharged clinically stable on 1 January 2026. PAIR was planned for the hepatic cyst after albendazole treatment the subsequent outcome is unavailable.Cystic echinococcosis should remain in the differential diagnosis of children with pulmonary and hepatic cystic lesions even when serology is negative. Imaging, operative findings, and histopathology should be interpreted together.Family screening should be considered when shared environmental exposure is suspected.

Keywords: cystic echinococcosis, pedaitric patient, pulmonary and hepatic hydatid cyst

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 12

Idiopathic Recurrent Pericarditis? or Coxsackie Infection?

Mehmet Özbuğ Özen[1], Nazmi Mutlu Karakaş[1], Mutlu Uysal Yazıcı[2], Ebru Azapağası[2], Semra Nasibova[2], Ayla Akça Çağlar[3], Bilgesu Akbıyık[3], Deniz Gezgin Yıldırım[4], Büşra Acun[4], Fatma Hayvacı Canbeyli[5], Gizem Karkın[5], Türkan Aydın Teke[6]

Mehmet Özbuğ Özen / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Coxsackievirus is from enterovirus family,commonly found in young children that causes hand, foot, and mouth disease.It manifests with symptoms such as mild fever and sore throat; small blisters or sores on the hands,feet, and inside the mouth;and fatigue and loss of appetite.It is transmitted via the fecal-oral route and through oral secretions and generally resolves spontaneously within 7 to 10 days.Although Coxsackievirus typically causes mild,self-limiting conditions in children.CoxsackieB viruses,in particular,exhibit a marked affinity for cardiac tissues.Here,we present the case of a patient,hospitalized due to pericardial effusion following recurrent episodes of pericarditis.

Materials and Methods: A 4-year-old male patient presented to our pediatric emergency department with respiratory distress and chest pain.He was tachypneic,and POCUS revealed a fibrinoid pericardial effusion measuring 1cm posterior to the left ventricle and 0.8cm anterior to the right ventricle;he was admitted to the pediatric intensive care unit.To investigate the etiology of the pericarditis,tests for Coxsackie IgG and IgM, genetic testing for TRAPS and FMF were ordered.Treatment with IV ampicillin-sulbactam,furosemide, ibuprofen was initiated;colchicine was added as the pericardial effusion did not resolve. Viral pericarditis was initially suspected after the patient tested positive for Coxsackie B IgM.The patient showed clinical improvement and was discharged after a 14-day hospital stay.Six days post-discharge,the patient returned with the same complaints. Due to findings consistent with pneumonia,IV ceftriaxone and clindamycin were started.Pericardiocentesis was performed because of the recurrent pericardial effusion and persistent symptoms;the aspirated fluid was nonhemorrhagic exudate.Although a multidisciplinary board did not consider malignancy,autoinflammatory disease,Coxsackie-B-associated pericardial effusion as the primary diagnoses,a decision was made to empirically trial anakinra,hypothesizing a potential role of autoinflammation.The patient had a total hospital stay of 17,benefited from anakinra and colchicine therapy and remains under clinical follow-up;no recurrent effusion has developed.The patient's pericardial effusion did not recur under these treatments,and the patient has remained asymptomatic at follow-up for two months.

Results and Conclusion: Although pericardial effusion develops due to excessive fluid accumulation in the pericardial space, it can be fatal in children.Most of the cases are idiopathic and are diagnosed incidentally.Infectious agents, autoimmunity,and neoplastic syndromes are also known to cause pericardial effusion.NSAIDs, colchicine,corticosteroids can be used in treatment. In recent years,it has been shown that IL-1 inhibitors may be beneficial in the treatment of recurrent idiopathic pericardial effusion.The use of these agents is increasing,particularly for recurrent idiopathic pericardial effusion;the fact that our patient benefited from the treatment indicates a need for further studies regarding their clinical application,they should be considered as a treatment option.

Keywords: pericardial effusion, anakinra, coxsackie B

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 13

High-Risk Sedoanalgesia Management and Safe Tissue Diagnosis in a Large Anterior Mediastinal Mass: A Case of B-Lymphoblastic Lymphoma

İlkin Bulut[1], Semra Nasibova[1], Büşra Topuz Türkcan[1], Ebru Azapağası[1], Faruk Güçlü Pınarlı[1], Mutlu Uysal Yazıcı[1]

İlkin Bulut / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Ankara, Turkey

Introduction: Anterior mediastinal masses may cause cardiorespiratory complications by compressing the tracheobronchial system, heart, and great vessels. Superior vena cava syndrome (SVCS), airway compression, and pleural or pericardial effusions complicate management. We present an adolescent with large anterior mediastinal mass and SVCS, histopathologically diagnosed as B-lymphoblastic lymphoma.

Materials and Methods: The medical history, physical examination, laboratory findings, thoracic computed tomography (CT), echocardiography, mediastinal biopsy, pediatric intensive care follow-up, and chemotherapy protocol of 17-year-old female were retrospectively evaluated.

Results and Conclusion: In March 2026, the patient developed cough and hoarseness after three months of chest pain. Outside thoracic CT showed an anterior mediastinal mass with pleural and pericardial effusions. She was admitted to the pediatric intensive care unit because of SVCS and airway compression. Hematological and biochemical parameters were within reference ranges; AFP and β-hCG were normal. Contrast-enhanced CT demonstrated a 14×11×12 cm lobulated anterior mediastinal mass with marked superior vena cava compression, decreased caliber of the left subclavian and jugular veins, rightward tracheal deviation, left main bronchus compression, 14 mm left pleural effusion, and 3 cm pericardial effusion. Echocardiography showed preserved cardiac contractility and a 2.1 cm pericardial effusion. The patient was closely monitored with 45° head elevation. Tru-cut biopsy was consistent with B-lymphoblastic lymphoma. Lumbar puncture and bone marrow aspiration for staging were performed under sedoanalgesia. As cerebrospinal fluid and bone marrow examinations were normal, Stage III Non-Hodgkin Lymphoma BFM-NHL-2012 Induction Phase 1A treatment was initiated. In May 2026, CT showed regression of the mass to 7.7×6.5×5.5 cm, resolution of pleural effusion, and reduction of pericardial effusion to 7 mm. On August 3, 2026, the mass measured 7×6×5 cm.SVCS is an oncologic emergency. Compression of the thin-walled, low-pressure vena cava and the more rigid but narrow-caliber trachea may cause respiratory distress and hypoxia. General anesthesia or sedation may further compromise cardiorespiratory function and increase the risk of difficult intubation, extubation, or respiratory arrest. Therefore, biopsy was performed under local anesthesia without general anesthesia. When sedation was required, dexmedetomidine and ketamine were preferred because of minimal respiratory depression, while benzodiazepines were avoided. Sedoanalgesic agents were started at low doses, gradually titrated according to clinical response, and the patient was closely monitored during and after the procedure.This case highlights the importance of a multidisciplinary approach during invasive procedures in patients with anterior mediastinal masses. Cardiorespiratory risk assessment, intensive care monitoring, appropriate sedoanalgesia, safe tissue diagnosis, and timely oncologic treatment are essential for minimizing complications and achieving tumor response.

Keywords: Superior vena cava syndrome, Anterior mediastinal mass, Cardiorespiratory risk

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 14

Scoliosis Detected During Physical Examination in an Asymptomatic Adolescent: A Case Report

HICRAN ALTIN[1]

HICRAN ALTIN / University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Department of Pediatrics, Antalya, Türkiye.

Introduction: Adolescent idiopathic scoliosis is a three-dimensional spinal deformity that develops after the age of 10 years and may remain asymptomatic, particularly in its early stages. Assessment of posture and spinal alignment as part of a comprehensive adolescent examination may facilitate the recognition of scoliosis in patients without musculoskeletal complaints. This case was presented to highlight the value of a comprehensive physical examination in an asymptomatic adolescent in whom scoliosis was incidentally detected during an outpatient visit for an unrelated reason.

Materials and Methods: A girl aged 15 years and 6 months who had previously completed a three-month course of treatment for iron deficiency anemia presented to the pediatric outpatient clinic for post-treatment follow-up. She had no active complaints and reported no back pain or other spinal symptoms. A comprehensive adolescent physical examination was performed, including anthropometric measurements and assessment of pubertal development, posture, and the musculoskeletal system. Spinal asymmetry was assessed, and the Adams forward bend test was performed.

Results and Conclusion: The patient weighed 44 kg and was 163.5 cm tall, with a body mass index of 16.46 kg/m^2 (BMI-for-age z score, −1.76; BMI percentile, 3.92). As her BMI was below the 5th percentile for age and sex, she was referred to a pediatric dietitian for nutritional assessment. Menarche had occurred at 13 years of age, and breast and pubic hair development were Tanner stage 5. Spinal asymmetry was noted on physical examination, and the Adams forward bend test was positive. She was referred to the Department of Physical Medicine and Rehabilitation for further evaluation of suspected scoliosis. Standing whole-spine radiography demonstrated a major scoliotic curve with a Cobb angle of 33°. Following evaluation by the Department of Physical Medicine and Rehabilitation, brace treatment was initiated. Adolescent idiopathic scoliosis may remain clinically silent, without pain or functional limitations. In this case, spinal asymmetry and a positive Adams forward bend test were identified during a systematic physical examination in an adolescent presenting for an unrelated reason, prompting further evaluation and treatment. Healthcare encounters during adolescence should not be limited to the presenting complaint but should also provide an opportunity for comprehensive assessment of growth, pubertal development, nutritional status, posture, and spinal alignment.

Keywords: Scoliosis, Adolescent Health, Physical Examination

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 15

Acute Visual Loss and Altered Consciousness in a Child With Hemimegalencephaly: A Case Requiring a Broad Differential Diagnosis

Aylin Sarsık[1], Semra Nasibova[2], Taha Özçelik[3], Mutlu Uysal Yazıcı[2], Ebru Arhan[3]

Aylin Sarsık / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Hemimegalencephaly is a rare congenital malformation characterized by enlargement of one cerebral hemisphere and abnormal cortical development; ipsilateral cerebellar involvement defines total hemimegalencephaly. We present a child with known total hemimegalencephaly and hemihypertrophy who developed severe altered consciousness associated with visual loss differing from her previous transient episodes, highlighting the importance of a multidisciplinary diagnostic approach.

Materials and Methods: The emergency and pediatric intensive care course was retrospectively reviewed, including neuroimaging, electroencephalography, cerebrospinal fluid, metabolic and genetic investigations, and multidisciplinary consultations.

Results and Conclusion: A 12-year-old girl with congenital left-sided hemihypertrophy presented to the emergency department with visual loss, inability to recognize numbers, incoherent speech, and altered consciousness. In 2024, she had recurrent 3–15-minute bilateral visual loss preceded by colorful visual phenomena and severe headache and was followed for migraine with aura. Magnetic resonance imaging demonstrated left cerebral hemispheric enlargement, frontoparietal sulcation asymmetry, cortical thickening, and left cerebellar hypertrophy, consistent with total hemimegalencephaly (Figure 1).During emergency observation, she developed verbal unresponsiveness, eye and head deviation, and hand contractions. Her Glasgow Coma Scale score declined to 8, requiring intubation and intensive care admission. Infectious, epileptic, and vascular etiologies were investigated in consultation with pediatric neurology, infectious diseases, and neurosurgery; levetiracetam, empirical ceftriaxone, and acyclovir were initiated. Cranial computed tomography showed no acute pathology, and head and neck angiography revealed no significant vascular abnormality. Electroencephalography showed encephalopathic features. Cerebrospinal fluid showed no clear infectious pattern, and the meningoencephalitis panel was negative; antimicrobial therapy was discontinued. Metabolic investigations were planned.Examination revealed asymmetric overgrowth of the left face and ear, left lower extremity, and foot, with scoliosis and cutaneous vascular lesions (Figure 2). Previous clinical exome analysis of lesional tissue identified a pathogenic GLMN c.844_847del (p.Leu282Glnfs*10) variant accounting for the glomuvenous malformations; no pathogenic or likely pathogenic variants were identified in AKT1, PIK3CA, PTEN, AKT2, or FGFR1. The phenotype prompted consideration of PIK3CA-related overgrowth spectrum and CLOVES syndrome; chromosomal microarray and further molecular investigations were planned. Her neurological status improved, she was extubated, remained stable on room air, and was transferred to the general pediatric ward.In children with known structural brain abnormalities, new severe neurological manifestations should not be attributed solely to the pre-existing malformation or previous diagnoses. Changes in presentation warrant systematic evaluation for infectious, epileptic, vascular, and metabolic etiologies. Coexisting hemimegalencephaly, hemihypertrophy, and vascular malformations should prompt multidisciplinary genetic evaluation for overgrowth syndromes.Figure 1. Cranial magnetic resonance imaging of the patient.Figure 2. Phenotypic features of the patient.

Keywords: Hemimegalencephaly; Visual Loss; Altered Consciousness

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 16

Pulmonary Abscess Requiring Surgical Management as a Complication of Community-Acquired Pneumonia in a Previously Healthy Child

Fatma Sıla Eroğlu[1], Semra Nasibova[2], Ebru Azapağası[2], Avniye Kübra Baskın[3], Betül Bozkurt[4], Efe Dilek[4], Ramazan Karabulut[4], Mutlu Uysal Yazıcı[2]

Fatma Sıla Eroğlu / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Introduction: Community-acquired pneumonia is common in children. However, complications such as parapneumonic effusion, empyema, necrotizing pneumonia, and pulmonary abscess are less common and may cause severe disease. Pulmonary abscess is a rare complication of pneumonia. Although antibiotic treatment is usually the first choice, drainage or surgical treatment may be needed in patients who do not improve with medical treatment.

Materials and Methods: The clinical findings, laboratory results, radiological imaging, treatments, and clinical course of a child followed in the pediatric intensive care unit (PICU) with complicated pneumonia and pulmonary abscess were retrospectively reviewed.

Results and Conclusion: A previously healthy 3.5-year-old boy presented with fever and rhinorrhea and was initially evaluated as having a viral upper respiratory tract infection. Cefdinir was started after his fever continued and cough increased. On the third day of antibiotic treatment, he developed chest pain, fatigue, and his oral intake decreased. Physical examination showed tachypnea, subcostal retractions, decreased movement of the right hemithorax, and crackles. Chest X-ray showed right-sided lobar pneumonia and parapneumonic effusion. Thoracic ultrasonography showed a 15-mm pleural effusion. Leukocytosis and significantly elevated C-reactive protein levels were detected. Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae were positive in the respiratory sample.Despite broad-spectrum antibotics and high-flow nasal cannula support, his respiratory status worsened. Thoracic computed tomography showed empyema, and a pigtail catheter was placed. Because of persistent hypoxemia, the patient was intubated and transferred to our PICU. Further imaging showed an intrapulmonary abscess in the posterior segment of the right upper lobe. (Figure 1,2) Ultrasound-guided aspiration of the abscess yielded 5 mL of purulent material. Despite antibiotic treatment and repeat pigtail drainage, infection findings continued and drainage decreased. Therefore, surgical treatment was planned. Right thoracotomy, abscess drainage, decortication, and tube thoracostomy were performed. The patient received invasive mechanical ventilation for 12 days and was discharged on postoperative day 11. Peripheral blood lymphocyte subset analysis showed no abnormality except a low NK-cell count. (Table 1) Immunological follow-up of the patient is ongoing. Complicated pneumonia may progress to respiratory failure, empyema, and pulmonary abscess even in previously healthy children. In patients who do not improve despite appropriate antibiotic treatment and drainage, other pulmonary complications should be considered. Surgical treatment may be required in selected patients who do not respond to medical treatment.

Table 1. Comprehensive Immunologic Evaluation of the Patient

	Patient	Age Referrences
IgG (mg/dl)	905	(441-1135)
IgA (mg/dl)	69,8	(22-159)
IgM (mg/dl)	78,3	(47-200)
T.Ig E (IU/mL)	135	(0,19-16,9)
Anti-Hbs (mIU/mL)	26,5	>10
IgG Subclasses		
IgG1 (g/L)	7,4	(3,62-12,28)
IgG2 (g/L)	0,722	(0,571-2,904)
IgG3 (g/L)	0,207	(0,13-0,79)
IgG4 (g/L)	0,0851	(0,013-1,446)
Absolute lymphocyte count (/ mm3)	5460	(1130-5520)
Peripheral blood lymphocyte subsets		
CD3+T cells (%)	80	(55-79)
CD3+CD4+ T cells (%)	46	(26-49)
CD3+CD8+ T cells (%)	28	(9-35)
CD19+ B cells (%)	18	(11-31)
CD20+ B cells (%)	18	(11-29)
CD3-CD16+CD56+ NK cells (%)	1	(5-28)
CD4+ CD45RA+CD31+ (RTE) (%)	55	
Lymphocyte activation response to PHA at 48 hours (%)		
CD3+CD25+	79	(43-97)
CD3+CD69+	78	(45-100)
Lymphocyte activation response to anti-CD3 at 48 hours (%)		
CD4+CD25+	46	>30
CD4+CD69+	46	>30
CD4+	46	>30
Dihydrorhodamine-123 Assay MFI	102	≥100

NK: Natural Killer cells, PHA: Phytohemagglutinin. RTE: Recent thymic emigrants Bold values indicate abnormal laboratory levels.

Keywords: Complicated pneumonia, pulmonary abscess, thoracotomy

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

Pub No: PP - 17

Pseudoedema: A Rare Extraintestinal Manifestation of Celiac Disease in a Child

Muhammet Sezer Turğay[1], Sevgi Yimenicioğlu[2], Dilbade Yıldız Ekinci[3], Duygu İskender Mazman[4]

Muhammet Sezer Turğay / Eskisehir City Hospital General Pediatrics,Eskisehir, Turkiye

Introduction: Celiac disease (CD) is a systemic immune-mediated disorder with a wide spectrum of extra-intestinal manifestations. Although neurological involvement is well recognized, papilledema and intracranial hypertension are rarely reported, particularly in the absence of nutritional deficiencies. We present a child with recurrent papilledema in whom previously unrecognized CD was identified during etiological investigation, followed by rapid improvement after initiation of a gluten-free diet (GFD).

Materials and Methods: Case Presentation:A 10-year-old boy presented with headache.He had a weight of 55 kg (> 95 percentile,severly obesity), height of 152 cm (> 95 percentile) and a body mass index (BMI) of 23,81 kg/m2 .Neurological examination was normal; however, ophthalmological evaluation revealed papilledema. Cranial magnetic resonance imaging and electroencephalography were normal, and optic disc drusen was excluded. As the patient's symptoms worsened following reduction of the acetazolamide dose, acetazolamide therapy was continued. However, follow-up OCT findings demonstrated regression in the right eye, while no significant change was observed in the left eye.Lumbar puncture was done . Cerebrospinal fluid oligoclonal bands were negative, and serum anti-aquaporin-4 and anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies were negative. Lumbar puncture revealed an opening pressure of 25 cmH_2O. During follow-up, papilledema showed a recurrent course, with RNFL measurements fluctuating despite acetazolamide treatment and dose adjustments. Further etiological investigation revealed markedly elevated tissue transglutaminase IgA (> 200 U/mL), with normal total IgA and weakly positive endomysial antibodies. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a patchy atrophic appearance of the duodenal mucosa. Histopathological examination of duodenal biopsies was consistent with Marsh 3B celiac disease. Importantly, no vitamin or micronutrient deficiencies were identified. A strict GFD was initiated, and papilledema markedly regressed within three weeks.

Results and Conclusion: This case highlights pseudotumor cerebri and papilledema as a rare potential extra-intestinal manifestation of CD. The absence of vitamin or micronutrient deficiencies and the rapid improvement following GFD suggest that mechanisms beyond nutritional deficiency may contribute to intracranial hypertension in active CD. Celiac disease should be considered in the etiological evaluation of children with otherwise unexplained or recurrent papilledema, even in the absence of classical gastrointestinal manifestations.

Keywords: celiac disease, pseudotumor cerebri, papil edema

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 18

From Temporary Vaccine Deferral to Long-Term Under-Immunization: A Qualitative Case Analysis of a Child With Hydrocephalus

Kayra Turgay[1], Ege Pastırmacıoğlu[1], Fatma Seren Yıldız[1], Bahar Öztelcan Gündüz[2], Bahar Çuhacı Çakır[2], Aysu Duyan Çamurdan[2]

Kayra Turgay / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics

Introduction: Children with chronic conditions may remain under-immunized despite frequent contact with health services. Lack of vaccination does not always reflect vaccine hesitancy or refusal. A clinical event following vaccination may lead families and clinicians to defer subsequent doses. We aimed to explore how a post-vaccination clinical event and subsequent deferral contributed to long-term under-immunization in a child with hydrocephalus.

Materials and Methods: We conducted a qualitative case analysis during the pilot phase of an ongoing multicase study at the Social Pediatrics Outpatient Clinic of Gazi University Faculty of Medicine. The child was born as a twin at 29+5 weeks of gestation, weighing 1350 g. He received routine vaccination at two months and subsequently developed fever, recurrent apnea, one episode of desaturation with bradycardia, and a brief episode suspicious for focal seizure. Meningitis and encephalitis were considered; lumbar puncture, metabolic investigations, and cultures did not identify an infectious cause. The episodes resolved completely. The neurosurgeon following the child for hydrocephalus later considered a possible association with vaccination and recommended deferring further vaccines. The family did not resume vaccination. At age 17, the mother sought advice about influenza and pneumococcal vaccination because of his frequent illnesses. The Allergy Clinic identified the absence of childhood vaccinations and referred the family to Social Pediatrics, where catch-up vaccination began. We conducted a semi-structured in-depth interview, transcribed it verbatim, and used inductive reflexive thematic analysis with MAXQDA 26. We interpreted the findings using the World Health Organization behavioural and social drivers of vaccination framework and missed vaccination opportunities.

Results and Conclusion: Results:The analysis generated five themes: avoidance framed as protection, persistence of postponement, responsibility without ownership, family circumstances, and re-vaccination initiated by a family member. The mother did not oppose vaccination; she understood avoiding vaccination as an act of protection after the clinical event. The initial deferral lacked an end date, a designated clinician, and planned reassessment. Chronic disease follow-up continued, but vaccination status did not prompt action despite repeated parental reports. Bereavement, separation, financial difficulties, and geographical distance further displaced preventive care. Seventeen years later, the mother herself initiated the return to vaccination.Conclusion:Clinical uncertainty can initiate vaccine deferral without parental vaccine hesitancy. Without a defined reassessment pathway, temporary deferral may become long-term under-immunization. Every deferral should include a reassessment date, a designated clinician, and a clear referral pathway. Vaccination status should be reviewed at every chronic disease visit.

Keywords: vaccine delay, vaccine hesitancy, chronic disease

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 19

HUS Presenting as Typical but Following an Atypical Course in a Child with Down Syndrome: Successful Treatment with Complement-Targeted Therapy and Plasma Exchange

ERVA CALIK[1], Semra NASIBOVA[2], Lale GURBANOVA[3], Ebru AZAPAGASI[2], Burcu YAZICIOGLU[3], Mutlu UYSAL YAZICI[2]

ERVA CALIK / Gazi University Faculty of Medicine Department of Pediatrics

Introduction: Hemolytic uremic syndrome (HUS) is characterized by microangiopathic hemolytic anemia, thrombocytopenia, and acute kidney injury and is a major cause of acute kidney injury in children. Most pediatric cases are typical HUS associated with Shiga toxin-producing Escherichia coli (STEC), often following bloody diarrhea, and are managed supportively. In contrast, atypical HUS (aHUS) results from dysregulation of the alternative complement pathway and may require complement-targeted therapy. We report a child with Down syndrome who initially presented with typical HUS but developed an atypical, severe course requiring eculizumab and plasma exchange.

Materials and Methods: Clinical, laboratory, imaging, treatment, and consultation records of the patient hospitalized in the pediatric intensive care unit and pediatric ward between May 11 and June 24, 2026, were retrospectively reviewed. Treatment response was assessed by urine output, dialysis requirements, renal function, and overall clinical status. Diagnostic and therapeutic decisions were made through a multidisciplinary approach.

Results and Conclusion: Results: A 10-year-and-6-month-old girl with Down syndrome and hypothyroidism presented with abdominal pain and bloody diarrhea. One week later, she developed oliguria, petechiae, thrombocytopenia (44,000/mm^3), and creatinine 2.9 mg/dL. On admission, hypertension, periorbital edema, and microangiopathic hemolysis were present. STEC infection was confirmed, and the initial diagnosis was typical HUS. Thrombotic thrombocytopenic purpura was considered unlikely because ADAMTS13 activity was 47.92%. Despite supportive treatment, she remained anuric and required hemodialysis followed by CRRT. She subsequently developed septic shock, respiratory distress, and pericardial effusion, requiring dual inotropic support, broad-spectrum antimicrobials, hydrocortisone, colchicine, and six days of high-flow nasal cannula oxygen. Due to prolonged anuria, dialysis dependence, and inadequate response, complement-mediated thrombotic microangiopathy was suspected and eculizumab was initiated. As urine output did not recover within 72 hours, two plasma exchange sessions were performed, followed by eight doses of eculizumab. Her condition progressively improved; respiratory and inotropic support were discontinued, urine output recovered, and renal replacement therapy was stopped. She was discharged in stable condition on June 24, 2026, with creatinine 1.2 mg/dL. Conclusion: STEC-associated HUS is generally managed with supportive care. However, an unusually severe or prolonged course, persistent anuria, prolonged renal replacement therapy, or inadequate response should prompt consideration of complement-mediated thrombotic microangiopathy. In this case, clinical improvement followed eculizumab combined with plasma exchange. Although Down syndrome-related immune dysregulation may have influenced the course, its precise relationship with HUS severity and treatment response remains uncertain. Reassessment of pathophysiology and individualized complement-targeted therapy may be considered in severe or treatment-refractory HUS.

Keywords: Hemolytic uremic syndrome, acute kidney injury, Complement-Targeted Therapy

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 20

Neonatal Nonketotic Hyperglycinemia Presenting with Severe Hypotonia and Feeding Difficulty: Recognizing Metabolic Red Flags in a Newborn

Nurhayat Karakaya[1], Alaattin Kızıl[2]

Nurhayat Karakaya / Ağrı Training and Research Hospital, Department of Pediatrics

Introduction: Nonketotic hyperglycinemia (NKH), or glycine encephalopathy, is a rare inherited neurometabolic disorder caused by deficient glycine cleavage, resulting in glycine accumulation, particularly in the central nervous system [1,2]. Severe neonatal NKH typically presents in the first days of life with progressive lethargy, hypotonia, feeding difficulty, apnea, and seizures [1]. Profound hypotonia, muscle weakness, and hyporeflexia may initially resemble a primary neuromuscular disorder. We highlight progressive hypotonia and inability to establish effective feeding as early metabolic red flags.

Materials and Methods: Clinical, biochemical,neurological,and neuroimaging findings of a term neonate presenting with severe hypotonia and feeding difficulty were retrospectively evaluated.

Results and Conclusion: Results:A female infant born at 40+3 weeks to consanguineous parents developed poor sucking,feeding difficulty,generalized weakness,and hypotonia within the first 24 hours.Hypotonia progressively deepened,with frog-leg posture and hypoactive deep tendon and neonatal reflexes.Initial creatine kinase was 1034 U/L, prompting evaluation for congenital neuromuscular disease.The clinical course progressed from worsening hypotonia and feeding impairment to respiratory compromise,severe apnea,bradycardia,and hypercapnic respiratory failure(pH 7.14,PCO_2 91 mmHg),requiring mechanical ventilation.Hiccup-like movements followed by clonic seizures subsequently occurred.Lactate and repeated ammonia levels remained normal, and infectious investigations were negative.Plasma glycine was 1253.25 µmol/L and CSF glycine 357.07 µmol/L,with a CSF/plasma ratio of 0.28 (Figure 1).CSF glycine≥116.5 µmol/L and a CSF/plasma ratio ≥0.15 have been reported as highly specific for severe NKH [2].Brain diffusion-weighted MRI demonstrated bilateral diffusion restriction extending from the basal ganglia through the mesencephalon to the inferior cerebellar peduncles[1].Treatment targeted both glycine burden and NMDA-receptor–mediated excitotoxicity. Sodium benzoate was initiated to reduce plasma glycine,while ketamine,an NMDA-receptor antagonist, was used adjunctively during the acute seizure period,with subsequent seizure control alongside antiseizure therapy[3].Enteral feeding was continued with standard formula without stringent protein restriction; severe dietary glycine/protein restriction is generally avoided because its limited benefit may be outweighed by the risk of protein malnutrition[3].Whole-exome sequencing was obtained for molecular confirmation.Conclusion:Progressive deepening hypotonia and feeding failure followed by respiratory deterioration and seizures should prompt consideration of NKH even when the initial phenotype appears neuromuscular.Management illustrates two disease-specific principles: glycine reduction with sodium benzoate and modulation of glycine-mediated NMDA receptor overactivation.Early recognition may accelerate targeted testing and treatment.References1. Zhou Z, Cai Y, Li X,et al. Natural history and outcome of nonketotic hyperglycinemia in China. Front Neurol. 2024;15:1440883. doi:10.3389/fneur.2024.1440883.2. Kuseyri Hübschmann O, Juliá-Palacios NA, Olivella M, et al. Integrative approach to predict severity in nonketotic hyperglycinemia. Ann Neurol. 2022;92(2):292–303.doi:10.1002/ana.26423.3. Van Hove JLK, Coughlin CR II, Swanson M, et al. Nonketotic Hyperglycinemia. GeneReviews®. University of Washington, Seattle.

Keywords: Nonketotic hyperglycinemia, Neonatal hypotonia, Feeding difficulty

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 21

Diagnostic Performance of General-Purpose Multimodal Artificial Intelligence Models in Pediatric Colonoscopy

Memduha Sari[1], Caner Ozcan[2], Merve Ozkan[3], Oguz Egil[4], Ishak Abdurrahman Isik[1], Atike Atalay[1], Nazlı Sivil[1], Gokhan Birsen[1], Melih Akbulut[5], Ulas Emre Akbulut[1]

Memduha Sari / Division of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Department of Pediatrics, University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital

Introduction: This study evaluated general-purpose multimodal artificial intelligence models for detecting inflammation, ulcers, and polyps in pediatric colonoscopy images.

Materials and Methods: This retrospective, cross-sectional, comparative diagnostic performance study included pediatric patients undergoing colonoscopy between January 2023 and December 2025. Of 391 patients, 12 were excluded for insufficient image quality or incomplete image sets. Analysis included 3,790 images from 379 patients. Ten images per patient were presented to ChatGPT-5, Claude Opus, and Gemini Pro for patient-level binary classification of inflammation, ulcers, and polyps. Official reports by pediatric gastroenterologists served as the reference standard; available histopathology was supportive. Diagnostic measures were calculated; ROC analysis was performed. Correct classification rates were compared using Cochran Q and pairwise McNemar tests with Holm–Bonferroni correction.

Results and Conclusion: The reference standard identified inflammation in 104 patients, ulcers in 97, and polyps in 43. ChatGPT-5 achieved highest accuracy for inflammation (72.8%) and ulcers (77.8%), and Claude Opus for polyps (86.3%). For inflammation, Claude Opus had highest sensitivity (98.1%) but lowest specificity (19.6%). For polyps, Claude Opus had the highest LR+ (6.06), and ChatGPT-5 the lowest LR– (0.18). AUCs ranged from 0.589 to 0.817. Correct classification rates differed significantly among models for all findings.Performance varied by model and target finding. High false-positive rates, low specificity, and limited positive predictive values do not support use independent of experts. However, high sensitivity, high negative predictive values, and low LR– values in some models warrant further investigation of supervised adjunctive use.

Keywords: Artificial intelligence, Colonoscopy, Child

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 27

Leukemia Cutis: An Unusual Presentation of B-Cell Acute Lymphoblastic Leukemia in a Child

Şeymanur Uçum Ağcakoyun[1], Ayşe Özkan Karagenç[2]

Şeymanur Uçum Ağcakoyun / University of Health Sciences Türkiye, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Department of Pediatrics, İstanbul, Türkiye

Introduction: Leukemia cutis is a rare manifestation of leukemia caused by infiltration of the skin by neoplastic leukocytes. It occurs more frequently in acute myeloid leukemia and is uncommon in childhood acute lymphoblastic leukemia. We present a young child in whom persistent atypical cutaneous lesions provided an important diagnostic clue to B-cell acute lymphoblastic leukemia.

Materials and Methods: Clinical, laboratory, dermatological, and histopathological findings of a 1-year-old girl admitted to our pediatric ward with recurrent fever, myalgia, muscle weakness, pancytopenia, and persistent cutaneous lesions were retrospectively reviewed.

Results and Conclusion: A 1-year-old girl presented with recurrent episodes of fever (38–39°C), myalgia, muscle weakness, and progressive refusal to walk, which had begun approximately three months before admission. She had previously received antibiotic therapy at outside centers, with only transient clinical improvement. Subsequent laboratory investigations revealed pancytopenia. Bone marrow examination performed at an outside center showed a cellular marrow without detectable blasts. On admission to our hospital, physical examination revealed hepatosplenomegaly and widespread atypical cutaneous lesions. Laboratory evaluation demonstrated anemia, neutropenia, and severe thrombocytopenia (hemoglobin: 7.8 g/dL; white blood cell count: 6,500/mm^3; absolute neutrophil count: 990/mm^3; platelet count: 14,000/mm^3). Due to the persistent and atypical nature of the skin lesions, dermatology consultation was obtained. Dermatological examination revealed diffuse edematous infiltration extending from the forehead and scalp to the neck, back, and chest, accompanied by multiple 1–5 mm papules and nodules with intervening telangiectatic atrophic areas. Two 4-mm punch biopsies were obtained from a papular lesion and an atrophic lesion on the back.Histopathological examination demonstrated a malignant small round-cell infiltrate involving almost the entire dermis and dissecting between collagen bundles. Immunohistochemical staining showed diffuse positivity for TdT, CD43, CD45, and CD20, whereas CD3, CD15, CD34, CD68, myeloperoxidase, and lysozyme were negative. These findings were consistent with leukemia cutis and were primarily suggestive of B-cell acute lymphoblastic leukemia. Leukemia cutis is a rare but clinically important manifestation of childhood acute lymphoblastic leukemia. Persistent or unusual cutaneous lesions, particularly when accompanied by cytopenias or systemic findings, should prompt consideration of an underlying hematologic malignancy. Skin biopsy may provide a critical diagnostic clue even when a previous bone marrow examination does not demonstrate leukemic lasts.

Keywords: Leukemia cutis, B-cell acute lymphoblastic leukemia, pancytopenia

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 28

When the History and Serum Level Do Not Match: Paracetamol Poisoning in a Two-Year-Old Child

İlkin Bulut[1], Nazmi Mutlu Karakaş[1], Beray Evli[1], Okşan Derinöz Güleryüz[1]

İlkin Bulut / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics

Introduction: Paracetamol is one of the most commonly used medications in children and may cause severe liver injury in overdose. Early poisoning lacks specific findings; therefore, diagnosis relies mainly on the ingestion history and serum paracetamol concentration. In young children, accidental ingestion is often unwitnessed, and the timing and amount are based on caregiver estimation. We present a two-year-old child in whom the reported dose and measured serum concentration were inconsistent after unwitnessed paracetamol ingestion.

Materials and Methods: A two-year-old girl weighing 12 kg was brought to the pediatric emergency department for possible paracetamol ingestion. Her mother had administered an appropriate weight-based dose of paracetamol syrup at 14:00, immediately before routine two-year vaccinations. After returning home, the child became drowsy. Approximately two hours later, the mother found the bottle empty. A five-year-old sibling was also at home, and it was unclear which child had ingested the medication or how much. According to the mother, approximately 60 mL of syrup (120 mg/5 mL) should have remained, corresponding to a possible ingestion of 120 mg/kg.At presentation, vital signs were age-appropriate, and the pediatric assessment triangle and primary and secondary assessments were normal. Assuming ingestion at 15:30, the four-hour serum paracetamol concentration was 959 µmol/L, exactly at the Rumack–Matthew nomogram treatment threshold. Complete blood count, renal and liver function tests, and coagulation parameters were normal. Three-bag intravenous N-acetylcysteine (NAC) was initiated. At eight hours, the concentration decreased to 665 µmol/L but remained clearly above the treatment line. The smaller-than-expected decline suggested later-than-assumed ingestion or prolonged absorption. Levels subsequently decreased to 257 µmol/L at 12 hours, 69.4 µmol/L at 16 hours, and below 33 µmol/L at 20 hours. NAC was discontinued at 21 hours after stopping criteria were met. ALT and INR remained normal throughout follow-up. The sibling's serum paracetamol concentration was negative.

Results and Conclusion: Based solely on the reported dose, current prehospital guidance would have allowed home observation. However, the ingestion was unwitnessed, and even the exposed child could not initially be identified. The same guideline recommends considering the history unreliable when ingestion time or dose cannot be clarified or when laboratory findings conflict with the history. In uncertain cases, NAC administration is considered acceptable. In a clinically well-appearing child, a low estimated dose may not exclude hazardous exposure. Therefore, when history and objective findings are inconsistent, treatment decisions should be based on the serum paracetamol concentration.

Keywords: Paracetamol poisoning, N-acetylcysteine, Rumack–Matthew nomogram

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 29

A Case of IGF1R Gene Deletion: Suboptimal Response to Recombinant Growth Hormone and Elevated IGF-1 Levels

Ceyhun Tıkız[1], Hazal Canbaz Özdemir[1], Süheyla Ceren İslamoğlu[2], Doğa Türkkahraman[3]

Süheyla Ceren İslamoğlu / Antalya Training and Research Hospital, Department of Pediatrics

Introduction: IGF1R defects are associated with intrauterine and postnatal growth restriction and, in addition to impaired growth, may also present with microcephaly and neurodevelopmental impairment. A limited response to recombinant growth hormone (rhGH) therapy may also be observed.

Materials and Methods: A 6-year-3-month-old boy was referred for evaluation of short stature. He was born at 38 weeks of gestation by cesarean section with a birth weight of 2700 g and a birth length of 47 cm (10th–50th percentile). Fetal growth deceleration had been noted during the third trimester. His motor development was delayed, and he had borderline intellectual disability (IQ 75-80) and learning difficulties. At presentation, his height was 100.3 cm (–3.6 SDS), growth velocity was 4.8 cm/year (–1.26 SDS), target height was 165.5 cm (–1.74 SDS), and bone age was 3.5 years (2.8 years delayed). Pubertal development was Tanner stage 1. Laboratory evaluation showed TSH 1.85 mIU/L (reference range: 0.37–6), free T4 0.84 ng/dL (0.61–1.68), prolactin 4 ng/mL, and IGF-1 196 µg/L (22–208); celiac serology was negative. Growth hormone stimulation tests demonstrated suboptimal peak GH responses of 7.2 ng/mL with clonidine and 6.3 ng/mL with L-DOPA. Pituitary MRI was normal, and somatropin therapy was initiated at a dose of 0.1 U/kg/day. After 2 years of treatment, the linear growth response remained suboptimal (GV-SDS: –0.18) despite elevated IGF-1 levels (+2.2 SDS), and somatropin was discontinued. IGF1R Sanger sequencing revealed no pathogenic variant. During follow-up, growth velocity declined to 2.8 cm/year, and repeat clonidine testing showed a peak GH level of 2.9 ng/mL. Somatropin therapy was therefore restarted. The patient received approximately 6 years of somatropin treatment in total, which was discontinued at 16.3 years of age (Figures 1 and 2). Chromosomal microarray analysis subsequently identified a pathogenic heterozygous deletion at 15q26.3 encompassing the IGF1R gene. At the latest follow-up, at 17.5 years of age, his height was 154.1 cm (–3.4 SDS).

Results and Conclusion: Discordance between elevated IGF-1 levels and suboptimal linear growth is an important clinical red flag for possible IGF-1 resistance. In patients with a suggestive phenotype and negative IGF1R Sanger sequencing, chromosomal microarray analysis should be considered to detect copy-number variants, including deletions involving IGF1R.

Keywords: Short stature, IGF1R deletion, recombinant growth hormone

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 32

Exenatide Therapy Enabling Reintroduction of Metformin in a Child With Alström Syndrome

Mehmet Ali Oktay[1], Esra Döğer[1], Aylin Kılınç Uğurlu[1], Gizem Eşme Kocaman[1], Gülsüm Kayhan[2], Hakan Öztürk[3], Aysun Bideci[1]

Mehmet Ali Oktay / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Endocrinology, Ankara, Türkiye

Introduction: Alström syndrome is a rare multisystem ciliopathy caused by ALMS1 mutations and characterized by early-onset obesity, severe insulin resistance, type 2 diabetes, and progressive non-alcoholic fatty liver disease. Hepatic involvement including elevated liver enzymes, steatosis, and fibrosis may complicate glycemic management. Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists exenatide and semaglutide have shown beneficial effects on glycemic control, hepatic steatosis, and inflammation. We report a child with Alström syndrome in whom exenatide improved liver function and enabled reintroduction of metformin.

Materials and Methods: A patient with a homozygous ALMS1 variant (c.2314_2315del, p.Ile772Phefs*13) had been followed in our clinic with a diagnosis of Alström syndrome since the age of 12 years 10 months. The patient had obesity and hyperphagia since infancy. Comorbidities included hypothyroidism treated with levothyroxine, hypertension treated with enalapril, visual impairment due to rod–cone dystrophy with cataract, and mild sensorineural hearing loss. No cardiomyopathy or urinary tract abnormalities were detected. The patient was under regular follow-up because of elevated liver enzymes. Before referral, the patient had received metformin therapy for approximately two years. At evaluation, body weight was 86 kg (+3.6 standard deviation score [SDS]), height 149.3 cm (−1.2 SDS), and body mass ındex (BMI) 38.5 kg/m^2 (+3.7 SDS). Glycemic control was poor with HbA1c of 9.9%. Liver function tests were elevated (AST 69 U/L, ALT 43 U/L, GGT 58 U/L). Platelet count was 106 × 10^3/µL. Metformin was discontinued and basal–bolus insulin therapy (glargine and aspart; total dose 0.5 U/kg/day) was started. Abdominal ultrasonography demonstrated increased hepatic echogenicity compatible with steatosis and splenomegaly (19 cm). Liver biopsy showed advanced fibrosis with moderate steatosis and mild portal inflammation. Because of persistent weight gain and inadequate glycemic control, the GLP-1 analogue exenatide (10 µg twice daily) was initiated. Bolus insulin was discontinued and therapy was continued with insulin glargine plus exenatide. Following exenatide therapy, liver enzyme levels improved markedly. Based on this improvement, metformin was reintroduced. Liver function tests remained stable and glycemic control improved.

Results and Conclusion: In this child with Alström syndrome, exenatide therapy improved both liver function and glycemic control and enabled safe reintroduction of metformin. These findings suggest that GLP-1 receptor agonists may provide metabolic and hepatoprotective benefits in monogenic diabetes associated with hepatic steatosis.

Keywords: GLP-1 receptor agonists, Alström Syndrome, obesity

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 33

Childhood-Onset Hypophosphatasia Mimicking Chronic Non-Bacterial Osteomyelitis: A Diagnostic Pitfall

Hazal Canbaz Özdemir[1], Ceyhun Tıkız[1], Süheyla Ceren İslamoğlu[2], Barış Paksoy[3], Şengül Çağlayan[4], İclal Erdem Toslak[5], Behzat Özkan[6], Doğa Türkkahraman[7]

Süheyla Ceren İslamoğlu / Antalya Training and Research Hospital, Departmant of Pediatric

Introduction: Hypophosphatasia (HPP) is an inherited metabolic bone disorder caused by ALPL variants that reduce tissue-nonspecific alkaline phosphatase (TNSALP) activity. Mild childhood HPP may manifest with diverse and nonspecific findings, making early recognition challenging. In particular, multifocal bone marrow edema and recurrent stress fractures may mimic chronic non-bacterial osteomyelitis (CNO), posing a diagnostic challenge.

Materials and Method: An 8.7-year-old girl was referred with limping, knee swelling, and a history of recurrent low-trauma fractures. Whole-body magnetic resonance imaging (MRI) revealed multifocal bone marrow edema involving the metaphyseal and tarsal regions, together with an incomplete stress fracture of the distal tibial metaphysis, leading to an initial diagnosis of CNO. Methotrexate therapy was commenced by the pediatric rheumatology team but discontinued after a single dose following the genetic analyses. Clinical exome sequencing (CES) identified a heterozygous likely pathogenic ALPL frameshift variant, c.662dup (p.Gly222TrpfsTer10). Subsequent endocrine assessment demonstrated persistently low serum alkaline phosphatase levels accompanied by elevated pyridoxal-5 →phosphate and urinary phosphoethanolamine concentrations, confirming the diagnosis of childhood HPP. Enzyme replacement therapy with asfotase alfa was initiated, and treatment-related injection-site reactions were successfully managed through dose modification and optimization of injection techniques. However, treatment was subsequently discontinued because of the lack of meaningful improvement in bone mineral density, bone marrow edema on MRI, and growth velocity during follow-up.

Results and Conclusion: This case illustrates that mild childhood hypophosphatasia may closely resemble CNO both clinically and radiologically. Persistently low age-adjusted serum alkaline phosphatase levels should prompt consideration of HPP in children presenting with multifocal bone marrow edema and stress fractures. Although asfotase alfa therapy was initiated, the absence of meaningful clinical, densitometric, and radiological improvement led to treatment discontinuation, highlighting the variability of therapeutic response in mild childhood HPP and the need for individualized treatment decisions. Early recognition may prevent misdiagnosis and unnecessary immunomodulatory treatment.

Keywords: ALPL, chronic non-bacterial osteomyelitis, Hypophosphatasia

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 34

Insulin Edema in a Patient with Type 1 Diabetes, Celiac Disease, and Scurvy: A Rare Case

Mehmet Ali Oktay[1], Esra Döğer[1], Filiz Gültekin Açıkgöz[1], Aylin Kılınç Uğurlu[1], Nazmi Mutlu Karakaş[2], Merve Kutlar Tandır[3], İlyas Okur[4], Mahmut Orhun Çamurdan[1], Aysun Bideci[1]

Mehmet Ali Oktay / Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Endocrinology,Ankara, Türkiye

Introduction: Insulin edema is a rare complication that may occur following the initiation of insulin therapy or a rapid increase in insulin dose. Although its pathogenesis remains incompletely understood, the antinatriuretic effect of insulin, fluid and electrolyte shifts associated with rapid glycemic improvement, and increased capillary permeability are thought to contribute. We present an adolescent with poorly controlled type 1 diabetes and celiac disease who developed insulin edema in the setting of concomitant scurvy.

Materials and Methods: A 14-year-old girl had been followed for type 1 diabetes for eight years and also had Hashimoto thyroiditis and celiac disease. Malnutrition had developed due to poor adherence to both diabetes management and a gluten-free diet. Her weight was 45 kg (−1.41 SDS), height 170 cm (+1.57 SDS), and body mass index 15.5 kg/m^2 (−2.73 SDS). Because of poor glycemic control (HbA1c: 13.2%), her daily insulin dose was increased from 0.8 U/kg to 1.5 U/kg. Approximately one week later, bilateral pitting edema developed around the ankles, accompanied by an increase in body weight to 48 kg.Evaluation for cardiac, renal, hepatic, and thyroid causes revealed no abnormality that could explain the edema. Serum albumin and urinary protein-to-creatinine ratio were normal. Hypoproteinemia and iron deficiency anemia were present. During the etiological evaluation, gingival fragility and a dystrophic appearance of the gingiva were noted. Serum ascorbic acid was subsequently measured and found to be low (0.13 mg/dL; reference range: 0.5–1.8), leading to a diagnosis of scurvy. Fluid and salt restriction was initiated, the insulin dose was gradually reduced, and vitamin C replacement was started. The edema completely resolved within two weeks without diuretic therapy.

Results and Conclusion: Insulin edema may occur not only in newly diagnosed type 1 diabetes but also after rapid intensification of insulin therapy in patients with longstanding poor glycemic control. In our patient, the temporal relationship between insulin dose escalation and the onset of edema, exclusion of other systemic causes, and resolution following gradual insulin dose reduction supported the diagnosis of insulin edema. Concomitant celiac disease, malnutrition, and vitamin C deficiency may have contributed to the development of edema through increased capillary fragility and permeability. This case highlights the importance of considering insulin edema in patients who develop edema following intensification of insulin therapy and of evaluating concomitant nutritional deficiencies.

Keywords: insulin edema, celiac disease, vitamin C deficiency

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 35

Essential Palatal Myoclonus Presenting with Objective Tinnitus: A Pediatric Case

Büşra Tunalı Özcan[1], Göksel Vatansever[2], Sılay Bostan[3], Salih Cengiz Meral[4], Nurcan Kolancalı[5], Miraç Yıldırım[5]

Büşra Tunalı Özcan / Haymana State Hospital, Pediatrics Clinic

Introduction: Tinnitus is defined as the perception of sound without an external sound source and is classified as subjective or objective. While subjective tinnitus is perceived only by the patient, objective tinnitus is characterized by sounds that can be heard by both the patient and the examiner. The etiology of objective tinnitus includes various causes such as vascular anomalies, Eustachian tube dysfunction, and involuntary contractions of the middle ear or peritubal muscles. Palatal myoclonus, one of its rare causes, is characterized by involuntary and rhythmic contractions of the soft palate muscles and can typically lead to clicking sounds. This case is presented to highlight palatal myoclonus, which is a rare cause of objective tinnitus in childhood.

Materials and Methods: The medical history, physical examination findings, and evaluation results of the patient presenting with tinnitus were reviewed.

Results and Conclusion: A previously healthy 14-year-old female patient presented to our outpatient clinic with a continuous clicking sound in her left ear that started two days prior and could also be heard by her family. She had no hearing loss or other accompanying complaints. Oropharyngeal examination revealed bilateral, continuous, rhythmic, and involuntary contractions involving the soft palate and uvula. The frequency of the palatal myoclonus was evaluated as approximately 2–3 beats per second, and the contractions were accompanied by a rhythmic "click" sound that was clearly audible from the observers (Video 1). Cranial nerve examination and bilateral otoscopic examination were normal; nystagmus was not detected. Other systemic and neurological examinations were unremarkable. Thyroid function tests for hyperthyroidism, serum ceruloplasmin levels for Wilson's disease, and liver function tests were evaluated and found to be within normal limits. No abnormalities were detected in other biochemical tests either. Cranial magnetic resonance imaging (MRI), which was performed to exclude central nervous system pathologies that could lead to secondary palatal myoclonus, was normal. Brainstem auditory evoked response (BAER) and audiological evaluations were within normal limits. Clonazepam treatment was initiated for the patient, who was diagnosed with essential palatal myoclonus based on clinical and examination findings. Palatal myoclonus is one of the rare causes of objective tinnitus in childhood and should be kept in mind in the differential diagnosis, especially in children presenting with a rhythmic clicking sound audible to others. Direct observation of rhythmic involuntary movements in the soft palate is an important clinical clue for diagnosis. Detailed neurological evaluation and cranial imaging are important in investigating secondary causes and differentiating essential palatal myoclonus.

Keywords: Palatal myoclonus, Tinnitus, Objective tinnitus

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 37

Severe Growth Failure and Pituitary Enlargement in a 12-Year-Old Girl with Poorly Controlled Congenital Hypothyroidism: A Case Report

Nurhayat Karakaya[1], Vasfı Onur Vermezoğlu[2], Öznur Vermezoğlu[2]

Nurhayat Karakaya / Ağrı Training and Research Hospital, Department of Pediatrics

Introduction: Congenital hypothyroidism(CH)requires early diagnosis, adequate levothyroxine replacement,and regular follow-up to prevent impaired growth and development [1].Prolonged severe primary hypothyroidism may cause profound growth failure,delayed skeletal maturation,and pituitary enlargement due to chronic thyrotropin-releasing hormone stimulation[2,3].We present an adolescent girl diagnosed with CH during the neonatal period who developed severe growth failure following years of inadequate treatment.

Materials and Methods: Clinical history,anthropometric measurements,thyroid function tests,bone age assessment,pituitary magnetic resonance imaging(MRI),and biochemical response to levothyroxine were retrospectively evaluated.

Results and Conclusion: A 12-year-old girl was referred for severe short stature.Historical records revealed thyroid-stimulating hormone(TSH) > 100 mIU/L with reduced free thyroxine(fT4) on postnatal day 12,consistent with congenital primary hypothyroidism.Despite early diagnosis,treatment adherence and follow-up had been inadequate.TSH > 100 mIU/L was again documented in 2016.At presentation, height was 127 cm(−4.35 SDS), weight was 27.45 kg(−2.99 SDS), and bone age was 7 years 10 months, indicating marked skeletal maturation delay.The patient was prepubertal and exhibited dry skin,dry hair, and constipation,without goiter.Clinical and auxological findings are summarized in Table 1.Laboratory evaluation demonstrated severe primary hypothyroidism(TSH 436.84 mIU/L;fT4 0.49 ng/dL).Pituitary MRI revealed gland enlargement measuring 13 mm in height,suggestive of secondary thyrotroph hyperplasia associated with prolonged primary hypothyroidism.Levothyroxine was gradually titrated under biochemical monitoring.Serial thyroid function tests demonstrated progressive improvement,with TSH decreasing from 436.84 to approximately 99 and subsequently 15 mIU/L,accompanied by an increase in fT4 from 0.49 to 0.75 ng/dL(Table 2).Repeat pituitary MRI was planned to assess possible regression following adequate thyroid hormone replacement.This case highlights that neonatal screening and early diagnosis alone are insufficient to prevent the long-term complications of congenital hypothyroidism.Despite being a well-recognized and readily treatable disorder,inadequate treatment adherence and irregular follow-up may lead to profound growth failure,delayed skeletal maturation,and pituitary enlargement.From a general pediatric perspective,ensuring continuous levothyroxine treatment,regular monitoring of thyroid function and growth,and sustained family education is essential.Our case emphasizes that the success of newborn screening depends not only on early detection but also on effective long-term management to prevent avoidable complications.References1.van Trotsenburg P, Stoupa A, Léger J, et al. Congenital hypothyroidism: a 2020–2021 consensus guidelines update—an ENDO-European Reference Network initiative endorsed by the European Society for Pediatric Endocrinology and the European Society for Endocrinology. Thyroid. 2021;31(3):387–419. doi:10.1089/thy.2020.0333.2.Roux A, Rosso D,Cuboni D,et al.Pituitary hyperplasia due to longstanding primary hypothyroidism:a case report and comprehensive review of the literature. Biomedicines. 2024;12(6):1368. doi:10.3390/biomedicines12061368.3.Yuan X, Zhu J, Su X, et al. Pituitary hyperplasia secondary to primary hypothyroidism in adolescents: a medical case report and literature review. Clinical Case Reports. 2024;12(11). doi:10.1002/ccr3.9541.

Table 1. Clinical and Auxological Findings at Presentation

Parameter	**Findings**
Chronological age	12 years 2 months
Height	127 cm (–4.35 SDS)
Weight	27.45 kg (–2.99 SDS)
Bone age	7 years 10 months
Pubertal status	Prepubertal
Pituitary height on MRI	13 mm

Table 2. Biochemical Response to Levothyroxine Treatment

Parameter	**Baseline**	**Follow-up 1**	**Follow-up 2**
TSH (mIU/L)	436.84	≈ 99	≈ 15
fT4 (ng/dL)	0.49	0.64	0.75

TSH: thyroid-stimulating hormone; fT4: free thyroxine; SDS: standard deviation score; MRI: magnetic resonance imaging. Follow-up TSH values are approximate.

Keywords: Congenital hypothyroidism, Severe short stature, Treatment adherence.

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

PP - 38

The Role of Sacral Dimples in the Early Diagnosis of Tethered Cord Syndrome: A Pediatric Case Report

Melike Karacaoğlu[1], Göksel Vatansever[1], Mehregan Makhlooghi Sari[2], Seda Kaynak Şahap[3]

Melike Karacaoğlu / Department of Pediatrics, Ankara University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

Introduction: Sacral dimples are common cutaneous findings in newborns. Simple dimples (single, midline, ≤5 mm in diameter, ≤25 mm from the anal verge, with a visible base) are benign, whereas atypical features should raise suspicion of closed neural tube defects (NTDs). We present an infant with an atypical sacral dimple who was diagnosed with a tethered spinal cord.

Materials and Methods: A 15-day-old girl was referred for a dimple and a pigmented lesion on her lower back noticed after birth. She was born at term by vaginal delivery with a birth weight of 3000 g; the mother had received folic acid supplementation, and first-trimester screening was normal. Physical examination revealed a 6 × 6 mm midline lumbosacral dimple located 35 mm above the anal verge, appearing as a punctate opening within an irregular, bluish-purple to brown hyperpigmented macule, with a base that could not be visualized. Given these multiple high-risk features, lumbar MRI was performed directly and revealed spina bifida occulta, limited dorsal myeloschisis with a tethered spinal cord, a dermal sinus tract and an intradural lipoma at the L3 level. She underwent spina bifida repair and spinal cord untethering at one month of age. At the 15-month follow-up, her motor and cognitive development were normal.

Results and Conclusion: Sacral dimples located above the gluteal cleft, larger than 5 mm, with a non-visible base or accompanied by other cutaneous markers should prompt evaluation for closed NTDs, even in asymptomatic newborns, and MRI is preferred when high-risk features are present. Early diagnosis and timely surgery can prevent irreversible neurological deficits, and a multidisciplinary approach involving pediatricians, neurosurgeons and radiologists is essential.

Keywords: sacral dimple, closed neural tube defect, tethered cord syndrome

HEMŞİRELİK SÖZLÜ BİLDİRİLER

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 003

Pediatri Hemşirelerinin Terapötik Oyun Becerilerini Değerlendirmeye Yönelik Bir Ölçeğin Geliştirilmesi ve Psikometrik Değerlendirmesi: Metodolojik Bir Çalışma

Remziye Semerci Şahin[1], Esra Tekinyıldız[2], Eyşan Hanzade Savaş[3], Aylin Akça Sümengen[4], Damla Özçevik Subaşi[5], Aycan Küçükkaya[6], Özge Karakaya Suzan[7], Sevil Çınar Özbay[8], Gökçe Naz Çakır[9], Edmara Bazoni Soares Maia[10]

Esra Tekinyıldız / Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Programı, Ankara, Türkiye

Giriş: Terapötik oyun, hastanedeki çocuklarda anksiyeteyi ve korkuyu azaltan, baş etme becerilerini destekleyen ve çocuk merkezli bakımın temel bileşeni olarak kabul edilen kanıta dayalı bir hemşirelik müdahalesidir. Ancak pediatri hemşirelerinin terapötik oyun yeterliliklerini standart ve psikometrik açıdan geçerli biçimde ölçen bir araç literatürde mevcut değildir. Bu çalışma, Pediatri Hemşireleri İçin Terapötik Oyun Becerileri Ölçeği'ni (PHTOBÖ) geliştirmeyi ve psikometrik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Materyal ve Metot: Bu metodolojik çalışma, Aralık 2025–Mart 2026 tarihleri arasında Türkiye genelinde hemşirelik mesleki derneklerinin ağları aracılığıyla ulaşılan 255 pediatri hemşiresi ile yürütülmüştür. İlk madde havuzu kapsamlı bir literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulmuştur. İçerik geçerliliği sekiz uzman tarafından Madde Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (I-CVI) ve Ölçek Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (S-CVI) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (EFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA) uygulanmıştır. Güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve Hotelling T^2 testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: İçerik geçerlilik indeksleri mükemmel düzeyde bulunmuştur (I-CVI = 0,87–1,00; S-CVI = 0,94; $p < 0,001$). KMO örneklem yeterliliği 0,959 olarak hesaplanmış ve Bartlett küresellik testi anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 5172,749$, $p < 0,001$). EFA, toplam varyansın %68,78'ini açıklayan üç faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Ölçeğin son versiyonu üç alt boyut ve 24 maddeden oluşmuştur: Terapötik Oyun Uygulama Becerileri, Çocuk Merkezli Uygulama Becerileri ve Mesleki ile Klinik Yeterlilik Becerileri. CFA, kabul edilebilir model uyum indeksleriyle ($\chi^2/df = 2,759$; RMSEA = 0,083; CFI = 0,915; IFI = 0,915; TLI = 0,904) üç faktörlü yapıyı desteklemiştir. İç tutarlılık mükemmel düzeyde bulunmuştur (alt boyutlar için Cronbach alfa = 0,942, 0,887 ve 0,938; toplam ölçek için 0,962).Sonuç olarak, PHTOBÖ, pediatri hemşirelerinin algılanan terapötik oyun yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla güçlü psikometrik özelliklere sahip, geçerli ve güvenilir bir öz-bildirim aracıdır. Ölçeğin hizmet içi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine, terapötik oyun müdahalelerinin sistematik olarak değerlendirilmesine ve kanıta dayalı pediatri hemşireliği uygulamalarının güçlendirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: pediatri hemşireliği, terapötik oyun, beceri

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 004

Ebeveynlerin Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde İşitsel Maruziyet, Teknolojik Karmaşa ve Işık Kirliliğine İlişkin Duyusal Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Pınar BEKAR[1], Şaziye Efsun ATMACA[2], Emine EFE[3]

Emine EFE / Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Giriş: Çocuğun çocuk yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü süreçte, ebeveynler yoğun bakım ortamındaki çeşitli duyusal uyaranlarla karşılaşabilmektedir. Bu çalışma, çocuğu çocuk yoğun bakım ünitesinde tedavi gören ebeveynlerin, yoğun bakım ortamında karşılaştıkları işitsel maruziyet, teknolojik karmaşa ve ışık kirliliğine ilişkin duyusal deneyimlerini tanımlamayı amaçlamaktadır.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada tanımlayıcı nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Veriler, Temmuz–Ağustos 2026 tarihleri arasında Türkiye'nin Akdeniz Bölgesi'nde bulunan bir hastanenin çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu tedavi gören 15 ebeveynle yüz yüze gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın görüşme dökümleri içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Analiz sonucunda, her biri çeşitli alt temalardan oluşan altı ana tema belirlenmiştir: yoğun bakım çevresinin duyusal deneyimi, teknolojik donanımın çocuğun bedensel ve bakım alanını sınırlandırması, çevresel uyaranların dinlenme ve yakınlık deneyimine yansımaları, yoğun bakım deneyimiyle baş etme, çevresel koşulların iyileştirilmesine yönelik beklentiler ve sağlık ekibine ilişkin ebeveyn değerlendirmeleri. Çocuk yoğun bakım ortamında gürültü, alarm, ışık ve teknolojik cihazların ebeveynlerde kaygıya, çocuğun hareketlerinin ve ebeveyn-çocuk fiziksel temasının sınırlanmasına neden olabildiği; zamanla çevresel uyaranlara alışmanın ve cihazları anlamlandırmanın ise sürece uyumu kolaylaştırdığı belirlenmiştir. Çevresel uyaranların ebeveyn ve çocuğun uyku ve dinlenmesini etkileyebildiği, ebeveynlerin yoğun bakım süreciyle baş etmesinde umut, dua, sabır ve aile desteğinin öne çıktığı görülmüştür. Sağlık ekibinin ebeveyn ve çocuğa yönelik yaklaşımında ilgi ve desteğin öne çıktığı belirlenmiştir. Bulgular, çocuk yoğun bakım ünitelerinde çevresel uyaranların azaltılmasının, ebeveyn ve çocuğun konforunun desteklenmesinin, ebeveyn-çocuk etkileşiminin güçlendirilmesinin ve aile merkezli bakım uygulamalarının desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Duyusal, Ebeveyn

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 005

Kronik hastalığı olan 3-6 yaş arası çocukların ebeveynlerinde duygusal istismar potansiyeli ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi

Ayşenur Coşkun Duman[1], Zeynep Erkut[2]

Zeynep Erkut / Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Antalya, Türkiye

Giriş: Kronik hastalıklarda çocuğun bakımı, korunması, hastalığa uyumu ve gelişiminin desteklenmesinde ebeveynlerin önemli sorumlulukları ve rolleri vardır. Bu zorlu bakım süreci kronik hastalıklı çocukların duygusal istismar riskini artırabilir. Bu araştırma, kronik hastalığı olan 3-6 yaş arası çocukların ebeveynlerinde duygusal istismar potansiyelini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı kesitsel tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini Temmuz 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında, İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesinin çocuk polikliniğine başvuran 165 çocuğun ebeveyni oluşturdu. Veriler Bilgi Formu ve 3-6 Yaş Çocuğa Sahip Ebeveynlere Yönelik Duygusal İstismar Potansiyeli Ölçeği (DİPÖ) ile toplandı. Ölçek nedensel ve önleyici alt boyutlardan oluşmaktadır. 'Nedensel' alt boyutta yüksek puanlar ebeveynlerin duygusal istismar eğilimlerinin fazla olduğunu; 'Önleyici' alt boyutta yüksek puanlar ebeveynlerin duygusal istismarı önleme tutumlarının varlığını yansıtır.

Bulgular ve Sonuç: Ebeveynlerin nedensel alt boyut puan ortalamasının 39,98±10,60 (puan aralığı: 29-145), önleyici alt boyut puan ortalamasının 91,43±12,85 (puan aralığı: 21-105) olduğu bulundu. Nedensel alt boyut puanı ebeveynin cinsiyetine ve çocuk sayısına göre anlamlı farklılık gösterdi; babaların ve üç çocuğu olan ebeveynlerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla p=0,045 ve p=0,045). Ayrıca nedensel alt boyut puanının anne yaşı (r=0,170) ve baba yaşı (r=0,215) ile pozitif yönde; önleyici alt boyut puanının ise anne yaşı ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı (r=-0,154; p < 0,05). Önleyici alt boyut puanının ebeveynin cinsiyeti, annenin çalışma ve eğitim durumu, aile gelir durumu ve çocuğun hastalık süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p < 0,05). Çalışan annelerin, eğitim düzeyi daha yüksek annelerin ve geliri giderine eşit veya yüksek olan ailelerin önleyici puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Hastalık süresi 1-2 yıl olan çocukların ebeveynlerinin önleyici puanlarının, hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,016). Ebeveynlerin duygusal istismar potansiyelinin genel olarak düşük, duygusal istismarı önleyici tutumlarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Bununla birlikte, ebeveynin cinsiyeti, yaşı, çalışma ve eğitim durumu, aile gelir durumu, çocuk sayısı ve çocuğun kronik hastalık süresi gibi bazı özelliklerin duygusal istismar potansiyeli veya önleyici tutumlarla ilişkili olduğu görüldü. Bu doğrultuda, özellikle riskle ilişkili özelliklere sahip ailelere yönelik ebeveynlik becerilerini ve duygusal istismar farkındalığını destekleyen eğitim ve danışmanlık programlarının geliştirilmesi ve uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: ebeveyn, duygusal istismar potansiyeli, kronik hastalık

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 006

Çocuklarda Besin Alerjisiyle İlişkili Yaşam Kalitesi ve İlgili Faktörler: Ebeveyn Bildirimine Dayalı Kesitsel Bir Çalışma

Filiz SOLMAZ[1], Duygu KEMER[2], Abdullah SOLMAZ[3], Büşra UYSAL[4], Hülya KARATAŞ[1]

Filiz SOLMAZ / Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Besin alerjisi, çocuklarda yalnızca alerjik reaksiyonlarla sınırlı kalmayıp eliminasyon diyeti, anafilaksi riski, sosyal kısıtlılıklar ve sürekli hastalık yönetimi gereksinimi nedeniyle çocuk ve ailesinin günlük yaşamını etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, besin alerjili çocukların klinik özelliklerini ve ailelerin hastalık yönetimine ilişkin deneyimlerini tanımlamak; ebeveyn bildirimine dayalı yaşam kalitesini ve yaşam kalitesiyle ilişkili klinik ve ailesel faktörleri incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışma, Haziran–Ekim 2023 tarihleri arasında, hekim tarafından besin alerjisi tanısı aldığı bildirilen 0–12 yaş arası çocukların 372 ebeveyniyle yürütüldü. Veriler çevrim içi olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve Besin Alerjisi Yaşam Kalitesi Ölçeği–Ebeveyn Formu kullanılarak toplandı. Ölçek Duygusal Etki, Besin Kaygısı ve Sosyal/Diyetsel Kısıtlılıklar alt boyutlarından oluşmakta olup yüksek puanlar daha kötü yaşam kalitesini göstermektedir. Veriler tanımlayıcı istatistikler, çok değişkenli kovaryans analizi ve kovaryans analizi ile değerlendirildi ($p < 0,05$).

Bulgular ve Sonuç: Çocukların %59,1'i erkek, %47,6'sı 0–3 yaş grubundaydı. Ebeveyn bildirimine göre belirtiler en sık 0–2 ayda başlamış (%44,4), tanı 4–6 ayda konmuştu (%41,1); en sık belirti deri döküntüsüydü (%78,8). Çocukların %21,2'si besin alerjisi nedeniyle hastaneye yatırılmıştı. Başlıca alerjenler inek sütü (%78,0), yumurta (%60,8) ve yer fıstığıydı (%42,7); %39,8'inde beş alerjen bildirilmişti. Çocukların %75,5'i eliminasyon diyeti uyguluyor, %36,6'sında anafilaksi öyküsü bulunuyor, %45,4'ü adrenalin oto-enjektörü taşıyordu. Annelerin %16,9'u çocuklarının besin alerjisi nedeniyle izin aldığını veya işten ayrıldığını; ebeveynlerin %86,3'ü sosyal ilişkilerinin orta ya da ciddi düzeyde etkilendiğini, %95,9'u ebeveyn rehberini çok yararlı bulacağını bildirdi. Düzeltilmiş analizlerde, oto-enjektör taşıyan çocukların FAQLQ-PF toplam puanı taşımayanlardan yüksekti (3,80±1,27'ye karşı 2,62±1,58; $p=0,001$). Bu grupta Duygusal Etki (3,38'e karşı 2,19; $p=0,006$), Besin Kaygısı (3,96'ya karşı 2,44; $p < 0,001$) ve Sosyal/Diyetsel Kısıtlılıklar puanları da yüksekti (4,07'ye karşı 3,22; $p=0,027$). Anafilaksi öyküsü bulunanlarda toplam puan (3,94±1,25'e karşı 2,70±1,55; $p=0,036$) ve Sosyal/Diyetsel Kısıtlılıklar puanı (4,21'e karşı 3,26; $p=0,029$) daha yüksekti. Alerjen sayısı Sosyal/Diyetsel Kısıtlılıklar puanlarıyla ilişkiliydi ($p=0,026$). Ebeveyn iş birliği bulunanlarda Duygusal Etki puanı daha düşüktü (2,66±1,59'a karşı 3,18±1,53; $p=0,021$). Yaş grupları Duygusal Etki ($p=0,045$) ve Besin Kaygısı ($p=0,018$) puanlarında farklılaşırken toplam puan farkı anlamlı değildi ($p=0,488$). Besin alerjisi, klinik bulguların yanı sıra çocuk ve ailenin sosyal yaşamını, hastalık yönetimini ve yaşam kalitesini etkiler. Anafilaksi öyküsü ve adrenalin oto-enjektörü taşıma daha olumsuz toplam puanlarla; oto-enjektör taşıma ayrıca tüm alt boyutlarda, alerjen sayısı ise Sosyal/Diyetsel Kısıtlılıklar puanıyla ilişkili bulundu. Ebeveyn-çocuk iş birliği daha düşük Duygusal Etki puanıyla ilişkiliydi. Bulgular, izlemde çocukların yaşam kalitesiyle birlikte ailelerin sosyal etkilenme ve rehberlik gereksinimlerinin de değerlendirilmesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: yaşam kalitesi, anafilaksi, besin alerjisi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 008

Preterm Bebeklerde İntranazal Anne Sütü Uygulamasının Serebral Oksijenasyon, Vital Bulgular ve Tam Oral Beslenmeye Geçiş Süresine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Adalet YÜCEL[1], Sibel Küçükoğlu[1], Murat Konak[2]

Sibel Küçükoğlu / Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Son yıllarda anne sütünün beslenme dışı yararlarından faydalanmak amacıyla yenilikçi yaklaşımlardan biri preterm bebeklere intranazal anne sütü uygulamasıdır. İntranazal anne sütü uygulamasına yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın primer amacı preterm bebeklerde intranazal anne sütü uygulamasının serebral oksijenasyon düzeyine, vital bulgularına ve tam oral beslenmeye geçiş süresine etkisini araştırmaktır. Çalışmanın sekonder amacı ise intranazal anne sütü uygulamasının pretermlerin günlük kusma sayısı, günlük defekasyon sayısı ve taburculuk süresine etkisini belirlemekti.

Materyal ve Metot: Paralel grupta randomize kontrollü deneysel tasarımda olan çalışma, Konya'da bulunan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Haziran 2024-Ekim 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma verileri gebeliğin 28+0 -36+6 haftası aralığında olan 40 preterm bebekten toplandı. Preterm bebekler tabakalı randomizasyon ile müdahale (n=20) ve kontrol (n=20) gruplarına random şekilde atandı. Çalışma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan "Bebek Bilgi Formu", "Fizyolojik Parametre Takip Formu" ve "Beslenme Takip Formu" kullanılarak toplandı. Çalışmada müdahale grubundaki bebeklere intranazal anne sütü uygulaması üç gün boyunca günde üç ardışık beslenme saatlerinden önce (09.00, 12.00, 15.00) uygulandı. İntranazal anne sütü uygulaması 0.1 ml sağ buruna, 0.1 ml sol buruna damlatıldı. Kontrol grubunda rutin klinik uygulamaya devamedildi. Her girişim periyodunda fizyolojik parametreler (serebral oksijenasyon, oksijen satürasyonu, kalp atım hızı, solunum sayısı) girişim öncesi (T0) ve girişimden 5. dk sonra (T1), girişimden 15. dk sonra (T2) ve girişimden 30 dk sonra (T3) kaydedildi. Preterm bebeklerin tam oral beslenmeye geçiş süresi bebek taburcu olana kadar izlendi. Yenidoğanların kusma ve defekasyon sıklığı günlük olarak üç gün süreyle izlendi. Çalışma ClinicalTrials.gov'a kaydedildi (NCT06706115).

Bulgular ve Sonuç: Çalışma sonucunda intranazal anne sütü uygulanan preterm bebeklerin serebral rSO_2 düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($F= 64,894$; $p < 0,001$; $\eta 2=0,631$) ve solunum sayısının ($F=8,544$; $p < 0,001$; $\eta 2=0,184$) bazı ölçüm zamanlarında daha düşük olduğu belirlendi. Buna karşın gruplar arasında oksijen satürasyonu ($p > 0,005$), kalp atımı ($p > 0,005$), tam oral beslenmeye geçiş süresi ($p > 0,005$), taburculuk süresi ($p > 0,005$), kusma sıklığı ($p > 0,005$) ve defekasyon sıklığı ($p > 0,005$) açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.Bu çalışmanın bulguları, intranazal anne sütü uygulamasının preterm bebeklerde serebral rSO_2'yi yükseltme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Uygulama sırasında solunum sayısının normal sınırlar içerisinde azalma göstermesi, oksijen satürasyonu ve kalp atım hızının korunması ve bebeklerin girişimi tolere edebilmesi, intranazal anne sütü uygulamasının fizyolojik stabilite açısından güvenilir bir yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte intranazal anne sütü uygulamasının güvenlik ve etkinlik profilini daha net ortaya koymak için farklı uygulama sıklığı ve sürelerde, uzun dönem etkilerinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İntranazal Anne Sütü, Preterm Bebek, Serebral Perfüzyon

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 010

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Babaların Babalık İzni Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Bahar Aksoy[1], Sevilay Ergün Arslanlı[2], Edanur Tar Bolacalı[3]

Bahar Aksoy / Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Babaların bakım sürecine aktif katılımını etkileyen en önemli faktörlerden biri babalık iznidir. Babalık izni, babalara doğum sonrasında iş hayatına geçici olarak ara verme ve yenidoğan bakımına katılma fırsatı sunan sosyal politika uygulamalarından biridir. Bu çalışmanın amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) bebeği yatan babaların babalık iznine ilişkin deneyimlerini incelemektir.

Materyal ve Metot: Bu fenomenolojik nitel çalışma, Türkiye'deki iki yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, amaçlı örnekleme yoluyla belirlenen 21 baba ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilerek yürütülmüştür. Veriler, fenomenolojik yönteme dayalı altı aşamalı tematik analiz yaklaşımı kullanılarak ve NVivo 14 yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Bu çalışmada, YYBÜ'de yatan bebeklerin babalarının babalık izni deneyimlerinin altı ana tema ve 14 alt tema altında toplandığı belirlenmiştir: (1) babalık deneyiminin anlamı ve duygusal yansımaları, (2) YYBÜ deneyimi sürecinde babanın rolü, (3) babalık izninin kullanımını etkileyen faktörler, (4) babalık izni politikalarına ilişkin beklentiler, (5) yetersiz babalık izninin aile ve sosyal refah üzerindeki etkileri ve (6) babalık izninin güçlendirilmesine yönelik öneriler. Mevcut babalık izni politikaları, YYBÜ sürecinde babaları destekleme açısından yetersizdir. Ücretli ve esnek izin olanaklarının güçlendirilmesi ve babaların YYBÜ bakımına dahil edilmesi, babaların bakım süreçlerine katılımını ve aile refahını artırabilir. Babaların bakım süreçlerine aktif katılımının teşvik edilmesi, baba odaklı hemşirelik yaklaşımlarının uygulanması ve baba dostu sağlık politikalarının benimsenmesi yoluyla aile merkezli YYBÜ uygulamalarının güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Baba, Babalık izni, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 011

Kemoterapi alan çocuklarda sodyum bikarbonat, serum fizyolojik ve karadut şurubunun oral mukozit derecesine etkisi: Randomize kontrollü çalışma

Selda ATEŞ BEŞİRİK[1], Emine GEÇKİL[2], Gizem KERİMOĞLU YILDIZ[3], Osman BARDAKÇI[4], Ayşe Çiğdem SİVRİCE[5]

Selda ATEŞ BEŞİRİK / Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Oral mukozit (OM), kanser tedavisinin en sık görülen ve hastanın yaşam kalitesini, beslenmesini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen önemli bir komplikasyondur. Kemoterapi sürecinde ortaya çıkan ağrı, ülserasyon ve enfeksiyon riski mortaliteyi ve tedavi maliyetini artırmaktadır. Literatürde mukoziti önlemek ve tedavi etmek amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik pek çok yöntem yer almasına rağmen henüz kesin bir fikir birliğine varılamamıştır. Bu çalışma kemoterapi alan çocuklarda sodyum bikarbonata ilaveten uygulanan serum fizyolojik ve karadut şurubu ile yapılan ağız bakımının oral mukozit düzeyine etkisini karşılaştırmak amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, ön test-son test, paralel gruplu randomize kontrollü deneysel tasarımda planlandı. Çalışmanın örneklemini, dahil edilme kriterlerini karşılayan 6–18 yaş aralığındaki 54 çocuk; randomize olarak sodyum bikarbonat grubu (kontrol, n=18), sodyum bikarbonat + serum fizyolojik grubu (müdahale, n=18) ve sodyum bikarbonat + karadut şurubu grubu (müdahale, n=18) olmak üzere toplam üç gruba ayrıldı. Kontrol grubuna rutin sodyum bikarbonat ağız bakımı uygulanırken, birinci müdahale grubuna sodyum bikarbonata ek olarak serum fizyolojik, ikinci müdahale grubuna ise sodyum bikarbonata ek olarak karadut şurubu günde dört kez gargara şeklinde 14 gün boyunca uygulandı. Veriler; Hasta Bilgi Formu, Uluslararası Çocuk Mukozit Değerlendirme Ölçeği (ChIMES) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Mukozit Sınıflaması aracılığıyla toplandı. Hastaların değerlendirmeleri tedavinin başlangıcında ve 2., 4., 8. ve 16. günlerde gerçekleştirildi.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma sonucunda, sodyum bikarbonat ile birlikte karadut şurubu ve serum fizyolojik uygulanan müdahale gruplarındaki çocukların oral mukozit gelişimi (ChIMES) ve şiddet skorlarının (DSÖ sınıflaması) yalnızca sodyum bikarbonat alan kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi. 16. gün değerlendirmesinde, karadut şurubu ($p < 0,001$) ve serum fizyolojik ($p < 0,05$) gruplarının ChIMES ve DSÖ mukozit skorları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu. Karadut şurubu grubunun iyileşme süresi ve ağrı skorlarındaki düşüş, serum fizyolojik grubundan da anlamlı derecede yüksek saptandı.Sonuç: Kemoterapi alan çocuklarda standart sodyum bikarbonat bakımına ilaveten uygulanan karadut şurubu ve serum fizyolojik gargaraların oral mukozit derecesini, şiddetini ve buna bağlı ağrıyı azaltmada etkili ve güvenli yöntemler olduğu belirlendi. Özellikle karadut şurubunun antioksidan ve antienflamatuar özellikleri sayesinde çocuk onkolojisi hemşireliğinde kanıta dayalı bakım standartlarının geliştirilmesine ve çocukların yaşam kalitesinin artırılmasına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Karadut, Mukozit

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 013

Pediatrik Diyabet Rutinleri Ölçeği- Adölesan Versiyonu: Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması

Merve Azak[1], Gizem Kerimoğlu Yıldız[2], Sezer Korkmaz[3], Nimet Barna[3], Semine Özdemir Dilek[4]

Merve Azak / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Bu araştırma, Pediatrik Diyabet Rutinleri Ölçeği–Adölesan Versiyonu'nun (PDRÖ-A) Türkçe formunun Tip 1 Diabetes Mellituslu (T1DM) adölesanlarda geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

Materyal ve Metot: Metodolojik tipteki bu araştırma, Türkiye'nin Gaziantep ilinde bir hastanenin diyabet polikliniğinde izlenen 12–17 yaş aralığındaki 120 adölesan ile yürütüldü. Veriler, Adölesan Bilgi Formu ve PDRÖ-A kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Dil ve kapsam geçerliği uzman görüşleri doğrultusunda değerlendirildi; yapı geçerliği ise doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelendi. Güvenirlik analizlerinde Cronbach alfa katsayısı, madde-toplam puan korelasyonları ve test-tekrar test güvenirliği kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: PDRÖ-A toplam puan ortalaması 93.56 ± 15.22 olarak bulundu. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığının iyi düzeyde olduğu ve Cronbach alfa katsayısının 0.87 olduğu belirlendi. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.25 ile 0.71 arasında değiştiği ve maddelerin ayırt edicilik düzeylerinin kabul edilebilir olduğu saptandı. Test-tekrar test analizinde, dört hafta arayla yapılan iki uygulama arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon bulundu ($r = 0.963$, $p < .001$). DFA bulguları, kuramsal olarak gerekçelendirilen modifikasyonlar sonrasında kabul edilebilir uyum indeksleri ile ölçeğin özgün tek faktörlü yapısını genel olarak destekledi. PDRÖ-A'nın 24 maddelik Türkçe formu, T1DM'li adölesanlarda diyabetle ilişkili günlük rutinlerin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek, bireyselleştirilmiş bakım planlaması ve hedefe yönelik eğitim girişimlerinin desteklenmesi yoluyla pediatri hemşireliği uygulamalarına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: adölesan, diyabet yönetimi

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 014

Pediatri Hemşireleri İçin Terapötik Oyun Bilgi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Metodolojik Bir Çalışma

Remziye Semerci Şahin[1], Özge Karakaya Suzan[2], Esra Tekinyıldız[3], Sevil Çınar Özbay[4], Aylin Akça Sümengen[5], Aycan Küçükkaya[6], Eyşan Hanzade Savaş[7], Damla Özçevik Subaşi[8], Gökçe Naz Çakır[9]

Esra Tekinyıldız / Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Programı, Ankara, Türkiye

Giriş: Hastaneye yatış süreci, çocuklarda korku, anksiyete ve kontrol kaybı gibi olumsuz duygusal tepkilere yol açabilmektedir. Terapötik oyun, bu süreçte çocukların anksiyetesini azaltan, baş etme becerilerini destekleyen ve çocuk merkezli bakımın ayrılmaz bir bileşeni olarak kabul edilen kanıta dayalı bir hemşirelik müdahalesidir. Ancak pediatri hemşirelerinin bu alandaki bilgi düzeyini sistematik biçimde ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç literatürde mevcut değildir. Bu çalışma, Pediatri Hemşireleri İçin Terapötik Oyun Bilgi Ölçeği'ni geliştirmeyi ve psikometrik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Materyal ve Metot: Bu metodolojik, kesitsel çalışma Kasım 2025–Ocak 2026 tarihleri arasında Türkiye genelinde pediatri birimlerinde görev yapan 222 pediatri hemşiresiyle çevrimiçi platform aracılığıyla yürütülmüştür. İlk madde havuzu, sistematik bir literatür taraması ve uzman görüşmeleri yoluyla oluşturulmuştur. İçerik geçerliliği, Madde Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (I-CVI) ve Ölçek Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (S-CVI) kullanılarak 10 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (EFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA) uygulanmıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ve Spearman-Brown düzeltmeli yarıya bölme yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: İçerik geçerlilik indeksleri yüksekti (I-CVI = 0,90–0,99; S-CVI = 0,96). KMO örneklem yeterliliği 0,963 olarak hesaplanmış ve Bartlett küresellik testi anlamlı bulunmuştur (χ^2 = 8008,990, p < 0,001). EFA, toplam varyansın %68,36'sını açıklayan iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Ölçeğin son versiyonu 23 madde ve iki alt boyuttan: Terapötik Oyun Bilgisi ve Uygulaması ile Çocuk Merkezli Terapötik İletişim oluşmuştur. CFA, kabul edilebilir model uyum indeksleriyle (χ^2/df = 2,83; RMSEA = 0,085; CFI = 0,922; IFI = 0,922; TLI = 0,912) iki faktörlü yapıyı desteklemiştir. Standartlaştırılmış faktör yükleri 0,58 ile 0,92 arasında değişmiştir. İç tutarlılık mükemmel düzeyde bulunmuştur (alt ölçekler için Cronbach alfa = 0,954 ve 0,961; toplam ölçek için 0,974; yarıya bölme güvenirliği = 0,926). Sonuç olarak, Pediatri Hemşireleri İçin Terapötik Oyun Bilgi Ölçeği, güçlü psikometrik özelliklere sahip geçerli ve güvenilir bir araçtır. Hemşirelerin bilgi düzeyinin sistematik olarak değerlendirilmesine, hedefli eğitim programlarının tasarlanmasına ve kanıta dayalı pediatri hemşireliği uygulamalarının güçlendirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri hemşireliği, Bilgi düzeyi, Terapötik oyun

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 016

ÇOCUK PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BEKLENTİLERİ: NİTEL ÇALIŞMA

İbrahim DOĞRU[1], Ayşe SARIKAYA[2], Gülay MANAV[3]

İbrahim DOĞRU / Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Çocuk palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden veya yaşamı sınırlayan hastalığı bulunan çocukların fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin yanı sıra ailelerinin gereksinimlerini de karşılamayı amaçlayan bütüncül ve multidisipliner bir bakım yaklaşımıdır. Hemşireler, çocuk ve aileyle sürekli temasları nedeniyle iletişim ve bakım koordinasyonunda önemli bir konumdadır. Bu araştırma, çocuk palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deneyimlerini, bakış açılarını ve beklentilerini ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

Materyal ve Metot: Fenomenolojik desendeki bu nitel çalışmaya çocuk palyatif bakım servisinde çalışan altı pediatri hemşiresi amaçlı örnekleme yöntemiyle dahil edilmiştir. Veriler Eylül–Ekim 2025 döneminde, araştırmacılar tarafından geliştirilen yedi soruluk yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak Zoom üzerinden gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüş; katılımcı onamı alınarak kaydedilmiş, kişisel bilgiler çıkarılmış ve kayıtlar şifreli biçimde saklanmıştır. Veri toplama ve analiz eş zamanlı yürütülmüş, veri doygunluğuna ulaşıldığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Deşifre edilen kayıtlar ve görüşme notları iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiş ve NVivo 7 programıyla analiz edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Görüşmelerin analizi sonucunda "Çocuk ve ailesi ile iletişim" ve "Ekipte merkezde olma" olmak üzere iki ana tema belirlenmiştir. "Çocuk ve ailesi ile iletişim" temasında; çocuk ve ailenin dinlenmesi, gereksinimlerinin anlaşılması, güvene dayalı ilişki kurulması ve bakım sürecine ilişkin bilgilendirilmesi öne çıkmıştır. Hemşireler, özellikle hastalığın kötüleşmesi, yaşam sonu, ölüm ve ailelerin yoğun duygusal tepkileri gibi hassas durumlarda iletişim kurmanın güçlüklerini vurgulamıştır. Çocuğun yaşı ve gelişim düzeyine uygun iletişim kurulmasının; aileyle iletişimde ise empati, aktif dinleme ve duygusal desteğin önemli olduğu belirtilmiştir. "Ekipte merkezde olma" temasında hemşirelerin çocuk ve aileyle sürekli temasları sayesinde klinik ve psikososyal gereksinimleri yakından izledikleri, elde ettikleri bilgileri diğer ekip üyelerine aktardıkları ve ekip ile aile arasında çift yönlü bilgi akışını sağladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin rolünün yalnızca bakım uygulamalarıyla sınırlı olmadığı; bakımın sürekliliği, ekip içi iletişim ve koordinasyonda anahtar rol üstlendikleri görülmüştür. Katılımcıların özellikle zor iletişim süreçleri ve interprofesyonel ekip çalışması konusunda eğitim ve destek gereksinimi olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak çocuk palyatif bakımında hemşirenin rolü yalnızca bakım uygulamalarıyla sınırlı olmayıp çocuk, aile ve sağlık ekibi arasındaki iletişim ve koordinasyonu da kapsamaktadır. Hemşirelerin çocuk ve aileyle iletişim, yaşam sonu iletişimi, interprofesyonel ekip çalışması ve ortak karar verme konularında yapılandırılmış eğitimlerle desteklenmesi; ekip içindeki rol ve sorumluluklarının açık biçimde tanımlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk palyatif bakımı, pediatri hemşiresi, iletişim

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 017

Epidermolizis Bülloza Tanılı Çocuğa Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Selmin Köse[1], Zeynep Erkut[2], Edanur Delikaya[3], Beyza Arpacı Saylar[3]

Zeynep Erkut / Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Antalya, Türkiye

Giriş: Epidermolizis Bülloza (EB), cilt ve mukozalarda tekrarlayan bül ve erozyonlarla seyreden, kronik ve nadir görülen genetik bir hastalıktır. EB tanılı çocukların yaşam boyu süren yara bakımı ve diğer bakım gereksinimleri, bakım verenler üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan önemli bir yük oluşturabilmektedir. Bu süreçte bakım yükünün yanı sıra bakım verenlerin umutsuzluk düzeylerinin de değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı, EB tanılı çocuğa bakım veren bireylerin bakım yükleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımla gerçekleştirildi. Örnekleme gidilmeden, İstanbul'daki bir hastanenin evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 18 yaş altı EB tanılı 15 çocuğun bakım vericilerinin tamamına ulaşıldı. Veriler; Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edildi.

Bulgular ve Sonuç: Çocukların yaş ortalamasının 10,40±5,76 yıl olduğu, %53,3'ünün Epidermolizis Bülloza Simpleks (EBS) tipinde olduğu ve bu çocuklara bakım veren bireylerin tamamının anne olduğu belirlendi. Bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasının 42,26±14,55 (ölçek puan aralığı: 0-88), Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının ise 10,46±3,70 (ölçek puan aralığı: 0-20) olduğu bulundu. Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,618$, $p < 0,05$). Buna göre bakım yükü arttıkça bakım vericilerin umutsuzluk düzeylerinin de arttığı belirlendi. Ayrıca bakım yükü ve umutsuzluk puanlarının çocuğun cinsiyeti, bülloza tipi, tanı sonrası geçen süre, etkilenen vücut yüzey alanı, aile tipi, gelir durumu, ebeveynin psikolojik destek alma durumu ve kardeşlerde sağlık problemi bulunması açısından anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$). Araştırmamızda EB tanılı çocukların bakım vericilerinin bakım yükü düzeyinin yüksek, umutsuzluk düzeyinin ise orta seviyede olduğu belirlendi. Bakım yükü ile umutsuzluk arasındaki pozitif ilişki, EB tanılı çocukların bakım vericilerinin yalnızca fiziksel bakım gereksinimleri açısından değil, psikolojik açıdan da desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Kronik, ilerleyici ve sürekli bakım gerektiren EB hastalığında bakım vericilerin bakım yüklerinin azaltılması ve umutsuzluk gibi olumsuz duygularının yönetilmesi için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik desteklerin güçlendirilmesinin önemli olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: bakım yükü, epidermolizis bülloza, umutsuzluk

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 018

Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Verme Yükünün Kanser Tarama Davranışları Üzerindeki Yordayıcı Rolü: Bir Hiyerarşik Regresyon Analizi

Uğur Gül[2], Fahriye Pazarcıkcı[3], Bahar Aksoy[1], Emine Efe[1]

Emine Efe / Akdeniz Üniversitesi

Giriş: Kanser, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı verilerine göre, 2022 yılında dünya çapında yaklaşık 20 milyon yeni kanser vakası ve 9,7 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Güncel çalışmalar; kanser tarama tutumlarının ailede kanser öyküsü, gelir düzeyi, eğitim ve ikamet edilen bölge gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna karşın, bakım verme yükü ile kanser tarama tutumları arasındaki ilişki yeterince ele alınmamıştır. Bu çalışmanın amacı, sosyodemografik ve sağlıkla ilgili değişkenler kontrol edildikten sonra, özel gereksinimli çocukların bakım verenlerinde bakım yükünün kanser tarama tutumlarını açıklamaktaki bağımsız katkısını belirlemektir.Bu çalışmanın amacı, özel gereksinimli çocukların bakım verenlerinde bakım verme yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel çalışmaya özel gereksinimli çocuğu olan 148 ebeveyn dâhil edilmiştir. Katılımcılar olasılıksız rastlantısal (kolayda) örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bu tanımlayıcı, ilişkisel ve kesitsel çalışma, STROBE kılavuzuna uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Akdeniz Bölgesi'ndeki özel eğitim kurumlarına kayıtlı 0–18 yaş arası özel gereksinimli çocukların ebeveynleri oluşturmuştur (Haziran–Ekim 2026). G*Power analiziyle en az 119 olarak belirlenen örneklem büyüklüğüne karşılık, dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve kolayda örnekleme ile seçilen 148 ebeveyn çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılım kriterleri; 0–18 yaş arası özel gereksinimli çocuğa sahip olma, Türkçe iletişim kurabilme, veri araçlarını bağımsız doldurabilecek bilişsel ve fiziksel yeterlilikte olma ile yazılı onam vermedir. Veriler; Ebeveyn Demografik Bilgi Formu, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Formu (KTYT-KF) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi, SPSS paket programında iki aşamalı hiyerarşik regresyon analizi ile gerçekleştirilmiştir. Hiyerarşik regresyon analizinde ilk aşamada sosyodemografik ve sağlıkla ilgili değişkenler, ikinci aşamada ise bakım yükü puanı modele dâhil edilmiştir. Modellerin açıklayıcılığı R^2, düzeltilmiş R^2, ΔR^2, F ve ΔF istatistikleri ile değerlendirilmiş; $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Katılımcıların çoğunluğunu kadın (%64,9) ve evli (%86,5) bireyler oluştururken; Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 61,26±12,56, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puan ortalaması ise 41,71±20,02 olarak bulunmuştur. Model 1 anlamlı bulunmuş ve KTYT-KF puanlarındaki varyansın %22,9'unu açıklamıştır (R^2=0,229; $p < 0,001$). Model 2'ye bakım yükünün eklenmesiyle açıklanan varyans %31,3'e yükselmiştir (ΔR^2=0,085; $p < 0,001$). Bakım yükünün KTYT-KF puanları ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (β=-0,305; $p < 0,001$).Bu çalışmada, olası karıştırıcı değişkenler kontrol edildikten sonra, özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerde bakım verme yükü ile kanser taramalarına yönelik tutumlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım verme yükünün kanser taramalarına yönelik tutumlar ile negatif yönde ilişkili olduğu ve KTYT-KF puanlarını açıklamada bağımsız bir katkı sağladığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verme yükü, Kanser taraması, Özel gereksinimli çocuklar

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

70 Türkiye Milli Pediatri Kongresi

2. Uluslararası
Türkiye Milli Pediatri Derneği Kongresi
25. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi
4-8 Kasım 2026
Titanic Deluxe Golf Belek Otel - Antalya

H S - 020

Okul Öncesi Dönemde Problemli Medya Kullanımı ve Saldırganlık: Ebeveyn Tutumlarının Aracı Rolü

Filiz SOLMAZ[1], Abdullah SOLMAZ[2], Esra ALAN[3], Elif DENKTAŞ[3]

Filiz SOLMAZ / Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Şanlıurfa

Giriş: Bu çalışma, 48–72 aylık okul öncesi dönem çocuklarında problemli medya kullanımı ile saldırganlık yönelimi arasındaki ilişkide ebeveynlik tarzlarının aracı rolünü incelemeyi amaçlamaktadır. Erken çocukluk dönemi öz-düzenleme ve duygu kontrolü becerilerinin hızla geliştiği kritik bir evre olmasına karşın, mevcut alan yazın ağırlıklı olarak ergenler üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu doğrultuda çalışma, okul öncesi grupta problemli medya kullanımı, ebeveynlik stilleri ve saldırganlık eğilimini bir arada değerlendirerek literatürdeki önemli bir bilgi boşluğunu doldurmayı hedeflemektedir.

Materyal ve Metot: Kesitsel ve tanımlayıcı-ilişkisel araştırma, Temmuz–Ekim 2025'te Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine sağlam çocuk izlemi için başvuran 246 ebeveynle yürütüldü. Veriler; sosyodemografik bilgi formu, Anne Baba Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, Saldırganlık Yönelim Ölçeği ve Problemli Medya Kullanım Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplandı. Analizlerde Pearson korelasyonu ve ayrı aracılık modellerinde yol analizi kullanıldı. Dolaylı etkiler, 5.000 yeniden örneklemeli bootstrap yöntemiyle %95 güven aralıkları üzerinden değerlendirildi. Etik kurul onayı ve katılımcı onamları alındı.

Bulgular ve Sonuç: Ebeveynlerin %88,6'sı anne, çocukların %53,7'si erkekti. Çocukların yaş ortalaması 4,48±0,88 yıl, medyayla ilk karşılaşma yaşı 21,48±14,93 ay, günlük medya kullanım süresi 2,75±1,64 saatti. Problemli medya kullanımı ve saldırganlık puan ortalamaları sırasıyla 2,31±0,83 ve 47,34±22,05'ti. Problemli medya kullanımı saldırganlıkla pozitif ilişkiliydi ($r=0,390$; $p < 0,001$). Demokratik tutum hem problemli medya kullanımıyla ($r=–0,227$) hem saldırganlıkla ($r=–0,363$) negatif ilişkiliydi (her ikisi için $p < 0,001$). Aşırı hoşgörülü tutum, problemli medya kullanımı ($r=0,206$; $p < 0,01$) ve saldırganlıkla ($r=0,247$; $p < 0,001$) pozitif ilişkiliydi. Baskıcı ve otoriter tutumun her iki değişkenle ilişkisi anlamlı değildi (sırasıyla $r=–0,022$ ve $r=–0,101$; $p > 0,05$).Problemli medya kullanımının saldırganlıkla toplam ilişkisi anlamlıydı ($\beta=0,359$; $p < 0,001$). Demokratik tutum modelinde dolaylı etki $\beta=0,049$ (%95 GA: 0,011–0,095), doğrudan etki $\beta=0,310$ ($p < 0,001$) bulundu; model saldırganlıktaki varyansın %30,0'ını açıkladı. Aşırı hoşgörülü tutum modelinde dolaylı etki $\beta=0,030$ (%95 GA: 0,002–0,071), doğrudan etki $\beta=0,329$ ($p < 0,001$) bulundu; açıklanan varyans %25,6'ydı. Her iki modelde anlamlı dolaylı etkilere doğrudan ilişkilerin eşlik etmesi, istatistiksel kısmi aracılıkla uyumluydu.Araştırma, okul öncesi çocuklarda demokratik ebeveyn tutumunun daha düşük, aşırı hoşgörülü tutumun ise daha yüksek problemli medya kullanımı ve saldırganlık düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Her iki tutumun da problemli medya kullanımı ile saldırganlık arasındaki ilişkide istatistiksel olarak kısmi aracılık göstermesi, bu ilişkinin anlaşılmasında ebeveyn tutumlarının önemine işaret ederek literatüre katkı sağlamaktadır. Bulgularımız, pediatri hemşireliğinde medya kullanımı ve davranışsal belirtilerin ebeveyn tutumlarıyla birlikte değerlendirilmesini desteklemektedir. Aile danışmanlığında duyarlı iletişim, tutarlı sınır koyma ve medya rehberliği ele alınabilir. **Bu çalışma, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında desteklenmiştir (Proje No: 1919B012414812).

Anahtar Kelimeler: ebeveyn tutumları, saldırganlık, problemli medya kullanımı

H S - 021

Hastanede Yatan Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuklara Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Yaklaşımları

Esra Tekinyıldız[1], Sibel Küçük[2]

Esra Tekinyıldız / Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Programı, Ankara, Türkiye

Giriş: Bu çalışma, hastanede yatan konjenital kalp hastalığı tanısı alan çocuklara yönelik nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşımlarını incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Materyal ve Metot: Uluslararası veri tabanlarında ilgili literatür taranmış; erişilen çalışmalar çalışma kapsamı ve amacı doğrultusunda incelenmiştir. Elde edilen veriler bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiş ve sentezlenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: İncelenen çalışmalar doğrultusunda; konjenital kalp hastalığı olan çocuklar için bireyselleştirilmiş beslenme eğitimi, yüksek enerjili beslenme, konsantre mamaya geçiş ve davranışsal emzirme müdahale programları; kardiyak rehabilitasyon, kardiyorespiratuar programlar, ameliyat öncesi rehabilitasyon ve rehabilitasyon terapileri; terapötik oyun, müzik terapisi, kitap okuma müdahaleleri, dijital resimli kitaplar, erken çocukluk eğitimi araçları, anne sesi kayıtları eşliğinde farkındalık temelli stres azaltma ve grup desteği gibi uygulamaların yer aldığı görülmüştür. Ayrıca, aile katılımını desteklemek amacıyla aile merkezli konfor bakımı modelleri, kanguru bakımı, vaka yönetimi modelleri ve sağlık eğitimi kullanılmaktadır; bunlara ek olarak mobil sağlık müdahaleleri, e-sağlık yoluyla fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve tele-sağlık evde izlem programları gibi teknoloji tabanlı girişimler de mevcuttur. Dahası, masaj, oral glikozla rehidrasyon ve anne sütü ile ağız bakımı gibi destekleyici uygulamalar da tespit edilmiştir. Nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşımlarının; konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda büyüme ve gelişmeyi desteklediği; kardiyorespiratuar kapasiteyi, fiziksel aktiviteyi ve egzersiz toleransını iyileştirdiği; yaşam kalitesini, hasta memnuniyetini ve sosyalleşmeyi artırdığı; ayrıca hastaneye yeniden yatışları azalttığı gösterilmiştir. Bunun yanı sıra, söz konusu yaklaşımların anksiyete, ağrı, sıkıntı, hipoksi ve ajitasyonu azaltarak konforu artırdığı; klinik parametreleri (yürüme mesafesi, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, kilo alımı) iyileştirdiği; ayrıca sedasyon ihtiyacını, benzodiazepin maruziyetini ve pnömoni görülme sıklığını azalttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: nonfarmakolojik, konjenital kalp hastalığı, hemşire

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

TÜRKİYE MİLLİ PEDİATRİ DERNEĞİ
Tel : 0312 438 19 34 (pbx)
Faks: 0312 438 19 35
Web: www.millipediatri.org.tr

KONGRE ORGANİZATÖRÜ

NETKON
www.netmice.com.tr

Mecidiyeköy Mah. Şehit Ahmet Sk. Ada Residence Blok No: 6-10
İç Kapı No: 7 Şişli / İSTANBUL
Web: www.millipediatri2026.org
E- mail: info@millipediatri2026.org