



Sağlıklı Gelecek İçin
Aşılarımızı Olalım,
Antibiyotikleri Akılcı
Kullanalım

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024
Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Çocuk Sağlığına Yaşamını Adayan Değerli Meslektaşlarımız,

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği olarak, kuruluşumuzdan beri amacımız çocuklarımızın sağlıklı olarak yaşama başlamaları ve sağlıklı gelişmeleri için bağışıklanmaları, enfeksiyon hastalıklarından korunmaları ve gerektiğinde yakalandıkları enfeksiyon hastalıklarına karşı en uygun biçimde tedavilerinin sağlanmasıdır.

Bu amaç doğrultusunda, 17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi, 11-14 Şubat 2024 tarihleri arasında Limak Cyprus Deluxe Hotel, Kıbrıs'ta gerçekleştirilecektir. Daha önceki kongrelerimizde olduğu gibi paylaşımlarımızı, konferans, panel, karşıt görüş, yuvarlak masa, vakaların sunulduğu ve uzmanların kendi görüşlerini sundukları meydanlarımız, uydu sempozyumları, yarışma, sözlü ve poster sunumları, olgu sunumları, sabah kahvaltıları şeklinde yapmayı planlıyoruz.

Amacımız çocuk enfeksiyon hastalıkları alanında emek veren tüm dostlarımızla bir araya gelerek bilgi paylaşımlarında bulunmak, bağışıklama ve enfeksiyon hastalıkları alanlarındaki güncel bilgileri tartışmak ve deneyimlerimizden yararlanmaktır.

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği olarak, bu bilimsel ve sosyal şölende sizleri de aramızda görmeyi arzuluyoruz.

Katılımınızı, katkınızı, yararlanmanızı dileyerek...

Görüşmek üzere, sevgi ve saygılarımızla

Kongre Düzenleme Kurulu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

YÖNETİM KURULU

Başkan

Hasan Tezer

Başkan Vekili

Ergin ifti

Genel Sekreter

Ateş Kara

Sayman

Ayper Somer

Üyeler

Dilek Yılmaz

İlker Devrim

Adem Karbuz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

11 Şubat 2024, Pazar
SALON A

12.45 - 13.45	Kongre Açılışı Başkan: Hasan Tezer Prof. Dr. İbrahim İldırım Anma Töreni Prof. Dr. Enver Hasanoğlu Prof. Dr. Necmi Aksaray Prof. Dr. Yıldız Camcıoğlu Prof. Dr. Mustafa Hacimustafaoğlu	
13.45 - 14.15	I. Oturum Kongre Açılış Oturumu Başkanlar: Hasan Tezer, Ateş Kara	
	Unutulan Enfeksiyon Hastalıklarının Yeni Yüzü	Ergin Çiftçi
14.15 - 15.50	II. Oturum Bütün Yönleriyle Aşılar Başkanlar: Nuran Salman, Dilek Yılmaz	
14.15 - 14.35	Aşı Kararsızlığı	Mehmet Ceyhan
14.35 - 14.55	Maternal İmmünizasyon ve Bebek Koruması	Ateş Kara
14.55 - 15.15	Ulusal Aşı Takviminde: Sırada Ne Olmalı ?	Ayper Somer
15.15 - 15.35	Uluslararası Alanda Yeni Ruhsat Alan Aşılar	Mustafa Hacimustafaoğlu
15.35 - 15.50	Çok Soru - Bol Cevap	
15.50 - 16.10	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
16.10 - 16.50	III. Oturum Emekli Olan Büyüklerimiz Başkanlar: Yıldız Camcıoğlu, Ferda Özkınay	
16.10 - 16.35	Konferans: Aşı ve Bağışıklamanın Kazanımları	Zafer Kurugöl
16.35 - 16.50	Söz Almak İsteyenler	
16.50 - 17.40	Uydu Sempozyumu KPA13 Dünya Deneyimi Konuşmacı: Ergin Çiftçi	
17.40 - 18.00	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
18.00 - 19.30	IV. Oturum Güncel Enfeksiyonlar Başkanlar: Ali Bülent Cengiz, İlker Devrim	
18.00 - 18.20	COVID-19: Tedavi ve Aşıda Güncellemeler	Eda Kepenekli
18.20 - 18.40	Viral Hemorajik Ateş: Hala sıcak mı?	Ümit Çelik
18.40 - 19.00	HIV: Işık Göründü mü?	Hacer Aktürk
19.00 - 19.20	2022 Multidemisi: Çocuklarda Endemik Patojenlerin Olağandışı Artışına Neden Olan Neydi ve Gelecek Yıllarda Nelere Hazırlanmalı?	Fatma Nur Öz
19.20 - 19.30	Kısa Soru-Kısa Cevap	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

12 Şubat 2024, Pazartesi
SALON A

07.00 - 07.45	Enfeksiyon Hastalıkları ve Yoga <i>Yönlendirici: Cansu Turan</i>	
08.00-09.15	V. Oturum Sorunlu Konularda Uzman Görüşü Başkanlar: Ömer Kılıç, Adem Karbuz	
08.00 - 08.20	Olgularla Odağı Olmayan Ateşle Başvuran Çocuk	Elif Böncüoğlu
08.20 - 08.40	Olgularla Uzamış Ateş: Ne zaman Çocuk Enfeksiyon Uzmanına Gönderelim	Nurhayat Yakut
08.40 - 09.00	Olgularla Akut İshal	Türkan Aydın Teke
09.00 - 09.15	Çok Soru-Bol Cevap	
09.15 - 10.30	VI. Oturum İnvazif Fungal Enfeksiyonlar Başkanlar: Nurşen Belet, Anıl Tapısız	
09.15 - 09.35	Olgularla Fungal Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonları	Özlem Özgür Gündeşlioğlu
09.35 - 09.55	Olgularla Yenidoğanda İnvazif Fungal Enfeksiyonlar	Tuğçe Tural Kara
09.55 - 10.15	Ampirik Tedaviye Yanıtsız Fungal Enfeksiyonların Yönetimi	Benhur Çetin
10.15 - 10.30	Çok Soru-Bol Cevap	
10.30 - 10.50	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
10.50 - 11.40	Uydu Sempozyumu Türkiye’de Meningokok B Hastalığı ve Aşılamanın Önemi Konuşmacı: Derya Alabaz	
11.40 - 12.30	Uydu Sempozyumu HPV İlişkili Hastalıklar ve Kanseler, HPV Aşıları Konuşmacı: Hasan Tezer	
12.30 - 13.30	Öğle Yemeği	
13.30 - 14.45	VII. Oturum Bir Çırpıda Solunum Yolu Enfeksiyonları Başkanlar: Hasan Tezer, Haluk Çokuğraş	
13.30 - 13.50	Tonsillofarenjitte Kime Ne zaman Hangi Antibiyotik?	Tuğba Erat
13.50 - 14.10	Ne zaman Akut Otit ? Ne zaman Antibiyotik?	Ahu Kara
14.10 - 14.30	Doğrusu ve Eğrisiyle Sinüzid Tanısı ve Tedavisi?	İlknur Çağlar
14.30 - 14.45	Hızlı Soru - Çabuk Cevap	
14.45 - 15.35	Uydu Sempozyumu Bi MenQuadfi Konuşalım Konuşmacılar: Dilek Yılmaz, Ener Çağrı Dinleyici	
15.35 - 15.50	Sağlıklı Atıştırmalıklar	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

12 Şubat 2024, Pazartesi
SALON A

15.50 - 16.40	Uydu Sempozyumu Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Kılavuz Önerileri <i>Konuşmacı: Yalçın Seyhun</i>	GSK
16.40 - 17.20	VIII. Oturum Emekli Olan Büyüklerimiz <i>Başkanlar: Necmi Aksaray, Fadil Vardar</i>	
16.40 - 17.05	Konferans: Bruselloz	Gönül Tanır
17.05 - 17.20	Söz Almak İsteyenler	
17.20 - 18.00	IX. Oturum Enfeksiyon Meydanı: Tıbbi Cihaz ve İmplant Enfeksiyonlarına Yaklaşım <i>Tartışmacılar: Zafer Ecevit, Anıl Tapısız, Derya Alabaz, Eda Karadağ Öncel</i>	
17.20 - 17.30	Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Olgusu; Kateteri Çıkaralım mı?	Edanur Yeşil
17.30 - 17.40	Şant Enfeksiyonu Olgusu; Şanti Çıkaralım mı?	Seval Özen
17.40 - 17.50	Üriner Kateter Enfeksiyonu Olgusu; Kateter Çıkaralım mı?	Gülsüm Alkan
17.50 - 18.00	Çok Soru - Bol Cevap	
18.00 - 19.00	Sözel Bildiri Oturumu - 1 (S 01 - S 07) <i>Başkanlar: Zafer Ecevit, Ümit Çelik</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 1 (P 002 - P 009) <i>Başkanlar: Olcay Yasa, İclal Bayhan</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 2 (P 010 - P 017) <i>Başkanlar: Hacer Aktürk, Şahbudak Bal</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 3 (P 018 - P 026) <i>Başkanlar: Solmaz Çelebi, Adem Karbuz</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 4 (P 027 - P 036) <i>Başkanlar: Mustafa Hacimustafaoğlu, Anıl Aktaş Tapısız</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 5 (P 037 - P 046) <i>Başkanlar: Ayper Somer, Dilek Yılmaz</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 6 (P 047 - P 055) <i>Başkanlar: Ergin Çiftçi, Özden Türel</i>	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 7 (P 056 - P 064) <i>Başkanlar: Dilek Yılmaz, Manolya Kara</i>	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

12 Şubat 2024, Pazartesi SALON A

18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 8 (P 065 - P 074) Başkanlar: Necdet Kuyucu, Farma Nur Öz	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 9 (P 075 - P 082) Başkanlar: Ali Bülent Cengiz, Eda Kepenekli	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 10 (P 083 - P 090) Başkanlar: Eda Karadağ Öncel, Metehan Özen	
18.00 - 19.00	Poster Bildiri Grup 11 (P 091 - P 099) Başkanlar: Ener Çağrı Dinleyici, Ayşe Büyükçam	
	Poster Bildiri Grup 12 (P 100 - P 109) Başkanlar: Derya Alabaz, Melike Emiroğlu	
21.00 - 22.30	ÇOCUK ENFEKSİYONCULAR YARIŞIYOR	

12 Şubat 2024, Pazartesi SALON B

13.30 - 14.45	VII. Oturum Başkanlar: Nazan Dalgıç, Selim Öncel	
13.30 - 13.50	Kateter ilişkili Kan Akımı Enfeksiyonlarını Önlemede Yeni Gelişmeler	İlker Devrim
13.50- 14.10	Enfeksiyon Hastalıkları Tanısında Hızlı Sendromik Panellerin Kullanımı	Deniz Aygün
14.10 - 14.30	Enfeksiyon Kontrol Komitesinde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Hekiminin Görevi	Ayşe Büyükçam
14.30 - 14.45	Hızlı Soru - Bol Cevap	
18.00 - 19.00	Sözel Bildiri Oturumu - 2 (S 08 - S 14) Başkanlar: Nurşen Belet, Halil Özdemir	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

13 Şubat 2024, Salı
SALON A

07.00 - 07.45	Enfeksiyon Hastalıkları ve Yoga <i>Yönlendirici: Cansu Turan</i>	
08.00-09.15	X. Oturum Sorunlu Konularda Uzman Görüşü <i>Başkanlar: Özden Türel, Murat Sütçü</i>	
08.00 - 08.20	Pediatride Antimikrobiyal Tedavi Kararında Laboratuvarın Akılcı Kullanımı	Kamile Ötiken Oktay
08.20 - 08.40	Uyuz: Zor Vakalar	Sevliya Öcal Demir
08.40 - 09.00	Olgularla Artrite Yaklaşım	Canan Caymaz
09.00 - 09.15	Çok Soru-Bol Cevap	
09.15 - 10.30	XI. Oturum Bitmeyen Solunum Yolu Enfeksiyonları <i>Başkanlar: Nevin Hatipoğlu, Emre Alhan</i>	
09.15 - 09.35	RSV Epidemiyolojisi ve Korunma	Belgin Gülhan
09.35 - 09.55	İnfluenza Tedavisi ve Korunma Yolları	Tuğba Bedir Demirdağ
09.55 - 10.15	Boğmacada Tedavi ve Aşılama Yeni Yaklaşımlar	Manolya Kara
10.15 - 10.30	Çok Soru - Bol Cevap	
10.30 - 10.50	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
10.50 - 11.40	Uydu Sempozyumu Nimenrix ile Zamanında ve Uzun Süreli Koruma <i>Konuşmacı: Ümit Çelik</i>	
11.40 - 12.30	Uydu Sempozyumu Rotavirüs Enfeksiyonları ve Bağışıklamanın Önemi <i>Konuşmacı: Anıl Tapısız</i>	
12.30 - 13.30	Öğle Yemeği	
13.30 - 14.45	XII. Oturum Tedavide Zorlu Enfeksiyonlar <i>Başkanlar: Necdet Kuyucu, Halil Özdemir</i>	
13.30 - 13.50	MRSA Enfeksiyonlarının (Toplum Kökenli veya Sağlık Hizmeti İlişkili) Yönetimi	Bilge Aldemir Kocabaş
13.50 - 14.10	Gram Negatif Bakteri İnfeksiyonlarında Güncel Tedavi Yaklaşımları	Zümrüt Şahbudak Bal
14.10 - 14.30	Yeni Geliştirilen Antimikrobiyal Ajanların Pediatride Kullanımı	Özge Metin
14.30 - 14.45	Hızlı Soru - Çabuk Cevap	
14.45 - 15.35	Uydu Sempozyumu Grip mi? Soğuk Algınlığı mı? <i>Konuşmacı: Ateş Kara</i>	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

13 Şubat 2024, Salı
SALON A

15.35 - 15.50	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
15.50 - 16.30	Uydu Sempozyumu Ateşli Çocuğa Yaklaşım: Kılavuzlara Göre Ateş Yönetimi ve Ateşin Semptomatik Tedavisi Konuşmacı: Yalçın Seyhun	GSK
16.30 - 17.10	XIII. Oturum Eski ve Bitmeyen Düşmanlar Başkan: Solmaz Çelebi	
16.30 - 16.50	Değişen Dünyada Tüberküloz Epidemiyolojisi	Derya Alabaz
16.50 - 17.10	Olgularla Kütanöz Leishmaniazis	Ayşe Kaman
17.10 - 18.05	XIV. Oturum Pnömoni Zorlu Durumlar Başkan: Gülsüm İclal Bayhan	
17.10 - 17.30	Zor Vakalarla Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Yönetimi	Ayşe Karaaslan
17.30 - 17.50	Mekanik Ventilatordeki Hasta: Ne zaman Pnömoni?	Zeynep Gökçe Gayretli Aydın
17.50 - 18.05	Çok Soru-Bol Cevap	
18.05-18.25	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
18.25 - 19.10	XV. Oturum Enfeksiyon Meydanı: Ensefalitler ve Yönetimi Tartışmacılar: Dilek Yılmaz, Nazan Dalgıç, Semra Şen, Elif Kıymet	
18.25 - 18.35	BK Virus	Gülhadiye Avcu
18.35 - 18.45	Human Herpesvirus 6	Aysun Yahşi
18.45 - 18.55	Adenovirus	Sevgi Yaşar Durmuş
18.55 - 19.10	Çok Soru-Bol Cevap	
21.00 - 22.30	SOSYAL PROGRAM	

13 Şubat 2024, Salı
SALON B

13.30 - 14.45	XII. Oturum Başkanlar: Cihangir Özkinay, Süleyman Nuri Bayram	
13.30 - 13.50	Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları Nasıl Yönetilir?	Eren Çağan
13.50 - 14.10	Seyahatten Dönen Ateşli Çocuk: Önemli İpuçları	Melike Emiroğlu
14.10 - 14.30	Poliklinikte Döküntüye Enfeksiyon Gözüyle Bakış	Ceren Çetin
14.30 - 14.45	Çok Soru - Bol Cevap	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

14 Şubat 2024, Çarşamba
SALON A

08.00-09.10	XVI. Oturum Sorunlu Konularda Uzman Görüşü Başkanlar: Ergin Çiftçi, Adem Karbuz	
08.00 - 08.20	Olgularla Baş ve Boyun Enfeksiyonlarına Yaklaşım	Dicle Şener Okur
08.20 - 08.40	Üriner Enfeksiyonlarda Antibiyotik Seçimi	Sevgen Tanır Başaranoğlu
08.40 - 09.00	Lyme Hastalığını Nasıl Tanıyalım? Nasıl Tedavi Edelim ?	Aybüke Akaslan Kara
09.00 - 09.10	Çok Soru-Bol Cevap	
09.10 - 10.20	XVII. Oturum Enfeksiyonda Destek Tedavileri Başkanlar: Ener Çağrı Dinleyici, Metehan Özen	
09.10 - 09.30	Öksüren Çocukta Ne zaman Ne Yapalım?	Taylan Çelik
09.30 - 09.50	Enfeksiyon Hastalıklarında Probiyotiklerin Yeri	Soner Sertan Kara
09.50 - 10.10	Enfeksiyon Hastalarında Beslenmenin Önemi	Ümmühan Çay
10.10 - 10.20	Çok Soru - Bol Cevap	
10.20 - 10.40	Sağlıklı Atıştırmalıklar	
10.40 - 11.10	XVIII. Oturum Çocuklarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı Başkanlar: Ateş Kara, Ayper Somer	
	Türkiye'de Akılcı Antibiyotik Kullanımı Çalışmaları	Mesil Aksoy
11.10 - 11.50	ÖDÜL SENİ ÇAĞIRIYOR 🖱️	
11.50 - 12.00	KAPANIŞ	

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-001

Çocuklarda Ventriküloperitoneal Şant Enfeksiyonları ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Rahmet Anar Akbaş¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu², Asena Ünal², Kadir Oktay³, Mevlana Akbaba³, Ferda Özlü⁴

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Adana

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Çalışmada ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişen çocuk hastaların demografik, klinik, tanı ve tedavi özelliklerini değerlendirme, ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişimi ve ventriküloperitoneal şant enfeksiyon tekrarı açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ocak-2016 - Aralık-2021 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu tanısı alan 0-18 yaş aralığındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar, tedavi özellikleri geriye dönük olarak değerlendirildi. Ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişimi ve tekrarı için risk faktörleri değerlendirildi. Bu amaçla ventriküloperitoneal şant uygulanan ancak hiç şant enfeksiyonu gelişmeyen grup kontrol grubu olarak seçildi

Bulgular: Çalışmaya, % 56,5'i (n=48) erkek, ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu tanısı alan 85 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 13 ay idi (min- maks: 2-178 ay). Hastaların ilk başvuru yakınmaları en sık ateş (%58,8), iştahsızlık (%58,8), kusma (%56,5) ve bilinç değişikliği (54,1) idi. Ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişen grupta kontrol grubuna göre şant revizyon sayısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi (p<0,001). Ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu olan hastalarda hastane ilk başvurusunda şant takılmadan önceki C-reaktif protein ve beyin omurilik sıvısı protein değerleri ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişmeyen gruba göre istatistiksel olarak yüksek bulundu (p<0,001).

Sonuç: Ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu, en sık şant uygulamasından sonraki ilk aylarda oluşmaktadır. Bu nedenle ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişimini önlemede ameliyat sırasındaki kolonizasyon ve kontaminasyonun önlenmesi son derece önemlidir. Çalışmamızda şant takılmadan önceki beyin omurilik sıvısı protein yüksekliği ve C-reaktif protein yüksekliği ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişimi ve tekrarı açısından anlamlı bulunmuş olup özellikle ventriküloperitoneal şant takılmadan önceki beyin omurilik sıvısı protein düzeylerinin 100 ve altında tutulmasının ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu gelişimini önleyebileceğini düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: Hidrosefali, Çocuk, Ventriküloperitoneal şant, Ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-002

Türkiye’de Ulusal Takviminde Suçiçeği Aşı Programının Uygulanmasından Önce ve Sonra Suçiçeği Enfeksiyonu ile İlişkili İnvaziv Grup A Streptokok Enfeksiyonu Olan Çocukların Klinik Özellikleri (Varıcomp Çalışması 2008-2018)

Ener Çağrı Dinleyici¹, Zafer Kurugöl², Hasan Tezer³, Belgin Gülhan⁴, Aslınur Özkaya Parlakay⁴, Özge Metin Akcan⁵, Ayşe Kaman⁶, İlker Devrim⁷, Nuri Bayram⁷, Necdet Kuyucu⁸, Ömer Kılıç⁹, Dilek Yılmaz¹⁰, Adem Karbuz¹¹, Halil Özdemir¹², Ergin Çiftçi¹², Özden Türel¹³, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹⁴, Benhur Şirvan Çetin¹⁵, Meda Kondolot¹⁶, Nurşen Belet¹⁷, Meltem Polat³, Nazan Dalgıç¹⁸, Olcay Yasa¹⁹, Solmaz Çelebi²⁰, Mustafa Hacımustafaoğlu²⁰, Anıl Tapısız³, Nevin Hatipoğlu²¹, Ayper Somer²², Selda Hançerli Torun²², Melike Keser Emiroğlu²³, Burcu Bursal²⁴, Taylan Çelik²⁵, Saadet Akarsu²⁶, Gönül Tanır²⁷, Ateş Kara²⁸

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

³Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

⁵Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

⁶Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

⁸Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

⁹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Eskişehir

¹⁰İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

¹¹Prof.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

¹²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

¹³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

¹⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Kayseri

¹⁶Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Kayseri

¹⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

¹⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Etfal Eğitim Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

¹⁹Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²⁰Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

²¹Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

²⁴Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²⁵Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Çanakkale

²⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Hematoloji Bilim Dalı, Elazığ

²⁷Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Giriş: Suçiçeği enfeksiyonu, invazif grup A streptokok (iGAS) enfeksiyonu için önemli bir risk faktörüdür. Türkiye’de Ulusal Bağışıklama Programı’na Şubat 2013’te tek doz suçiçeği aşısı 12.ayda uygulama olarak eklenmiştir. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de suçiçeği ile ilişkili iGAS enfeksiyonunu olgularının klinik özelliklerinin değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: VARICOMP çalışması, 2008-2018 yılları arasında Türkiye’de 14 ilde suçiçeği nedeni ile hastaneye yatan 0-18 yaş arası çocukların klinik özelliklerinin değerlendirildiği çok merkezli prospektif bir çalışmadır. Çalışmanın bu bölümünde iGAS tanısı almış olguların özellikleri değerlendirildi.

Bulgular: 2008-2018 yılları arasında 10 yıllık izlemde toplam 4372 çocuk suçiçeği nedeniyle hastaneye yatırılmış ve bu olgular arasından 42 çocukta (17 kız, 25 erkek; 5 ila 204 ay) suçiçeği ile ilişkili iGAS enfeksiyonu görülmüştür. iGAS enfeksiyonu olan çocuklardan 12’sinde (%28.6) altta yatan bir hastalık -özellikle de hematolojik onkolojik- mevcuttu. İGAS enfeksiyonunun en yaygın klinik formları deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, bakteriyemi ve sepsis idi. Dört çocuk hastada plevral effüzyonun eşlik ettiği pnömoni tanısı konuldu. Dört hasta çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. İGAS enfeksiyonu olan toplam 42 çocuktan 17’si aşı uygulanmadan önce, 25’i ise aşı uygulandıktan sonra takip edilmiştir. Rutin suçiçeği aşısı uygulaması sonrasında aşılı hiçbir olguda iGAS enfeksiyonu saptanmamıştır. Daha önceden aşılı üç çocukta iGAS enfeksiyonu görülmüştür ve bu üç enfeksiyon da aşının rutin uygulanmasından önceki dönemde izlenmiştir. Bu üç olgudan, ikisinin altta yatan hastalıkları mevcuttu ve suçiçeği enfeksiyonu aşı yapıldıktan 5-7 yıl sonra görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda, suçiçeği ile ilişkili iGAS enfeksiyonu riskinin, suçiçeği ile ilişkili hastaneye yatışların genel oranı ile karşılaştırıldığında değişmediğini saptandı. Bununla birlikte, aşı sonrası dönemde rutin olarak aşılanan çocuklar arasında hiçbir iGAS enfeksiyonu vakası gözlemlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Varicella, Aşı, Grup A Streptokok, İnvaziv Hastalık

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-003

Karbapenem Dirençli Enterobacteriaceae (KDE) Kan Dolaşımı Enfeksiyonları: Pedyatrik Popülasyonun Yönetimindeki Zorluklar ve Sonuçları

Gülhadiye Avcu¹, Ece Erci¹, Nimet Melis Bilen¹, İrem Ersayoğlu², Gülcihan Özek³, Ülgen Çeltik⁴, Demet Terek⁵, Feriha Çilli⁶, Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı, İzmir

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Karbapenem dirençli Enterobacteriaceae (KDE) enfeksiyonları tüm dünya genelinde önemli bir sorun haline gelmiştir ve çocukluk çağında da giderek artan sıklıkta saptanmaktadır. Özellikle KDE ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (KDİ) yönetimlerindeki tedavi güçlükleri nedeni ile yüksek mortalite ve morbidite ile seyretmektedir.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif gözlemsel çalışma, Ocak 2018 ile Aralık 2022 arasında üçüncü düzey bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. 0 ila 18 yaş arası KDE-KDİ nedeniyle hastaneye yatırılan yüz on dört çocuk dahil edildi. Demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulguları, antimikrobiyal tedavi ve sonuçları tıbbi kayıtlardan toplandı. 30. gündeki mortalite oranı ve risk faktörleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %66,6'sı erkek olup ortanca yaş 11 (6-69,5) ay idi. Tüm KDE-KDİ'ler sağlık hizmetleriyle ilişkili veya hastane kaynaklıydı. Hastalarda KDE kolonizasyonu veya enfeksiyon oranı %48,2 idi. Tüm hastaların altta yatan en az bir komorbiditesi vardı; %38,5'inde gastrointestinal hastalık (kısa bağırsak, gastrointestinal sistem malformasyonları) vardı ve %35,9'unun (hemato-onkolojik malignite, kemik iliği transplantasyonu, karaciğer transplantasyonu, primer immün yetmezlik) immün sistemi baskılanmıştı. En sık izole edilen mikroorganizma K. pneumoniae (n=100, %87,7) idi. Tüm isolatlar karbapeneme dirençliydi ve 50 (%43,9) hastada MİK değerleri mevcuttu; 6 (%5,2) hastada MİK < 4-8 µg/mL, 44 (%38,5) hastada >8 µg/mL), 17 (%14,9) hastada >32 idi. 30 günlük mortalite oranı %14 (16/114) olarak belirlendi. Çok değişkenli analiz, çocuk yoğun bakıma (ÇYBÜ) yatış, invaziv mekanik ventilasyon, inotropik destek ve enfeksiyona bağlı trombositopeninin, 30 günlük mortalitenin en ayırt edici belirleyicileri olduğunu ortaya çıkardı (p<0.001). Santral venöz kateterin (SVK) çıkarılması mortalite oranının azalmasıyla ilişkiliydi (p=0,012). Meropenem bazlı (yüksek dozda uzun süreli infüzyonu) veya polimiksin bazlı antibiyotik kombinasyonları ve negatif kültür elde etme süresi sağkalımı etkilemezken, düşük meropenem MİK değerleri sağkalımlu yönde etkilemişti.

Sonuç: KDE-KDİ'nin mortalitesi çocukluk çağında önemli ölçüde yüksektir. ÇYBÜ'ye kabul 30 günlük mortalitenin önde gelen faktörüydü ve SVK çıkarılması mortalite oranını azalttı. Bu seride antibiyotik kombinasyon stratejilerinin 30 günlük sağkalıma etkisi yoktu.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem-Dirençli Enterobacteriaceae (KDE); Kan Dolaşımı İnfeksiyonu (KDİ); Mortalite;çocuk

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-004

Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisinde Rhizobium Radiobacter Salgını

Onur Tekeli¹, Tuğçe Tural Kara¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Funda Tayfun Küpesiz², Meral Dilara Öğünç³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Rhizobium spp. suşları (eski adıyla Agrobacterium, 16S rDNA analizlerine göre yeniden sınıflandırılmıştır) aerobik, hareketli, oksidaz pozitif ve spor oluşturmeyen gram negatif basillerdir. R.radiobacter enfeksiyonu ile ilişkili klinik bulgular çok değişkendir ve bu organizmanın neden olduğu bakteriyemi genellikle intravenöz kateter kullanımına ikincildir.

Materyal ve Metot: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisinde 1 Mayıs-31 Temmuz 2023 tarihleri arasında kan kültüründe R.radiobacter üremesi olan 11 olgunun klinik, laboratuvar ve prognostik faktörleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 9,1 (4-16) yıl olup, dokuzu erkekti. Primer tanı on hastada hematolojik malignite, bir hastada solid tümör olarak bulundu. Hastaların %45,5'inde en az bir eşlik eden hastalık vardı. Risk faktörü sorgulamasında tüm hastalarda son bir ay içerisinde hastaneye yatış, kemoterapi alımı ve kalıcı santral venöz katetere sahip olma mevcuttu. Bütün vakalarda kültür alınma anında ateş tek semptomdu, bir hastada oral mukozit bulgusu eşlik etti. Hastaneye yatıştan sonra ortalama 13,5 (1-54) günde üreme görüldü. Vakaların %36'sı üreme anında nötropenikti. Laboratuvar tetkiklerinde ortalama lökosit: 3445 (30-9570)/mm³, mutlak nötrofil sayısı: 2330 (0-6580)/mm³, CRP: 33,9 (0,6-121) mg/L, prokalsitonin: 1,67 (0,17-7,7) mcg/L idi. Altı hastada kateter ve periferde, dört hastada sadece kateterde üreme saptandı. Kültür antibiyogramda sefoksitaksim, meropenem ve gantamisin duyarlı sonuçlandı. On hastaya kateter kilit tedavisi verildi, bunların %90'ında amikasin kullanıldı. Sistemik antibiyotik tedavisi olarak on hastada beta laktam ve aminoglikozid kombinasyonu verildi. Antibiyotik tedavisinin üçüncü gününde hastada kültür sterilliği görüldü. Hastaların hiçbirinde kateter çekimi, trombofilebit, kardiyak vejetasyon, komplikasyon ve mortalite gelişmedi.

Tablo 1: Rhizobium radiobacter üremesi olan hastaların klinik özellikleri

Sonuç: Rhizobium radiobacter bakterisinin düşük virülansı ve bakteriyemi insidansı nedeniyle literatürde uygun tedavisi ile ilgili kısıtlı veri vardır. Üçüncü kuşak sefalosporinler, aminoglikozidler, flurokinolonlar, geniş spektrumlu beta laktamlar, karbapenemler tedavide kullanılmaktadır. Merkezimizde üç aylık sürede 11 olguda görülen R. radiobacter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarına yönelik uygun tedavi, sıkı izolasyon önemleri ve surveyans taramaları ile olumlu klinik sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Rhizobium Radiobacter, Salgın, Santral Venöz Kateter

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-005

Bartonelloz Olgu Serisi

Burcu Parlak¹, Gülşen Akkoç¹, Sevgi Öcal Demir¹, Çağla Abacı Çapar¹, Seyhan Yılmaz¹, Didem Büyüktaş Aytaç¹, Sevgi Aslan Tuncay¹, Pınar Canızci Erdemli¹, Aylin Dizi Işık¹, Eda Kepenekli¹

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

Giriş: Bartonelloz, memelileri enfekte edebilen, vektör kaynaklı bir hastalıktır. Aerobik Gram negatif, intraselüler kokobasil bakterilerdir. Bağışıklık sistemi normal kişilerde, giriş yerinin drene olduğu lenf düğümlerinde kronik inflamasyonla seyreden granulomatöz enfeksiyon yapar.

Materyal ve Metot: Ön çalışmada retrospektif olarak 2021-2023 yılları arasında Çocuk Sağlığı ve Çocuk Enfeksiyon Polikliniklerinde izlenmiş olan, hastane sisteminden ulaşılabilen Bartonelloz saptanmış olan hasta verileri tarandı. Çalışmanın birincil amacı olarak, 1 ay-18 yaş Bartonelloz hastalarının öyküleri, eşlik eden klinik bulguları, tutulum bölgeleri (klinik spektrumları), ateş süreleri, laboratuvar bulguları, görüntülemeleri, biyopsi bulguları, Bartonella serolojileri, akut faz reaktanları, aldıkları tedaviler ve süreleri derlendi, klinik spektrumlara göre gruplara ayrıldı. Bu klinik gruplar; sırasıyla lenfadenit (lap), hepatosplenik hastalık, nöroretinit ve diğer bulgular olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Sekizi erkek, 11'i kız olan 19 hasta Bartonelloz tanısıyla izlendi. Ortalama yaş 10.71 ± 4.49 (2-17.8) yılı. Ortalama şikayet süresi 52.5 (3-365) gündü. En fazla görülen semptom lenfadenopati (LAP) (%84.2), sonra ateşti (%57.9). Ateş süresi 7.6 (1-30) gündü. 7(%36.8) hastada tırmalama öyküsü, 7(%36.8)'sinde kedi teması mevcuttu. Tırmalama zamanı üzerinden geçen ortalama gün 22.5'tü (13-113.8). 5 kişide sağ aksiller LAP (31 ± 7.4 mm; 20-40 mm), 6 kişide sol aksiller LAP (25 ± 8.76 mm; 16-37), 6 hastada sağ servikal LAP ($27,16 \pm 7,78$ mm; $10,75 \pm 5,86$ mm), 6 hastada sol servikal LAP ($25,5 \pm 7,58$ mm; $13,16 \pm 7,49$) ve LAP'lerin %15.8'inde apse mevcuttu. Hastaların ortanca ESR: 19 (6-33)mm/h ve ortanca CRP: 2 (0,8-32) mg/dl. 4 eksizyonel biopsi, 2 İİAB, 1 tru-cut yapıldığı öğrenildi. 3 hastada hepatomegali, 3 hastada splenomegali, 4 hastada hepatosplenik tutulum mevcuttu.

Sonuç: Kedi tırmığı hastalığı vakalarının çoğu klinik prezentasyonu bölgesel lenfadenitti ancak, olağandışı klinik semptom yaşayanlar da mevcuttu. Kedi ve köpeklere maruziyetin yaygın olduğu endemik bölgelerde çocuklara tanı koyarken, klinisyenlerin yüksek klinik şüphe indeksine sahip olmaları gerekir. Bu özellikle alışılmadık sunumlarla uğraşırken önemlidir. Gelecek çalışmalar, hem klasik hem de atipik kedi tırmığı hastalığından etkilenen çocuklar için terapötik açıdan karar vermek için faydalanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bartonelloz, Kedi Tırmığı Hastalığı, Lenfadenit, Nöroretinit, Hepatosplenik Tutulum

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-006

Hastane Yatışı Gerektiren 19 Kızamık Tanılı Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi

Sibel Laçinel Gürlevik¹

¹Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gaziantep

Giriş: Kızamık; akut, bulaşıcılığı en yüksek olan, aşı ile önlenabilir viral bir hastalıktır. Bu çalışmada çocuk enfeksiyon hastalıkları servisinde yatırılarak tedavi gören kızamık tanılı çocukların klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Şubat 2023 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisine yatırılarak tedavi gören 1 ay-18 yaş arası kızamık tanılı hastalar dahil edilmiştir. Çalışma retrospektif bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik ve laboratuvar verileri tıbbi kayıtlarından geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastane yatışı gerektiren 19 çocuğun (9 kız,10 erkek) klinik ve laboratuvar verileri değerlendirildi. Ortanca yaş 31.5 aydı (min-maksimum;3-168). Çocuklardan 7 (%36)'sinin yaşı 12 ay ve altında idi. 3 aylık erkek hastanın dismorfik bulguları olması dışında diğer 18 çocuk sağlıklı idi. Hastaların hepsinin kızamıklı birey ile temas öyküsü vardı. Hastaların 10'unun kızamık aşısı yoktu (bunların 3'ünün anne babası aşı karşıtı idi). Suriye göçmeni olan hastaların çoğunun depremden 2 ay sonra Gaziantep'e göçtüğü öğrenildi. Hastaların hepsi çocuk enfeksiyon servisine izole olarak yatırılmıştı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde hastaların lenfosit sayısı ortanca 600/mm³'idi (min-maks; 400-6900). Ağır pnömonisi olan bir hastanın trombosit değerleri düşme eğilimdeydi. Hastane kalım süreleri ortalama 6,2 gün (min-maksimum;3-16). Hastaların başvurularının aylara göre dağılımı değerlendirildiğinde temmuz-ağustos ayı ilk haftasında artış olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Sonuç olarak sunduğumuz bu 19 hasta ile kızamığın ülkemiz gibi aşılamanın iyi olduğu ülkelerde dahi önemli bir hastalık olmaya devam ettiği görülmektedir. Hastalık en sık küçük çocuklarda görülür, ancak her yaşta insanı etkileyebilir. Mevsimseldir, ancak herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Tanı klinik ve tedavi semptomatiktir. Aşılama, kızamığa karşı çok etkili bir koruma sağlar. Bu nedenle kliniklerde karşılaşılan vaka sayıları artması durumunda toplum sağlığı için çalışmaların başlatılması ve gerekli planlamaları yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, Çocuk, Aşı, Komplikasyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-007

Menenjit/ Ensefalit Tanısında Beyin Omurilik Sıvısı Menenjit/Ensefalit Panel Kullanılan Vakaların Değerlendirilmesi

Güldane Dikme¹, Edanur Yeşil¹, Taylan Bozok², Nahıda Gokay¹, Nuran Delialioğlu², Necdet Kuyucu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Bu çalışmada amacımız menenjit şüphesi ile lomber ponksiyon yapılan olguların beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklerinin incelenmesinde menenjit/ensefalit panelinin önemi, ayrıca viral ve bakteriyel menenjitlerin laboratuvar ve demografik özelliklerini incelemektir.

Materyal ve Metot: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesinde Haziran 2023-Aralık 2023 arası menenjit/ensefalit ön tanısı ile BOS incelemesi yapılan, incelemede menenjit/ensefalit paneli de kullanılan 30 çocuk(0-18yaş) olgu değerlendirildi.

Bulgular: Yaşları medyan 6 yaş (3-200 ay), %77'si (n=23) erkek olan 30 hastanın %27'sinde (n=8) BOS menenjit/ensefalit paneli pozitif olarak saptandı. Panelde saptanan etkenlerin %37'si (n=3) bakteriyel, %63'ü (n=5) viral etkenlerdi. Panelde enterovirus, Human Herpesvirus 6, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Human parechovirus, Streptococcus pneumoniae etkenler olarak saptandı. Panelde Streptococcus pneumoniae pozitif gelen hastanın BOS kültüründe de Streptococcus pneumoniae üremesi oldu. Diğer BOS kültürlerinde üreme saptanmadı. Viral bakteriyel etkenler demografik ve klinik özellikleri karşılaştırılması tabloda verildi. Hastalara tedavide ön planda 3. kuşak sefalosporinler kullanıldı, klinik durumlarına ve laboratuvar sonuçlarına göre vankomisin ve asiklovir eklendi. Bir hasta yoğun bakımda diğer hastalar serviste takip edildi. Bakteriyel menenjit saptanan bir hastada menenjite yatkınlık yaratabilecek BOS kaçağı mevcuttu. Viral menenjitlerin %20'sinde bakteriyel menenjitlerin %66'sında LP öncesi antibiyotik kullanımı mevcuttu. Takip edilen hastalarda komplikasyon gelişmedi, mortalite saptanmadı.

Viral bakteriyel etkenler demografik ve klinik özellikleri karşılaştırılması

Kısaltmalar: K:Kız, E: Erkek CRP: C-reaktif protein BOS: Beyin omurilik sıvısı *Nötrofil ya da lenfosit saptanmayan hastalarda gram boyamada hücre görülemedi.

Sonuç: Moleküler yöntemlerin kullanımı menenjit/ensefalit tanısının erken koyulup, etkenin saptanmasında hızlı ve duyarlı bir yöntemdir. Klinik olarak da desteklenmesi durumunda gereksiz antibiyotik ve antiviral kullanımının önüne geçilip, hastanede yatış süresini kısaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, Ensefalit, Panel, Kültür, Beyin Omurilik Sıvısı

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-008

{Candida auris}'e Bağlı Enfeksiyonlar ve Kontrol Önlemleri

Döndü Nilay Penezoğlu¹, Belkıs Hatice İnceli¹, Hülya Akat¹, Halil Özdemir¹, Tanıl Kendirli², Merve Havan², Duygu Öcal³, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Candida auris ilk olarak 2009 yılında Japon bir hastadan izole edilmiştir. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlara ve değişken yayılma özelliklerine sahip salgınlara yol açabilecek yeni tanımlanan ve birçok antifungal ilaca dirençli bir patojendir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesinde, Mart 2023 tarihinde ilk kez tespitinden itibaren olan Candida auris vakalarının klinik özellikleri ve enfeksiyon kontrol önlemlerini sunmayı amaçladık. Hastaların epidemiyolojik özelliklerini, C. auris'in enfeksiyöz/kolonizasyon özelliklerini, risk faktörlerini değerlendirdik.

Bulgular: MALDI-TOF kullanılarak C. auris enfeksiyonu/kolonizasyonu tespit edilen yedi hasta saptandı. C. auris pozitif saptanan hastaların 5'i erkek, 3'ü kızdı. Yaşları 17 ve 2 arasında değişmekle beraber yaş ortalamaları 7 idi. Tüm hastalar C. auris tespit edildiğinde hastanemiz yoğun bakım ünitesinde yatmakta ve antibiyotik ve antifungal tedavi almaktaydı. Tüm hastalarda C. auris enfeksiyonu/kolonizasyonu için en az bir risk faktörü vardı. İki hasta 6 Şubat 2023 depremi öncesinde sağlıklı hastalardı, diğer altı hastanın daha önceden çoklu hastane yatış öyküsü ve kronik hastalığı mevcuttu. Kronik hastalığı olan iki hastada yalnızca üniteye yapılan taramalar esnasında sürüntü kültürlerinde C. auris pozitifliği saptandı ve kolonizasyon olarak kabul edildi. Diğer 5 hastanın kan kültüründe, 2 hastanın ayrıca idrar kültüründe de üreme saptandı. Amfoterisin B ve flukanazol direnci yüksek orada görüldü. Tedavide ekinokandin, flukonazol ve amfoterisin B kombinasyonları kullanıldı. Önceden sağlıklı olan iki depremzede hasta yatışlarının 80. ve 57. gününde çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Hastanemizde ilk C. auris tespitinden itibaren hastalar izole edildi, bu hastalara bakım ve hizmet veren personel ayrıldı. Dezenfektanların derişimi daha yüksek konsantrasyonda hazırlanarak dezenfeksiyon işlemleri gerçekleştirildi. Hasta transportu mümkün olduğunca kısıtlandı. Diğer hastalardan düzenli olarak sürüntü ve idrar kültürü alınarak tarama işlemleri gerçekleştirildi

Sonuç: C. auris yüzeylerde uzun süre kalabilen, tedavisi uzun ve hatta oldukça ölümcül bir mantar türüdür. Tanınmasındaki zorluklar nedeniyle hastane kaynaklı salgınlara yol açma riski olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle C. auris tespit edilmesi halinde izolasyon önlemleri artırılarak enfeksiyon kontrolü sağlanmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Candida Auris, Kandidemi, Antifungal Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-009

Biyolojik Ajan Kullanan Çocuk Hastalarda Tüberküloz Riski Öngörülen Riskten Fazla Mıdır? Tek Merkez Deneyimi

Ayşe Hitay Telefon¹, Merve Kılıç Çil¹, Gülsüm Sönmez¹, Elif Afat Turgut¹, Tuğba Kandemir Gülmez¹, Didem Gülcü Taşkın², Sevinç Garip², Rabia Miray Kışla Ekinci³, Ümit Çelik¹

¹SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Adana

²SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Romatolojik veya inflamatuvar barsak hastalığı gibi hastalıklarda kronik inflamatuvar süreç proinflamatuvar sitokinler ve özellikle TNF-alfa aracılığıyla olmaktadır. Bu süreci baskılayan biyolojik ajan tedavileri tüberküloz gelişme riski arttırmaktadır. Çalışmamızda biyolojik ajan kullanan hastalarımızdaki tüberküloz sıklığını araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmamız retrospektif, gözlemseldir. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde Ocak 2021 ile Ekim 2023 tarihleri arasında takip edilen ve biyolojik ajan kullanan 0-18 yaş arası 270 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların tanı yaşı ortalama 107 aydı. Hastaların 138'si kız (%51.1) kız, 132'si (%49.1) erkekti. JİA tanısı ile takipli 191 (%70.7) hasta, diğer otoinflamatuvar hastalıklar nedeniyle takipli 49 hasta (%18.1) mevcuttu. 26 hasta (%9.6) İBH, 3 hasta (%1.1) miks konnektif doku hastalığı ve 1 (%0.4) hasta ise vaskülit tanısı ile takipliydi. Hastaların kullandığı biyolojik ajanlar; adalimumab 97 (%35.9), etanersept 85 (%31.5), kanakinumab 33 (%12.2), tocilizumab 31 (%11.5), infliximab 16 (%5.9), anakinra 5 (%1.9), tofasitinib 2 (%0.7) ve rituximab 1 (%0.4) hasta idi. Hastaların 5'inde (%1.9) takibinde latent tüberküloz enfeksiyonu gelişti. Bu hastaların 3'ü JİA, 1'i FMF, 1'i İBH tanılarıyla takipliydi. İki hasta adalimumab, 1 hasta etanersept, 1 hasta tocilizumab, 1 hasta kanakinumab kullanmaktaydı. Biri miliyer tüberküloz diğer tüberküloz lenfadenit olmak üzere 2 hastada tüberküloz hastalığı gelişti. Miliyer tüberküloz tanılı hasta infliximab, tüberküloz lenfadenit olan hasta ise adalimumab tedavisi almıştı. Hastalar stabil olarak poliklinik kontrolünde takip edilmektedir.

Sonuç: Biyolojik ajanların kullanımı kronik hastalıkların seyrinde giderek daha önemli bir yer almaktadır. Tüberküloz riskini arttırdığı bilinen bu ilaçları kullanan tüm hastaların latent tüberküloz enfeksiyonu ve tüberküloz hastalığı açısından yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, Tüberküloz, İnflamatuvar Barsak Hastalığı, Juvenil İdiopatik Artrit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-010

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda 11 Yıllık Kandidemi Verilerinin Değerlendirilmesi

Gizem Güner Özenen¹, Hasan Ağın², Nuri Bayram¹, İlker Devrim¹

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

²S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, İzmir

Giriş: Candida türlerinin etken olduğu kan dolaşım enfeksiyonları yoğun bakımda yatan hastalarda tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Etken olan Candida'ların dağılımı, bölgeden bölgeye hatta merkezler arası farklılıklar göstermekte ve Candida albicans dışı Candida'ların sıklığı merkezlerde giderek artmaktadır. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan ve kandidemi gelişen hastalarda etkenlerin dağılımının ve yıllara göre değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde Ocak 2013- Aralık 2023 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan ve kan kültüründe Candida üreyen çocuk hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların klinik bulguları doğrultusunda tedavi sonrası, 15 günlük kültür negatifliğinden sonra olan üremeler de aynı hastaya ait farklı epizotlar olarak değerlendirildi.

Bulgular: On bir yıl boyunca 221 hastanın 235 epizodu değerlendirildi. Hastaların yaş ortanca değeri 12 ay (min.1 ay- maks. 17,5 yaş) olup %50,6'sı erkekti. Üreme olan hastaların tanıları sıklık sırasıyla en sık kronik nörolojik hastalık (%33,2, n=78), metabolik hastalık (%17,9, n=42) ve kardiyak hastalık (%16,6, n=39) idi. Hastaların yoğun bakımda ortanca yatış süresi 44 (min. 1- maks. 490 gün) gündü. Tüm epizodlar değerlendirildiğinde non-albicans Candida (NAC) üreme oranı %80, C. albicans üreme oranı ise %20 idi. En sık üreyen Candida türü C. parapsilosis (%69,8, n=164) idi; bunu sırasıyla C. albicans (%20, n=47), C. tropicalis (%6,4, n=14), C. glabrata (%1,3, n=3), C. krusei (%1,3, n=3), C. guilliermondii (%0,9, n=2), C. famata (%0,4, n=1) izledi. Üremelerin yıllara göre dağılımı değerlendirildiğinde C. albicans ve NAC türlerinin görülme sıklığının 2018-2020 yıllarında azaldığı sonrasında ise tekrar arttığı görülmektedir. Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda Candida üremelerinin yıllara göre dağılımı Şekil 1'de özetlenmiştir.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan kandidemili hastalarda Candida albicans ve non-albicans Candida üremelerinin yıllara göre dağılımı

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde çocuk yoğun bakım ünitesinde kandidemi daha sık olarak NAC türleri ile görülmektedir. Kandidemi sıklığının yıllara göre dağılımı değerlendirildiğinde pandemi süresinde ise üremelerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir. Değişen kandidemi verileri nedeniyle her merkezin kendi etken dağılımını belirlemesi ve buna göre tedavi planlaması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kandidemi, candida parapsilosis, candida albicans, çocuk yoğun bakım

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-011

Çocuk, Ergen ve Genç Erişkinlerde Meningokok Taşıyıcılığı Prevalansı, Serogrup Dağılımı ve Risk Faktörleri: Pandemi Sonrası Değerlendirme

Mahmut Can Kızıl¹, Yalçın Kara¹, Mücahit Kaya², Adem Karbuş³, Fatma Nur Öz⁴, Ergin Çiftçi⁵, Zafer Kurugöl⁶, Merve Iseri Nepesov⁷, Solmaz Çelebi⁸, Benhur Şirvan Çetin⁹, Dilek Yılmaz Çiftdoğan¹⁰, Meltem Dinleyici¹¹, Didem Kızmaz İşançlı³, Önder Kılıçarslan³, Halil Özdemir⁵, Belkis Hatice İnceli⁵, Döndü Nilay Penezoğlu⁵, Burçe Emine Dörtkardeşler⁶, Rabia Gönül Sezer Yamanel⁷, Fatma Dilşad Aksoy⁸, Sedanur Tekin⁹, Nesli Agrali Ersöz¹⁰, Ömer Kılıç¹, Ener Çağrı Dinleyici¹²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Eskişehir

²Diagen Biyoteknoloji Laboratuvarları

³İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

⁴Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir

⁷Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

⁸Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Bursa

⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir

¹⁰İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir

¹¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Eskişehir

¹²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Eskişehir

Giriş: İnvaziv meningokok hastalıkları (İMH) epidemiyolojisi dinamik bir yapıda olup, coğrafik özellikler ve aşılama stratejisine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Meningokok taşıyıcılığı ve serogrup dağılımını saptamak, İMH epidemiyolojisini değerlendirmede, salgınları öngörebilme ve planlanacak aşı stratejileri açısından büyük öneme sahiptir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada Türkiye'nin 6 büyük şehirden 9 farklı merkezden 1585 katılımcıdan nazofaringeal örnekler toplandı. Araştırmada N. meningitidis (Nm) taşıyıcılığının kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile prevalansı, serogrup dağılımı ve antibiyotik duyarlılığının saptanması amaçlandı. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, kreş-okul veya üniversiteye devam durumu, aktif ve/veya pasif sigara içiciliği, askerlik yapma durumu, geçirilmiş COVID-19 enfeksiyonu veya aile bireylerinde COVID-19 enfeksiyonu geçirilmesi, meningokok ve COVID-19 aşı geçmişi, önceki antibiyotik kullanımı kayıt altına alındı.

Bulgular: Araştırmaya 0-24 yaş arasındaki 1585 bebek, çocuk, ergen ve genç yetişkin dahil edildi. Toplam meningokok taşıyıcılık oranı %8,45 (n = 134) idi. Nazofaringeal örneklerden izole edilen 134 N.meningitidis suşunun serogrup dağılımı serogrup A %5,9 (8 örnek), serogrup B %30,5 (41 örnek), serogrup W %12,6 (17 örnek), serogrup Y %3,7 (5 örnek), serogrup X %1,5 (2 örnek) ve %45,5'i grup dışı/kapsülsüz olarak sınıflandırıldı. Serogrup C/E/H/Z tespit edilmedi. Taşıyıcıların ortalama yaşı taşıyıcı olmayanlardan daha yüksekti (14,2 ± 6,5'e karşı 10,9 ± 7,9; p < 0,001). Nazofaringeal meningokok taşıyıcılık oranı 0-5 yaş grubunda %4,88, 6-10 yaş grubunda %4,09, 11-14 yaş grubunda %8,36, 15-18 yaş grubunda %19,4 ve 19-24 yaş grubunda %11,2 idi (p < 0,001). Daha önce COVID-19 enfeksiyonu geçiren (p < 0,05; OR 1,95; %95 CI 1,11-3,44) ve son bir haftada

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan ($p < 0,01$; OR 0,54; %95 CI 0,36-0,82) katılımcılarda taşıma oranı daha yüksekti.

Sonuç: Sonuç olarak, bu çalışma meningokok taşıyıcılığının, ergenlerde ve genç yetişkinlerde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. COVID-19 hastalığı veya salgın önleme stratejileri, meningokok taşıyıcılığını ve serogrup dağılımını etkileyebilir. Ergen ve genç yetişkin taşıyıcılar hala hastalık için potansiyel bir rezervuar gibi görünmektedir. Serogrup dağılımı dönemsel olarak değişebilmekte ve adolesan aşılması gibi daha uygun aşılama stratejileri İMH kontrolünde rol oynayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan Aşılması, Meningokok Aşılı, Nazofaringeal Taşıyıcılık, COVID-19 Pandemisi, Neisseria Meningitidis

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-012

Pediyatrik Anal Abseler: 10 Yıllık Retrospektif Değerlendirme

Fatma Dilşad Aksoy¹, Elif Naz Özyaman², Fatih Çelik³, Dilek Sağlam⁴, Zeynep Yazıcı⁴, Solmaz Çelebi¹, Mustafa Hacimustafaoğlu¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Bilim Dalı, Bursa

⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş: Perianal apse ve anal fistül pediyatrik hastalarda perianal dokuda enfeksiyona sekonder gelişen bir sorundur. Genellikle süt çocukluğu döneminde ve iki yaş altında daha sık görülür. Bu çalışmada perianal apse tanısı alan olguların klinik, radyolojik özellikleri, tedavi yöntemlerini incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ocak 2014-Ocak 2024 tarihleri arasında Çocuk Enfeksiyon Servisi'nde perianal apse tanısıyla yatan hastalara ait veriler geriye dönük dosya kayıtlarından incelendi.

Bulgular: 34 hastanın 21 (%61,7)'i erkek, 13 (%38,3)'ü kızdı. Yaş ortalamaları 63,79 aydı. Hastaların 19 (%55,8)'u iki yaşından küçük, 3 (%8,8)'ü 2-6 yaş arasında, 12 (%35,2)'si 6 yaşından büyüktü. Başvuruda hastaların 4 (%11,7)'ünde ateş yüksekliği mevcuttu. 20 (%58,8) hastada altta yatan herhangi bir hastalık yoktu. 3 (%8,8) hasta hipogamaglobulinemi nedeniyle takipliydi. 3 (%8,8) hastada hla b 51 pozitifliği görüldü. 2 (%5,8) hasta cd8 düşüklüğü nedeniyle takipliydi. 2 (%5,8) hastada tip 1 DM, 1 (%2,9) hastada tip 2 DM mevcuttu. Serumda immunglobulin (ig) G, A ve M seviyelerine bakılan 30 hastanın 28 (%93,3)'ünde ig seviyeleri yaşa göre normal aralıktaydı. 2 (%5,8) hastada İgA düşüklüğü, 1 (%2,9) hastada İgG düşüklüğü, 1 (%2,9) hastada İgM düşüklüğü görüldü. Abse kültürü alınan 25 (%73,5) hastanın 23 (%92)'ünde kültürde en az bir etken üremesi oldu; bunlar arasında 8 (%34,7) hastada en az bir dirençli mikroorganizma üremesi görüldü. Tüm hastalara iv antibiyoterapi verildi. 30 (%88,2) hastada perianal abseye yönelik yüzeysel ultrasonografi yapıldı. Cerrahi drenaj işlemi gerektiren toplam 20 (%58,8) hastadan 3 (%15) tanesi merkezimize başvurmadan önce drene edilmişti. 11 (%32,3) hastaya pelvik MR görüntüleme yapıldı. 9 (%26,4) hastada perianal fistül tespit edildi. 34 hastanın 9 (%26,4)'una takiplerde fistulotomi/ fistülektomi operasyonu yapıldı. Hastanede yatış süresi ortalama 9,2 (3-22) gündü. 18 (%52,9) perianal abse vakasında rekürrens gelişti. Hasta başına ortalama 2,3 kez tekrar görüldü.

Sonuç: Perianal apseler çocuklarda sık görülmekle birlikte hastalığın yönetiminde ve tedavisindeki veriler kısıtlıdır. Çalışmamız, çocukluk çağında perianal abselerin tedavisi için cerrahi branşlar ile multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, perianal abse, perianal fistül

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-013

Çocukluk Çağı Abdominal Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi: Tek Merkez On Beş Yıllık Deneyim

Elif Dede¹, Asuman Demirbuğa², Ayşe Büyükcem¹, Ayper Somer¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

²Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Mardin

Giriş: Çocuklarda tüberküloz (TB) %30 oranında ekstrapulmoner bulgu vermektedir. Ekstrapulmoner tutulum izlenen hastaların ise yaklaşık %11'inde abdominal tutulum vardır. Abdominal TB gastrointestinal sistem, periton, lenf nodları, ve solid organların tutulduğu nadir görülen bir ekstrapulmoner tüberkülozdur. Çalışmamızda abdominal tüberkülozlu çocuk olgularda klinik, laboratuvar, radyolojik özelliklerin değerlendirilmesi, tanı yöntemleri ve prognozunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: İstanbul Tıp Fakültesi çocuk enfeksiyon polikliniğine Ocak 2008-Aralık 2023 tarihleri arasında başvuran başvuran, abdominal TB tanısı alan 16 çocuk hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar parametreleri, radyolojik, histopatolojik özellikleri, tedavi bilgileri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 10'u (%68.8) kızdı. Ortalama yaş 156,75±54 aydı. Hastaların 4'ünün(25) komorbiditesi vardı. Yedi hastada(%43.7) TB temas öyküsü vardı. Interferon gama salınım testi veya tüberkulin deri testi 4'ünde(%25) pozitif. En sık başvuru semptomu karın ağrısıydı (n=11,%69.8). Diğer başvuru semptomları; ateş (n=10, %62.5), kilo kaybı (n=6, %37.5), halsizlik (n=5, %31). Dört(%25) hastanın batın örneği kültüründe Mycobacterium tuberculosis complex, 1 hastanın kültüründe Mycobacterium bovis üredi. Bu örneklerin hepsinde aside rezistan bakteri negatif saptandı. C-reaktif protein 11(%68.8) ve eritrosit sedimentasyon hızı 8:%50 hastada yüksekti, 4(%25) hastada lenfopeni vardı. Dört(%25) hastada sadece periton tutulumu vardı. Sekiz hastaya (%50) pulmoner tüberküloz eşlik ediyordu. Yedi(%43.7) hastaya laparoskopi uygulandı. Bir hastaya kolesistektomi yapıldı. On dört (%87.5) hastaya 4'lü, 2 hastaya 3'lü antitüberküloz tedavisi başladı. Hastaların antitüberküloz tedavi süresi ortalama; 14±5 aydı (min:9 ay, max:24 ay). Dört (%25) hastaya steroid tedavisi verildi. Hastaların 11'inde(%68.8) antitüberküloz ilaca bağlı yan etki görüldü (n=6, minör yan etki, n=5, majör yan etki).

Sonuç: Abdominal TB, hastalığa özgü klinik ve laboratuvar bulguları olmayan, sinsi seyreden bir hastalıktır. Hastalıktan şüphelenildiğinde laparoskopi veya laparotomi tanıda yardımcı olabilir. Tüberküloz görülme sıklığının yüksek olduğu bölgelerde karın ağrısı, kilo kaybı, asit, tüberkülozlu kişilerle temas öyküsü ve tüberkulin deri testi pozitif olan hastalarda ultrason ve bilgisayarlı tomografi bulguları değerlendirilerek ayırıcı tanıda abdominal TB düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal Tüberküloz; Çocuk; Mycobacterium Tuberculosis;

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

S-014

Pentavalan Bir Meningokok AbcwY Aşısının Ergenlerde ve Genç Erişkinlerde Etkililiği, İmmünojenisitesi ve Güvenliliği: Randomize, Kontrollü Bir Faz 3 Klinik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular

Evren Canel Karakas¹, Peter Silas³, Arnold Willemsen⁴, Chiranjiwi Bhusal⁴, Daniela Toneatto⁴, Terry Nolan²

¹GSK

²Melbourne Üniversitesi Peter Doherty Enfeksiyon ve Bağışıklık Enstitüsü ve Murdoch Çocuk Araştırmaları Enstitüsü

³Wee Care Pediatrics

⁴GSK

Giriş: Meningokok (Men) serogrupları ABCWY aşısı invazif meningokok hastalığına karşı geniş korunma açısından pratik bir yaklaşım sağlayabilir

Materyal ve Metot: Araştırma amaçlı bir MenABCWY aşısı ve ruhsatlı 4CmenB ve MenACWY-CRM aşılarının etkililiği, immünojenisitesi ve güvenliliği karşılaştırılmıştır. Gözlemcinin körlendiği çalışmada (NCT04502693), 10-25 yaşları arasındaki 3651 sağlıklı birey 4CmenB (3-dozlu program: 0-2-6 ay), 4CmenB (2-dozlu program: 0-6 ay), araştırma amaçlı MenABCWY aşısı (2-dozlu program: 0-6 ay) veya MenACWY-CRM (1 doz: 0 ay; kontrol) uygulanacak şekilde randomize edilmiştir (5:5:9:1). MenABCWY analizlerinin birincil amacı, enc-hSBA (aşı yapılan her bireyin serumunda endojen komplemanı kullanarak yapılan insan serum bakterisidal antikor testi) kullanarak 110 farklı invaziv meningokok serogrup B (MenB) suşundan oluşan bir panelde aşı etkililiğinin (AE) gösterilmesi yer alıyordu, iki yaklaşım kullanıldı; test-bazlı (son MenABCWY dozundan sonra MenB suşlarına karşı bakterisidal serum aktivitesi olmayan numunelerin yüzdesi ile son MenACWY dozundan sonra oluşan MenB suşlarına karşı bakterisidal serum aktivitesi olmayan numunelerin yüzdesi karşılaştırılması) ve yanıt veren-bazlı (serumları son dozdan sonraki 1. ayda suşların $\geq 70\%$ 'ni öldüren katılımcıların yüzdesi). Diğer birincil amaçlar MenABCWY aşısının 4CmenB aşısına kıyasla etkililiğinin, MenABCWY aşısının MenACWY aşısı yapılmamış bireylerde MenACWY-CRM aşısına immünojik açıdan eşdeğerliliğinin ve güvenliliğinin gösterilmesiydi.

Bulgular: 2-dozlu MenABCWY programı her iki AE sonlanım noktası için önceden tanımlanmış başarı kriterlerini karşılamıştır. Aynı zamanda MenABCWY aşısının 2-dozlu 4CmenB aşısına kıyasla etkililiğinin eşdeğerliliği ve 1-dozlu MenACWY aşısına kıyasla immünolojik açıdan eşdeğerliliği de gösterilmiştir (bkz. tablo). MenABCWY'nin güvenlilik profilinin herhangi bir güvenlilik endişesi taşımayan 4CmenB'ninkiyle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma amaçlı MenABCWY aşısının 110 farklı invaziv MenB suşundan oluşan bir panelde etkili olduğu ve güvenlilik profilinin kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir. Altı ay arayla verilen 2 MenABCWY dozu 10-25 yaşındaki bireylerde 2 doz 4CmenB ve 1 doz MenACWY'ye eşdeğer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: invaziv meningokok hastalığı, aşı, MenABCWY; etkililik; eşdeğerlilik; serum bakterisidal aktivite

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-002

Çocuklarda Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2), İnfluenza ve Respiratuar Sinsityal Virüs (RSV) Enfeksiyonlarının Laboratuvar ve Epidemiyolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Zeynep Sena Akgiray Çandır¹, Ayşe İstanbullu Tosun², Sevgen Tanır Başaranoğlu³

¹Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Medipol Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çocukluk çağında akut üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) ve akut alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) ile sık karşılaşılmaktadır. Bu enfeksiyonlar çocuklarda morbidite, hastaneye yatış ve mortalitenin önemli nedenleridir. Önde gelen sebepler arasında influenza virüsleri, koronavirüsler ve respiratuar sinsityal virüs (RSV) bulunmaktadır. Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19), RSV ve influenza virüslerinin epidemiyolojisinde değişikliklere neden olmuştur.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesine Mart 2020-Eylül 2022 tarihleri arasında başvuran çocuk hastalarda SARS-CoV-2, RSV ve influenza enfeksiyonlarının mevsimsel dönemlere göre sıklıkları, ortalama nem ve sıcaklık değişimi ile ilişkisi, tam kan sayımı ve akut faz reaktanlarına etkileri ve hastane yatışını etkileyen faktörleri araştırılmıştır.

Bulgular: COVID-19 vakalarının arttığı Mart-Mayıs 2020 döneminde baskın viral etkenin influenza B olduğu, Eylül-Ekim-Kasım 2021 döneminde influenza A'nın pik yaptığı görülmüştür. Eylül 2021'den sonra influenza vakaları her yıl olduğu gibi etkinlik göstermiştir. RSV aktivitesinde her zaman beklenen mevsimsel aktivite 2021 yılı içerisinde görülmemiştir. İncelenen dönemlerde İstanbul ilindeki sıcaklık ve nem ölçümlerinin yıl içi periyoditesinin anlamlı bir değişkenlik göstermediği saptanmıştır. COVID-19, influenza A/B olgularının çoğunluğunu 1 yaş üstü, RSV olgularının çoğunluğunu ise 1 yaş altı hastalar oluşturmuştur. Ayaktan tedavi alan hastaların servis ve yoğun bakımda yatan hastalardan yaşça daha büyük olduğu görülmüştür ($p<0,001$). İnfluenza A enfeksiyonunda C-reaktif protein (CRP) düzeyi daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Tüm olguların lökosit sayısı yoğun bakımda yatan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Trombositopeni açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,383$). Nötrofil sayısı influenza A grubunda diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Lenfopeni anlamlı olarak en sık COVID-19, en az RSV hastalarında saptanmıştır (sırasıyla %37,1 ve %7,1) ($p<0,001$).

COVID-19, influenza A, influenza B ve RSV enfeksiyonlarının laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Sonuç: Sonuç olarak, COVID-19 pandemisinin, RSV ve influenza virüslerinin epidemiyolojilerini etkilemekle birlikte klinik ve laboratuvar değerlendirmelerinde belirgin değişiklik yapmadığı görülmüştür. COVID-19 enfeksiyonları influenza ve RSV enfeksiyonları ile sıklıkla benzer klinik ve laboratuvar bulgularına sebep olmuştur. Bu çalışma COVID-19, RSV, influenza A ve B enfeksiyonu tanılarının konulmasında, erken ve uygun tedaviye başlanmasında yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, İnfluenza, Lenfopeni, Nötropeni, RSV

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-003

Tüberküloz Ayırıcı Tanısında Komplike Pulmoner Kist Hidatik

Asena Ünal¹, Emel Bakanoğlu¹, Serengül Kelekçi², Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Tüberküloz ve kist hidatik, gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemidir. Tüberküloz ve kist hidatik, artmış morbidite ve mortaliteye sahiptir. Her iki hastalık da birbirini taklit edebilmektedir. Bu yazıda, öksürük, kilo kaybı şikayetleri ile başvuran, daha önce dış merkezde tüberküloz düşünülerek hastanemize sevk edilmiş kist hidatik tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Bulgular: Daha önce bilinen bir hastalığı olmayan 16 yaş erkek hastanın son üç haftadan bu yana olan kusma, iştahsızlık, balgamlı öksürük ve kilo kaybı şikayetleri olmuş. Ateş olmamış. Acil servise başvurularında, nonspesifik tedavi verilmiş. Son 3-4 gündür şikayetlerinin giderek artması üzerine dış merkezde başvurduğu pediatrist tarafından tüberküloz ön tanısı ile hastanemize sevk edilmiş. Hastanemize başvuran hastanın muayenesinde akciğer sol alt bazalde solunum sesleri azalmıştı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Hasta servise yatırılarak ampirik tedavi (vankomisin, seftriakson, klaritromisin) başlandı. Tüberküloza yönelik tetkikler gönderildi. Toraks BT'de sol hemitoraksta plevral efüzyon, sol akciğer alt lobda 8 cm boyutunda seviye veren sıvı dansitesi, çevresinde buzlu cam alanları saptandı. Kist hidatik düşünülen hastada kist hidatik İHA 1/2560 dilüsyon pozitif olarak saptandı. Hastaya andazol tedavisi başlanarak çocuk cerrahisine konsülte edildi. Üç haftalık medikal tedavi sonrasında kontrol toraks BT ve sonuca göre cerrahi planlandı. Ancak hasta tedavisinin 17. gününde dış merkezde ameliyat olmak istediğini belirterek hastaneden ayrıldı. Hastanın izleminde dış merkezde opere olduğu öğrenildi, andazol tedavisi önerilerinde bulunuldu.

Sonuç: Ülkemizde tüberküloz ve kist hidatik yaygın görülen hastalıklardır. Çocuklarda ve adolesanlarda M. tuberculosis kompleksinin neden olduğu enfeksiyonların çoğu asemptomatiktir. Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un larva formunun neden olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Kist hidatikte sık karaciğer ve akciğer tutulmakla beraber tüm organlarda görülebilmektedir. Kist hidatik tarım ve hayvancılıkla uğraşan, çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik önlemlerinin yetersiz kaldığı tüm toplumlarda görülen önemli bir paraziter hastalıktır. Ülkemiz gibi kist hidatik ve tüberkülozun yaygın görüldüğü ülkelerde, tedaviye yanıt vermeyen akciğer hastalıklarında her iki hastalıkta etyolojide aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Kist Hidatik, Çocuk, Pnömoni

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-004

Nadir Görülen Birliktelik; Hidradenitis Süpürativa ve Hiper IgD Sendromu

Asena Ünal¹, Hilal Başlı², Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹, Miray Kışla Ekinci³, Bilge Fettahlioğlu Karaman⁴

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Adana

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Hidradenitis Süpürativa (HS), kronik, tekrarlayıcı, ağrılı, sinüs traktüsleri, nodül ve apselerle seyredilen inflamatuvar hastalıktır. Ergenlik sonrasında, ter bezlerinin yoğun bulunduğu bölgelerde görülür. Mevalonat Kinaz geninin, keratinizasyona, otoenflamasyona yol açması nedeniyle HS'nin otoinflamatuvar keratinizasyon hastalıklarının alt tipi olduğu düşünülmektedir. Hiperimmünglobülin D sendromu (HİDS), otozomal resesif geçişli, tekrarlayan ateş atakları ile karakterize otoinflamatuvar hastalıktır. Nedeni mevalonat kinaz genindeki mutasyonlardır. Atakta ateş, karın ağrısı, ishal, kusma, lenfadenopati, aftöz ülserler, deri lezyonları ve artralji görülür. Bu yazıda 6 yıldır HİDS nedeniyle izlenen, son 1,5 yıldır sol aksiller tekrarlayan apse nedeniyle araştırılırken HS tanısı alan olguyu bildiriyoruz.

Bulgular: HİDS tanısıyla izlenmekte olan 15 yaş kız hasta. 1,5 yıl önce sol koltuk altında şişlik ve kızarıklık nedeniyle dış merkeze başvurmuş, ayaktan antibiyotik tedavisi almış. Apsenin düzelmemesi üzerine yatırılarak, çocuk cerrahi tarafından apse drenajı yapıp intravenöz antibiyotik tedavisi başlanmış. Kültürlerde üreme olmamış, patoloji sonucu iltihabi granülasyon dokusu olarak raporlanmış, tedavisi tamamlanıp taburcu edilmiş. 2 ay önce de sol meme üzerinde apse tanısıyla tekrar yatırıldı. Apse drene edildi, antibiyotik tedavisi başlandı. Bu dönemde alınan ilk kültürde koagülaz negatif stafilokok üremesi oldu. Kontrol kültürlerinde üreme olmadı. Tedavisi tamamlanarak taburcu edildi. 1 hafta sonra kontrolde sol meme üstündeki apsenden tekrar püü geldiği ve sağ koltuk altında 1x1 cm boyutlarında koltuk altına doğru tünel şeklinde uzanım gösteren apse görüldü. Hasta tedavi için servise yatırıldı, antibiyotik tedavisi başlandı. Kültürde üreme olmadı. Hastanın lezyonlarının HS ile benzer olduğu düşünüldü. Dermatolojiye konsülte edildi. HS tanısı aldı. Antibiyotikleri hidradenitis süpürativaya yönelik düzenlendi. Tedavinin 2. haftasında kontrole geldi. Lezyonlarında gerilemişti.

Sonuç: Enflamatuvar, neoplastik ve genetik bozukluklar HS ile ilişkilendirilmiştir. Ancak HS ve HİDS birlikteliği oldukça nadirdir. Literatürde şimdiye kadar bizimki de dahil, dört HS vakası ile ilişkili HİDS rapor edilmiştir. Benzer patofizyolojik mekanizmalarla oluşan bu iki hastalığın bir arada bulunması hedefe yönelik tedavi planlarının yapılabilmesi için, moleküler ve genetik çalışmaların desteklenmesi ve arttırılması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiper İmmünglobülün D, Hidradenitis Süpürativa

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-005

Yenidoğanda Kasabach-Meritt Fenomeni ile Seyreden Kaposiform Hemanjiyoendotelyoma

Fatma Kılınç¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Eren Topal², Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Kasabach-Merritt sendromu genellikle infant döneminde trombositopeni, anemi, hipofibrinojeneminin olduğu kronik tüketim koagülopatisi ile karakterize hemanjiyoendotelyoma sonucu gelişen klinik bir tablodur. Kaposiform hemanjiotelioma lokal olarak agresif bir hemanjiom olup sıklıkla yüzeysel ve derin yumuşak dokularda tulumum yapar. Ancak nadiren retroperitoneum, mediastinum ve iç organlarda da tutulum oluşturabilir.

Materyal ve Metot: Biz burada 5 günlükken gluteal bölgede şişlik ve kızarıklık yakınması olması nedeniyle gluteal abse ön tanısıyla izlemi yapılan ve lezyonlarında düzelme olmaması nedeniyle 25 günlükken tarafımıza yönlendirilen kaposihemanjiotelyoma tanısı alan çocuk olguyu sunduk.

Bulgular: 25 günlük erkek bebeğin 5 günlükken gluteal bölgesinde 1 cm lik şişlik ve morluk yakınması olduğu ve gluteal abse tanısıyla hastaneye yatırılıp antibiyotik tedavisi başlandığı öğrenildi. Antibiyotik tedavisine rağmen bacağındaki morluk ve şişliğin artması, trombositopeni ve koagülopatisinin gelişmesi nedeniyle hasta hastanemize sevk edildi. Hastanın fizik muayenesinde, gluteal bölgede ve sol bacakta yaygın şişlik ve ekimozu vardı [Resim 1] ve diğer sistem muayeneleri normal idi. Manyetik rezonans görüntülemesinde gluteal bölgede apse ile uyumlu görünüm olduğu raporlandı. Sepsise sekonder dissemine intravasküler koagülopati (DIC) geliştiği düşünüldü. DIC için kriyopresipitat, trombosit, fibrinojen desteği uygulandı. Alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Antibiyoterapiye rağmen sol bacakta şişliğin artması, sırt ve gluteal bölgeye yayılması [Resim 2] nedeniyle kompartman sendromunu önlemek için hasta opere edildi ve operasyonda cilt altı ve kas yapıları arasında uzanım gösteren lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu KHE ile uyumlu bulundu. Hastaya KHE tanısıyla prednizolon ve propranolol başlandı. Hastanın lezyonlarının yayılması, laboratuvar bulgularının düzelmemesi üzerine tedavisine vinkristin eklendi. Hastanın radyoterapi ve ileri onkolojik tedavileri için başka bir onkoloji merkezine sevk yapıldı.

Sonuç: Infantil dönemde cilt ve cilt altı dokularda hızla büyüyen şişlik, ödem, ekimoz ve endurasyon varlığında özellikle KHE akılda tutulması gereken tanılardan biridir. Kaposihemanjiyoendotelyomada gelişen tüketim koagülopatisi, kanamaya neden olarak mortalite ve morbidite riskini artırabilir. Medikal tedaviye yanıtı değişken ve kontrol edilmesi zor olabilen KMS tanı ve tedavisindeki gecikmelerin, mortalite ve morbiditeyi artıracığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiyoendotelyoma, Kasabach-Meritt Fenomeni

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-006

Artrit ve Osteomyelitle Seyreden Bruselloz Olgusunda Çoklu Pulmoner Nodüller

Fatma Kılınç¹, Asena Ünal¹, Fatma Tuğba Çetin¹, Emel Bakanoğlu¹, Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Adana

Giriş: Bruselloz; tekrarlayan ateş, halsizlik, eklem ağrıları, iştahsızlık semptomlarıyla prezente olan ve ülkemizde endemik olarak görülen bir hastalıktır. Brusellaya bağlı pulmoner tutulum nadirdir. Akciğerde soliter nodüller, pnömoni, ampiyem, plevral efüzyon, paratrakeal lenfadenopati görülebilmektedir. Pulmoner tutulum inhalasyon yoluyla veya hematogen yayılımla oluşmaktadır. Bu yazıda kemik ve eklem tutulumunun yanı sıra çoklu pulmoner nodülleri olan bir bruselloz olgusu sunuldu.

Materyal ve Metot: Hasta dosyası incelenerek hasta bilgilerine ulaşıldı.

Bulgular: 6 aydır gezici eklem ağrıları olan 15 yaş erkek hasta son 1 haftadır olan ateş, şiddetli sol kalça ağrısı ve yürüyememe yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Evde koyun besleme ve çiğ peynir tüketme öyküsü olan hastadan alınan kan tetkikinde Brusella lam aglutinasyon testi pozitif ve tüp aglutinasyon titresi 1/640 olarak geldi. Hastaya yaşına ve kilosuna uygun dozda doksisisiklin, streptomisin, rifampisin başlandı. Çekilen alt ekstremite manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral iliyak kanatlarda sakroiliyak eklem komşuluğunda inflamasyon lehine kontrastlanma ve sol sakroiliyak eklem anterior komşuluğunda 11x16mm apse ayrıca iliyak kanat düzeyinde primer osteomyelit ile uyumlu görünüm mevcut idi. Kan kültüründe Brucella melitensis üredi. Ekokardiyografisi normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde bilateral akciğerlerde büyüğü 1cm olan çok sayıda nodüler lezyonlar görüldü. Hastanın bruselloz tedavisinin dördüncü ayı tamamlandıktan sonra çekilen toraks BT'de akciğerdeki nodüllerin sayı ve boyutunda regresyon görüldü.

Sonuç: Bruselloz en sık görülen zoonotik hastalıktır fakat pulmoner tutulum nadir görülmektedir. Bruselloz tanısı alan hastalar akciğer tutulumu açısından değerlendirilmelidir. Ülkemizde bruselloz endemik olarak görüldüğü için olası nedenlere yönelik tedavi verilen ve düzelmeyen pnömonilerde bruselloz da akılda tutulması gereken hastalıklardandır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Pulmoner Nodü

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-007

HIV'li Adölesanlarda Yeni Bir Kombine Antiretroviral Tedavi: Biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid

Neslihan Mete Atasever¹, Ayşe Büyükcem¹, Selda Hançerli Törün¹, Ayper Somer¹

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

Giriş: Biktegravir, dirence karşı yüksek genetik bariyere sahip güçlü bir integras sarmal transfer inhibitörüdür. Emtrisitabin ve tenofovir alafenamid ile birlikte formüle edilen Biktegravir (BIC/FTC/TAF), yetişkinler ve ergenler için tercih edilen tek tablet rejimi olarak Avrupa ve ABD HIV pediatri tedavi kılavuzlarında 25 kg üstü çocuk olgulara önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, naif HIV'li ergenlerde başlangıç tedavisi olarak biktegravir kullanımının tedavi yanıtı ve yan etki profilini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde 2023 yılında yeni tanı almış naif adölesan, yaşları 12-18 arasında ve ≥ 25 kg olan HIV'li, ≥ 6 ay boyunca günde bir kez birlikte formüle edilmiş biktegravir 50 mg, emtrisitabin 200 mg ve tenofovir alafenamid 25 mg'dan oluşan sabit doz rejimi alan hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikleri, ilaç yan etkileri, HIV RNA kopya sayıları, klinik ve immünolojik evreleri değerlendirildi.

Bulgular: Sekiz HIV'li adölesan hastaya BIC/FTC/TAF başlandı. Hastaların dördüne direnç ve tedavi uyumsuzluğu nedeniyle ilaç değişimi yapılmıştı. Çalışmamızda antiretroviral tedavi (ART) naif, yaşları 15-17 yaş aralığında 4 adölesan HIV'li değerlendirildi. Tüm hastalar erkekti. Hastaların Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) HIV enfeksiyonu sınıflandırmasına göre hastalardan biri klinik evre 2, diğerleri evre 1 iken, ikisi immünolojik evre 1, ikisi evre 2'ydi. Başvuru viral yükleri; 1,580,000kopya/mL, 373,000kopya/mL, 150,000kopya/mL, 2790kopya/mL'di. Takiplerinde tüm hastaların 6 aylık tedavi sonrası bakılan plazma viral yük < 50 kopya/mL saptandı. Tek tablet rejimi ile tedavi uyumu yüksek saptanan ve yan etki görülmeyen BIC/FTC/TAF kombine formülasyonu, virolojik baskılanma gördüğümüz tüm hastalar, ergen yaş grubunda, maksimum etkili ve uyumu kolaylaştıran bir tedavi rejimi hedefini sağlamış olarak değerlendirildi.

Sonuç: BIC/FTC/TAF, dirence karşı yüksek genetik bariyeri nedeniyle, tedaviye uyumun zayıf olması ve viral başarısızlık riskinin yüksek olmasından dolayı pediatrik popülasyonda özellikle faydalı olabilir. Bu nedenle, uzun vadeli etkinliği hakkında veri sağlamak, yıllarca ART'ye ihtiyaç duyacak olan adölesanlarda özel bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Biktegravir, Adölesan, HIV, Antiretroviral, Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-008 (SUNULMADI)

Bilateral Mastoiditli Hasta

Ali Sami Başarır¹

¹Burdur Devlet Hastanesi, Burdur

²Burdur Devlet Hastanesi, Burdur

Giriş: Mastoidit , AOM nadir görülen ancak ciddi bir komplikasyondur. Kulak kepçesinin hemen arkasındaki kemik dokusu mastoid kemik olarak adlandırılır, buradaki havalı hücrelerin enfeksiyonuna ise mastoidit adı verilir. Akut mastoidit tipik olarak akut orta kulak enfeksiyonunun bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Kronik, latent ya da maskelenmiş mastoidit ise kronik orta kulak enfeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak son yıllarda artan bakteri direnci AOM enfeksiyonunda yeterli süre ve dozda antibiyotik kullanılmamasına bağlı görülme sıklığı artmıştır.

Materyal ve Metot: laboratuvar bulgularında lökositöz ve akut faz reaktan yüksekliği mevcuttu. hastanın antiyoterapiye rağmen altı gündür süren dirençli ateşinin olması AOM bulgularının devam etmesi üzerine, başka ateş odağının olmaması mastoidit bölgesinde hassasiyetin olması nedeni ile çekilen temporal kemik tomografisinde bilateral mastoidit saptandı. Hastaya çekilen temporal kemik MRG sonucunda her iki mastoidit antrumunda ve mastoidit selülerde yaygın enflamatuvar mukozal kalınlaşma ve mastoid havalanmayı tamamen oblitere eden yumuşak doku artımı dikkati çekmiştir. Bulgular bilateral mastoidit ile uyumludur şeklinde saptanmıştır. hastanın yatışı yapıldı ve seftriakson tedavisi başlanmıştır. ikinci günün sonunda ateşi kontrol altına alınmış yedinci günün sonunda oral ceftinir tedavisi ile taburcu edilmiştir. cerrahi bir girişim planlanmamıştır.

Bulgular: hasta altı yaşında daha önceden sağlıklı ancak altı gündür geçmeyen dirençli ateşi yüzünden polikliniğe başvurmuştur. Altı gün önce kulak ağrısı, ateş yüzünden acile başvurmuş AOM tanısı ile Ko-amaksilav tedavisi başlandığı öğrenilmiştir. hastanın tüm aşıları da tamdı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi vital bulguları tamdı. Sağ dış kulak yolu ve kulak zarı hiperemik, sağ kulak zarı bombe görünümündeydi. Mastoid kemik üzerinde kızarıklık yine sağ kulak arkasında hassasiyet mevcuttu. Yüksek ateş ve zonklayıcı tarzda kulak ağrısı mevcuttu sistemik muayenesi doğaldı.

Sonuç: AOM çocuklarda sık görülen ve genelde iyi seyirli bir enfeksiyondur. Mastoidit tedavi edilmezse ortaya çıkabilir ve hayatı tehdit eden ciddi sağlık sorunları meydana gelebilir. Erken tanı ile mastoiditlerin büyük çoğunluğu komplikasyon ve ciddi düzeyde işitme kaybı gelişmeden iyileşirler. özellikle uzun süren ateş yada otalji durumunda mastoidit gelişebileceği düşünülmesi gerekirse ileri incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: AOM, Ateş, Çocuk, Mastoidit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-009

Milier Tüberküloz'a Sekonder Hemofagositik Lenfositosis

Nesli Ağralı Eröz¹, Aslıhan Arslan Maden¹, Muhammed Yasin Akçakoca², Altunay Mukhtarlı², Fatih Durak³, Gökçen Özçiftçi⁴, Ayşe Berna Anıl³, Dilek Yılmaz⁵

¹İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

⁴İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Mycobacterium tuberculosis çok farklı klinik prezentasyonlara yol açarak özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek morbidite ve mortalite nedenidir. Hem tüberküloz hem hemofagositik lenfositosis farklı prezentasyonlara sahip olduğundan tanı koymak güç olabilmekle birlikte erken teşhis ve tedavi önem arz etmektedir.

Bulgular: OLGU 1: Üç yıldır nefrotik sendrom nedeniyle takipli olan daha önce siklosporin ve steroid tedavisi (0,5 mg/kg/gün) ile takip edilen 16 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, halsizlik, karın ağrısı, burundan aktif kanama yakınmasıyla acil servise başvurdu. Takipnesi ve bilateral ralleri olan hastanın akciğer grafisinde yaygın infiltrasyonları olması nedeniyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğerde tomurcuklanmış ağaç görünümü (tree in bud) ve fokal nodüler infiltrasyonlar izlendi. Hemogramında lökosit 3000/L (nötrofil 2630/L, lenfosit 190/L), hemoglobün 9,9 g/dl, trombosit 8000/L saptandı. Kreatinin yüksekliği (1,9 mg/dl) ve hiperferritinemisi (14440 µg/l) olan hasta hemofagositik lenfositosis (HLH) ön tanısıyla çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İmmünyüpresif tedavi altında olan hastaya meropenem, amikasin, teikoplanin, klaritromisin, amfoterisin-B, trimetoprim-sulfometaksazol ve oseltamivir tedavileri başlandı. Kemik iliği materyali HLH ile uyumlu saptandı. Endotrakeal aspirat örneğinde tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) 2 kez pozitif saptandı ve tedavisi izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid olarak güncellendi. OLGU 2: 16 yaşında erkek hasta 3 gündür olan ateş yüksekliği, çarpıntı, nefes darlığı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Hastanın takipnesi ve sağ akciğer bazalinde solunum seslerinde azalma vardı. Akciğer grafisinde yaygın diffüz infiltrasyon görünümü ve toraks bilgisayarlı tomografide (BT) buzlu cam dansitesi görünümü ile sağ hiler alanda lenfadenomegali saptandı. Hastaya ampirik olarak sefotaksim, vankomisin, oseltamivir ve trimetoprim-sulfometaksazol başlandı. Hastanın balgamdan gönderilen tüberküloz PCR ve ARB pozitif saptanması üzerine antitüberküloz tedavileri (izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid) başlandı. Hastanın izlemde dirençli ateş yüksekliği, bisitopeni (lökosit 16130/L nötrofil 15440/L hemoglobün 8.1 g/dl PLT:80 000/L) ve hiperferritinemi (11124 µg/l) olması nedeniyle kemik iliği yayması yapılarak HLH olarak değerlendirildi.

Sonuç: Tüberküloz vakalarında bisitopeni ayırıcı tanısında hemofagositik lenfositosis akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi mortaliteyi önlemek adına önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Hemofagositik Lenfositosis, Miliyer Tüberküloz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-010

Aşı ile Önlenebilir Bir Hastalık "Tetanoz": Olgu Sunumu

Hatice Uygun¹, Mehmet Boşnak²

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Tetanoz, aşılama programlarının yetersiz olduğu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her yaş grubunda görülebilen bir enfeksiyon hastalığı iken gelişmiş ülkelerde aşılanmanın yapılmadığı ve/veya aşının koruyuculuğunun azaldığı, dozların geciktirildiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu yazıda, vucutta kasılma ve trismus ile başvuran olguda görülen jeneralize tetanozu klinik seyri ve tedavi yaklaşımlarıyla birlikte sunmayı amaçladık

Materyal ve Metot: Olgu sunumu: 16 yaşında bebeklik aşılarının yaptırılmadığı erkek hasta hastanemize tüm vucutta kasılma, trismus ve terleme şikayeti ile başvurdu. Spazmlar alt ekstremiteden başlayarak ilerledi ve opistotonus ile uyumlu hale geldi. Ayrıca çene hareketlerinde kısıtlılık, kas sertliği ile aşırı miktarda terleme vardı. Olgunun 6 gün önce ayak tabanına çivi batma öyküsü vardı ve bu şikayet ile başka bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve tek doz tetanoz aşısı yapılmış idi. Aşıya rağmen kasılmaları başlayan ve geçen zaman içerisinde artan hastada beraberinde trismus, terleme, taşıkardi, göğüs ağrısı da gelişmişti. Mevcut klinik bulgular ile olguya jeneralize tetanoz tanısı kondu ve tetanoz immünglobulini 500/IU im olarak yapıldı. İntravenöz metronidazol (30 mg/kg/ gün/8 saatte bir) ve seftriakson (100 mg/kg/ gün/12 saatte bir) tedavileri başlandı. Olgu yoğun bakım takibine alındı. Tüm destek tedavileri başlandı. Yatışının üçüncü gününde kasılmalarının artması, genel durumunun kötüleşmesi, solunum sıkıntısının belirginleşmesi üzerine entübe edilerek mekanik ventilatörde takip edilmeye başlandı. 46 gün yoğun bakımda izlenen olgu sonrasında pediatrik enfeksiyon hastalıkları servisine alındı. 15 gün servis takibi sonrasında ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Unutulmuş olsa da günümüzde hala morbidite ve mortalitesi yüksek olan tetanoz için çocukluk döneminde tam tetanoz aşısının yapılması ve yetişkinlik döneminde tekrar aşılanmasının sürdürülmesinin gerekliliğine vurgu yapılmalıdır. Olgumuz, tipik klinik öyküsü olan, aşılanmamış bir pediatrik tetanoz olgusudur. Benzer klinik bulgularda klinik şüphenin sürdürülmesi, zamanında müdahale edilmesi hastalara en iyi tedavi sonucunun sağlanması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Clostridium Tetani; Çocuk; Tetanoz; Trismus.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-011

Çocuklarda Ventrikuloperitoneal Şant Enfeksiyonlarının 6 Yıllık Değerlendirilmesi

Pınar Önal¹, Deniz Aygün¹, Gözde Sever¹, Beste Eren¹, Ender Vergili², Gülşen Kes¹, Ece Orbay¹, Ali Metin Kafadar², Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Hidrosefali, çocuk hastalarda konjenital veya edinsel farklı nedenlerden dolayı görülebilir. Hidrosefalinin tedavisinde ventrikuloperitoneal/ventrikuloatrial veya lumboperitoneal şantların ventrikül içine yerleştirilmesi sık kullanılan etkili tedavi yöntemleridir. Ventriküler şantlar, hastaya bağlı veya operasyonla ilgili farklı faktörler (hasta yaşı, tanısı, operasyon süresi, antibiyotik profilaksisi, cilt temizliği) nedeniyle enfekte olabilmektedir. Şant enfeksiyonuna en sık neden olan mikroorganizmalar Staphylococcus aureus ve Staphylococcus epidermidis'tir. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen ve şant enfeksiyonu tanısı alan çocuk hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çocuk Sağlığı ve Beyin Cerrahisi Anabilim dalları tarafından takip edilen ve son 6 yıl içinde şant takılan 180 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Şant enfeksiyonunu düşündüren bulgular (ateş, kusma, nörolojik bulgu) beraberinde beyin omurilik sıvısında üremesi olan veya biyokimyasal belirteçleri/hücre sayımı patolojik olan hastalar şant enfeksiyonu olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastalardan 35'inin şant enfeksiyonu, 52'inin şant disfonksiyonu tanısı aldığı belirlendi. Şant enfeksiyonu grubunun yaş aralığı 3 ay-18 yaş arası değişmekteydi. Kız-erkek hasta oranı 0.75 saptandı. Etiyolojide konjenital anomaliler ve intraventriküler hemoraji en sık nedenlerdi. Şant takılması-enfeksiyon arasında geçen süre 9 gün-12 yıl arasında değişmekteydi ve hastaların %78'i erken şant enfeksiyonu iken, %30'unun şant enfeksiyonunun tekrarladığı izlendi. Ateş ve kusma en sık izlenen yakınmalardı. Hastaların beyin omurilik sıvılarında en sık saptanan mikroorganizmalar Staphylococcus aureus ve Staphylococcus epidermidis olup bunları gram negatif etkenler izlemektedir. Hastalarda lökositoz (52%), C-reaktif protein yüksekliği (71%), pleositoz(45%), BOS glukoz düşüklüğü(37%) oranlarında izlendi. Tüm hastalar ekstraventriküler draneja alındı ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandıktan sonra etkene göre tekrar düzenlendi. Tedavi süresi 10-21 gün arasında değişmekteydi. Hastaların tümü ventrikuloperitoneal şantla takip edilmekteyken, 2 hastanın şantı nöroşirurji tarafından ventrikuloatrial şanta değiştirildi.

Sonuç: Şant enfeksiyonları hidrosefali tanılı çocuk hastalarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Çalışmamızda şant enfeksiyonlarının en sık nedeni konjenital anomaliler ve intraventriküler hemoraji olarak saptandı. Etken olarak en sık saptanan mikroorganizma Staphylococcus türleriydi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hidrosefali, Şant, İnfeksiyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-012 (SUNULMADI)

Çocuk Lösemi Hastalarının Febril Nötropeni Ataklarının Üriner Sistem Enfeksiyonu ile İlişkinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Hakan Arslan¹, Hüseyin Gülen¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa

Giriş: Febril nötropeni kemoterapi alan kanser hastalarının sık ve önemli bir komplikasyonudur. Bu çalışma çocukluk çağı lösemi hastalarında febril nötropeni ataklarının idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkisinin gösterilmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı'nda 2013- 2020 yılları arasında lösemi hastalarının febril nötropeni atakları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmada 128 febril nötropeni atağını inceledik. Febril nötropeni ataklarının enfeksiyon odaklarına baktığımızda; %21,1 bakteriyemi, %10,9 kültür pozitif üriner sistem enfeksiyonu, %10,1 olası İYE ve %17,9 odak bulunamayan ateş olarak değerlendirildi. Kesin ve olası İYE tespit edilen atakların toplamı (%21), bakteriyemi insidansı (%21,1) ile neredeyse eşit sonuçlandı. Febril nötropenik çocukların idrar analizinde lökositesteraz, nitrit, lökositüri, duyarlılıkları (sırasıyla %42,5, %35,5, %50) kısıtlı bulundu. Çalışmamızda tüm febril nötropeni ataklarının idrar örneklerine baktığımızda 30'unda (%23,5) idrar analizinde bulgu var fakat sadece 8'inde (%26,6) idrar kültür üremesi oldu, geri kalan 22 (%73,4) idrar analizinde bulgu olmasına rağmen idrar kültür üremesi gerçekleşmedi. Ek olarak başlangıçta olası İYE düşünülen 18 (%14) febril nötropeni atağının 5'inde (%27,8) idrar kültür pozitifliği saptandı, geri kalan 13'ünde (%72,2) idrar kültür üremesi gözlenmedi (üreme eşik değeri 105CFU/ml alındığında).

Sonuç: Üriner sistem enfeksiyonunun febril nötropenili pediatrik hasta grubunda yaygın olduğunu gördük. APA 2011 tarihinde yayınladığı üriner sistem enfeksiyonu protokolünde önerilen, bizim çalışmamız dâhil çoğu laboratuvarında kabul gören, idrar kültür pozitifliği için orta akım idrarında 105CFU/ml patojen üreme sınırının özellikle nötropenik hastalar için yüksek olduğu düşünülebilir. Zira çalışmamızdaki veriler bunu desteklemekte, eğer daha düşük üreme eşik değerleri alınsaydı, enfeksiyon odak noktalarından olası İYE olarak değerlendirdiğimiz %10,1 febril nötropeni atağının azalıp, kesin İYE olgularının artacağı düşünülebilir. İdrar yolu enfeksiyonunun oluşmasını etkileyen farklı değişkenlerin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Modele alınan değişkenler hastaların cinsiyeti, tanısı, mutlak nötrofil sayıları, CRP değerleri, idrar lökosit-esteraz, nitrit, lökositüri ve dizüri oldu. Modelde idrarda nitrit pozitifliğinde İYE varlığı riskinin 15,27 kat (%95 GA 3,47-67,11) daha fazla olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Çocuklarda Lösemi, Lösemide Febril Nötropeni, Üriner Sistem Enfeksiyonu.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-013

Bruselloz Tanılı Çocuk Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Ayşe Karaaslan¹, Ceren Çetin¹, Merve Akçay², Damla Beytorun², Nahide Haykır Zehir², Yasemin Akın²

¹SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul

²SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Bruselloz, insanlarda genellikle sığır, keçi, koyun gibi hayvan ürünlerinin pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketimi ile bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Klinikte sinsi başlangıçlı ateş, halsizlik, gece terlemesi, eklem ağrıları, baş ağrısı gibi bulgular görülmekle birlikte ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Materyal ve Metot: SBÜ İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Mayıs 2015-Mayıs 2023 tarihleri arasında hastaneye bruselloz tanısıyla yatan 18 yaş altı çocuk hastalar çalışmaya alındı. Brusella için seroloji titresi $\geq 1:160$ olan veya kan kültüründe Brucella spp. pozitif olan hastalara bruselloz teşhisi konuldu.

Bulgular: Çalışmaya bruselloz tanısı konan 35 çocuk dahil edildi. Hastaların 22'si erkek, 13'ü kızdı ve ortalama yaş 154.2 ± 53.1 ay saptandı. En sık başvuru semptomu eklem ağrısı (%51.4) olarak belirlendi, bunu sırasıyla ateş (%31.4), baş ağrısı (%17.1) ve karın ağrısı (%5.2) izledi. Eklem ağrısı olan hastaların 11'i (%31.4) poliartralji ile, 7'si (%20) monoartralji ile başvurdu. En sık saptanan fizik muayene bulgusu hepatomegali (%48.6) olarak belirlenirken, splenomegali (%40) ikinci sıklıkta saptandı. %17.1 hastada eklem tutulumu saptanmış olup, tutulum yerleri açısından değerlendirildiğinde 3 (%8.6) hastada sakroiliya, 2 (%5.7) hastada ayak bileği ve 1(%2.9) hastanın diz eklemine tutulduğu gözlemlendi. Tüm hastaların kan kültürleri alındı ve uzun ekim yapıldı ve 3 (%8.6) hastanın kan kültüründe Brucella spp. üremesi oldu. Yaşları sekiz yaşın üzerinde olan 28 (%80) hastaya doksisisiklin ve rifampisin oral tedavileri verilirken, yaşları 8 yaşın altında olan 7 (%20) hastaya trimetoprim-sulfometaksozol ve rifampisin oral tedavi kombinasyonları verildi. Ayrıca 10 (%28.5) hastaya aminoglikozid ile üçlü kombinasyon tedavisi uygulandı. Eklem tutulumu olan hastalarda tutulum olmayanlara göre nötrofil sayısı ve tedavi süresi daha fazla bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Dünya çapında en yaygın görülen zoonotik hastalık olan bruselloz kaynakların kısıtlı olduğu birçok ortamda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Süt ve süt ürünlerinin pastörize edilerek kullanılması gibi basit önlemler hastalığın önlenmesinde büyük rol oynadığından halk sağlığı denetimleri büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Çocuk, Eklem Tutulumu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-014

Kızamık İlişkili Akut Pankreatit Olgusu

Pınar Yükkaldıran¹, Zeynep Savaş Şen¹, Nursel Atay Ünal¹, Ayşe Kaman¹, Fatma Nur Öz¹, Türkan Aydın Teke¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Ankara

Giriş: Kızamık, oldukça bulaşıcı sistemik bir viral enfeksiyondur. Kızamık enfeksiyonundan sonra gelişen sekonder enfeksiyonlar kızamığa bağlı ölümlerde önemli rol oynar. Enfeksiyöz nedenler nadiren akut pankreatit etkeni olabilir ve kızamık enfeksiyonu seyri sırasında pankreatit bildirilmiştir.

Materyal ve Metot: Bu yazıda kızamık ile ilişkili akut pankreatit olgusunu sunduk.

Bulgular: Yedi yaş erkek hasta dört gündür ateş ve beşinci günde yüzden başlayarak gövdeye yayılan döküntü ve kusma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Yabancı uyruklu hastanın aşıları yapılmamıştı. Fizik muayenesinde orofarenksi hiperemikti. Dudaklarında soyulma ve kızarıklık ile yüz, gövde, kollar, bacaklar, sırt ve poposunda basmakla solan makülopapüler döküntüleri mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 9,6 g/dl, beyaz küre sayısı 2850 (%34 lenfosit), eritrosit sedimentasyon hızı 16 mm/saat, C-reaktif protein 13,2 mg/dL idi. Biyokimyasında ürik asit 11,6 mg/dL, amilaz 554 U/L, lipaz 513 U/L diğer karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal saptandı. Mevcut bulgular ile kızamık ön tanısı ile Kızamık IgM, IgG, nazofaringeal sürüntü örneği ve idrardan kızamık polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) için numune gönderildi. Hasta izolasyon önlemleri altında takibe alınarak çocuk gastroenteroloji bölümüne konsülte edildi. Orali kapalı, nazogastrik sonda ile serbest drenajda takip edildi. Abdominal ultrasonografisinde; pankreas gövde kesimi ve orta hat yapılar izlenebilen kesimleri doğal olarak raporlandı. Hastaya proton pompa inhibitörü ve allopürinol tedavisi başlandı. Hastanın takibinde amilaz, lipaz değerlerinde gerileme gözlemlendi. Yatışının dördüncü gününde sıvı gıdalarla beslenmeye başlandı. Hastanın Kızamık IgM sonucu pozitif sonuçlandı. Hasta 12 gün yatış ardından şifayla taburcu edildi.

Sonuç: Kızamık enfeksiyonunun seyri sırasında morbidite ve mortalite nedeni olabilen çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Viral akut pankreatit oldukça nadirdir. Kızamık seyri sırasında özellikle gastrointestinal sistem semptomları belirgin olan hastalarda akut pankreatit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, Çocuk, Pankreatit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-015

Kızamık Enfeksiyonu Sırasında Gelişen Pnömoniye Sekonder Pnömotoraks Olgusu

Pınar Yükkaldıran¹, Fatma Nur Öz¹, Ayşe Kaman¹, Türkan Aydın Teke¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Ankara

Giriş: Kızamık, kızamık virüsünün neden olduğu oldukça bulaşıcı sistemik viral bir enfeksiyondur. Kızamık enfeksiyonundan sonra gelişen sekonder enfeksiyonlar kızamığa bağlı ölümlerde önemli rol oynar. Bronşiolit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, özellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda kızamık vakalarında önde gelen ölüm nedenidir.

Materyal ve Metot: Burada kızamık ile ilişkili pnömoni ve buna sekonder gelişen pnömotoraks olgusu sunuldu.

Bulgular: Üç aylık kız hasta 2 gün önce boyundan başlayan, yüze ve gövdeye yayılan döküntü, ateş, dünden beri artan öksürük, emmede azalma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Aşılı yapılmamıştı. Dört yaş ve bir buçuk yaş kardeşlerde ve annede benzer döküntüler mevcuttu. Fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın, basmakla solan makülopapüler döküntü, her 2 gözde konjonktivit, takipne, dinlemekle solunum seslerinde kabalaşma, sağ akciğer bazalinde ralleri mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 11,3 g/dl, beyaz küre sayısı 13250 (%25 lenfosit), eritrosit sedimentasyon hızı 11 mm/saat, C-reaktif protein 8,1 mg/dL idi. Hastaya mevcut bulgularla kızamık ön tanısı konuldu, izolasyon önlemleri alındı. Kızamık IgM, IgG, nazofaringeal sürüntü örneği ve idrar polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) için numune gönderildi. Hastanın takiplerinde solunum sıkıntısının artması ve desatüre olması nedeniyle çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer lateralinde pnömotoraks hattı görüldü (Şekil 1), hasta çocuk yoğun ünitesine devredildi. Toraks tüpü takıldı ve yüksek akışlı nazal kanül ile takibe alındı. Hastanın idrar PZR, Kızamık IgM sonucu pozitif sonuçlandı. Hasta yatışının 12. gününde şifayla taburcu edildi.

Sonuç: Kızamık enfeksiyonunun morbidite ve mortalitesi yüksektir. Komplikasyonların öncelikle aşılınmamış ve tek doz aşı yapılan çocuklarda görülmesi kızamık aşısının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, Çocuk, Pnömoni

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-016 (SUNULMADI)

Çocuklarda Çoklu İlaça Dirençli Mikroorganizmalarla Gelişen Enfeksiyonların Tedavisinde Tigesiklin Deneyimi

Gülhadiye Avcu¹, Sema Yıldırım Arslan¹, Aslı Arslan¹, Nihal Karadaş², Ülgen Çeltik³, Doğan Barut⁴, Eda Turanlı⁵, Feriha Çilli⁶, Zafer Kurugöl¹, Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematolojisi Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir,

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İzmir

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Çoklu ilaca dirençli mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonların görülme sıklığı dünya çapında artmakta ve önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Tigesiklin, geniş bir antibakteriyel aktivite spektrumuna sahip olduğundan tedavide iyi bir seçenek haline gelmiştir. Pediatri pratiğinde tigesiklinin kullanımını değerlendiren sınırlı sayıda çalışma literatürde yer almaktadır. Bu çalışmada, hastanede yatan ve tigesiklin tedavisi gören çocukların klinik ve laboratuvar sonuçlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde 1 Nisan 2018 - 30 Nisan 2023 tarihleri arasında yatarak tigesiklin tedavisi gören çocuk hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak toplandı. Tigesiklin tedavisinin etkinliğini ve güvenilirliğini belirlemek için demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 6 yıl (2,5 ay-17,5 yıl) olan toplam 67 (%65,7 erkek) hasta dahil edildi. Hastaların %83,5'inde altta yatan bir hastalık mevcuttu ve %55,2'si immünsüpresif idi. En sık görülen enfeksiyonlar; alt solunum yolu enfeksiyonları (%29,8), karın içi enfeksiyonlar (%20,9), kan dolaşımı enfeksiyonları (%17,9) ve yumuşak doku enfeksiyonları (%13,4) idi. En sık izole edilen mikroorganizma *Acinetobacter* spp. (%28,4) olurken, onu *Klebsiella* spp. (%19,4) ve *Enterococcus* spp. (%14,9) izledi. Tigesiklin hastaların %76,1'inde hedefe yönelik olarak kullanılmış ve sıklıkla kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak (%80,6) tercih edilmişti. Ortanca tedavi süresi 12 gün (aralık, 2-60 gün) idi. Klinik yanıt %65,6, mikrobiyolojik eradikasyon oranı %62,6 ve tedavi başarısızlığı %34,3 idi. Tedavi sırasında hiçbir önemli yan etki kaydedilmedi.

Sonuç: Çoğunlukla kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak tigesiklinin tercih edildiği bu çalışmada tigesiklin tedavisi ile klinik yanıt ve mikrobiyolojik eradikasyon oranı yüksek bulundu ancak enfeksiyon bölgelerine ve mikroorganizma türlerine göre başarı oranının değişiklik gösterdiği ortaya kondu.

Anahtar Kelimeler: Tigesiklin; Çoklu İlaça Dirençli; Çocuk; Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-017 (SUNULMADI)

Çocukluk Çağında Zonaya Bağlı İridosiklit Gelişen İmmün Kompetan Olgu

Ayşe Kakışım¹, Seray Vural¹, Canan Caymaz¹, Yusuf Berk Akbaş¹, Özge Kaba¹

¹İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Üveit olgularının yaklaşık %30'u bugün bile tanımlanmamış olmasına ve altta yatan neden daha çok immün aracılı üveitler olmasına rağmen bazı virüsler farklı oküler dokuları tutarak enfeksiyöz üveite neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda preseptal selülit ön tanısı ile takip edilirken zonaya bağlı iridosiklit tanısı alan bir olgu tartışıldı.

Bulgular: İmmün kompetan 11 yaşında kız çocuğu sağ göz kapağında ödem, eritem, sağ gözünü açamama ve göz kapağı çevresinde veziküler lezyonlar olması şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Preseptal selülit, zona ön tanıları ile intravenöz ampisilin sulbaktam, klindamisin, asiklovir ve topikal gansiklovir tedavisi başlandı. Tedavisinin 10. gününde göz kapağı ve çevresinde ödem, eritem veziküler döküntü belirtileri büyük oranda gerileyen hastanın göz muayenesinde iridosiklit tespit edildi ve tedaviye topikal prednizolon eklendi. Tedavisinin 17. gününde iridosiklit bulguları tamamen geriledi. Literatürdeki bilgiler ışığında hastanın iv asiklovir tedavisi 18 güne tamamlanarak ve oral valasiklovir ile tedavinin 10 haftaya tamamlanması planlanarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Zona geçiren çocuklarda göz çevresi tutulumunda hastaların sık aralıklarla izlenmesi gelişebilecek komplikasyonların erken tanısı ve tedavisi açısından son derece önemlidir. Çocuklarda herpes virüs ailesine bağlı üveitler görülebilmekle birlikte immün kompetan çocuklarda zonaya bağlı üveit bildirimleri son derece nadirdir. Göz kapağı ve gözü tutan zonaya bağlı cilt lezyonlarında üveit akılda tutulması gereken nadir bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Herpes Zoster, Üveit, İmmün Kompetan

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-018 (SUNULMADI)

Çocuklarda Enterokokkal Bakteriyemiler: 10 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Ayşe Çakıl Güzin¹, Şilem Özdem Alataş¹, İrem Ceren Erbaş¹, Hatice Karaoğlu Asrak¹, Elif Alaçam², Mahmut Cem Ergon², Nurşen Belet¹

¹Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

²Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Gastrointestinal sistem normal flora elemanı olan Enterococcus spp., kan dolaşımı enfeksiyonlarına neden olmakta ve çocuklarda %5-10 mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Artan antimikrobiyal direnç nedeniyle tedavi açısından güncellenmiş verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda kan kültürlerinde Enterococcus spp. izole edilenlerin kliniklerini, risk faktörlerini, antibiyotik direnç oranlarını ve tedavi stratejilerimizi belirlemeyi hedefledik.

Materyal ve Metot: 1 Ocak 2013 ve 30 Nisan 2023 arasında kan kültüründe Enterococcus spp. üremesi olanlar retrospektif değerlendirildi. Sepsis tanısı alanlar ve klinik olarak anlamlı üremeler çalışmaya alındı. Tekrarlayan üremeleri olan hastaların ilk epizodları çalışmaya alındı. Olguların demografik, klinik özellikleri, etkenin türü, antibiyotik duyarlılığı, yatış süresi ve mortalitesi değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 87 olguda 92 enterokokkal bakteriyemi görüldü. Ortalama yaşı 2.3 ± 3.9 yıl, %46'sı kızdı. En sık altta yatan hastalık %21,8 maligniteydi. Enterokokkal Bakteriyemilerin %78,2'si hastane kaynaklıydı, %43,7'sinde ise geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı vardı. Olguların %57,5'inde SVK mevcutken, bakteriyemilerin %38'i kateter kaynaklı kan dolaşımı enfeksiyonutanası aldı. E.faecalis (%27,5), E. faecium (%39) sıklıkla saptanırken suşların %27'sinde tür tayini yapılamadı. E.faecalis suşlarında antibiyotik direnç oranı, E. faecium'a göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (%33,3'e %79,4). E.faecalis'te ampicilin direnci %12,5, yüksek doz aminoglikozid direnci %25, vankomisin direnci yokken, E. faecium suşlarında ampicilin direnci %79,4, vankomisin direnci %20,4, yüksek doz aminoglikozid direnci %44,1 olarak saptandı. Ampirik olarak başlanan antibiyotik tedavisinin uygunluk oranı %60'tı. Hastane kaynaklı enterokok suşlarında antibiyotik direnci toplum kaynaklılara göre anlamlı olarak daha yüksekti (%88,5'e %9,6). Hastanede yatış süresi ortalama 57 gün (minimum 1, maksimum 374 gün), mortalite sıklığı %10,3'tü. Antibakteriyel direnç varlığı ile hastanede yatış süresi ile mortalite arasında anlamlı bir farklılık görülmedi.

Sonuç: Enterokokkal bakteriyemiler çoğunlukla altta yatan hastalığı olan çocuklarda görülen enfeksiyonlardır. Sağlık hizmet ilişkili enterokoklarda antibiyotik direnç sıklığının arttığı görülmekte olup, dirençli izolatların enfeksiyonunu önlemek için enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması gerekmekte ve tedavi uygunluğunun artırılması için bölgesel antibiyotik dirençlerinin bilinmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Enterokok, Bakteriyemi, Çocuk, Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-019

Mültecilerde Çocuklarda Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları Dağılımı, Etkenleri ve Direnç Paterni

Bilgen İstek aydemir¹, Pınar Yükkaldıran², Ayşe Kaman², Fatma Nur Öz², Türkan Aydın Teke²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Kliniği, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Ankara

Giriş: Ülkemiz yaklaşık 3,7 milyon mülteciye ev sahipliği yapmaktadır ve dünya çapında en büyük mülteci nüfusa sahip ülkedir. Göç sırasında ve sonrasında uygun olmayan yaşam koşulları, yetersiz sanitasyon koşulları, kaliteli gıda ve içme suyuna erişimin kısıtlı olması gibi birçok nedenle, mültecilerin çeşitli sağlık sorunları yaşaması olasıdır. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları (DYDE) hafif bir enfeksiyondan yaşamı tehdit eden ciddi enfeksiyonlara kadar farklı klinik özelliklerde görülebilmektedir. Özellikle çocukluk çağında enfeksiyon kaynaklı hastaneye yatışların sık nedenleri arasındadır. Bu çalışmada mültecilerde DYDE'lerinin klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda, Ocak 2012-Haziran 2022 tarihleri arasında çocuk enfeksiyon servisinde DYDE nedeniyle yatırılan 1 ay-18 yaş arasındaki mülteci hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen yıllar arasında Çocuk Enfeksiyon Kliniği'nde yatırılan 5187 hastanın %6,1'i mülteci hastalardı. Çalışmaya DYDE tanısı alan 106 hasta alındı. Hastaların %58'i erkek, ortanca yaşı 43 ay (aralık; 2-200 ay) idi. Yatış tanıları en sık sırasıyla; lenfadenit/lenf nodu apsesi (%34,9), kutanöz leishmaniasis (%16) ve dental kaynaklı bukkal selülit (%11,3) idi (Tablo 1). Hastaların 38'inden (%35,8) apse kültürü alınmıştı. Yedi (%18,4) hastanın apse kültüründe üreme olmayıp, altı (%15,7) hastada cilt florası üredi. Apse kültürü alınan hastaların 10'unda (%26,3) Metisilin dirençli Stafilococcus aureus, dokuzunda (%23,6) Metisilin duyarlı S. aureus, 2'sinde (%5,2) Streptococcus pyogenes, 1'inde (%2,6) S. pneumoniae, 1'inde (%2,6) Escherichia coli üremesi oldu (Tablo 1). İki hastanın apse materyalinde Mycobacterium tuberculosis polimeraz zincir reaksiyonu pozitif saptandı. Hastaların %81,1'ine sulbaktam ampsilin, %17'sine 3.kuşak sefalosporin, %9,4'üne glikopeptit, %20,8'ine klindamisin tedavisi başlandı.

Sonuç: Çocukluk çağında deri ve yumuşak dokuların enfeksiyonları hastaneye yatışın sık nedenleri arasındadır. Mülteci çocuklar hijyen, barınma, kalabalık yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar nedeniyle bu enfeksiyonlar için hassas bir topluluktur. Etken tespit edilen hastalarda dirençli patojenler önemli bir sorundur.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonu, Çocuk Enfeksiyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-020

Ebstein-Barr Virüse Bağlı Alice Harikalar Diyarında Sendromu, 4. Kranial Sinir Paralizisi

Nahıda Gokay¹, Mustafa Kömür², Edanur Yeşil¹, Güldane Dikme¹, Necdet Kuyucu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Enfeksiyöz mononükleoz; eksüdatif-membranöz tonsillit, ateş, servikal lenfadenopatiyle karakterize klinik bir durumdur. Çocuklarda nadir görülen Alice Harikalar Diyarında sendromu ve kranial sinir paralizisi Ebstein-Barr Virüs (EBV) enfeksiyonu tarafından tetiklenebilir. Bu olgu sunumunda EBV ilişkili Alice Harikalar Diyarında sendromu ve 4. Kranial sinir paralizisi gelişen olgudan bahsedilecektir.

Materyal ve Metot: EBV enfeksiyonu olan vaka sunumu yapılmaktadır.

Bulgular: Olgu:7 yaşında kız hasta annesini şişman, eşyaları olduğundan büyük görme, sol gözde içe ve yukarı kayma olması şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Şikayetlerinin 1 gün önce başladığı ve ataklar halinde olduğu bilgisi alındı. 3 gün önce düştüğü, kafasının çarptığı, çocuk acile başvurduğu, serebral bilgisayarlı tomografi görüntülerinin normal olduğu öğrenildi. 4 gün önce ateş, burun akıntısı, farenjit nedeniyle antibiyotik ve antipiretik kullandığı bilgisi alındı. Fizik muayenesinde tonsiller grade 2 hipertrofik, servikal zincirde en büyüğü 1*1 cm multiple lenfadenopatileri mevcut, sol gözde içe ve yukarı kayma olduğu saptandı. Tam kan sayımında beyaz küre 19590/mm³ (%37 parçalı, %60 lenfosit, %3 monosit), hematokrit: %41, Platelet:288000/mm³, AST: 39 U/L, ALT: 19 U/L, EBV VCA ve EA IgM, VCA IgG:pozitif, EA IgG, EBNA IgG negatif olarak sonuçlandı. Etyolojiye yönelik yapılan serebral tomografi, serebral ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemeleri, elektroensefalografi normal saptandı. Klinik ve serolojik olarak hastada enfeksiyöz mononükleoze bağlı 4. kranial sinir paralizisi ve Alice Harikalar Diyarında sendromu düşünüldü. Takibinin 4. haftasında hastanın illüzyon ve 4. kranial sinir paralizisi düzeldi. Çocuk nöroloji tarafından tetkikler sonuçlanana kadar nöbet şüphesi ile başlanan levetirasetam tedavisi izlemde azaltılarak kesildi.

Sonuç: Alice Harikalar Diyarında sendromu insanın görme, duyma, dokunma, duyum ve zaman olgusuna ilişkin algısında illüzyonlara neden olan nörolojik bir durumdur. Alice Harikalar Diyarında sendromundan etkilenen bireyler metamorfopsi olarak bilinen, nesnelere boyutlarına, kendi vücut kısımlarına ilişkin algılarında değişiklikler yaşayabilir. Bu belirtiler, semptomların başlangıcından iki ila dört hafta veya daha sonra ortaya çıkma eğilimindedir. EBV gibi herpes virüs enfeksiyonlarında kranial sinir tutulumu ortaya çıkabilir. Vakamız ile nadir görülen bu duruma dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyöz Mononükleoz, Kranial Sinir Paralizisi, Alice Harikalar Diyarında Sendromu, Ebstein-Barr Virüs

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-021

Lenfomayı Taklit Eden Bir Kedi Tırmığı Hastalığı Vakası

Güldane Dikme¹, Edanur Yeşil¹, Mehtap Akça², Nahıda Gokay¹, Necdet Kuyucu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

²Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Hatay

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı, Bartonella Henselea enfeksiyonunun en sık görülen belirtisidir. Çok küçük bir hasta grubunda santral sinir sistemi, karaciğer, dalak, kemik, kalp, göz veya cilt tutulumu gibi atipik klinik seyir veya ciddi sistemik tutulum görülebilir.

Materyal ve Metot: Bartonella Henselea vaka sunumu yapılmaktadır

Bulgular: Olgu: : 9 yaşında kız hasta sağ koltuk altında şişlik ve 3 gündür devam eden ateş şikayetiyle çocuk polikliniğine başvurdu. Ateş, 2x2 cm hassas, hiperemik, sabit aksiller lenfadenopatisi ve ipsilateral ön kolda 1 cm'lik püstülü vardı. Kilo kaybı ve gece terlemesi yoktu. Fizik muayenede ek bir bulgu yoktu. Ailesi kedi ve yavrularıyla oynadığını ancak herhangi bir kedi tırmalaması olmadığını söyledi. Yumuşak doku enfeksiyonu ve kedi tırmığı hastalığı ön tanıları için amoksisilin-klavunat ve azitromisin reçete edildi, poliklinik takibinde lomber ağrısı da olan hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Tam kan sayımı ve kan yayması normaldi. CRP 75 mg/L idi ve EBV, CMV, Salmonella, Brucella, Quantiferon, negatifti. Abdominal USG'de çok sayıda splenik hipoekoik nodül ve splenomegali saptandı. Önceki tedavileri ve hastanede klindamisin tedavisi ile aksiller lenfadenopatisi küçüldü, ancak ateşi 1 hafta daha devam etti. PET/BT'de T9 ve L1 vertebralarında metastaz için yüksek derecede şüpheli kemik lezyonları, sağ aksillada hipermetabolik lenfadenopati (SUVmax=10.2) ve dalakta malignite için şüpheli lezyonlar bulundu. Olguya lenfoma öntanısıyla kemik iliği aspirasyonu, biyopsisi ve aksiller lenf bezi biyopsisi yapıldı, sonuçlarla malignansi ekarte edildi. Bartonella Henselea IGM, IGG yüksek pozitif (IgM:1/100, IgG:1/320) saptandı. Doksisisiklin ve rifampisin tedavisi 6 haftaya tamamlandı. Takiplerinde 2 hafta sonra yapılan kontrol abdominal USG ve 2. ayında PET/CT raporlarında lezyonların tama yakın gerilediği-kaybolduğu gözlemlendi. Hastanın poliklinik kontrolleri devam etmektedir

Sonuç: Kedi tırmığı hastalığının tipik formları kendi kendini sınırlayan bir seyir gösterir ve 2-6 ay içinde kendiliğinden düzelir. Sistemik tutulumda en sık görülen atipik bulguların oküler, hepatosplenik ve nörolojik olduğu bildirilmiştir. Olgumuz lenfadenopati, yaygın splenik nodülleri ve kemik tutulumu olmasıyla lenfomayı taklit eden bir kedi tırmığı hastalığı vakasıydı.

Anahtar Kelimeler: Kedi Tırmığı Hastalığı, Bartonella Henselea, Çocuk Enfeksiyon, Nodul, Dalak

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-022

Olgularla Meningokok Hastalıkları

Perihan Eşsizöğlü¹, Tuğba Kandemir Gülmez¹, Elif Afat Turgut¹, Ayşe Hitay Telefon¹, Ulaş Özdemir¹, Gülsüm Sönmez¹, Merve Kılıç Çil¹, Ümit Çelik¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Adana

Giriş: Neisseria meningitidis; nonspesifik semptomlardan son organ yetmezliğine veya ölüme kadar hızlı ilerleyen hastalığa neden olabilen bakteriyel bir patojendir. Bu çalışmada 2018-2023 tarihleri arasında kliniğimizde N.meningitidis'e bağlı invaziv enfeksiyon ile izlenen 8 olgunun klinik ve laboratuvar bulguları sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Bu çalışma 2018-2023 tarihleri arasında AŞH Çocuk Enfeksiyon Kliniğinde İnvaziv meningokokal hastalık tanısı alan 8 olguyu içermektedir. Her bir olgunun demografik ve klinik özellikleri, hasta dosyalarından geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 5'i (% 62,5) kız, 3'ü (% 37,5) erkek idi. Yaşları 5 ay ile 17 yaş arasında değişmekte ve yaş ort 78 ay (6-204 ay) idi. Hastalar acile ateş (% 100), baş ağrısı (% 37,5), kusma (% 50), döküntü (% 37,5), karın ağrısı (% 12,5), lap (% 12,5), göğüs ağrısı (% 12,5), uykuya meyil %37,5) şikayetleri ile başvurdu. Hastaların 5'inin (% 62,5) fizik muayenesinde meningeal irritasyon bulguları mevcuttu. Hastaların 3'ünün yoğun bakım ihtiyacı olmuş. 1'i şok tablosunda, 1'i myokardit, 1'i atipik klinikte ateş ve şiddetli karın ağrısı ile izlenmişti. Hastalarımızın trombosit ort 233 103/µl (84-332) olup sadece 1'inde (% 12,5) trombositopeni mevcuttu. Hastaların CRP ort 140 mg/L (25-327) ve PCT ort 25,7 ng/mL (0,06-79,3) idi. Hastaların Bos protein ort 1562 mg/L (129-4795) yüksek ve glikoz ort 35,7 mg/dL (6-68) düşük olması nedeni menenjit ile uyumlu idi. Hastalarımızın 7'sinin (% 87,5) Bos pcr da 1'inin apse kx de N. Meningitidis saptandı. Serotiplendirilmesi yapılan hastaların 5'inin (% 62,5) nongrup, 1'i (% 12,5) B, 1'i (% 12,5) X, 1'i (% 12,5) Y grubu olduğu görüldü. Hastalara seftriakson ve vankomisin tedavileri başlandı. 3'ü meningokoksemi ve menenjit, 4'ü menenjit, 1'i LAP kliniği ile izlenen hastalar sekelsiz taburcu edildi.

Sonuç: Meningokok hastalığı, uygun tedavi başladıktan sonra bile hızla ilerleyebilen, yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur. Enfeksiyonun komplikasyonlarını azaltmak amacıyla parenteral antibiyotik tedavisinin mümkün olan en kısa sürede uygulanabilmesi için tanıdan erken şüphelenilmesi ve mümkünse örneklerden PCR çalışılması tanı konulmasını hızlandırır.

Anahtar Kelimeler: Neisseria Meningitidis, Menenjit, Meningokok

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-024

Pott's Puffy Tümör: Frontal Sinüzitin Nadir Komplikasyonu

Damla Seyhanlı¹, Şilem Özdem Alataş¹, İrem Ceren Erbaş¹, Esmâ Tuğba Kaşıkçı Mermer¹, Ayşe Çakıl Güzin¹, Eda Karadağ Öncel¹, Nurşen Belet¹

¹Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Pott's Puffy Tümörü(PPT), frontal sinüzit sonrası osteomyelitin eşlik ettiği subperiosteal apse olarak tanımlanır. Menenjit, ensefalit ve intrakranial abse gibi komplikasyonları önlemek için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Bu yazıda Pott's Puffy Tümör tanılı antibiyoterapi ile klinik iyileşmesi sağlanan 10 yaşında kız hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: 10 yaş, kız hasta, üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarında gerileme olmaması, yüz ve baş ağrısı başlaması üzerine başvurmuş. Muayenede; Ateş:38.5oC(timpanik), sol göz kapağında kızarıklık, şişlik, göz hareketleri olağan, sol frontal kemikte palpasyonla hassasiyet+şişlik mevcuttu, meninks irritasyon bulgusu yoktu.Hastaya akut rinosinüzit komplikasyonları açısından çekilen kontrastlı kranial MR görüntüleme, sol periorbital bölgede preseptal sellülit, solda ön kranial fossada dural kontrastlanma ve intraorbital-ekstrakonal yerleşimli 8mm çapında apse saptandı. Komplike sinüzit, preseptal selülit,Pott Puffy Tümör tanısı ile yatırılarak vankomisin, seftriakson, metronidazol başlandı. Göz, beyin cerrahi ve kulak burun boğaz bölümleri tarafından değerlendirilen hastada ön planda cerrahi girişim düşünülmedi. Tedavinin 3.haftasında yapılan kontrol görüntüleme, sol periorbital orbital bölgede izlenen ödem bir miktar gerilemiştir, ön kranial fossada dural kontrastlanma ve subperiostal abse gerilemiş olarak saptandı. Hastanın tedavisi 6 hafta intravenöz olarak devam edilip taburculuk sonrası oral antibiyoterapi ile 8 haftaya tamamlandı.Tedavi bitiminde çekilen kranial MR normal olarak yorumlandı.

Bulgular: PPT frontal sinüsü kaplayan subperiosteal apse ve ilişkili osteomyelit ile karakterize bakteriyel sinüzitin ciddi bir komplikasyonudur. Hastalığın en yaygın etiyolojisi streptokok veya stafilokok türleridir, ancak tipik olarak polimikrobiyaldir. Bu nedenle gram pozitifler ve anaeroblar için ampirik tedavi önerilen tedavidir. PPT'nin yönetimi hem antimikrobiyal tedaviyi hem de cerrahi müdahaleyi içerir. Cerrahi girişim sonrası osteomyelit için uzun süreli antibiyotik tedavisi gerekir. Yapılan çalışmalarda tedavi süresi 4-16 hafta arasında değişmekteydi.Bizim hastamızda cerrahi girişim olmaksızın 6 hafta intravenöz tedavi sonrası 2 hafta oral antibiyoterapi ile sekelsiz iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç: PPT tedavisine bireyselleştirilmiş, hedefe yönelik ve disiplinler arası bir yaklaşım, hastalığın başarılı bir şekilde tedavisi için kritik öneme sahiptir. Uygun tedavi, birçok hastanın uzun vadeli sekel bırakmadan tamamen iyileşeceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pott's Puffy Tümör, Frontal Sinüzit, Osteomyelit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-025

6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Sonrası Hastaneye Başvuran Hastalarda Karşılaşılan Enfeksiyonlar

Edanur Yeşil¹, Nahida Gokay¹, Mehtap Akça², Berfin Özgökçe Özmen³, Güldane Dikme¹, Serra Sürmeli Döven⁴, Özlem Tezol⁵, Fatma Durak⁶, Merve Mısırlıoğlu⁷, Mehmet Alakaya⁷, Feryal Karahan⁸, İsa Kılıç⁹, Necdet Kuyucu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

²Hatay Devlet Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Hatay

³Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Mersin

⁴Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Mersin

⁵Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

⁶Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Mersin

⁷Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Mersin

⁸Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Mersin

⁹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: 6 Şubat 2023 tarihinde peşpeşe meydana gelen Kahramanmaraş depremlerinde bölgede sağlık hizmeti aksamış ve hastanemize hasta transferi sağlanmıştır.

Materyal ve Metot: Depremzede olması nedeniyle hastanemize transfer olan hastalardan enfeksiyöz patolojiler gelişen olgular çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar değerleri incelendi.

Bulgular: Yaşları medyan 7,6 yaş (1-216 ay) olan %54'ü erkek toplam 650 depremzede olgunun %4'ünde (n=25) enfeksiyöz patolojiler saptandı. Bunların %88'i (n=22) kan, idrar, enfekte doku veya püvy materyalinde üreme saptanan, üç olgu da pnömoni nedeniyle başvuran olgulardı. Üreme saptanan 22 olgunun %22'sinde (n=5) üremeler kanda cilt flora elemanı üremesi ya da idrarda kontaminasyon saptanması üzerine anlamlı kabul edilmeyip çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya dahil edilen 20 olgunun bazı demografik ve klinik özellikleri Tablo-1 ve Tablo-2'de belirtildi. Olguların %50'si (n=10) yumuşak doku enfeksiyonu, %20 (n=4) üriner sistem enfeksiyonu, %15 (n=3) pnömoni, %10 (n=2) bakteriyemi ve %5'i (n=1) menenjit idi. Olgularda çoğunlukla (%50) pürülan yumuşak doku enfeksiyonu saptanmış olup hepsi ekstremitelere hasarı olması nedeniyle profilaktik antibiyotik almıştı. Yumuşak doku enfeksiyonu olan olguların %80'inde (n=7) alt ekstremitelere, %20'sinde (n=2) üst ekstremitelerde tutulum vardı. Başvuruların %80'i (n=16) Hatay, %10 (n=2) Kahramanmaraş, %5 (n=1) Şanlıurfa, %5 (n=1) ise Adıyaman'dan idi. Sadece %15 (n=3) olguda komorbidite olup ikisi HÜS ve biliyer atrezi tanılarıyla santral venöz kateter ilişkili kan akım enfeksiyonu kliniği ile takip edildi. Diğer olguda ise ventriküloperitoneal şant enfeksiyonu nedeniyle menenjit kliniği ile izlendi. İki yaş erkek olgu MRSA septisemisi nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Deprem sonrası karşılaşılan travmalar başta cilt ve yumuşak doku olmak üzere enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır. Yumuşak doku enfeksiyonunda başlıca A. baumannii ve Enterobacteriaceae ailesi saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, Çocuk, Pnömoni, Yumuşak Doku Enfeksiyonu., Deprem

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-026

COVID-19 pandemisi Adenovirüs enfeksiyonlarının seyrini değiştirdi mi?

Ali Zeki Bedir¹, Coşkun Saf¹, Manolya Kara², Niran Tekkeli¹, Dila Gül Dünder¹, Murat Sütçü³

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

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

³İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

Giriş: SARS CoV 2 coronavirüs ailesinden insanları enfekte ettiği tanımlanan 7. virüsdür. SARS CoV 2 pandemisinin ardından küresel birçok değişiklik gözlemlendi. Ekonomik, demografik, sosyal ve sağlık alanına da bu değişiklikler yansdı. Diğer viral ajanlar da gerek etki ettiği dönemler gerek komplikasyonları açısından bir değişim gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızın amacı Adenovirüs enfeksiyonunun SARS COV 2 pandemisi öncesi ve sonrasındaki değişikliklere değinmektir.

Materyal ve Metot: 1 Haziran 2018 ve 1 Haziran 2023 tarihleri arasında hastane yatışı olan 125 çocuk hasta incelendi.

Bulgular: 55 hasta pandemi öncesi hasta grubuyken 70 hasta pandemi sonrası grubu oluşturdu 1-150 ay arası olan hastaların medyan yaş grubu 40 ay olarak gözlemlendi. Hastaların 74'ü (%59,2) ek bir kronik hastalığa sahip olmayan hastalardı. Bu iki grup sosyodemografik özellikleri, başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, vital bulguları, tanıları, yatış süreleri, laboratuvar bulguları, medikal tedavi gereksinimleri, ventilasyon destekleri ve yoğun bakım ihtiyaçları açısından incelendi. Cinsiyetlerine göre 73 erkek hasta (%58,4) ve 52 kız hasta gözlemlendi. En sık başvuru şikayeti ateş (%75,2) olurken, en sık kronik hastalık astım (%16,8) olarak görüldü. En sık tanı ise faringokonjunktival ateş 29 (%23,2) hasta ile çoğunluğu oluşturdu. 114 hastada sadece servis takibi yapıldı. 2-35 gün izlenen hastaların medyan yatış süresi 4 gündü. 11 hasta yoğun bakım ünitesinde izlendi. Bu 11 hastanın 4'ünde mekanik ventilasyon ihtiyacı oldu. 70 hasta (%56) sadece Adenovirüs PCR pozitif olarak görülürken, kalan hastalarda ek viral ajanlar da tespit edildi. Pandemi öncesi ve sonrası dönem karşılaştırıldığında ise, multiplex-PCR testlerinde çoklu virüsler daha çok saptandı (p:0,035). Bu çoklu virüslerde öksürük semptomunun gözlenmesi ile antibiyotik kullanımı arasında anlamlı bir ilişki görüldü.

Sonuç: Pandemi öncesi ve sonrası Adenovirüs hastalarının karşılaştırılmasında ise başvuru şikayetleri, komplikasyonlar, kullanılan tedaviler arasında farklılıklar olduğu görülmüş olup, pandeminin diğer viral ajanlar üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adenovirüs, Covid-19, Çocuk

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-027 (SUNULMADI)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Ebeveynlerin HPV Aşısı Bilgi Düzeyi

Seda Keleş¹, Nahide Haykır¹, Feyza Hüsrevoğlu Esen¹

¹Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan papilloma virüsü (HPV) aşısı ergenler için önerilmektedir. Ne yazık ki, HPV aşısı oranları istenilen düzeylerin altındaydı. Ebeveynler ergenlerin sağlığı konusunda kilit karar vericilerdir; bu nedenle ergenlere aşı yaptırmama nedenlerini anlamak gerekir. Bu çalışmanın amacı, ebeveynlerin HPV aşısı bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek üzere 14 soru içeren bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formları Kartal Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 9 yaş ve üzeri kız çocuğu bulunan ebeveynlere yüz yüze olacak şekilde uygulanmıştır. Veriler SPSS 13.0 programına girilmiş ve istatistiksel analizi yapılmıştır.

Bulgular: Anketimize katılan 102 ebeveyn den anneler %98 oranı ile anlamlı olarak yüksek seviyedeki annelerin aşılama durumları sorulduğunda sosyoekonomik düzey ve eğitimden bağımsız olarak hiçbir annenin aşılanmadığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %56 oranında aşısı duymalarına rağmen hiçbirinin kendilerine ve çocuklarına aşı yaptırmadığı görülmüştür. Aşılama oranlarının en önemli sebebi maliyet olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Serviks kanseri ve HPV aşısının önemi çoğu yerde vurgulanmasına rağmen anket sonuçları ebeveynlerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Aşı maliyetinin yüksek olması ve rutin aşılama programında yer almaması sebebi ile ebeveynlere bilgilendirme yapılmasına rağmen aşı tereddütünün devam ettiği tespit edilmiştir. Rutin aşılama programına dahil edilmesi ile aşılama hedeflerine ulaşılabilirliğin artması mümkün gözükmemektedir.

Anahtar Kelimeler: HPV, Aşı, Ebeveyn, Aşı Tereddütü

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-028

Antimikrobiyal kilit tedavisi: Pediatrik kemik iliği nakli yapılan hastalarda gerçek bir kurtarıcı mı?

Manolya Kara¹, Murat Sütçü², Başak Adaklı Aksoy³, Ahmet Özbek⁴, Gizem Zengin Ersoy³, Melek Erdem⁵, Ceyhun Bozkurt⁵, Tunç Fişgin⁴

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

³Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, İstanbul

⁴Altınbaş Üniversitesi Klinik Mikrobiyoloji BD, İstanbul

⁵İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, İstanbul

Giriş: Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (Kİ-KDE), hematopoietik kök hücre nakli (HKHN) alıcısı hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Sistemik antibiyotiklerle birlikte kullanıldığında antimikrobiyal kilit tedavisi (AKT), kateterin çıkarılmasının mümkün olmadığı durumlarda hayat kurtarıcı olabilir.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif çalışmada, HKHN yapılan ve AKT uygulanan pediatrik hastaların Kİ-KDE ataklarının klinik, laboratuvar ve mikrobiyolojik özellikleri analiz edilmiştir.

Bulgular: AKT uygulanan 137 Kİ-KDE olgusunun %63.5'i erkek ve ortanca yaşı 48 (3-204) aydı. En sık etken mikroorganizma Gram-negatif bakterilerdi ve 85 hastada (%62) görüldü. Kırk altı hastada (%33,6) Gram pozitif bakteri üremesi, 6 hastada (%4,4) mantar enfeksiyonu vardı. ALT hastaların %77,4'ünde (n=106) başarılı oldu. 25 hastada (%18,2) kateterin çekilmesi gerekti. Kİ-KDE'ye bağlı ölüm oranı %12,4 idi. AKT sonuçları değerlendirildiğinde, transplantasyon sonrası siklofosamid kullanımı, mantar üremesi, persistan bakteriyemi/fungemi, uygunsuz ampirik antibiyotik kullanımı, hipotansiyon ve çocuk yoğun bakım ünitesine yatış, "başarısız" AKT grubunda anlamlı olarak daha fazla görüldü. Başarısız gruptaki hastaların C-RP [110,2 (1,10-323,5) mg/L] düzeyleri başarılı AKT grubuna [58 (0,2-450,3) mg/L] göre daha yüksekti (p=0,029). Hipotansiyon varlığı, HLA uyumsuzluğu ve kalıcı bakteriyemi/fungemi AKT başarısızlığı için bağımsız risk faktörleriydi.

Sonuç: AKT, HKHN uygulanan pediatrik hastalarda etkili bir kateter kurtarma stratejisi olabilir. Bununla birlikte, AKT sırasında hastalar çok yakından takip edilmeli ve bazı risk faktörlerinin varlığı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal Kilit, Hematopoietik Kök Hücre Nakli, Kateter İlişkili Kan Akım Enfeksiyonları

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-029

Karbapenemaz üreten Klebsiella pneumoniae Kaynaklı Ventriküloperitoneal Şant Enfeksiyonu Olgusu

Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Tuğçe Tural Kara¹, Meral Dilara Öğünç²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Karbapenemaz üreten Klebsiella pneumoniae (KÜ-Kp)'nin neden olduğu enfeksiyon tedavisinde kullanılabilecek antimikrobiyaller sınırlıdır. Hastanın patofizyolojisi, enfeksiyon bölgesi ve minimum inhibitör konsantrasyon (MIC) temelinde farmakokinetik/farmakodinamik prensiplerin uygulanması hakkındaki bilgi giderek büyük önem kazanmıştır.

Materyal ve Metot: Burada başarılı şekilde tedavi edilen nozokomiyal KÜ-Kp kaynaklı ventriküloperitoneal (VP) şant enfeksiyonlu çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: Öncesinde bilinen hastalığı olmayan on yaş erkek olgu, opere sağ serebellar AV malformasyon, VP şant, trakeostomi ve gastrostomi ile izlenmekteyken, yatışının 46.gününde ateş, taşikardi, hipotansiyon, batın distansiyonu ve nazogastrik sondadan safralı gelenleri oldu. Gastrostomi perforasyonu ve sepsis gelişen hastaya önceki KÜ-Kp nedeniyle ampirik vankomisin, meropenem, kolistin ve profilaksi dozundan flukonazol tedavileri başlandı. Gastrostomi revizyonu, VP şant batın ucu eksternalizasyonu operasyonları yapıldı. BOS glukozu: 51 mg/dL (parmak ucu kan şekeri: 121 mg/dL), BOS mikroproteini: 45,5 mg/dL, yaymada gram negatif basil görüldü. BOS kültüründe KÜ-Kp saptandı. Kültür antibiyogram sonucuna göre vankomisin tedavisi 6.günde kesildi, meropenem yüksek doz ve uzun infüzyona geçildi. Kolistin ve flukonazol tedavilerine ek olarak, kültür antibiyogramda kolistin dirençli olması nedeniyle, tigesiklin başlandı. Tigesiklin tedavisinin ikinci gününden itibaren BOS steril oldu. EVD ile takibine devam edilen hastanın tigesiklin ve kolistin tedavileri 16, meropenem 22.günlerinde kesildi. Tekrar VP şant ihtiyacı olmayan hastanın EVD çıkarılarak izlemine devam edildi. Yatışının 116.gününde trakeostomi ve gastrostomi ile, bilinç açık, motor becerileri sınırlı şekilde poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Hastamızda KÜ-Kp nedeniyle septik şok tablosu gelişmiş olup, meropenem, kolistin ve tigesiklin kombinasyonu ile başarıyla tedavi edilmiştir. Literatürde yüksek doz meropenem, kolistin, fosfomisin, tigesiklin ve aminoglikozidler içeren kombinasyon tedavileri yaygın olarak kullanılmakta ve kesin olmayan sonuçlar alınmaktadır (1). KÜ-Kp ilişkili VP şant enfeksiyonu ve ventrikülit tedavisinde intraventriküler kolistin ve gentamisin, sistemik kolistin ve amikasin tedavileri verilerek BOS sterilizasyonunun sağlandığı bildirilmiştir. Dirençli enfeksiyonların tedavisinde kombine antimikrobiyaller ile sekelsiz iyileşme mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beyin-Omurilik Sıvısı, Klebsiella Pneumoniae, Şant Enfeksiyonu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-030

Plöredezis: Nekrotizan Pnömonili Olguda Cerrahi Tedaviye Alternatif Mi?

Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Abdurrahman Karaman², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Çocuklarda toplum kökenli pnömonilerin çoğunluğu konservatif olarak tedavi edilirken, nekrotizan pnömonide cerrahi rezeksiyon son seçenek, kurtarma tedavisi olarak bildirilmektedir. Nekrotizan pnömoni insidansı son yıllarda artmaktadır. Staphylococcus aureus en sık suçlanan ajandır ve bunu Streptococcus pneumoniae takip etmektedir.

Materyal ve Metot: Burada otolog kan yama plöredezisi yapılarak sağ akciğer alt loba'daki nekrotizan pnömonisi tedavi edilen çocuk olgu bildirildi.

Bulgular: Öncesinde bilinen hastalığı olmayan üç yaş erkek hastanın, altı gündür ateş, balgamlı öksürük ve inleme şikayetleriyle olan başvurusunda; genel durumu kötü, takipneik, taşikardik, sağ akciğerde solunum seslerinin alınamaması bulguları saptandı. Toraks ultrasonografide sağ hemitoraksta ~3 cm ölçülen komplike, anekoik plevral mayi izlendi. Hastaya tüp torakostomi uygulandı. Ampirik seftriakson ve vankomisin tedavileri başlanan hastanın plevral sıvı örnekleme Light kriterlerine göre eksuda(plevral sıvı LDH/serum LDH >0,6, plevral sıvı protein/ serum protein>0,5) vafında olup, kültürlerinde herhangi bir üreme olmadı. Bunun üzerine vankomisin tedavisi 7.gününde klindamisin ile değiştirilmiş olup, klindamisin tedavisi de 7.gününde kesildi. Seftriakson tedavisiyle takip edilen hastanın servis takipleri sırasında tekrarlayan tüp torakostomi ve negatif basınçla izlem ihtiyaçları gelişti. Yatışının 12.gününde mevcut toraks tüpü ve negatif basınçla hava kaçağı ve cilt altı amfizem sınırlı kontrol altına alındı. Kontrol akciğer bilgisayarlı tomografide (Şekil 1) nekrotizan pnömoni bulguları devam eden hastada cerrahi rezeksiyon planlandı, ancak klinik stabil seyreden hastada yatışının 19.gününde çocuk cerrahisi tarafından otolog kan yama plöredezis işlemi yapıldı. Yatışının 28.gününde göğüs tüpü çekildi, seftriakson tedavisi kesildi. Plöredezis sonrası ikinci haftada kontrol akciğer BT' de (Şekil 2) nekrotizan pnömoni bulgusu gerileyen hastada ek girişim ihtiyacı olmadı. Hasta oral amoksisilin klavunat ile ayaktan takip edilmek üzere önerilerle taburcu edildi.

Sağ akciğerde yer yer içerisinde hava bronkogramlarının izlendiği totale yakın atelektazi/konsolidasyon sahası ve bu alan içerisinde nekrotizan pnömoni ile uyumlu kaviter sahalar izlendi.

Sağ akciğer alt ve orta lobda subsegmenter atelektazi sahaları izlendi.

Sonuç: Literatür taramasında çocukluk çağındaki toplumdaki kazanılmış tüm komplike pnömonilerin %7'sinde nekrotizan pnömoni görüldüğü bildirilmektedir. Nekrotizan pnömonide, konservatif tedaviyle klinik düzelleme olmayan hastalarda cerrahi rezeksiyon endike olup, son yıllarda oranlarının arttığı bildirilmiştir. Klinik stabil olan hastalarda, akciğer parankim kaynaklı persistan hava kaçaklarında plöredezis güvenli, etkin ve minimal invaziv bir seçenek olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan Pnömoni, Plöredezis, Plevral Effüzyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-031

Odontojenik Enfeksiyon ve Sinüzite İkincil Çoklu Beyin Apsesi Gelişen Çocuk Olgu

Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Tuğçe Tural Kara¹, Tanju Uçar², Meral Dilara Öğünç³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Beyin apsesi (BA), serebral parankimde gelişen fokal bir merkezi sinir sistemi enfeksiyonudur. Vakaların %40-50'sinde patojenler, orta kulak, mastoid ve paranasal sinüslerden komşuluk yoluyla veya kafa travması, kraniyal cerrahi sonrası gelişebilir.

Materyal ve Metot: Burada odontojenik enfeksiyon ve pansinüzite sekonder gelişen beyin apsesi olgusu sunuldu.

Bulgular: Bilinen sağ hidronefroz ile takip edilen 10 yaş erkek hasta iki haftadır süren ateş ve son dört gündür sağ temporal bölgede baş ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede ağız içinde multiple diş çürüğü ve pürülan postnazal akıntı mevcuttu. Dirençli ateşle birlikte sağ vücut yarısında hemiparezi gelişen hastada kontrastlı beyin magnetik rezonans görüntülemesinde (MR) (Şekil 1-2) sağ frontalde epidural, subdural ve parankimal apse, orta hat yapılarında şift saptandı. Hastaya ampirik intravenöz (iv) vankomisin ve meropenem tedavileri başlandı. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından apse drenajı, bilateral dekompresif kraniyektomi, duraplasti operasyonları yapıldı. Apses kültüründen Streptococcus salivarius ve Streptococcus oralis izole edildi. Meropenem tedavisi sefotaksim olarak değiştirilip vankomisin tedavisine devam edildi. Post operatif 30. gününde ateş ve baş ağrısı gelişti. Beyin MR'da aynı bölgede yeniden apse gelişmesi nedeniyle sefotaksim tedavisi meropenem olarak değiştirilip, ikinci kez apse boşaltımı yapıldı. Kan kültüründe Pseudomonas spp. üremesi nedeni tedavisine iv amikasin eklendi. Antibiyotik 32.gününde ateş, hipotansiyon, bülloz lezyonlar (epidermal ayrışma) ve eozinofili bulgularıyla ciddi ilaç erupsiyonu gelişen hastanın meropenem tedavisi siprofloksasin ile değiştirildi. İv vankomisin ve amikasin tedavilerine devam edildi. Antihistaminik, metilprenizolon ve IVIG tedavileri verildi. İv amikasin tedavisi 10.gününde kesilerek siprofloksasin ve vankomisin tedavilerine devam edildi. Toplam intravenöz tedavi sekiz haftaya tamamlanarak, iki haftalık oral amoksisilin-klavunat tedavisiyle sekelsiz ayaktan poliklinik takibine alındı. Post operatif 6.ayda kranioplasti yapıldı.

Sağ serebral hemisferde frontal bölgede epi-subdural, parankimal abseler, beyaz cevherde ödematöz sinyal değişiklikleri, bası bulguları, anteriorda orta hatta şift izlendi.

Sonuç: İmmünolojik taramasında patoloji saptanmayan olguda kronik pansinüzit ve diş çürüklerinin BA gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Çoklu beyin apsesi olması nedeniyle açık cerrahi ile tedavi edilmiştir. Beta laktam antibiyotik ilişkili olduğu değerlendirilen ciddi ilaç erupsiyonu gelişen hastada antibiyotik değişikliği ve spesifik destek tedavisi ile bulgular gerilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Beyin Apsesi, İlaç Erupsiyonu, Streptococcus Spp.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-032

Nadir Bir Vaka; Travmatik Clostridial Myonekroz

Büşra Özyalvaç¹, Meltem Kıymaz¹, Gülsüm Alkan¹, Melike Emiroğlu¹, Ali Güleç², Hatice Türk Dağı³

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji, Konya

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji, Konya

Giriş: Miyonekroz (Clostridial gazlı gangren), sağlıklı kas ve diğer yumuşak dokuların hızla ilerleyen harabiyeti ile karakterizedir. Travmatik ve spontan olarak ortaya çıkabilmektedir. Erken tanı konulması, tedavide hızlı cerrahi debridman ve antibiyotik tedavisi önemlidir.

Bulgular: Ondört yaşında erkek hasta, 3 gün önce koşarken toprak zemine düşme sebebiyle acil servise başvurmuş. Sağ bacağındaki açık kesisi suture edilmiş ve bacağı atele alınmış. Ertesi gün hastada ateş yüksekliği ve bacağına kötü koku olduğu farkedilmiş. Hastanın bacağına siyah krutlu lezyonlar, sağ bacağına yaygın ödem ve ciltte kızarıklık saptanmış. Dokunmakla belirgin ağrısı olan hastanın çekilen diz tomografisinde gaz görüntüsünün saptanması üzerine tarafımıza sevk edilmiştir. Kan tetkiklerinde CRP 343 mg/L prokalsitonin 32,9 ug/L, eritrosit sedimentasyon hızı 41 mm/saat beyaz küre 12,100 K/uL nötrofil 10,100 K/UL albümin 2,8 sodyum 128 mEq/L Üre 49 mg/dL kreatinin 0,73 mg/dL geldi. Fizik muayenesinde sağ bacağına diz kapağından uyluğa doğru uzanan yaygın ödem, diz kapağında suture edilen lezyon lateralinde siyah renkli bül mevcuttu. Yara yerinde şiddetli ağrı vardı. Ortopedi tarafından acil cerrahi debridman yapıldı. Ameliyat sırasında kas dokuları arasında belirgin pü ve gaz görünümü saptandı. Püden kültür gönderildi. Eş zamanlı meropenem ve klindamisin tedavisi başlandı. Takibinde hiponatremisi derinleşen hastanın kan osmolaritesi 260 mOsm/kg saptandı. Şiddetli ağrıya bağlı uygunsuz ADH olarak değerlendirildi. Sıvı kısıtlaması ile düzeldi. Hastane yatışı sürecinde tekrarlayan cerrahi debridman geçiren hastanın alınan doku kültüründe {Clostridium spp.} üremesi saptandı. Antibiyotik tedavisi toplamda 30 güne tamamlandı.

Sonuç: Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları çocukluk yaş grubunda sık görülme de morbidite ve mortalitesi sebebiyle önemli bir hastalık grubudur. Hızlı tanı ve tedavi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonları, Clostridial Myonekroz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-034

Tigesiklin ile Başarılı Bir Şekilde Tedavi Edilmiş Çoklu İlaç Dirençli Vankomisin Rezistan Enterokok (VRE) Menenjitli Olgusu

Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Enterococcus türlerine bağlı menenjitler nadir görülmekte olup rehberlerde kesin tedavi önerileri ile ilgili kısıtlı veri vardır. Vancomisin rezistan suşlar için intravenöz (İV) linezolid ile kombine tedavi; tedaviye rağmen klinik düzelme görülmeyen vakalarda intraventriküler (İVT) tedavi önerilmektedir.

Materyal ve Metot: Burada İV linezolid, İV ve İVT tigesiklin ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş VRE menenjitli olgusu sunuldu.

Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan 11 yaş erkek olgu, spontan intrakraniyal kanama sonrası hematom boşaltılması ve eksternal ventriküler drenaj (EVD) ile izleme alındı. İzlemde bos kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın EVD'si postoperatif 18. gününde çıkartıldı. Ventilatörden ayrılammama, motor mental etkilenme nedeni ile trakeostomi ve gastrostomi açılan hastanın bası yaraları nedeni ile izlemine devam edildi. İzleminde dirençli ateşleri olan hastadan alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) glukozu 25 mg/dl eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 105 mg/dl, BOS mikropotein 104 mg/dl saptandı. Mikroskopisinde 104 hücre/mm³ görüldü. Hastaya ampirik vancomisin, meropenem başlandı. Kültüründe ampisilin, vancomisin, teikoplanin, gentamisin dirençli, linezolid duyarlı Enterococcus faecium saptandı. Tedavisine İV linezolid eklendi. Tedavisinin üçüncü gününde BOS tetkiklerinde üremesi devam etmesi nedeniyle tedavisine gentamisin eklendi. Vancomisin, meropenem 10. gününde kesildi. İzlemde beyin ödemi gelişmesi nedeniyle hastaya EVD takıldı. Linezolid tedavisinin 10. günü alınan BOS kültüründe tekrar VRE saptandı. Tigesiklin MIC:0,094 olarak görüldü, İV tigesiklin başlandı. BOS kültür üremelerinin devam etmesi nedeniyle 12 saat arayla 2 mg tigesiklin EVD sisteminden İVT uygulandı. İVT tigesiklin tedavisinin dördüncü gününde alınan BOS kültürü steril sonuçlandı. Hastaya toplam 40 gün İV linezolid, 21 gün İV tigesiklin ve 10 gün İVT tigesiklin verildi. Tigesiklin tedavisine bağlı bir yan etki gözlenmedi. Tedavi sonrası üç aylık izlemde rekürrens gelişmedi.

Sonuç: VRE'ye bağlı menenjit vakaları nadir görülmekle birlikte yüksek antibiyotik direnç oranları ve tedavi zorluğu nedeniyle mortalitesi yüksektir. Tigesiklin, tetrasiklin grubu antibiyotik olup çocukluk yaş grubunda kurtarma tedavisi olarak kullanılabilir. Tedavide cevap alınamayan vakalarda tigesiklin İV ve İVT olarak başarı ile kullanılabilir alternatif bir ilaçtır.

Anahtar Kelimeler: Enterococcus, İnaventriküler, Menenjit, Tigesiklin

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-036

İlaç Döküntüsü ile Komplike Olan Retrofaringeal Apse ve Kawasaki Hastalığı Birlikteliği

Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Retrofaringeal apseler ikinci sıklıkta görülen derin boyun enfeksiyonlarından olup en sık iki-dört yaş arası çocuklarda görülmektedir. Kawasaki hastalığı nedeni net bulunamamış çocukluk çağı vaskülitidir. En sık altı ay -iki yaş arasında görülmektedir. Beş günden uzun süren ateşe en az dört klinik kriterin eşlik etmesi ile tanı konulmaktadır. Kawasaki hastalarının %60'ı atipik kriterlerle başvurmaktadır.

Materyal ve Metot: Burada retrofaringeal apse ile prezente olup, Kawasaki hastalığı tanısı alan ve izlemde ilaç erüpsiyonu ile komplike olan 23 aylık bir olgu sunuldu.

Bulgular: Bilinen bir hastalığı olmayan 23 aylık kız hasta boyun ağrısı, ateş, boyun hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ submandibular bölgede 2x2 cm hiperemik, ağrılı şişlik mevcuttu, başı sağa deviye ve boyun hareketleri kısıtlıydı. Dudaklar hiperemik, tonsiller hipertrofik, kriptik ve bilateral konjonktivalarında minimal pürülan akıntılı hiperemisi mevcuttu. Laboratuvarında hemoglobin 11,1 g/dl, beyaz küre 36.050 / mm³, nötrofil 28.530 / mm³, lenfosit 2.740 / mm³, trombosit 357.000 /mm³, C-reaktif protein: 183,73 mg/L, procalsitonin 1,58 µg/L, sedimentasyon 41 mm/sa görüldü. Boyun bilgisayarlı tomografisinde retrofaringeal apse saptanan hastaya intravenöz klindamisin, ampicilin sulbaktam başlandı. Yatışının birinci günü gövdeden başlayıp vücuda yayılan makülopapüler döküntüsü gelişti. İlaç erüpsiyonu düşünülerek tedavisi vankomisin, sefotaksim şeklinde düzenlendi. İzleminin üçüncü günü (hastalığının altıncı günü) ateşinin ve döküntüsünün sebat etmesi nedeniyle ekokardiyografisi görüldü. Koroner arterinin Z skorları 2,3 ve 2,2 saptandı. Kawasaki hastalığı ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve aspirin başlandı. IVIG sonrası ateşi geriledi. Döküntüsü gerilemekle birlikte sebat etti. Sefotaksim kesilerek siprofloksasin başlandı. İkili antihistaminik ve tedavi düzenlemesi sonrası döküntüsü geriledi. Aspirin tedavisi altı haftaya tamamlandı.

Sonuç: Retrofaringeal apse ile Kawasaki birlikteliği nadir olup literatürde son 30 yılda 17 vaka bildirilmiştir. Kawasaki hastalığında tedavi ile ateşin düşmesi, mukoza, cilt tutulumu, ekstremitte değişikliklerinin gerilemesi gerekmektedir. Döküntü ile başvuran hastalarda viral enfeksiyonlar, vaskülitler ya da ilaç erüpsiyonları ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Sağ retrofaringeal alanda boyutları yaklaşık 23x21x17 mm ölçülen, hava yolunda %50'den az darlığa neden olan; sağ retrofaringeal apse BT görüntüsü

Anahtar Kelimeler: Apse, Atipik, Kawasaki, Retrofaringeal.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-037

Olgularla Herpes Ensefalitlerinde Klinik ve Prognoz

Tuğba Kandemir Gülmez¹, Habibe Koç Uçar², Tamer Çelik², Esra Sarıgeçili², Elif Afat Turgut¹, Ayşe Hitay Telefon¹, Perihan Eşsizöğlü¹, Ulaş Özdemir¹, Ümit Çelik¹

¹SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Adana

²SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Çocuk Nöroloji Hastalıkları Kliniği, Adana

Giriş: Viral ensefalitler; baş ağrısı, ateş, bilinç bozuklukları, fokal nörolojik defisitler ve nöbetler ile karakterize santral sinir sistemi enfeksiyonlarıdır. Herpes ensefaliti tedavi edilmediğinde %70 mortal seyreden, en yaygın görülen ensefalit nedenlerindedir. Bu yazımızda herpes ensefaliti tanısı ile takip edilen 6 olgumuzun klinik bulguları ve prognoz deneyimleri sunulmuştur

Materyal ve Metot: 2019-2023 yıllarında herpes ensefalit tanısı ile takip edilen 6 hastanın demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve prognozları retrospektif olarak incelenerek prognozu etkileyen faktörler açısından değerlendirilmiştir

Bulgular: Herpes ensefalit tanılı olgularımızın yaş ortalamaları 4,5 aydı (3-6ay). Tüm hastalarda başvuruda ateş, bilinç değişikliği, uykuya eğilim ve fokal nöbet şikayetleri mevcuttu. Hastaneye başvuru süreleri 5 hastada ilk 36-48 saat içindeyken, 1 hastada 5 günden sonra olduğu görüldü. Laboratuvar bulgularında crp ve pct negatif iken; LP yapılarak bakılan BOS proteinleri ortalama 1480 mg/L, BOS glukoz ortalama 56,8 mg/dL olup direk bakıda eritrosit sayıları yüksekti. Difüzyon MR görüntülemeye tüm hastalarda mutlaka temporal bölgede difüzyon kısıtlılığı mevcut olup ek olarak farklı alanlarda da difüzyon kısıtlılıkları eşlik etmekteydi, EEG'lerinde fokal yavaşlama mevcuttu. 4 hastada ilk bakılan HSV-1 pcr sonuçları pozitifken 2 hastada 2 defa lp yapıp ikisinde de HSV-1 pcr negatif olduğu görüldü. BOS pcr'da HSV negatif olan hastalar klinik ve radyolojik olarak herpes ensefalit ile uyumluydu. Tüm hastalara asiklovir tedavisi başlandı. 5 hastada asiklovir tedavisi ile tedavi tamamlanmışken geç başvurusu olan 1 hastada bu tedavilere ek olarak IVIG+plazmaferez ve pulse steroid ihtiyacı oldu ve bu hastada NMDA-ensefaliti ve ekstrapramidal status gelişti. 3 hasta 2 ay içinde tamamen sekelsiz iyileşirken, 2 hastada minimal fokal nörolojik deficit olduğu görüldü.

Sonuç: Herpes ensefaliti; ateş, bilinç değişikliği ve fokal tutulum ile karşımıza çıkan viral ensefalitler arasında sık görülen ensefalit nedenlerinden biridir. Erken tanı ve tedavi ile sekelsiz iyileşme sağlanabilirken tanı ve tedavide geç kalındığında nörolojik sekeller ve mortalite ile sonuçlanır. Klinik şüphe varlığında laboratuvar ve radyolojik bulgularla birlikte değerlendirilerek en kısa sürede asiklovir tedavisi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes Ensefaliti, Viral Ensefalit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-038

Kızamık- Kızamıkçık- Kabakulak (Kkk) Aşısı Sonrası Gelişen Parotit Vakası

Belkis Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoğlu¹, Hülya Akat¹, Bengisu Açıkgöz¹, Halil Özdemir¹, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Ankara

Giriş: Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak (KKK) ağır sekel ve ölüme yol açabilen, aşıyla önlenabilen bulaşıcı hastalıklardır. Bu hastalıkların önlenmesinde kullanılan canlı-atenü KKK aşıları, 2006 yılında ulusal aşı takvimimize girmiş olup 12. ve 48. ay olmak üzere 2 doz uygulanmaktadır. Güvenli bir aşı olmakla birlikte aşı sonrası lokal reaksiyonlar, ateş, artrit, artralji, lenfadenopati (LAP), kızamık benzeri döküntü, nadiren de parotit, orşit, aseptik menenjit ve trombositopeni gibi yan etkilere neden olabilmektedir. Burda, ilk doz KKK aşılması sonrası parotit gelişen on aylık bir süt çocuğu sunulmaktadır.

Bulgular: On aylık kız hasta 2 gündür olan huzursuzluk, sağ çenede şişlik ve ağrı nedeniyle acilimize başvurdu. Eşlik eden başka şikâyeti ya da bilinen bir hastalık teması yoktu. Fizik incelemesinde sağ parotis bezi lojuna uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptandı (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde Hb: 12,4 g/dl, BK: 5.700/mm³, Plt: 121.000/mm³, TNS:1400/mm³, TLS: 3820/mm³, CRP: 1,4 mg/L, amilaz: 64 U/L ve tam idrar tetkiki ile biyokimyasal parametreleri normal saptandı. Çekilen temporomandibuler bilgisayarlı tomografisindeki bulgular sağ parotit ile uyumlu olduğundan hasta, parotit ön tanısıyla çocuk enfeksiyon servisine yatırıldı. Nötropeni nedeniyle yapılan periferik yaymasında atipik hücre görülmedi, her seriden hücre olduğu, trombositlerin bol ve kümeli olduğu görüldü. Hematoloji bölümü bu yaşta nötropeni sınırınının 1000 olduğunu belirterek enfeksiyon dönemi geçtiğinde tekrar tam kan sayımı yapılmasını önerdi. Etiyolojiye yönelik gönderilen EBV, CMV, HSV Tip 1-2 serolojileri, solunum yolu multipleks PCR sonucu negatif, kabakulak serolojisi pozitif sonuçlandı. Aileden aşı takvimi istendi ve 15 gün önce KKK aşısının ilk dozunun yapıldığı görüldü. Kabakulak inkübasyon süresininin 12-21 gün olması nedeniyle hastanın parotit kliniği aşı sonrası komplikasyon olarak değerlendirildi, aşı sonrası istenmeyen etki olarak bildiri yapıldı. Genel durumu iyi olan, izleminde ateşi olmayan hasta yatışının 4.gününde izolasyon önerileriyle taburcu edildi.

Sağ parotis bezi lojuna uyan bölgede şişlik ve hassasiyet

Sonuç: KKK aşısı içerisinde yer alan kabakulak suşuna bağlı parotit gelişebileceği mutlaka akılda tutulmalıdır. Aşı uygulaması sonrası yan etki izleminin ve gerekli bildirimlerin ivedilikle yapılması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: KKK Aşısı, Parotit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-039

Nadir Bir Tüberküloz Prezantasyonu: Tüberküloz Mastoidit

Meltem Kıymaz¹, Melike Emiroğlu¹, Gülsüm Alkan¹, Büşra Özyalvaç¹, Muhammet Fatih Gökmen², Mehmet Öztürk³, Hatice Türk Dağı⁴, Murat Çelik⁵

¹Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Konya

³Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

⁴Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

⁵Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Günümüzde tüberküloz hastalığı, tedavi edilebilir/önlenebilir bir hastalık olmasına karşın, halen dünya genelinde en çok ölüme yol açan hastalıklardan biridir. Tüberküloz mastoidit, akciğer dışı tüberkülozun nadir bir formudur. Sıklıkla tek taraflı, ağrısız akıntı ve bazen periferik fasyal parali ile seyreden küçük, çok sayıda, timpanik membran perforasyonu ile ortaya çıkar. Bulguları bakteriyel kulak enfeksiyonlarına benzediği için tanı konulması zordur. Bu sebeple tedavi gecikebilir.

Bulgular: İki buçuk aylık kız hasta, ateş, huzursuzluk ve kulak akıntısı şikâyetleriyle başvurmuş ve sol akut otitis media tanısı almış. Bir haftalık oral, 2 hafta IV antibiyotik tedavisine rağmen huzursuzluk ve kulakta akıntı düzelmemiş. Semptomlarına sol mastoid kemik üzeri belirgin hassasiyet eklenmiş. İncelemede sol mastoid kemik üzeri hiperemik, şişkin, dokunmak ile hassas, kıvrımı silinmiş, sol kulak kepçesi öne itilmişti. Sol timpanik membran mukopürülan akıntı nedeniyle seçilemedi. Sol ağız köşesinde hafif nazolabial sulkus kaybolması izlendi. Diğer sistemik muayenesi normaldi. Laboratuvar bulgularında lökositoz, lenfositoz, eritrosit sedimentasyon hızı 41 mm/saat saptandı. Akciğer filmi normaldi. Temporal BT'de sol temporal kemikte otomastoidit ve subperiostal apse izlendi. Sol komplike akut otitis media ve subperiostal abse tanılarıyla timpanomastoidektomi uygulandı. Akıntidan aspirat kültürü, ARB, tüberküloz PCR ve mikobakteri kültürü ile kulak kanalından alınan örneklerden histopatolojik inceleme istendi. Kulak akıntısı aspiratında tüberküloz PCR pozitif saptandı. PPD testinde 17 mm'lik endurasyon izlendi. Mastoid doku histopatolojisinde nekrotizan granülomatöz enflamasyon saptandı. Mide açlık sıvısında {Mycobacterium tuberculosis} kompleks üredi. Öyküde kilo kaybı, gece terlemesi, verem tanılı olgu ile temas, öksürük, lenfadenopati yoktu. Aile taramasında tüberküloz hastası birey saptanmadı. Toraks ve batin BT ile beyin MR taramasında patoloji saptanmadı. Tüberküloz mastoidit tanısı ile dördü oral antitüberküloz tedavi başlandı. Oral antitüberküloz tedavisi sonrasında artık kulak akıntısı şikayeti kalmadı.

Sonuç: Persistan kulak akıntısı, standart bakteriyel enfeksiyon tedavisine yanıtız tablolarında tüberküloz mastoidit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Kemik Tüberkülozu, Mastoidit, Otitis Media, Süpüratif.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-041

Neisseria meningitidis Serogrup B'ye Bağlı Meningokoksemi ve Septik Şok

Belkıs Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoglu¹, Hülya Akat¹, Merve Havan¹, Hacer Uçmak¹, Halil Özdemir¹, Tanıl Kendirli¹, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Ankara

Giriş: Meningokok enfeksiyonları, aşı çalışmaları, güçlü antibiyotik ve destek tedavileri, yoğun bakım olanaklarındaki gelişmelere rağmen çocuklarda ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. Ani başlangıç, hızlı kötüleşme meningokok enfeksiyonlarının önemli klinik özelliklerini; purpura fulminans, septik şok ve çoklu organ yetmezliği ölümcül komplikasyonlarını oluşturur. Burada ateş, halsizlik ve döküntü şikâyeti ile başvuran, meningokoksemik septik şok tanısıyla çocuk yoğun bakım ünitesine (ÇYBÜ) yatırılan ancak tüm tedavilere rağmen kaybedilen altı aylık bir hasta sunulmaktadır.

Bulgular: Altı aylık kız hasta ateş, halsizlik ve döküntü şikayetiyle başvurdu. Ateşinin bir gün önce başladığı, halsizleştiği, beslenmek istemediği, bacaklarda başlayıp gövdeye doğru yayılan döküntüsünün çıktığı öğrenildi. Fizik incelemesinde vücut sıcaklığı; 38,2 °C, kalp tepe atımı; 190/dk, solunum sayısı; 40/dk idi. Tansiyonu alınamayan hastanın genel durumu kötü, bilinci bulanık, karaciğer kot altında 3 cm palpabl, tüm vücutta basmakla solmayan peteşiyal ve purpurik döküntüleri olup periferik nabızlar zayıf, kapiller geri dolun zamanı >2 sn idi (Resim 1). Hasta meningokoksemik septik şok ön tanısıyla ÇYBÜ'de izolasyon odasına alınarak entübe edildi, santral venöz kateter takıldı, 20 mL/kg'den 3 defa serum fizyolojik yüklemesi yapıldı menenjit dozunda seftriakson başlandı. Laboratuvar testleri tablo 1'de özetlenen hastanın ağır metabolik asidozu için NaHCO₃ infüzyonu, hipokalsemisi için %10 Ca-glukonat, hipoglisemisi için dekstrozu uygun derişimde mayi, hipoalbuminemisi için albümin infüzyonu, koagülasyon bozukluğu nedeniyle vitamin K ve taze donmuş plazma tedavisi başlandı. Halen hipotansiyonu süren hastaya sırasıyla adrenalin, milrinon ve hidrokortizon başlandı. Anemi, trombositopeni ve kanama bozukluğu nedeniyle aralıklı kan ürünleri desteğine devam edilen ve venoarteriyel ECMO'ya alınması planlanan hasta yatışının 15. saatinde kardiyak arrest olup yapılan tüm müdahalelere rağmen kurtarılamadı. Postmortem halk sağlığı mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen menenjit panelinde polimeraz zincir reaksiyon yöntemi ile N. Meningitidis serogrup B pozitif saptandı.

Hastanın vücudundaki yaygın peteşiyal ve purpurik döküntüler

Sonuç: İnvaziv meningokok enfeksiyonları çocuklarda morbidite ve mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu olguyla öncesinde sağlıklı olup saatler içerisinde ölüme götüren invaziv meningokok enfeksiyonuna bağlı septik şokta mortalitenin halen çok yüksek olduğuna dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Meningokoksemi, Septik Şok, N. Meningitidis Serogrup B

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-043

SARS-CoV-2 Tanılı Hastada Sürpriz Bir Ek Tanı: Boğmaca

Hülya Akat¹, Belkıs Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoğlu¹, Merve Havan², Hacer Uçmak², Halil Özdemir¹, Tanıl Kendirli², Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: SARS-CoV-2, çocuklarda hafif üst solunum yolu enfeksiyonundan, yoğun bakım takibi gerektiren ağır solunum sıkıntısına kadar farklı klinik tablolara yol açabilmektedir. COVID-19 pandemisi tüm dünyada bir takım hijyen önlemini (mesafe, maske, el yıkama, temas sayısının azaltılması vb.) zorunlu kılmıştır. Bu durum SARS-CoV-2'nin bulaşmasını sınırlandırılmasının yanında diğer patojenlerin yayılmasını da azaltmıştır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu önlemler gevşetilmeye başladıktan itibaren diğer solunum yolu patojenlerinin görülmesinde artışa sebep olmuştur. Ayrıca o süreçteki aşılamalardaki aksamalar bu duruma katkı sağlamaktadır. Bordetella pertussis'in neden olduğu boğmaca hastalığı da bunlardan biridir. Burada COVID-19 hastalığı tanısıyla takip edilirken boğmaca tanısı alan 43 günlük vaka sunulmaktadır.

Bulgular: Daha önceden sağlıklı olduğu bilinen, 43 günlük erkek hastanın 10 gün önce öksürük, kusma, burun tıkanıklığı şikâyetleri başlamış, ateş yüksekliği olmamış. Bu şikâyetlerle bir sağlık kuruluşuna başvuran hasta bronşiyolit tanısıyla yatırılıp inhaler tedavi ve amoksisilin-klavunat tedavisi ile izlenmiş, 1 haftalık yatış süresince öksürüğünde artma ve morarma şikâyeti olan hasta tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral krepitan raller, ronküs, subkostal retraksiyonları mevcut, takipneik görünümde olan hastanın oda havasında ölçülen oksijen satürasyonu %70 idi. Yapılan tetkiklerde BK: 12870/mm³, TLS: 8950/mm³, Trombosit: 463.000/mm³, CRP: 2,4 mg/L, akciğer grafisinde perihiler infiltrasyon mevcut idi. SARS-CoV-2 PCR testi pozitif gelen hasta servise yatırıldı. Oksijen desteği, intravenöz metilprednisolon ve inhale salbutamol tedavileri başlandı. Solunum yolu multipleks PCR sonucunda Bordetella pertussis pozitif sonuçlanması üzerine tedaviye azitromisin eklendi. Yatışının ikinci gününde 9 kez öksürük ve morarma atağı olan hasta yakın klinik takip amacıyla çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi. Takibindeki kontrol tetkiklerinde en yüksek BK: 52.250/mm³, TLS: 25.170/mm³, Trombosit: 732.000/mm³ olarak görüldü. Atak sayısı azalan hastanın çocuk yoğun bakım ünitesinde yakın klinik takibi sürmektedir.

Sonuç: COVID-19 pandemisi sonrası diğer solunum yolu patojenlerinin görülme sıklığının arttığı ve başvuru şikâyetlerinin benzer olması nedeniyle, SARS-CoV-2 enfeksiyonuna boğmacanın da eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: SARS-CoV-2, Bordetella Pertussis

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-044

Respiratuvar Sinsityal Virüs Bronşiyoliti Komplikasyonu: {Staphylococcus aureus} Bakteriyemisi

Hülya Akat¹, Belkıs Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoğlu¹, Halil Özdemir¹, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Respiratuvar sinsityal virüs (RSV) 1 yaş altındaki çocuklarda bronşiyolit ve pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatışların en sık nedenidir. Viral bronşiyolit ve pnömoni tedavisi esas olarak intravenöz sıvı, burun açılması ve oksijen desteğinden oluşur. Her ne kadar RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonlarının çoğu komplikasyonsuz iyileşse de riskli gruba giren hastalarda klinik takipte dikkatli olunmalıdır. Çoğu zaman klinisyenlerin belirtileri tedavi etmedeki aceleciliği gereksiz antibiyotik, steroid ya da inhale bronkodilatör verilmesine neden olmaktadır. Özellikle ateş yüksekliği ve akut faz değerlerinde yükseklik görüldüğünde klinisyenlerin çoğu antibiyotik başlamaya meyillidirler. Antibiyotikler ikincil bakteriyel enfeksiyon bulguları olan hastalarda kullanılmamıştır. Burada RSV bronşiyoliti tanısı ile takip edilirken metisilin duyarlı Staphylococcus aureus (MSSA) bakteriyemisi görülen 2 vaka sunulmaktadır.

Bulgular: Öncesinde sağlıklı olduğu bilinen 3 aylık ve 4 aylık olan iki hasta öksürük, hırıltılı solunum, burun tıkanıklığı şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Her iki hastanın da ev halkından üst solunum yolu enfeksiyonu teması olduğu öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde solunum yolu viral PCR panelinde RSV pozitif saptandı. Destek tedavisi ile hastalar takip edilirken ateş yükseklikleri olması nedeniyle kan kültürleri alınıp ampirik olarak ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. Her iki hastanın da kan kültüründe metisilin duyarlı Staphylococcus aureus (MSSA) üredi, mevcut ampisilin-sulbaktam tedavilerine devam edildi. RSV bronşiyoliti sırasında MSSA bakteriyemisi ortaya çıkan hastalar S. aureus taşıyıcılığı ve immün yetmezlik açısından değerlendirildiğinde patolojik özellik saptanmadı. Yapılan ekokardiyografi ve batin ultrasonografide mevcut durumu açıklayacak bir patoloji izlenmedi. Antibiyotik tedavisinin 10 güne tamamlanması sonrası poliklinik kontrolünde görülen hastaların muayenesi doğal olarak değerlendirildi.

Sonuç: Bakteriyemi, RSV enfeksiyonları sırasında çok beklenen bir durum olmasa da görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: RSV, Bakteriyemi, Staphylococcus Aureus

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-045

Kist Hidatikte Nadir Görülen Prezantasyon: Kardiyak Kist Hidatik

Aslıhan Arslan Maden¹, Gizem Avcı Demirciler¹, Ayşegül Elvan Tüz¹, Dilek Yılmaz²

¹İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi Bakırçay Üniversitesi Çiğli, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Echinococcus granulosus, kist hidatik olarak da bilinen kistik ekinokokkoz hastalığına neden olur. E. granulosus enfeksiyonunun klinik görünümü kistlerin bulunduğu bölgeye ve boyutlarına bağlıdır. Küçük ve/veya kalsifiye kistler süresiz olarak asemptomatik kalabilir. Bununla birlikte, organlarda kitle etkisi, kan veya lenfatik akışın tıkanması veya yırtılma veya ikincil bakteriyel enfeksiyonlar gibi komplikasyonlara bağlı semptomlar ortaya çıkabilir. Kardiyak enfeksiyonu, yaygın tutulum veya perikardiyal tamponad ile mekanik rüptürle sonuçlanabilir. Burada nadir görülen bir kist hidatik olgusunu sunuyoruz.

Materyal ve Metot: Bilinen hastalığı olmadığı belirtilen 10 yaş kız hasta, 2 gün önce başlayan göğüs ağrısı ,1 hafta önce geçirilmiş üsye öyküsü ile dış merkeze başvurdu. Yapılan ekoda sol ventrikül komşuluğunda kistik kitle ve sol atriumda kitle,perikardiyal efüzyon,sol ventrikül belirgin hipertrofik,ve dilate olarak değerlendirildiği olgunun hipertrofik kardiyomyopati,kardiyak-perikardiyak kitle, teratom,kist hidatik ön tanıları ile çocuk kardiyovasküler cerrahi ihtiyacı nedeni ile izmir şehir hastanesine kabul edildi Hastanemizde yapılan ilk ekokardiografide perikardiyal effüzyon izlendi perikardda yaygın sıvı aynı zamanda perikard içinde 6x6 cm organize trombus olduğu düşünülen kitle/enfeksiyon/abse? sağ atrial indentasyon pozitif venakava inferior dilate saptandı.

Bulgular: Olgu Çocuk kalp damar cerrahisi tarafından opere edildi.Patoloji sonucu 'materyalin histopatolojik değerlendirilmesinde protoskoleks fragmanları ile birlikte abondan debriler ve dejenere ekinokokal kistik yapı izlenmiştir.' olarak raporlandı.Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon:1/2560 saptandı.Hastaneye ilk gelişinde vancomisin, sefotaksim başlandı. Cerrahi bölümü tarafından kist hidatik şüphesi olması ve görüntülemelerin uyumlu olması nedeniyle albendazol (günde iki kez 15 mg/kg devamlı) tedavisi planlandı.İzlemde ejeksiyon fraksiyonu %25'e düşmesi ve yetmezlik bulguları gelişmesi nedeniyle aspirin, aldacton,lasix(haftada 3 gün),bisoprolol, enapril tedavileri eklendiOlguya kardiyak MR çekildi ve transplant açısından konseye çıktı ve medikal tedavi ile izleminin devamına karar verildi. En son ekokardiyografisi EF%47 dilate kardiyomyopati my orta derecede yetersizlik kist hidatiksol ventrikul lateral duvarında 3 adet en büyüğü 18 mm kistik yapı,posterior mitral kapak ile bağlantılı kistik yapı olarak raporlandı

Sonuç: Kistik ekinokokkozise bağlı kardiyak tutulum nadirdir ve anjina, aritmi, kapak disfonksiyonu ve perikardiyal reaksiyon şeklinde ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Kardiyak Tutulum

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-046

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesinde Seftazidim-Avibaktam Uygulanan Pediatrik Olguların Değerlendirilmesi

Aslıhan Arslan Maden¹, Gizem Avcı Demirciler¹, Yıldız Ekemen Keleş², Dilek Yılmaz³

¹İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, İzmir

²Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Seftazidim-avibaktam, dirençli gram negatif enfeksiyonların tedavisi için geliştirilmiş "Seftazidim" ve "Avibaktam" içeren ve karbapenemazlara karşı etkili olan yeni bir üçüncü kuşak sefalosporindir. Bu çalışmanın amacı hastanede yatan dirençli gram negatif enfeksiyonları nedeniyle seftazidim-avibaktam kullanan pediatrik hastaların kültür antibiyogram sonuçları, klinik ve laboratuvar özellikleriyle, hastane izlemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Materyal ve Metot: Bu çalışma 16.10.2023 ile 08.01.2024 arasında hastanede yatırılan Seftazidim-Avibaktam tedavisi uygulanan çocuk hastalarda retrospektif olarak yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, başvuru şikayetleri, hastanede yatış süreleri, laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi, kültürde üreyen mikroorganizmanın değerlendirilmesi, seftazidim-avibaktam tedavi süresi ve hastaların klinik yanıtı değerlendirilmiştir

Bulgular: Bulgular: Çalışmaya alınan 7 hastanın %57,1'i kızdır ve ortanca yaşları 1,2 yıldır [çeyreklikler arası aralık (IQR) 2- 15,6 yıl]. Olguların kronik hastalık öyküsü değerlendirildiğinde %42,9'unda serebral palsi, %26,1'inde immün yetmezlik saptandı. Olguların tamamında katater öyküsü ve yoğun bakım yatışı mevcuttu ve ortanca yatış süresi 60 gün idi. Dört olguda balgam kültüründe üreme, iki olguda hem balgam hemde kan kültüründe üreme mevcut iken bir olguda kan kültüründe üreme görüldü. Beş olguda klebsiella pneumonia, birer olguda pseudomonas aeruginosa ve acinetobacter baumannii üremesi saptandı. Beş olguda eş zamanlı meropenem tedavisi uygulandı ve ortalama SAV tedavi süresi 11.2 gün (min 7 maksimum 14) idi. Tüm olguların tedavi sonrası kontrol kültürlerinde üreme görülmedi ve ölen olgu olmadı.

Sonuç: Hastanemiz yeni açılan bir merkez olmasına rağmen değişik hastaneden nakil hasta kabul etmesi nedeniyle dirençli gram negatif üremeleri olan hastamız bulunmaktadır. Çalışmamızda pediatrik hastalarda SAV tedavisi uygulanan olgularda tedaviye yanıt verdikleri ve tedaviye bağlı bir komplikasyon gelişmediği görüldü

Anahtar Kelimeler: Seftazidim-Avibaktam, Dirençli Gram Negatif Enfeksiyonları

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-047

Nadir Bir Kalkaneus Osteomyelit Olgusu: 7 Yaş Erkek

Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Can Çevikol², Haluk Özcanlı³, Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Osteomyelit çocuklarda yaygın bir sorundur ve sıklıkla femur, tibia gibi uzun kemiklerde gelişse de nadiren kalkaneusta görülmektedir. Pediatrik osteomyelit olgularında kalkaneal osteomyelit oranı %3-10 arasındadır. Hematolojik yayılım, yabancı cisim ve açık yaralara bağlı oluşabilmektedir. Kalkaneus osteomyelitinin nedeni apofizi çevreleyen kan akımının kötü olduğu metafiz eşdeğeri bölge olabilir.

Materyal ve Metot: Burada yedi yaşında topuğa çivi batması sonrası kalkaneusta osteomyelit gelişen olgu sunulmuştur.

Bulgular: Üç haftadır sağ topukta ağrı, üzerine basamama şikayetleriyle başvuran olgunun dış merkezde çivi batması sonrası lokal yara bakımı ve tetanoz aşısı yapılarak oral amoksisilin-klavunat ile takip edildiği öğrenildi. Muayenesinde sağ ayak tabanında minimal şişlik, ısı artışı, hassasiyet mevcuttu. Sağ ayağının üstüne basamıyordu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 11350/mm³, nötrofil: 6360/mm³, trombosit: 541000/mm³, C-reaktif protein:18.8 mg/L, sedimentasyon:26 mm/h idi. Hastaya intravenöz (iv) ampisilin sulbaktam başlandı. İzlemede klinik yanıt alınamayan olgunun tedavisine iv klindamisin eklendi. Kontrastlı magnetik rezonans görüntülemesi kalkaneus komşuluğunda cilt-cilt altı dokularda yaygın ödematöz sinyal intensite artışları ve plantar fasya komşuluğunda sagittal planda 2x1 cm, kalkaneus lateral kesimde ise aşıl tendon insersiyon seviyesine uzanan sagittal planda 24x14 mm boyutlu cidarı kontrastlanan apse sahaları izlendi. Tariflenen sahalar komşuluğunda kalkaneusta kortikal silinme izlenmektedir (osteomyelit) şeklinde raporlandı(Resim1). Ortopedi tarafından kalkaneusa debridman yapıldı ve alınan pü kültür steril sonuçlandı. Takipte sağ ayak üzerine basmaya başlayan kızarıklık ve hassasiyeti azalan olgunun iv antibiyoterapisi dört haftaya tamamlanıp oral amoksisilin-klavunat ile taburcu edildi. Toplam tedavi süresi 6 haftaya tamamlandı.

Sonuç: Kalkaneal osteomyelitinin klinik seyri uzun kemiklere göre yavaş olması nedeniyle literatürde tanısız gecikmeler bildirilmiştir. Tedavinin gecikmesi büyüme bozuklukları, kronik osteomyelit ve komşu eklemlere yayılma gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Osteomyelit oranlarının yüksek olduğu popülasyonlarda kemik ağrısı, ateş ve topallama öyküsü osteomyeliti akla getirmelidir. Tanı lökositoz ve akut faz reaktan yüksekliği ile desteklenir ancak bu testler özellikle kalkaneal osteomyelitte hafif yüksek de olabilir. Uygun süre ve dozda antimikrobiyal tedavi, endikeyse cerrahi debridman ile olumlu klinik sonuçlar alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalkaneus, Osteomyelit, Travma

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-049

Böbrek Nakli Tanılı Olguda Nadir Bir Aspergillus Tutulumu: Tiroidit

Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Tuğçe Tural Kara¹, Hafize Selma Çetin¹, Ayşe Kübra Açık¹, Onur Tekeli¹, Gülşah Kaya Aksoy², Mennan Yiğitcan Çelik³, Kağan Çeken⁴

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Aspergillus türleri immünsuprese kişilerde yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip enfeksiyonlara yol açar. Aspergillus tiroiditi(AT) yaygın invaziv aspergillus tanısı alan veya mantar enfeksiyonu şüphesi yüksek olan immünsuprese olgularda çoğunlukla postmortem bir tanı olarak konur. Asemptomatiktir ve diğer komorbiditelerin varlığında tiroid semptomları spesifik olmayabilir.

Materyal ve Metot: Burada böbrek nakli tanılı bir çocukta gelişen fungal tiroidit olgusu sunulmuştur.

Bulgular: Fokal glomerüloskleroza ikincil kronik böbrek yetmezliği tanısıyla Ağustos 2022'de böbrek nakli yapılan olguya posttransplant 45. günde santral sinir sistemi aspergillozu tanısı konularak intravenöz vorikonazol ve lipozomal amfoterisin B(L-AmB) başlandı. İmmünsüpresif tedavileri kesildi. Takibinde boyun orta kısmında şişlik gelişen olgunun tiroid ultrasonografik incelemesinde (USG) sağ tiroid lobunda ~25x21x24 mm boyutlarında hipoeoik, heterojen görünümde solid tiroid nodülü izlendi. Bakılan TSH: <0.01 mIU/L (0.51-4.3), serbest T4: 2.8 ng/dl (0.93-1.63), serbest T3: 2.96 ng/L (2.56-5) idi. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopside atipik görünüşte tirositler ve fungal enfeksiyona ait hifa yapıları saptandı (Resim 1). İkili antifungal tedaviye devam edildi. İntravenöz L-AmB 40. haftada kesildi. Tedavinin 45. haftasında oral vorikonazol ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası 4. ayda kontrolünde sağ tiroid lobunda ~7,5x9,5x 8,5 mm boyutlu sınırları net seçilemeyen, düzensiz şekilli hipoeoik heterojen alan izlendi (Resim 2). Olgu oral vorikonazol tedavisi altında ayaktan izlenmektedir.

Sonuç: Aspergillus tiroiditinin hipertiroidizm semptomları ve boyun ağrısı bulguları vermesi nedeniyle ağrılı tiroid bezinin en yaygın nedeni olan subakut tiroiditten ayırt edilmesi çok zor olabilir. Klinik ve laboratuvar belirtileri hemen hemen aynı olduğundan solid organ nakli alıcılarında ve immünsuprese olgularda tanı için yüksek düzeyde şüphe gereklidir. Literatürde böbrek nakli yapılmış çocuklarda bildirilmiş aspergillus tiroiditi olgusu bulunmamakla birlikte bildirilmiş erişkin hastalar bulunmaktadır. Sonuç olarak boyun ağrısı, şişlik, hipertiroidizm ve nedeni bilinmeyen ateşi olan invaziv aspergilloz tanılı immünsuprese olgularda aspergillusun nadir tutulum bölgesi olan tiroid bezi klinik, biyokimyasal ve görüntüleme ipuçları açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aspergillus Spp., İnvaziv Hastalık, Tiroidit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-050

Opistotonus ve Risus Sardonicus ile Prezente Olan Tetanoz Olgusu

Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Aslıhan Karakurum², Ayşe Kübra Açık¹, Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Furkan Donbaloğlu³, Özlem Tolu Kendir², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Tetanoz akut gelişen, ölümcül seyredabilen, Clostridium tetani'nin ürettiği ekzotoksinlerle oluşan bir hastalıktır. Generalize tetanoz en yaygın formudur. Tanı öykü ve klinik bulgulara dayanır. Tetanoz tedavisi yara temizliği, bakteriyel yükü azaltmak için antibiyotikler, antitoksin ve destekleyici bakımdır.

Materyal ve Metot: Tetanoz tanısıyla takip edilen aşısız yabancı uyruklu bir çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan iki yaşında erkek olgu iki gün önce dış merkezde bronkopnömoni tanısıyla yatırılmış ve izlemde şüpheli ense sertliği ve solunum yetmezliği gelişmesi nedeniyle sevk edilmişti. Öyküsünden çocukluk çağı aşılarının yapılmadığı öğrenildi. Başvurusunda ateş:36.9 °C, solunum sayısı:50/dk, kalp hızı:140/dk, tansiyon ölçümü:110/70 mmHg idi. Genel durumu orta, uykuya meyilli, koopere ve oryante değildi. Muayenesinde bilateral ekspirum uzunluğu, interkostal, substernal çekilmeleri, ense sertliği vardı ve opistotonus pozisyonundaydı. Hemogloblin:10,2g/dL, lökosit:11650/mm³ trombosit: 283000/mm³, total kreatin kinaz:762U/L ve CRP:6,55mg/L idi. Solunum sıkıntısı nedeniyle yüksek akışlı nazal kanül oksijen başlandı. Santral sinir sistemi enfeksiyonu açısından lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı(BOS) biyokimyasal analizinde; bos glukoz: 105 mg/ dL ve bos mikroprotein: 14,3 mg/dL idi. Parmak ucu kan şekeri 120 mg/dL idi. Direk bakısında hücre saptanmadı. Bos kültür sterildi. Beyin bilgisayarlı tomografisi normaldi. Toksikoloji paneli negatifti. İzlemde tüm vücutta kas spazmları, trismus ve risus sardonicus gelişti(Resim1). Öyküsünden ailenin serada çalıştığı, çıplak ayakla toprakta dolaştığı öğrenildi. Ön tanıda tetanoz düşünüldü. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildirildi. İntravenöz penisilin ve metranidazol verildi. Tetanoz aşısı ve 3000 ünite tetanoz immunglobulin(TIG) farklı kas gruplarından uygulandı. Karanlık odaya alındı. Tedaviyle trismus ve kas spazmları azaldı. Olgu yürümeye başladı(Resim2). Yatışının üçüncü haftasında klinik bulguları geriledi. Aşılama şemasına devam etmesi planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Tetanoz yüksek mortalitesiyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur ancak aşılanma ile önlenabilir bir hastalıktır. Tanı risk ortamındaki klinik bulgulara ve diğer tetanik spazm nedenlerinin dışlanmasıyla konur. Türkiye'nin son yıllarda çok sayıda göç almasıyla nadir görülen hastalıklar aşısız olgularda sık görülmektedir. Tetanoz açıklanamayan akut başlangıçlı ve ağrılı kas spazmları olan tüm olgularda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşısız, Opistotonus, Risus Sardonicus, Tetanoz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-051

2000-2022 Yılları Arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Çocukluk Çağı Tüberkülozu Tanısı ile İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi

Sıla Duman Bektaş¹, Gül Arga², Hatice Kübra Konca², Esra Çakmak Taşkın², Belkıs Hatice İnceli², Döndü Nilay Penezoğlu², Suat Fitöz³, Halil Özdemir², Ergin Çiftçi²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Tüberküloz eski çağlardan beri süregelen bir hastalık olmasına rağmen halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Çocukluk çağı tüberkülozu dünya çapında tüberküloz yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu çalışmada 21 yıllık süreçte AÜTF Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde tüberküloz tanısıyla izlenmiş olan hastaların incelenmesi ve yorumlanması amaçlanmaktadır. Böylece ülkemiz ve dünya için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam eden tüberküloz hastalığının üçüncü basamak bir merkezdeki veriler ışığında durumu aydınlatılmaya çalışılacaktır.

Materyal ve Metot: AÜTF Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Ocak 2000-Ocak 2022 yılları arasında tüberküloz tanısıyla izlenmiş 63 hasta retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 7,74 yıldır; pulmoner tüberkülozda hastaların %52,4'ü 12 yaşından büyükken, ekstrapulmoner tüberküloz sıklıkla okul öncesi yaş grubunda görülmekteydi. En yaygın başvuru şikâyeti öksürüktü (%47,6). 63 hastanın 53'ünde (%84,1) fizik muayene bulgusu vardı. %39,7'sinde akciğer dinleme bulgusu, %30,2'sinde lenfadenopati mevcuttu. %58,7 hastada akciğer grafisi bulgusu vardı, en sık görülen bulgu infiltrasyondur (%58,7). 41 (%65,1) hastaya toraks BT çekildi, %49,2'sinde nodüler görünüm olduğu bulundu. GİS bulguları olan 26 hastaya abdomen US çekildi, en sık lenfadenopati görüldü (%15,9). SSS etkilenimi düşünülen 6 hastaya kranial MR çekildi; 3'ünde menenjitte uyumlu bulgu saptandı. Hastaların %33,3'ünde pulmoner, %50,8'inde ekstrapulmoner, %15,9'unda pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz birlikteliği görüldü. En sık görülen ekstrapulmoner tüberküloz, tüberküloz lenfadeniti (%22,2). TDT %76,5 hastada pozitifken ekstrapulmoner tüberküloz grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. Mikrobiyolojik tanı alma oranı %46,8 iken hastaların %58,7'si histopatolojik tanı aldı. Ekstrapulmoner tüberkülozun histopatolojik tanı alma oranı anlamlı olarak fazlaydı. Şikâyetle tanı arasındaki süre ortalama 3 ayken bu süre pulmoner tüberkülozda anlamlı olarak daha kısaydı. Tedavi sürecinde %31,7 hastada yan etki görüldü, %17,5'inde transaminaz düzeylerinde yükselme vardı. %77,7'si iyileşme, %14,3'ü izlemiden çıkma, %1,6'sı başka merkeze sevk, %1,6'sı reaktivasyon, %4,8'i ölümle sonuçlandı.

Sonuç: Tüberküloz hastalığı etkin bağışıklamayla yıllar içerisinde azalsa da halen çocukluk çağında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmekte; ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Ekstrapulmoner, Tüberkülin Deri Testi, Çocuk

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-052

Çocukluk Çağında Ölümcül Seyredebilen İnvaziv Grup A Streptokok Enfeksiyonları: Tek Merkez Deneyimi

Belkıs Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoğlu¹, Hülya Akat¹, Halil Özdemir¹, Tanıl Kendirli¹, Meltem Koloğlu¹, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Ankara

Giriş: Önemli bir insan patojeni olan Streptococcus pyogenes (Grup A streptokok; GAS); impetigo, farenjit, kızıl, nekrotizan fasiit, sepsis, streptokokal toksik şok sendromu (STSS) gibi akut enfeksiyonlar ve bunların akut romatizmal ateş, akut glomerulonefrit gibi süpüratif olmayan sekellerine neden olan gram pozitif bir bakteridir. Son zamanlarda Türkiye de dâhil dünyanın çoğu ülkesinde GAS enfeksiyonlarının görülme sıklığında artış olduğu bildirilmektedir. Bakterinin kan da dahil olmak üzere steril vücut sıvılarına girmesiyle karakterize invaziv GAS (iGAS) enfeksiyonlarında %8-16'ya varabilen ölüm oranları nedeniyle erken tedavi hayati önem taşımaktadır. İnvazif GAS enfeksiyonlarının bildirim zorunlu olmadığından yapılan prevalans çalışmaları vaka sıklığına ışık tutmaktadır. Burada hastanemiz Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisinde 2017-2023 yılları arasında yatırarak izlenen invaziv GAS vakaları bildirilmektedir.

Bulgular: 2017-2023 yılları arasında toplam on altı invaziv GAS vakasını yatırılarak izlendi (Tablo 1). Başvuruların çoğu Aralık, Ocak ve Şubat aylarında olup hastaların yaş ortalaması 46 (4-96 ay) aydı. Bir hastamızın eşlik eden santral sinir sistemi malignitesi varken iki hastamız da aktif suçiçeği geçirmekte idi. Tedavide en çok kullandığımız antibiyotik seftriakson ve klindamisin kombinasyonu iken ortalama tedavi süremiz 14 (10-30 gün) gündü. Hastalardan sekizine (%50) cerrahi işlem (abse drenajı, mastoidektomi, göğüs tüpü takılması) uygulandı. Bir hasta toksik şok sendromu nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldıktan kısa süre sonra kaybedildi. On beş hasta da tedavi sonrası sorunsuz iyileşerek taburcu edildi. Hastalardan serotip tayini yapılamadığından en komplike seyreden türün hangisi olduğu saptanamadı.

Sonuç: Grup A streptokoklar (GAS), insanlarda farenjit ve impetigodan, akut romatizmal ateş ve akut glomerulonefrit gibi enfeksiyon sonrası immünolojik sekellere ve invazif enfeksiyonlara kadar çok çeşitli klinik durumlara neden olan bakterilerdir. Yeni deneysel tedavi stratejileri, aşı geliştirme çabaları ve aktif sürveyans çalışmalarına rağmen halen tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Özellikle morbidite ve mortalitesi yüksek invaziv GAS enfeksiyonlarının tedavisine dair ilerlemeler açısından büyük ölçekli gözlemsel ve vaka kontrol çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Streptococcus Pyogenes, İnvaziv GAS

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-053

Çocukluk Çağında Vankomisin Kullanım Endikasyonlarının ve Olası İstenmeyen Etkisinin Ortaya Çıkışına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Onur Uğurlu¹, Ateş Kara², Mehmet Ceyhan², A. Bülent Cengiz², Yasemin Özsüreççi², Kübra Aykaç²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Vankomisin gram pozitif mikroorganizmaların tedavisinde kullanılan potansiyel nefrotoksik glikopeptit bir antibiyotiktir. Vankomisin nefrotoksitesine dair pek çok araştırma olmasına rağmen mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır. G-CSF (Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör) ise genellikle kemoterapiye bağlı nötropenin daha hızlı düzelmesi için verilen bir ilaçtır. Çalışmamızda ünitemizde vankomisin verilen hastaların demografik özellikleri, verilmiş endikasyonları, yan etkileri ve yan etkilerin ortaya çıkmasına etki eden faktörler incelenmiştir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Ocak 2019 ve Aralık 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesine yatırılarak vankomisin verilen 1 ay – 18 yaş arası çocuk hastalar alınmıştır. 1000 farklı hastanın 1378 vankomisin kullanımı geriye yönelik olarak incelenmiştir.

Bulgular: Vankomisin verilen 211 (%15,3) olguda yan etki görülmüştür. Hipersensitivite 70 (%5,2), periferik komplikasyonlar 68 (%5), nefrotoksosite 29 (%2,2), sitopeni 28 (%2,1), ateş 20 (%1,5), hepatotoksosite 11 (%0,8), tromboflebit 1 (%0,1) olguda görülmüştür. Ototoksosite görüldüğü bildirilen hasta yoktur. Birlikte kullanılan nefrotoksik ilaç ve antibiyotik sayısı arttıkça nefrotoksosite görülmesinde belirgin artış olmuştur. ($p < 0,01$) Başlangıç değeri bazal kabul edildiğinde tedavi sonunda kreatinin değeri 1.5 katından fazla artan 154 (%12,5) olgu vardır. Toplamda 234 (%17,0) olguya vankomisin ile birlikte G-CSF verilmiştir. Akut böbrek hasarı sınıflamasına giren olgularda vankomisin ile G-CSF kullanımı daha sık görülmüştür. ($p = 0,001$)

Sonuç: G-CSF'in bazı hayvan çalışmalarında böbrekte olan hasarı daha da arttırabildiği veya başka faktörlerle oluşabilecek nefrotoksititeyi tetikleyebileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda da G-CSF verilen olgularda tedavi sonunda tedavi başlangıcına göre kreatinin artışı daha fazla bulunmuştur. Klinisyenler vankomisin ile G-CSF verirken olası nefrotoksitite açısından daha dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vankomisin, Çocuk, Yan Etki, Nefrotoksitite, G-CSF

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Yayın No: P-054 (SUNULMADI)

Çocuklarda Gram Negatif Kan Dolaşım Enfeksiyonlarının İncelenmesi: Bir Nokta Prevalans Çalışması

Aslı Arslan¹, Sema Yıldırım Arslan¹, Ergin Çiftçi², Sevgen Tanır Başaranoğlu³, Sevgi Yaşar Durmuş⁴, Merve Kılıç Çil⁵, Gizem Güner Özenen⁶, Mustafa Gençeli⁷, Elif Dede⁸, Onur Tekeli⁹, Ayşe Çakıl Güzin¹⁰, Bilge Yılmaz¹¹, Hatice Sınav Utkü¹², Senem Behsat Ulukaya¹³, Zeynep Gökçe Gayretli Aydın¹⁴, Merve Polat¹⁵, Merve Iseri Nepesov¹⁶, Öznur Ege Akdi¹⁷, Gizem Mardinoğlu¹⁸, Leyla Beşel¹⁹, Esra Çakmak Taşkın²⁰, Demet Tosun²¹, Halil Özdemir², Mehmet Akif Dündar²², Tuğba Kandemir Gülmez⁵, Deniz Ergün⁶, Döndü Nilay Penezzoğlu², Adem Dursun²², Ümit Çelik⁵, Özge Metin Akcan⁷, Selda Hançerli Törün⁸, Tuğçe Tural Kara⁹, Nurşen Belet¹⁰, İlknur Çağlar¹¹, Selim Öncel¹², Nazan Dalgıç¹³, Gülben Özgül Postuk¹⁴, Anıl Tapısız¹⁵, Nihan Uygur Külcü¹⁶, Yasemin Özsürekcı¹⁷, Ömer Kılıç¹⁸, Adem Karbuz¹⁹, Nevin Hatipoğlu²¹, Feriha Çilli²³, İlker Devrim⁶, Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

³İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

⁴Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Kayseri

⁵Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

⁶İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

⁷Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

⁸İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

¹⁰Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

¹¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın

¹²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Kocaeli

¹³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Trabzon

¹⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

¹⁶Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

¹⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

¹⁸Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Eskişehir

¹⁹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²⁰Kocaeli Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Kocaeli

²¹Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²²Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri

²³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Gram-negatif bakteriler ile gelişen kan dolaşım enfeksiyonları (KDE) nazokomiyal enfeksiyonların önemli bir nedenidir. Tüm dünyada ve ülkemizde, genişlemiş spektrumlu Beta-Laktamaz (ESBL) üretimi ve karbapenem direncinde artış morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bu çalışmada ülkemizde KDE'lerinde Gram-negatif etkenlerin sıklığını, direnç oranlarını ve karbapenem direnci olan ve olmayan hastaların demografik, klinik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çocuklarda Gram-negatif KDE'lerinin özelliklerini belirlemek amacıyla 8 Ekim - 8 Aralık 2023 tarihleri arasında Türkiye'deki 21 üçüncü basamak hastanede nokta prevalans çalışması yapıldı. Hastalar

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

karbapenem-duyarlı Gram-negatif enfeksiyonlar (KSGN) ve karbapenem-dirençli Gram negatif enfeksiyonlar (KRGN) olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Hastaneye yatırılan 12292 pediatrik hastanın 135'inde (%1,09) Gram-negatif KDE gelişti, bu hastaların ortanca yaşı 25 ay (1-228 ay) idi. Gram-negatif etkenlerin %44,4'ünde ESBL pozitifliği, %34,1'inde karbapenem direnci, %16,2'sinde çoklu ilaç direnci tespit edildi. Klebsiella pneumoniae (%28,1) en yaygın Gram-negatif mikroorganizma olarak belirlendi, bunu Escherichia coli (%14,1), Acinetobacter baumannii (%13,3), ve Pseudomonas aeruginosa (%8,9) izledi; bu etkenlerde karbapenem direnci sırasıyla %42,1, %31,5, %66,6 ve %50 olarak tespit edildi. 135 epizodun %74'ü sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonla ve %57'si kateter ilişkili KDE idi. Klinik risk faktörlerinin çoklu lojistik regresyon analizinde, steroid maruziyeti ve mekanik ventilasyon KRGN KDE'ları ile istatistiksel olarak anlamlı saptandı [Rölatif Risk 2,76;%95 CI:1,18-6,49 ve 2,36;%95 CI:1,04-5,34]. KRGN KDE'lerde tedavide en sık olarak meropenem (%76) seçilirken; uzamış infüzyon (%41,3) ve yüksek doz (%52,1) uygulanma oranları anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,001$). Kombinasyon tedavileri (%80,4) sıklıkla tercih edilirken, en sık olarak amikasin (%52,1) ve kolistin (%43,4) ile kombinasyonu uygulandı.

Sonuç: Bu çok merkezli çalışmada, Gram-negatif KDE'da en sık etken K. Pneumoniae idi, karbapenem direnci de en sık Acinetobacter baumannii' de saptandı. Gram negatif KDE'lerinin %34,1'inde karbapenem direnci tespit edildi. KRGN ve KSGN KDE'ları karşılaştırıldığında, steroid kullanımı ve mekanik ventilasyon ile KRGN KDE arasında anlamlı ilişki saptandı. KRGN KDE'lerinin tedavisinde en sık yüksek doz/uzun süreli infüzyon meropenem ile kolistin ve amikasin ile kombinasyon antibiyoterapisi kullanıldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Meropenem, Karbapenem Direnci, Gram Negatif Kan Dolaşım Enfeksiyonları

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-055

Listeria Menenjitine Predispozan Bir Nefrit Olgusu

Pınar Canizci Erdemli¹, Eda Kepenekli¹, Sevlıya Öcal Demir¹, Zeynep Ergenç¹, Sevgi Aslan Tuncay¹, Seyhan Yılmaz¹, Burcu Parlak¹, Aylin Dizi Işık¹, Didem Büyüktaş Aytaç¹, Çağla Abacı Çapar¹, Gülşen Akkoç¹

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

Giriş: Listeria monositogenes, genellikle kontamine gıdalar aracılığıyla bulaşan ve hamileler, yenidoğanlar, yaşlılar vb. bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde enfeksiyona yol açan gram-pozitif bir bakteridir. Hızlı tanı ve uygun antibiyotik tedavisi, prognoz için önemlidir. Listeria menenjiti ile başvurup tanı alan bir nefrit olgusu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Bilinen bir hastalığı olmayan 5 yaş kız hasta; 6 gündür süren aralıklı en yüksek 39 dereceye ulaşan ateş, ishal ve uykuya meyil nedeniyle çocuk acil servisimize başvurdu. Muayenede letarjikti, sırtta ve bacaklarında birkaç adet hiperemik maküler döküntüleri olduğu görüldü. Tetkiklerinde hafif trombositopenisi (Plt:124 bin/L), CRP yüksekliği (116mg/L), elektrolit imbalansları mevcuttu. Transaminazları, üre ve kreatinin düzeyleri normal saptandı. Tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri ve hafif proteinürisi mevcuttu. Hastada ense sertliği saptanması üzerine yapılan BOS örneklemede protein: 65mg/dL, glu: 30mg/dL, pukş: 104mg/dL, hücre sayımında 50 lökosit/mm³ ve PCR panelinde L. monositogenes pozitifliği saptandı. Tedavisi intravenöz Ampisilin ve Gentamisin olarak düzenlendi. Tedavi ile muayene ve enfeksiyon bulguları geriledi, idrar bulguları sebat etti. Kan kültüründe üreme olmadı, BOS kültüründe L. monositogenes üredi. Antibiyoterapisinin 15. gününde alınan kontrol BOS biyokimyası normal, PCR panelinin negatifleştiği görüldü. Hücre görülmedi, üreme olmadı. İmmünyetmezlik durumu netleşmediği için toplam antibiyotik tedavisi 21 gün IV tedavi sonrası oral TMP-SMX ile 6 haftaya tamamlandı.

Bulgular: Listeria menenjiti tanısı için atipik yaş grubunda olması nedeniyle primer immünyetmezlikler araştırıldı, saptanmadı. Gelişte ve takipte dikkat çeken pretibial gode bırakmayan ödem ve sebat eden idrar bulguları nedeniyle bakılan spot ve 24 saatlik idrar tahlilinde nefrotik düzeyde proteinüri saptandı. Aralıklı makroskopik hematüri ve hipertansiyon gelişti. Başvuru öncesi tetkikleri incelendiğinde hafif proteinüri ve mikroskopik hematürinin daha önce de olduğu görüldü. Ç. Nefroloji tarafından glomerülonefritler açısından takibe alındı. Uzun dönem takibinde renal biyopsi ile lupus nefriti saptandı.

Sonuç: Listeria menenjiti, immünolojik bozukluğu olmayan sağlıklı çocuklarda nadir görülse de agresif seyir gösterebilir ve yüksek ölüm oranlarıyla ilişkilidir. Atipik yaş grubunda saptandığında hastaların, eşlik edebilecek primer veya sekonder immünyetmezlikler açısından araştırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, Lupus, Nefrit, Listeria Monositogenes

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-056 (SUNULMADI)

Çocuklarda Staphylococcus Aureus'a Bağlı Kan Dolaşım Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Aslı Arslan¹, Coşkun Ekemen¹, Gülhadiye Avcu¹, Feriha Çilli², Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu çalışmada pediatrik hastalarda Staphylococcus aureus'a bağlı kan dolaşım enfeksiyonlarının (KDE) klinik özelliklerinin, risk faktörlerinin ve prognostik risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ocak 2013-Aralık 2023 tarihleri arasında S.aureus bakteriyemisi nedeniyle hastaneye yatırılan ≤ 18 yaş çocukları içeren tek merkezli, retrospektif çalışma Ege Üniversitesi'nde gerçekleştirildi. Metisilin-sensitif Staphylococcus aureus (MSSA) ve Metisilin dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) bakteriyemisi olanların demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 244 bakteriyemi atağının 70'i MRSA ve 174'ü MSSA bağlı KDE idi. Kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları MRSA ve MSSA gruplarında sırasıyla %42,8 ve %48,2 idi. MRSA gruplarında en sık görülen altta yatan hastalık konjenital kalp hastalığı (%15,7), MSSA gruplarında ise renal hastalıklar (%16,1) idi. MSSA grubunda santral venöz kateterizasyon (SVK), cerrahi operasyon ve total parenteral beslenme (TPN) kullanımı olan hastalar anlamlı olarak daha fazlaydı (p değerleri 0,04, 0,04 ve $<0,05$). Altta yatan hastalık, mekanik ventilasyon, immünsupresyon, kemoterapi, steroid, nötropeni ve son 30 gün içinde antibiyotik kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Vankomisin ve teikoplanin her iki grupta da en sık kullanılan antibiyotikler idi (%40 vs. %30,4; %42,8 vs. %42). MRSA enfeksiyonlarının daha sık kateter kaybına neden olduğu belirlendi(%28,5 vs %12,6, $p:0,003$), ortalama kateter çıkarılma süresi 6,5 gündü. MRSA enfeksiyonununun 1'inde (%1,4), MSSA enfeksiyonununun 3'ünde (%1,7) endokardit tespit edildi. Sepsis, şok ve mortalite gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Metisilin Rezistan ve Metisilin Sensitif Staphylococcus aureus Kan Dolaşım Enfeksiyonlarının Özellikleri

Sonuç: MSSA enfeksiyonlarının hastanede yatan hastalarda daha sık bakteriyemiye neden olduğu, SVK, cerrahi operasyon ve TPN kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. MRSA enfeksiyonlarının kateter kaybına daha sık neden olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Staphylococcus Aureus, Kan Dolaşım Enfeksiyonu, Metisilin Rezistan Staphylococcus Aureus, Metisilin Sensitif Staphylococcus Aureus

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-057

Enfeksiyöz Mononükleoz Komplikasyonu: Derin Boyun Enfeksiyonu ve Mediastinit

Döndü Nilay Penezoğlu¹, Belkıs Hatice İnceli¹, Halil Özdemir¹, Ergun Ergun², Ömer Suat Fitöz³, Bilgesu Arıkan Ergun³, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Enfeksiyöz mononükleoz (EM), ateş, farenjit ve lenfadenopatiyle karakterize, sıklıkla Epstein-Barr virüs'ün (EBV) neden olduğu bir klinik tablodur. Nadiren derin boyun enfeksiyonu ve mediastinit gibi ölümcül olabilecek komplikasyonlar görülebilir.

Materyal ve Metot: Bu olguda EM ve retrofaringeal abse tanılarıyla yatırılan, tedavi sürecinde mediastinit ve plevral effüzyon gelişen bir hastanın klinik bulguları özetlenmiş olup, nadir görülen bu komplikasyonlara dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: Altı yaşında erkek hasta, ateş, göz kapaklarında şişlik, boyun hareketlerinde kısıtlılık, yutkunmakta güçlükle başvurdu. Fizik incelemede tonsilleri hipertrofik, kriptik, iki taraflı servikalde lenfadenopati, hepatosplenomegali, periorbital ödem vardı. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 12,7 g/dL, BK: 26.000/mm³, Trombosit: 408.000/mm³ ve CRP: 80 mg/L olup, biyokimyasal parametreleri normaldi. Periferik yaymasında %15 Downey hücresi görüldü. Bilgisayarlı tomografide sol yarıda belirgin derin boyun yumuşak dokularında ödem ve inflamasyon, retrofaringeal boşlukta prevertebral alandan üst mediastene uzanan efüzyon görüldü. EM ve derin boyun enfeksiyonu tanısıyla yatırıldı. Metilprednizolon, seftriakson ve klindamisin başlandı. Steroid kesimi sonrasında ateşi tekrar yükseldi, göğüs ağrısı eklendi. Akut faz reaktanlarında artış görüldü, kontrol tomografide önceki bulgulara ek olarak retrofaringeal boşluktan prevertebral alandan üst mediastene uzanan ödem/efüzyon (mediastinit), özofajit ve sol akciğerde minimal plevral effüzyon görüldü. Tedavisi piperasilin-tazobaktam, teikoplanin, klindamisin olarak düzenlendi. Dirençli ateş ve sol akciğerde solunum seslerinin alınamaması üzerine tomografi tekrarlandı, önceki bulgulara ek olarak C7-T4 vertebralar boyunca kraniokaudal uzanımlı paraözefageal alanda aortik ark komşuluğunda apse, effüzyonda ciddi düzeyde artış görüldü. Tedavisi meropenem, teikoplanin, klindamisin, levofloksasin ve kaspofungin olarak düzenlendi. Hastaya video destekli torakoskopik cerrahi ile göğüs tüpü takıldı. Alınan kültürlerde hiçbir etken saptanamadı. İmmünoloji bölümünce değerlendirildi, immün yetmezlik düşünülmedi. Göğüs tüpü 12. günde çekildi, 28 günlük intravenöz antibiyotik tedavisi sonrasında taburcu edildi.

Sonuç: Her ne kadar periferik yayma haricinde laboratuvar incelemeleri EBV'yi desteklemese de, klinik prezentasyonu ve mikrobiyolojik incelemelerde başka bir etken saptanamaması nedeniyle bu olguda EBV komplikasyonu olarak derin boyun enfeksiyonu ve mediastinit düşünülmüştür. Nadir olmasına rağmen mortalitenin yüksek olması nedeniyle erken tanının önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyöz Mononükleoz, Mediastinit, Abse

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-059

İnfluenza İlişkili Akut Ensefalopati

Döndü Nilay Penezoğlu¹, Belkis Hatice İnceli¹, Halil Özdemir¹, Miraç Yıldırım², Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Ankara

Giriş: İnfluenza, influenza A, B ve nadiren influenza C virüslerinin yol açtığı akut bir solunum yolu hastalığıdır. Her yıl dünya çapında özellikle kış mevsiminde salgınlara yol açar. Çoğu zaman solunum yolu enfeksiyonu belirti ve semptomları yaygındır. Sağlıklı çocuklarda akut, kendini sınırlayan ve komplikasyonsuz bir hastalık olmasına rağmen ciddi komplikasyonları olabilir. Akut ensefalopati influenza enfeksiyonunun nadir ve ciddi bir komplikasyonudur

Materyal ve Metot: Bu olguda influenza B enfeksiyonu ile gelişen bir ensefalopati tablosuna dikkat çekmek amaçlanmıştır

Bulgular: Altı yaşında kız hasta, ateş, sayıklama, uyku hali ve baş ağrısı nedeniyle başvurdu. Fizik incelemede orofarenks kızamık ve kriptomatik. Konfüzyon hali mevcuttu, diğer nörolojik muayeneleri normaldi, meningeal irritasyon bulguları yoktu. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 9,9 g/dL, BK: 8800/mm³, Trombosit: 201.000/mm³ ve CRP: 25 mg/L idi. BOS incelemesinde glukoz 69 mg/dL, protein: 14 mg/dL idi, direk bakıda hücre görülmedi. Kan, idrar, BOS kültürü, SARS-CoV-2 testi, solunum yolu viral ve bakteriyel PCR paneli, menenjit PCR paneli alındı. Seftriakson ve asiklovir başlanarak çocuk enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Nöroloji bölümü tarafından elektroensefalografi (EEG) ile değerlendirildi. Ensefalopatik zeminde bilateral frontal epileptiform aktiviteyle uyumlu görülmesi üzerine levitirasetam başlandı. Beyin manyetik rezonans görüntüleme normal olarak değerlendirildi. Yatışından bir gün sonra solunum yolu panelinde İnfluenza B pozitif sonuçlandı, oseltamivir başlandı. Menenjit panelinde etken saptanmaması üzerine asiklovir, BOS bulguları uyumlu olmaması nedeniyle seftriakson tedavisi kesildi. Genel durumu iyi, izleminde ateşi olmayan, kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın izleminde nöbet gözlenmedi ve bilinç bulanıklığı devam etmedi. Hasta nöroloji bölümünce takipleri planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Akut ensefalopati, influenzanın ciddi komplikasyonlarından biridir. Yüksek ateşi takiben nöbet ve bilinç değişiklikleri görülür. Sıklıkla Doğu Asya'da görülmekle beraber tüm dünyada görülebilir. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Hayatta kalan hastaların büyük bir kısmında ciddi sekeller gözlenmekte, ölüm oranları son yıllarda azalmakla beraber mortal seyredabilmektedir. İnfluenzaya bağlı bu ciddi komplikasyonu önlemenin en iyi yolunun aşılama olduğu da unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, Ensefalopati, Nöbet

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-060

Pnömoni Sırasında Metisiline Hassas S.aureus Bakteriyemisine Bağlı Adrenal Apse Gelişen İmmün Kompetan Çocuk Olgu

Ayşe Kakişım¹, Cansu Yılmaz Yeğit², Zümrüt Kocabey Sütçü³, Özge Kaba¹, Canan Caymaz¹

¹İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

²İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul

³İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji BD, İstanbul

Giriş: Sağlıklı bireylerin cilt ve mukozalarında bulunabilen Staphylococcus aureus hem immünsüpresif hem de immün kompetan hastalarda tüm dünyada invaziv bakteriyel enfeksiyonların en yaygın nedenlerindedir. Adrenal enfeksiyonlar sık görülmemekle birlikte genellikle primer bir enfeksiyon odağından sekonder yayılım ile gelişir ve sıklıkla bilateraldir. Uluslararası literatürde pediatrik popülasyonda yenidoğan ve erken infant döneminde adrenal apse bildirimine rastlanmıştır.

Bulgular: Bu olgu sunumunda yan ağrısı ve ateş şikayeti ile acil servise başvuran, plevral efüzyonlu pnömoni tanısı ile servise alınarak iv seftriakson ve oral azitromisin tedavisi başlanan hastanın 48 saatte klinik ve laboratuvar yanıtı olmaması üzerine tedavisi iv teikoplanin, iv meropenem, oral azitromisin olarak değiştirilen, çift kol kan kültüründe metisiline hassas S.aureus (MSSA)((klindamisin dirençli) üreyen, USG ve MR görüntüleme ile unilateral adrenal abse tanısı alan, iv teikoplanin, meropenem tedavisine iv amikasin eklenen, çocuk cerrahisi ve girişimsel radyoloji tarafından uygun bulunmadığı için apsenden örnekleme yapılamayan 15 yaşında immün kompetan bir olgu tartışıldı. Bir aylık iv antibiyotik tedavisi sonrasında MR görüntülemede belirgin iyileşme olması üzerine taburcu edilen hastanın ayaktan takibinde MR görüntüleme bulgularında tamamen iyileşme izlendi.

Sonuç: Sağlıklı toplumda taşıyıcılığı nadir olmayan toplum kaynaklı (TK)-MSSA'ya bağlı invaziv enfeksiyonların arttığını gösteren çalışmalar olması TK-MSSA enfeksiyonlarında invaziv komplikasyonlar açısından dikkatli olunmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal Apse, S.Aureus, Adrenal Yetmezlik

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-061

Bu Katater Antibiyotik Kilit Tedavisiyle Kurtulur Mu?

Ayşe Kübra Açık¹, Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Funda Tayfun Küpesiz², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, Antalya

Giriş: Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, santral venöz kataterle (CVC) izlenen bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda hastanede kalış süresinin uzaması, morbidite, mortalite ve artan tıbbi maliyetler nedeniyle önemli bir sorundur. Kateterlerin iç yüzeyinde biyofilm oluşturan organizmaların temizlenmesi için çok daha yüksek bir lokal antibiyotik konsantrasyonuna ihtiyaç vardır. Antibiyotik kilit tedavisi (ALT), sistemik antibiyotik tedavisine ek olarak, yüksek intraluminal antibiyotik konsantrasyonları uygulanmasıdır.

Materyal ve Metot: Burada kataterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu tanısıyla izlenen ve trimethoprim/sulfamethoxazole ALT uygulanan iki olgu sunulmuştur.

Bulgular: Olgu 1: Hemanjiyotromboz ile takipli dört yaş kız hasta Klebsiella species kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla meropenem ve kolistin antibiyoterapisi ile izlenirken tedavinin dördüncü gününde, ateş şikayeti olması nedeniyle kültürleri tekrarlandı. Tedavinin yedinci gününde katater kan kültüründe Burkholderia cepacia (antibiyoqram: meropenem ve trimethoprim/sulfamethoxazol duyarlı) üremesi raporlandı. Kolistin tedavisi kesildi. Meropeneme ek olarak trimethoprim/sulfamethoxazol sistemik ve ALT verildi. Olgu 2: B-ALL SR tanılı üç yaş erkek hasta febril nötropenik ateş nedeni ile yatırılarak sefepim tedavisi başlandı. Takibin dördüncü gününde ateşi devam eden hastanın oral mukoziti gelişti vankomisin alerjisi olması nedeniyle tedaviye teikoplanin eklendi. Ateşli dönemde alınan katater kan kültüründe Sphingomonas yabuuchiae (antibiyoqram: trimethoprim/sulfamethoxazol duyarlı) üremesi olan hastanın tedavisine trimethoprim/sulfamethoxazol sistemik ve ALT eklendi. Her iki olguda da; 10mg/ml trimethoprim/sulfamethoxazol ile 24 saatlik kapama yapıldı. ALT'nin yetmiş ikinci saatinde kontrol perifer-kateter kan kültürü alındı. Tedavinin onuncu gününde kültür sterilliği görülen hastaların tedavisine son verilerek şifayla taburcu edildi.

Sonuç: ALT, CVC ile ilişkili enfeksiyonda önemli bir terapötik yöntemdir. CVC'nin kurtarılması için yararlı bir alternatiftir. Dirençli olgularda, geleneksel olarak kullanılan antibiyotikler dışındaki diğer antibiyotikleri içeren ALT'nin sistemik tedaviyle birlikte kullanılmasıyla iyi sonuçlar elde edilebilir. Pediatrik popülasyonda trimethoprim/sulfamethoxazol kilit tedavisi uygulanmış sınırlı sayıda vaka bildirildiğinden, olumlu klinik tecrübemizin literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Katater Kilit Tedavisi, Trimethoprim/Sulfamethoxazol

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-062

Pseudomonas aeruginosa Septisemisine Sekonder Ektima Gangrenozum Kliniği ile Başvuran İki Olgu

Ayşe Kübra Açık¹, Onur Tekeli¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Dilara Kocacık Uygun², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji BD, Antalya

Giriş: Ektima gangrenozum (EG), sıklıkla bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde ortaya çıkan, en sık Pseudomonas aeruginosa'nın neden olduğu, eritematöz sınırları olan gangrenöz ülserler şeklinde görülen kutanöz bir lezyondur.

Materyal ve Metot: Burada immün yetmezlik tanılı, EG ile izlenen iki olgu sunulmuştur.

Bulgular: Olgu 1: Lökosit adezyon defekti tip 1 (LAD 1) ön tanısı izlenen yedi aylık kız hasta ateş, beslenmede azalma, huzursuzluk şikayetleri ile sırtta ve ayak dorsumunda başlayan ciltten hafif kabarık kızamık mor lezyonlarla başvurdu (Resim 1). Sepsis kliniğiyle EG ön tanısı ile yatırılan hastaya vancomisin, piperasilin-tazobaktam ve flukonazol tedavileri başlandı. Dirençli ateşinin olması ve lezyonlarının yaygınlaşması nedeniyle tedavisi ikinci gününde vankomisin, meropenem, amikasin ve flukonazol olarak revize edildi. Takibin dördüncü gününde sırtındaki lezyondan alınan püy kültüründe P. aeruginosa üredi. Olgu 2: Kombine immün yetmezlik (SCİD, IL-7 mutasyonu) ve otoimmün hemolitik anemi nedeniyle takip edilen yirmi iki aylık erkek hasta, ateş huzursuzluk, sol burun deliğinin distalinde önce kırmızı-mor olup ardından siyahlaşma ve kanlı akıntının geliştiği lezyon şikayeti ile başvurdu (Resim 2). Hasta mukor?, EG ön tanıları ile yatırılarak amfoterisin B, meropenem ve vankomisin tedavisi başlandı. Sepsis tablosunda izlenen hastanın tedavinin üçüncü gününde ateşi geriledi. Kan kültüründe P. aeruginosa üremesi oldu. Her iki hastanın tedavisine de kültürde üremeleri gösterildikten sonra meropenem ve amikasinle devam edildi. Tedavilerinin onuncu gününde nekrotik lezyonların sınırları belirginleşti. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü tarafından yara debridmanı yapıldı. Tedavileri on dört güne tamamlanan hastalar şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: EG, sepsisin önemli bir bulgusudur. Prognoz konakçıya ve immünsüpresyonun derecesine bağlıdır. Psödomonas sepsisine sekonder EG gelişen hastalarda mortalite oranı %38-77 arasında değişmektedir. Bu nedenle hızlı tanı ve erken antibiyotik tedavisi başlanması hayati öneme sahiptir. Kültür antibiyogram duyarlılıkları sonuçlanana kadar, geniş spektrumlu antibiyotiklerin seçilmesi ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ektima Gangrenozum, Pseudomonas Aeruginosa

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-063

Diş Absesinden Ludwig Anjinine

Ayşe Kübra Açık¹, Hafize Selma Çetin¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Onur Tekeli¹, Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Antalya

Giriş: Ludwig anjini, boyun ve ağız tabanındaki yumuşak dokuların ilerleyici gangrenöz sellülit ve ödemi ile karakterize, nadir görülen, yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur.

Materyal ve Metot: Burada diş çürüğü nedeniyle submandibular abse ile izlenen ve diş çekimi sonrasında takipte Ludwig Anjini gelişen bir çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan 11 yaşında erkek hasta bir gün önce başlayan ateş, yüzün sol alt yarısında şişlik, boyun hareketlerinde ve ağız açıklığında kısıtlılık şikayetleri ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde yüzde sol mandibular alanda ödemli görünüm, sol submandibular ve submental alanda palpasyonla ağrılı multipl en büyüğü 2x1 cm olan lenfadenopati, boyun hareketlerinde kısıtlılık, ağız açıklığında azalma saptandı. Diş absesi? derin boyun enfeksiyonu? ön tanılarıyla yatırıldı. Laboratuvar bulguları hemoglobin 11,4 g/dl, lökosit 13500/mm³, trombosit 264000/mm³, C- reaktif protein 145 mg/dl'ydı. Kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde bilateral submandibular ve servikal alanda kısa aksı 1 cm'den küçük solda birbiri ile birleşme eğiliminde çok sayıda lenf nodu ve sol submandibular köşede kısa aksı 12 mm ölçülen bir adet lenfadenopati saptandı. Hastaya intravenöz seftriakson ve klindamisin tedavileri başlandı. Diş çürüğü olan hastanın 36 numaralı çürük dişi çekirildi. Diş çekiminden 16 saat sonra yutkunma güçlüğü başladı ve yüzün sol yarısındaki şişlik yayılarak bilateral submandibular alandan klavikulara uzanan kızarıklık, ısı artışı, ödemli hale geldi (Resim 1). Hastada mevcut klinik bulgularla Ludwig Anjini geliştiği düşünüldü. Antibiyotik tedavisi vankomisin, seftiakson ve metranidazol olarak revize edildi, trakeotomi hazırlığı yapıldı, monitörize izlendi. Tedavinin 3.gününde yüzde ve boyundaki şişlik belirgin azaldı, boyun hareketleri serbestleşti. Hastanın sistemik tedavisi 7 güne tamamlanarak, oral antibiyotik tedavisi ile şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Ludwig Anjini, hızla çevre dokulara ilerleyerek hava yolu tıkanıklığı, aspirasyon pnömonisi, karotis arter rüptürü veya kılıf apsesi, nekrotizan mediastinit gibi ölümcül komplikasyonlara yol açar. Trakeostomi gereksinimi olabilmesi nedeniyle hava yolunun korunması, görüntülemeye boşaltılabilir bir koleksiyon gözlenirse acil cerrahi drenaj ve erken intravenöz antibiyotik uygulanması tedavinin temelini oluşturur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Diş Absesi, Ludwig Anjini

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-064

Çocukluk Çağında Zonaya Bağlı İridosiklit Gelişen İmmün Kompetan Olgu

Ayşe Kakışım¹, Seray Vural², Canan Caymaz¹, Yusuf Berk Akbaş³, Özge Kaba¹

¹İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, İstanbul

²İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları BD, İstanbul

³İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göz Hastalıkları BD, İstanbul

Giriş: Üveit olgularının yaklaşık %30'u bugün bile tanımlanmamış olmasına ve altta yatan neden daha çok immün aracılı üveitler olmasına rağmen bazı virüsler farklı oküler dokuları tutarak enfeksiyöz üveite neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda preseptal selülit ön tanısı ile takip edilirken zonaya bağlı iridosiklit tanısı alan bir olgu tartışıldı.

Bulgular: İmmün kompetan 11 yaşında kız çocuğu sağ göz kapağında ödem, eritem, sağ gözünü açamama ve göz kapağı çevresinde veziküler lezyonlar olması şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Preseptal selülit, zona ön tanıları ile intravenöz ampicilin sulbaktam, klindamisin, asiklovir ve topikal gansiklovir tedavisi başlandı. Tedavisinin 10. gününde göz kapağı ve çevresinde ödem, eritem veziküler döküntü belirtileri büyük oranda gerileyen hastanın göz muayenesinde iridosiklit tespit edildi ve tedaviye topikal prednizolon eklendi. Tedavisinin 17. gününde iridosiklit bulguları tamamen geriledi. Literatürdeki bilgiler ışığında hastanın iv asiklovir tedavisi 18 güne tamamlanarak ve oral valasiklovir ile tedavinin 10 haftaya tamamlanması planlanarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Zona geçiren çocuklarda göz çevresi tutulumunda hastaların sık aralıklarla izlenmesi gelişebilecek komplikasyonların erken tanısı ve tedavisi açısından son derece önemlidir. Çocuklarda herpes virüs ailesine bağlı üveitler görülebilmekle birlikte immün kompetan çocuklarda zonaya bağlı üveit bildirimi son derece nadirdir. Göz kapağı ve gözü tutan zonaya bağlı cilt lezyonlarında üveit akılda tutulması gereken nadir bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Herpes Zoster, İmmün Kompetan, Üveit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-065

Çocukluk Çağında Bruselloz Olgularının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Mehtap Akça¹, Berfin Özgökçe Özmen², Güldane Dikme³, Edanur Yeşil³, Necdet Kuyucu³

¹Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Hatay

²Mersin Şehir Hastanesi, Mersin

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Mersin

Giriş: Bruselloz dünyada yaygın olarak görülen ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam eden zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde endemik olarak görülmesine rağmen bu hastalıkla ilgili çocuk vaka serileri oldukça azdır. Bu çalışma ile kliniğimizde takip edilen pediatrik bruselloz vakalarını değerlendirmek ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu çalışmaya 01.01.2013-01.07.2023 tarihleri arasında kliniğimizde bruselloz tanısı ile takip edilen 181 olgu alındı. Olguların; demografik özellikleri, klinik, laboratuvar, mikrobiyolojik bulguları, komplikasyonları ve tedavi yanıtları incelemeleri dosya kayıtlarından geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışma için üniversitemiz etik kurulundan 2023-563 nolu karar ile onam alındı.

Bulgular: Çalışmadaki 181 hastanın 98'i (%54.1) erkek, 83ü (%45.9) kız ve yaş ortalaması 10.52±4.23 (1-17 yıl) yıldı. Köy/kırsal alanda yaşama %48.1, hayvan teması %42.2 pastörize edilmemiş süt/süt ürünleri tüketimi %64.1 ve ailede bruselloz öyküsü %34.3 vakada tespit edildi. Hastaların %92.3'i akut ve %7.7'i subakut brusellozdu. Brucella spp. üremesi kan kültüründe %25 kemik iliği kültüründe %0.55, oranında saptanmakla birlikte beyin omurilik sıvısı kültüründe üreme saptanmadı. Tüm hastalar kombine rejim ile tedavi edildi. Dört hastada relaps görülürken mortalite saptanmadı.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olarak ciddiyetini korumaya devam etmektedir. Enfeksiyon hayvancılıkla uğraşan yetişkinler arasında yaygın bir meslek hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte, gıda kaynaklı bulaş riski nedeniyle çocuklar bu hastalık açısından risk altındadır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Çocuk, Klinik Bulgular, Komplikasyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-066

Akut Lenfoblastik Lösemi Hastasında Uzamış Ateş: Sitomegalovirüs Pnömonisi

Aylin Dizi Işık¹, Rabia Emel Şenay², Seyhan Yılmaz¹, Sevgi Aslan Tuncay¹, Burcu Parlak¹, Pınar Canızci Erdemli¹, Didem Büyüктаş Aytaş¹, Meryem Çağla Abacı¹, Ömer Doğru², Ahmet Koç², Gülşen Akkoç¹, Sevlia Öcal Demir¹, Eda Kepenekli¹

¹Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

³Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Medical Park Göztepe Hastanesi, İstanbul

Giriş: Yaygın olarak görülen Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonları, immünkompetan bireylerde ciddi hastalığa nadiren neden olmasına rağmen immüsuprese hastalarda önemli bir patojendir. Burada CALLA + Pre B-ALL tanılı nedeni bilinmeyen ateş tetkik edilirken mikrobiyolojik ve histopatolojik olarak CMV pnömonisi tanısı olan bir hasta nedeni bilinmeyen ateş etiyojisine dikkat çekmek ve tanı zorluğu nedeni ile sunulmuştur.

Materyal ve Metot: OLGU: 3 yaş 7 ay erkek CALLA + Pre B-ALL tanılı idame tedavisi altında olan hasta ateş ve sol göz kapağında şişlik şikayetleri ile başvuru tetkiklerinde granülositopeni trombositopeni ve hafif transaminaz yüksekliği saptanması üzerine febril nötropeni ve preseptal selülit ön tanıları ile yatışı yapıldı. Takiplerinde ateşi devam etmesi, batın distansiyonu ve ikterik görünümü olması, trombositopenisi derinleşmesi, transaminaz değerlerinde artış ve kolestaz tablosu gelişti. Çekilen toraks tomografisinde bilateral plevral effüzyon ve çevresinde buzlu cam opasiteleri izlenen solid nodüller, karaciğerde ve dalakta hepatosplenik kandidiazis açısından anlamlı olabilecek hipodens nodüler lezyonlar ve batın manyetik rezonans görüntülemesinde de karaciğer ve dalak ile birlikte böbreklerde de nodüler lezyon olduğu görüldüğü üzerine antifungal tedavi başlandı (Resim 1A ve 1B). Takiplerinde ateşi devam eden ve solunum sıkıntısı olan hastaya bronkoskopi yapıldı, BAL CMV PCR ve eş zamanlı kan CMV PCR hafif yüksek saptandı ancak kopya sayısı düşük olduğu ve yapılan uç organ taramasında patoloji saptanmaması nedeni ile kan CMV PCR titre takibi planlandı. Takiplerinde kan CMV titresinde artış olması ve ateşi devam etmesi üzerine preemtif tedavi olarak gansiklovir ve gün aşırı IVIG tedavisi başlandı. Akciğerdeki nodüllerden örnekleme yapıldı, doku CMV PCR yüksek saptandı, histopatolojik incelemesi CMV pnömonisi ile uyumlu sonuçlandı. Hastanın gansiklovir ve gün aşırı IVIG tedavisi ile solunum sıkıntısı düzeldi ve akciğer bulguları geriledi (Resim 1C). Hasta oral valgansiklovir ve vorikonazol sekonder profilaksileri ile ayaktan takibe alındı.

Resim 1A-Tedavi öncesi akciğer grafisinde sağ taraflı plevral effüzyon 1B- Tedavi öncesi toraks BT bilateral plevral effüzyon ve çevresinde buzlu cam opasiteleri izlenen solid nodüller 1C- Tedavi sonrası akciğer grafisi

Sonuç: CMV pnömonisi nadir olarak görülmesine rağmen mortal bir komplikasyondur. İmmüsuprese hastalarda nedeni bilinmeyen ateş ve solunum semptomları olan hastalarda ayırıcı tanılar arasında unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uzamış Ateş, İmmüsupresyon, Opportunistik Enfeksiyonlar, CMV Pnömonisi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-067

Mecburen, Mecburiyetten: Gram Negatif Basillerin Neden Olduğu Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlu Çocuklarda Kateter Kilit Tedavisi Deneyimimiz

Zeynep Ergenç¹, Sevgi Aslan Tuncay¹, Aylin Dizi Işık¹, Seyhan Yılmaz¹, Pınar Canızci Erdemli¹, Eda Kepenekli¹

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

Giriş: Kateter kilit tedavisi, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının (KİKDE) yönetiminde kateterin parenteral tedavi amaçlı kullanımına ara verilerek kateter lümeni içine antimikrobiyal tedavi içeren bir solüsyon verilerek gerçekleştirilen bir uygulamadır. Bu çalışmada gram negatif basil nedenli KİKDE geçiren ve kateterinin çekilmesi ya da yeni kateter takılması mümkün olmadığından enfeksiyon odağı kontrolü amacıyla kateter kilit tedavisi uygulanan çocuk olgular incelenmiştir.

Materyal ve Metot: 2020 Ocak-2023 Ocak ayları arasında gram negatif basil nedenli KİKDE geçiren ve kateter kilit tedavisi uygulanan olguların demografik ve klinik özellikleri ile tedavi rejimleri geriye dönük incelenerek not edildi. Tedavi süresince en az iki üremesiz kateter kültürü görülmesi ve tedavi sonrası 90 gün içerisinde ayni etkenle KİKDE tekrarlamaması tedavi başarısı olarak kabul edildi.

Bulgular: Yaşları üç ay ile 17 yaş arasında değişen beş çocuk olgu incelendi. Üç hastada malignite, bir hastada metabolik hastalık ve bir hastada hematolojik hastalık nedenli kemik iliği nakil planı bulunduğu kateter takılmıştı. İki hastanın santral venöz kateteri, bir hastanın Hickmann kateteri, bir hastanın port kateteri, bir hastanın ise hemodiyaliz kateterine kateter kilit tedavisi uygulandı. Üç kateter subklavian, iki kateter ise juguler yerleşimliydi. Kateter üremeleri iki hastada Klebsiella pneumoniae, bir hastada Proteus mirabilis, bir hastada Escherichia coli, bir hastada ise Enterobacter cloaca complex olarak tiplendirildi. Tüm hastalara üreme duyarlılıklarına göre parenteral antibiyotik tedavisi verildi. Üç hastada amikasin, bir hastada gentamisin, bir hastada ise başlangıçta amikasin devamında gentamisin ile kateter kilit tedavisi uygulandı. Kateter kilit tedavi süresi iki ile 14 gün arasında değişmekteydi. İki hastada kateter kilit tedavisi başarılı bulundu. Hiçbir hastada endokardit saptanmadı.

Sonuç: Kateter kilit tedavisi gram negatif basil nedenli KİKDE'li ve çeşitli nedenlerle kateterinin çekilmesi ya da yeni kateter takılması mümkün olmayan seçili olgularda uygulanabilir. Burada amaç, kateteri kurtarmaktan ziyade enfeksiyon odağının kontrol altında tutulması olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kateter ilişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu, Kateter Kilit Tedavisi, Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-068

2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrası Çocuk Hastalarda Gelişen Yara Enfeksiyonları: Olgu Serisi

Seyhan Yılmaz¹, Gülşen Akkoç¹, Sevgi Aslan Tuncay¹, Burcu Parlak¹, Aylin Dizi Işık¹, Pınar Canızci Erdemli¹, Ahmet Hamdi Sakarya², Yücel Ağırdil³, Hayati Kart³, Eda Kepenekli¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Ülkemizde 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş depremi 100.000'in üzerinde yaralanma ve 50.000'in üzerinde ölümlerle sonuçlanmıştır. Depremden etkilenen hastalarda morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleri arasında crush sendromu, travmaya bağlı ekstremiteler yaralanmaları ve yara enfeksiyonları yer almaktadır. Bu vaka serisinin amacı depremde yaralanan çocuk hastalardaki enfektif komplikasyonları, etken mikroorganizmaları, tedavileri ve tedavi yanıtlarını araştırmaktır.

Materyal ve Metot: Bu olgu serisi, 9-24 Şubat 2023 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 12 depremzede çocuk hastayı kapsamaktadır. Yara enfeksiyonu olan hastalardan yara kültürleri, yara sekresyonlarından ve/veya operasyon sırasında alınan doku örneklerinden elde edilerek çalışılmıştır.

Bulgular: Hastaların dokuzu erkekti (%75). Hastaların yaş ortalaması 12,6±3,7 yıldır. Hastanede kalış süresi ortalama 69 gündür (15-152gün). Yedi hastada crush sendromu görüldü ve bunların beşinde renal replasman tedavisi uygulandı. Yedi hastaya (%58,3) fasyotomi operasyonu uygulandı. Biri sol ayakta, diğeri diz altında olmak üzere iki hastanın ekstremiteleri nekrotikti. Bu iki hastadan birine tek bacak diz üstü, diğerine bilateral diz üstü olmak üzere amputasyon uygulandı. Üç hastanın (%25) başvuru sırasında ateşi 38°C'nin üzerindedir ve altı hastada (%50) yatış sırasında ateş semptomu gelişti. Hastalarda gelişen başlıca enfeksiyöz komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonları (%58,3) ve idrar yolu enfeksiyonları (%25) idi. Dokuz farklı mikroorganizmanın yara enfeksiyonuna neden olduğu tespit edilmiş olup Enterococcus faecium (%41,6), Acinetobacter baumannii (%33,3) ve Pseudomonas aeruginosa (%16,6) başlıca bakteriyel etkenler olmuştur. Etken mikroorganizmaların sayısı ve yüzdeleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm Acinetobacter suşlarının çoklu ilaç direncine (ÇİD) sahip olduğu saptanmıştır. Tespit edilen bakteriyel mikroorganizmaların antibiyotik dirençlerinin yüzdeleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Tüm depremzedelere hastaneye kabul edildiklerinde ampirik antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Başlangıçtaki antibiyotik tedavi rejimleri tespit edilen enfeksiyöz etkenlere göre tekrar düzenlenmiştir.

Sonuç: Deprem gibi büyük afetler nadir görülür ve enfeksiyonlar morbidite ve mortaliteyi artıran başlıca komplikasyonlardır. Çoklu ilaca dirençli suşlar bu hastalarda yaygın patojenler olduğundan, başlangıçta uygun tedavi bu hastalarda sonuçların iyileşmesine katkıda bulunur.

Anahtar Kelimeler: Yara Enfeksiyonu, Deprem, Fasyotomi, Crush Sendromu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-069

Gebelik Döneminde Toksoplazma Gondii Ig M Seropozitifliği Saptanan Anne Bebeklerinin Klinik Özellikleri

Merve İşeri Nepesov¹, Sevilay Topçuoğlu²

¹S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

²S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Gebelikte geçirilen enfeksiyonun fetusa geçmesiyle oluşan konjenital toksoplazmozis, bebekte ağır klinik tablolara sebep olabilmektedir. Çalışmamızda gebelik döneminde Toksoplazma Ig M seropozitifliği saptanan anne bebeklerinin klinik özelliklerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Materyal ve Metot: Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde Şubat 2021-Aralık 2023 tarihleri arasında takip edilen, annesinde Toksoplazma Ig M seropozitifliği olan bebekler çalışmaya dahil edildi. Yirmi dört bebeğin sekizi düzenli takibe getirilmemesi, üçü annede yalancı Ig M pozitifliği saptanması nedeniyle çalışmadan dışlandı, 13 bebek çalışmaya alındı. Bebeklerin prenatal, natal ve postnatal klinik özellikleri geriye dönük incelendi.

Bulgular: Bebeklerin 7'si (%53.8) erkek, 6'sı (%46,2) kızdı. Ortalama gebelik haftası 37 ± 2 hafta, doğum ağırlığı 3088 ± 730 g olup 4 (%30.8) hastada prematür doğum öyküsü mevcuttu. Annelerin yaş ortalaması 30 ± 6.6 yıl, tanı aldığı gebelik haftası ortancası 17 (8-35) haftaydı. Tüm annelerde Toksoplazma IgM ve IgG değeri pozitif olup beş kişide düşük avidite saptandı. Beş (%38.5) anne hiç tedavi almamıştı. Doğum sonrası tüm bebeklere konjenital toksoplazma enfeksiyonuna yönelik ileri inceleme (tam kan sayımı, biyokimyasal inceleme, beyin omurilik sıvısı incelemesi, göz muayenesi, işitme testi, kraniyal görüntüleme, serolojik ve polimeraz zincir reaksiyon testi) yapılmış olup 11(%84.6) hastada patolojik bulgu saptanmadı ve tedavi başlanmayarak aylık poliklinik takibine alındı. İki hastaya tedavi başlanmış olup ilk hastada korioretinit, intrakranial kalsifikasyon ve hidrocefali, Toksoplazma Ig M negatif, plazma ve BOS Toksoplazma PCR negatif saptandı. Toksoplazma IgG düzeyi 650 IU/ml'dan 4,3 IU/ml'e kadar gerilerken tedavisi bir yıla tamamlanıp kesildikten iki hafta sonra Toksoplazma Ig M:1,02 (pozitif) IgG:22 IU/ml saptandı. İkinci hastada optik atrofi, Toksoplazma IgM pozitifliği ve kolestaz saptandı. Bir yılın sonunda iki (%15.4) hastaya kesin konjenital toksoplazma tanısı konulurken, 8 hastada tanı ekarte edildi. Üç hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: Gebelikte toksoplazma gondii Ig M seropozitifliği olan annelerin bebekleri doğum sonrası ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve en az bir yıl süre ile takip edilmelidir, tedavi kararı verilirken serolojik testlerin yanı sıra diğer klinik özelliklerde göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntrauterin Enfeksiyon, Toksoplazma Gondii

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-071

Tekrarlayan Laringeal Papillomatozis ve Tedavide Umut Vaat Eden İlaç Bevacizumab

Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Neslihan Yaprak Barıt², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: İnsan Papilloma virüsü (HPV) papillomaviridea ailesinden, alt tipleri epitelyal kanserlere sebep olan çift sarmallı DNA virüsüdür. Laringeal papillomatozise en sık sebep olan alt tipler HPV 6 ve 11 olup, doğumda annenin vajinal kanalından bulaştığı düşünülmektedir. Bevacizumab vasküler endotelial büyüme faktör inhibitörü antineoplastik ajandır. Kanser tedavilerinde kanserli hücrenin büyümesini baskılayıcı amaçla kullanılmaktadır.

Materyal ve Metot: Burada tekrarlayan laringeal ve trakeal papillomatozis nedeni ile çoklu operasyon öyküsü olan ve Bevacizumab ile papillomları kontrol altına alınan bir olgu sunulacaktır.

Bulgular: Vajinal yol ile miadında doğan beş yaş erkek hastaya ilk kez dokuz aylıkken ses kısıklığı etiyojji araştırmasında laringeal papillomatozis tanısı konulmuş. Biyopsisi skuamöz papillom olarak raporlanmış. Hastaya bir yaşında, bir buçuk ve iki buçuk yaşında laringeal papillomlarında artış olması nedeni ile Kulak Burun Boğaz (KBB) bölümü tarafından mikro cerrahi uygulanmış. Toplam bir buçuk yıl interferon tedavisi uygulanıp kesilmiş. İki kere intralezyonel sidofovir tedavisi uygulanmış. İki yaş sekiz aylıkken trakeostomi açılmış, papillomlarında artış olması nedeni ile dört kere daha opere edilmiş. Dört yaşında trakeostomi ile izlenirken solunum arresti olan hastada hipoksik etkilenme oluşmuş. KBB bakısında karina bifurkasyon noktasına kadar ulaşan yeni papillomlarının görülmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi. Boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) önceden var olan laringeal papillomlarına ek olarak sol ana bronş posterior duvarında yeni polipoid lezyon izlendi. Hastaya 10 mg/kg/doz 21 günde bir verilmek üzere bevacizumab başlandı. Toplamda dokuz doz bevacizumab tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası KBB tarafından yapılan vokal kord ve trakea değerlendirmesinde trakeadaki papillomların regrese olduğu belirtildi. Bir yıl sonunda çekilen kontrol BT karşılaştırmasında sol bronştaki lezyonun yeni tetkikte izlenmediği belirtildi. Tedaviye bağlı yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Laringeal papillomatozis çocuklarda en sık görülen benign laringeal tümörlerdir. İyi huylu olmasına rağmen hızlı çoğalması ve solunum yolunu daraltması nedeni ile hayati tehlike oluşturabilmektedir. Bevacizumab çeşitli kanser tedavilerinde etkin kullanılan bir ajan olup laringeal papillomatoziste seçilmiş vakalarda kullanılması tedavide umut vaat etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bevacizumab, HPV, Laringeal Papillom.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-072

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Gözüyle Şiddetli İlaç Erüpsiyonları Yönetimi

Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Ayşe Kübra Açık¹, Erkan Alpsoy², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Antimikrobiyal ilaç kullanımı ilişkili ilaç reaksiyonları, tedavi sürecinde karşılaştığımız önemli sorunlardan biridir. İlaç reaksiyonlarının %30'u erüpsiyon olarak bildirilmiştir. Erüpsiyonlar hafif, orta ve ciddi/şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır. Kutanöz bulgulara ilaveten yüksek ateş, lenfadenopati, organ tutulumu gibi sistemik bulgular ve hematolojik anormallikler ya da anormal karaciğer/böbrek fonksiyon testleri eşlik ettiğinde ilaç erüpsiyonları şiddetli olarak değerlendirilmektedir.

Materyal ve Metot: Burada 1.2.2023-1.9.2023 tarihleri arasında ciddi ilaç erüpsiyonu kliniği ile izlediğimiz olguların klinik ve laboratuvar bulguları sunulacaktır.

Bulgular: Kliniğimizde 1.2.2023-1.9.2023 tarihleri arasında 413 yatış olup ciddi ilaç erüpsiyon sıklığı %1,69 bulunmuştur. Toplam yedi hastada ciddi ilaç erüpsiyonu gelişmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo1'de özetlenmiştir. Bunların %57'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 10,2 (2-16) yıldır. Sorumlu ajan %71,4 (n=5) beta laktam grubu antibiyotiklerdi. Ayrıca bir hastada döküntü intestinal antiinflamatuvar ajan ilişkiliydi. İlaç alım sonrası ciddi erüpsiyon gelişme süresi ortalama 10,2 (1-23) gündü. Tüm olgularda %50'den fazla cilt tutulmuştu ve basmakla solan makülopapüler erüpsiyon mevcuttu. Ek olarak üç (%42,9) hastada epidermal ayrışma mevcuttu. Hastalarda %71,4 (n=5) karaciğer fonksiyon testlerinde artış, %57,2 (n=4) hepatomegali, %57,2 (n=4) ateş, %42,9 (n=3) eozinofili, %42,9 (n=3) lökopeni, %42,9 (n=3) trombositopeni ve %14,3 (n=1) hipotansiyon eşlik etmekteydi. Eozinofili yüzdesi ortalama %10,4 (0-46) bulundu. Döküntüye hastaların hiçbirinde akut faz reaktanlarında artış eşlik etmedi. Olguların tümünde öncelikle erüpsiyondan sorumlu tutulan ajan kesildi. Tedavide hastaların hepsine metilprednizolon verildi. Ortalama steroid kullanımı 21,5 (3-50) gündü. Tedavide dört hastaya intravenöz immünglobulin uygulandı. Hastaların tümüne ortalama 13,1 (3-23) gün ikili antihistaminik (altısına hidrosizin ve feniramin maleat, birine desloratidin ve feniramin maleat) verildi. Döküntülerin solma zamanı ortalama 9,2 (2-18) gün ve tamamen düzelleme zamanı 20,5 (8-45) gün olarak bulundu.

Gövde üzerinde büller ve makülopapüler ilaç erüpsiyonu

Sonuç: Literatürde hastanede yatan hastaların %6,7'sinde ilaçlara bağlı ciddi yan etki görüldüğü bildirilmiştir. Ciddi ilaç erüpsiyonları hayatı tehdit edebilmekle birlikte, tedavinin devamı gerekli olduğunda yönetimi zordur. Tedavide sorumlu ajanın kesilmesi sonrasında vakanın kliniğine göre antihistaminik, steroid ve IVIG tedavisinden faydalanılır. Döküntüler uygun tedaviye rağmen haftalarca sürebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ciddi Yan Etki, Erüpsiyon, İlaç

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-073

Adölesan Kız Olguda Herpes Ensefaliti

Şefika Elmas Bozdemir¹, Didar Arslan²

¹SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım BD, Bursa

Giriş: Herpes simpleks virüsü, sporadik viral ensefalitin en sık nedenidir. Klinik olarak yüksek ateş, baş ağrısı, davranış değişiklikleri ve bilinç bulanıklığı ile karakterize olup fokal veya jeneralize nöbetlerle ani başlangıçlı ve fulminan seyirli olabilir. HSV ensefalitinde BOS'ta lenfositik pleositoz, Beyin MR'da temporal lob tutulumu görülür. BOS'tan polimeraz zincir reaksiyonu(PCR) yöntemiyle HSV-DNA saptanması tanısaldır.

Bulgular: Ondört yaş kız hasta ateşli nöbet yakınması ile getirildi. Hikayesinde 5 günlük baş ağrısı, ateş ve kusma ile getirildi. iki gündür amoksisilin- klavulanat tedavisi aldığı öğrenildi. Sistem muayeneleri doğal olan hastada konfüzyon mevcuttu. İlaç veya dışardan gıda alım öyküsü yoktu. Rutin kanlarında özellik yoktu. Beyin MR'da sağ temporal lobda difüzyon kısıtlılığı bildirilen olgu ensefalit-menenjit öntanısıyla yatırıldı. BOS ta glikoz 71mg/dL (KŞ 98mg/L), protein 497 mg/L, BOS'ta 10 hücre (%80lenfosit) saptanarak sefotaksim, vankomisin, asiklovir, fenitoin başlandı. Yatışının 2. gününde konfüzyonu artan hasta EEG çekimi sırasında nöbet geçirerek ÇYBÜ alındı. Anizokorisi eklenen hastanın Beyin MR'ında sağda temporoparietal lobda, talamusta ve serebral pedinkülde T2A ve FLAIR sekansta hiperintensite, İVKM sonrası silik, giral kontrastlanma izlendiği,ve bulguların Herpes ensefaliti ile uyumlu olduğu bildirildi. Tedavisine hipertonic salin, deksametazon eklendi. Ateşleri yatışının 6. gününde kırıldı ve BOS'ta Herpes Tip-I DNA-PCR pozitif geldi. Antibiyotikleri kesilerek asiklovir devam edildi. Anizokorisi düzelen olgunun oryantasyon bozukluğu devam etti. Takibinin 11. gününde servise devir alınan olguda ateş ve önce sağ sefalik vende, 1 gün sonra sol sefalik vende tromboz gelişti. DMAH ve SBİE düşünülerek kültürleri alındıktan sonra sefotaksim ve vankomisin eklendi. Asiklovir tedavisinin 19. gününde gönderilen BOS Herpes PCR negatif geldi. Asiklovir 25. günde kesildi. Anlamsız ağlama-uyku bozukluğu olan hastaya Ç. Psikiyatrisi tarafından sertralin başlandı. Fizik tedavi bölümüyle konsülte edilerek ambulasyon desteği sağlandı ve 40. günde sorunsuz taburcu edildi. Kontrol MR'ında sekel değişiklikler izlenmesine rağmen motor fonksiyonlarında sekel kalmadı.

Sonuç: Erken tanı-tedavi ile klinik sekelsiz iyileşen bir Herpes Ensefaliti olgusunu sunduk. Olgu takibinin 3. yılında 10 sınıfta okuluna başarıyla devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Herpes Simpleks Virüs, Ensefalit, Asiklovir

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-074

Çocuklarda Sphingomonas Paucimobilis'e Bağlı Kan Akımı Enfeksiyonunun Klinik ve Mikrobiyolojik Özellikleri+9

Fatma Kılınç¹, Ümmühan Çay¹, Nisa Nur Tapaç¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹, Filiz Kibar², Hatice Hale Gümüş²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Sphingomonaslar doğada, toprakta ve suda yaygın olarak bulunan bakterilerdir. Küvetler, borular, deniz suyu, buz, nehir suyu, maden suyu gibi su kaynaklarında yaygın bulunan bakteri hastane ortamında da hemodiyaliz sıvısı, dental irrigasyon sistemleri, distile su, nebulizörler ve hastane su sistemlerinde izole edilmiştir. 30'dan fazla tür içerir ve bunların arasında yalnızca paucimobilis patojendir. Nonfermentatif, gram negatif, fırsatçı bir basildir. S. paucimobilis bakteriyemisi literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Bu çalışmamızda Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde 09.05.2016-22.05.2023 tarihleri arasında yatarak izlenen pediatrik hastalarda S. paucimobilis'e bağlı kan akımı enfeksiyonunun klinik ve mikrobiyolojik özelliklerini inceledik.

Materyal ve Metot: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde 09.05.2016-22.05.2023 tarihleri arasında yatarak izlenen, 18 yaş altında, en az bir kan kültüründe S. paucimobilis üreyen ve bakteriyemi semptom ve bulguları olan hastalar çalışmaya alındı.

Bulgular: 18 yaş altında, en az bir kan kültüründe S. paucimobilis üreyen ve bakteriyemi semptom ve bulguları olan 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalardan dokuzu (%45) kız, 11'i (%55) erkekti. Ortalama yaş 74.7 ay (min- max 0-206 ay). 14 (%70) hasta sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon, altı (%30) hasta toplum kaynaklı enfeksiyon kabul edildi. Üreme ortalama yatışın 11.5. gününde (min- max 1-57 gün) oldu. 18 (%90) hastada altta yatan hastalık ve risk faktörü vardı. Amikasin, imipenem, meropenem, seftriakson, ampicilin/sulbaktam, ciprofloksasin, piperasilin/tazobactam, seftazidim, sefepim direnç oranları sırasıyla %0, %0, %5, %10, %10, %15, %30, %45, %45 şeklindeydi. Beş hasta ikili antibiyotik tedavisi aldı, 15 hasta tekli antibiyotik tedavisi aldı. S. paucimobilis'e bağlı mortalite görülmedi, genel mortalite %10'du.

Sonuç: Sonuç olarak S. paucimobilis sağlıklı ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde çeşitli hastalıklara neden olabilir. Klinik virülansı düşük bir mikroorganizma olmasına rağmen özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda septik şoka yol açabilir. Giderek artan enfeksiyonlara neden olan bu bakterinin göz ardı edilmemesi gerekir. Klinik ve mikrobiyolojik özelliklerini karakterize etmek için daha fazla tanımlayıcı araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sphingomonas, Antibiyotik Duyarlılığı

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-075

Çocuklarda Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonunda Antimikrobiyal Kilit Tedavisinin Retrospektif Değerlendirilmesi

Emine Çiğdem Özer¹, Gülhadiye Avcu¹, Aslı Arslan¹, Nimet Melis Bilen⁴, Sema Yıldırım Arslan³, Coşkun Ekemen¹, Fatma Feriha Çilli², Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

⁴Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Aydın

Giriş: "Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar (SHİE)'in en sık görülen tipi Kateter İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonları(KİKDE)'dir. KİKDE kateter kaybına, uzamış hastane yaşlarına, morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Kateter veya portun çıkarılmasının mümkün olmadığı durumlarda kateter kilit tedavisi kurtarma tedavisi olarak önerilmektedir. Bu çalışmada kateter kilit tedavisi uygulanan hastalarda kullanılan tedavilerin ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde Nisan 2019- Ocak.2024 tarihleri arasında izlenen kateter kilit tedavisi uygulanan 60 hasta değerlendirildi. Kilit tedavisi hastanın klinik durumuna göre en az 4 saat olarak uygulandı. Kateter kilit tedavisi 48 saatten az yapılan veya uygun tedavi uygulanmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Çalışmamıza KİKDE nedeniyle kilit tedavisi uygulanan 60 hasta (22 kız,38 erkek) dahil edildi. Median yaş 4 (0-18)'tü . Çalışmaya dahil edilen KİKDE 'nda etken mikroorganizma 23'ü Koagülaz-negatif Staphylococcus spp. (%38,3), 14'ü Enterobacteriaceae spp. (%23,3) , 4'ü Stenotrophomonas maltophilia (%6.7) 19'u Candida spp (%31,7) idi. Antibiyogramına uygun olarak Gram pozitifler etkenlerde vankomisin (20/23), linezolid(2/23), teikoplanin (1/23), Gram-negatif KİKDE'da amikasin(11/14), siprofloksasin(4/4) , gentamisin (1/14), seftazidim (1/14), kolistin(1/14),kandidemilerde ise kaspofungin(16/19) , mikafungin (2/19), liposomal amfoterisin-B (1/19) tedavisi uygulandı. Antibiyotik kilit tedavisi ile 49(%81,2) hastada tedavi başarılı oldu, mikrobiyolojik eradikasyon sağlandı. Gram-pozitif etkeni olan hastaların 19(%92)'unda, Gram-negatif etkeni olan hastaların 15(%83)'inde, kandidemilerin 16(%84)'sında kilit tedavisi başarılı oldu. Kapama süresinin medianı 10(2-27) olarak sonuçlandı.

Sonuç: KİKDE gelişen hastalarda kateter kurtarma stratejilerinden biri olarak antibiyotik kilit tedavisi önerilmektedir. Çalışmamızda da antibiyotik kilit tedavisi ile başarı oranı yüksek saptanmıştır .Özellikle TPN gibi sürekli infüzyon tedavi ihtiyacı olan hastalarda antibiyotik kilit tedavisi alternatif tedavi olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lock, Kilit Tedavi, Kateter Enfeksiyonu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-076

Otitis Media Tanılı Çocukta Ani Başlayan Dışa Bakış Kısıtlılığı

Ayşe Kübra Açık¹, Hafize Selma Çetin¹, Onur Tekeli¹, Hatice Burcu Çağlar Kızıl¹, Furkan Donbaloğlu², Tuğçe Tural Kara¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Nöroloji BD, Antalya

Giriş: Gradenigo Sendromu (GS), akut otitis medianın nadir bir komplikasyonudur. Klasik olarak akut otitis media, ipsilateral abduzens sinir felci ve trigeminal sinirin birinci ve ikinci dallarının dağılımındaki ağrıdan oluşan klinik bir üçlü olarak tanımlanır.

Materyal ve Metot: Burada otitis media sonrasında Gradenigo Sendromu tanısı ile izlenen bir çocuk olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan üç yaş erkek hasta ateş ve kulak ağrısı şikâyetleri ile dış merkeze başvurmuş ve akut otitis media tanısı konularak sefdinir (14 mg/kg/gün) tedavisi başlanmış. Tedavinin 36. Saatinde sol gözde içe kayma gelişmesi ve ateşin devam etmesi üzerine acil servise başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde orofarenks hiperemik, tonsiller grade 2 hipertrofik, yoğun pürülan postnazal akıntı mevcuttu. Bilateral timpanik membranlar bombe ve hiperemik görünümdeydi. Hastanın sol gözde içe kayma ve dışa bakış kısıtlılığı mevcut olup ek patolojik muayene bulgusuna rastlanmadı. Laboratuvar bulguları hemoglobin 11,3 g/dl, lökosit 5500/mm³, trombosit 578000/mm³, C-reaktif protein 57,8 mg/dl'ydı. Kontrastlı beyin magnetik rezonans görüntülemesinde paranasal sinüslerde mukozal kalınlık artışları, bilateral mastoid hücrelerde ve orta kulakta sıvı intensiteleri, sinüzitik değişiklikler bilateral otit/mastoidit? saptandı. Hastaya mevcut bulgularla Gradenigo Sendromu tanısı konularak 14 gün intravenöz seftriakson (100 mg/kg/gün) ve metranidazol (40mg/kg/gün) tedavileri verildi. Aynı zamanda Çocuk Nöroloji Bölümü önerisi ile intravenöz immünoglobulin 2 gr/kg'dan 5 güne bölünerek uygulanıp, ardından metil prednizolon 1 mg/kg/gün tedavisi başlandı. Takibinde steroid azaltma şemasıyla verilerek hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Otitis medianın neden olduğu Gradenigo Sendromu yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Otitis media tedavisinde antibiyotiklerin yaygın kullanımı nedeniyle görülmesi artık nadir olsada; diplopi, dışa bakış kısıtlılığı, orta kulak iltihabı ve retro orbital ağrı şikayeti olan hastalarla karşılaşıldığında Gradenigo Sendromu akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut Otitis Media, Altıncı Kranial Sinir Felci, Gradenigo Sendromu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-077

Diyabetik ketoasidoz ile başvuran Tip 1 diyabetli çocuklarda bakteriyel enfeksiyonların belirlenmesinde prokalsitoninin yeri

Durmuş Doğan¹, Taylan Çelik²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Diyabetik ketoasidoz (DKA) Tip 1 diyabet (T1DM)'in akut hayatı tehdit eden bir komplikasyonudur ve sıklıkla enfeksiyon, insülin tedavisinin kesilmesi, yeni tanı diyabet ve stres nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyonların tanısında öncelikle öykü ve fizik muayeneden yararlanılsa da DKA semptomlarının enfeksiyöz semptomlarla örtüşmesi nedeniyle tanısal süreç karmaşıklaşmaktadır. Bu amaçla sistemik inflamatuvar yanıtı gösteren akut faz belirteçlerinden (prokalsitonin (PCT) gibi) sıklıkla faydalanılmaktadır. Ancak bu belirteçlerin sentezi proinflamatuvar sitokinler olan IL-1,6,8 ve tümör nekroz faktör tarafından başlatıldığı için enfeksiyon hastalıklarının yanı sıra her türlü inflamasyon ve travma varlığından etkilenmektedir. Diyabetik ketoasidozun lökositozu neden olduğu ve bu proinflamatuvar sitokin düzeylerinin (özellikle IL-6) arttığı iyi bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamız, T1DM'li çocuklarda DKA sırasında PCT'deki değişikliklerin belirlenmesine odaklandı.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada Ocak 2019'den Aralık 2023'e kadar yoğun bakım ünitesinde DKA nedeniyle takip edilen 1 ay-18 yaş aralığındaki T1DM'li hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Öncelikle hastalar DKA ağırlık derecesine göre üçe (hafif, orta, ağır) ayrılarak PCT açısından değerlendirildi. Ayrıca tüm hastalar DKA ağırlık derecesinden bağımsız olarak bakteriyel enfeksiyon düşünülenler (antibiyotik başlananlar) ve düşünülmeyenler olarak ikiye ayrılarak ikincil bir inceleme yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 42 hastanın 59 DKA atağı dahil edildi. Hastaların %62'si kız ve yaş ortalaması 4.52 yıldır. Diyabetik ketoasidozun ağırlık derecesine göre PCT değerlendirildiğinde hafif DKA'lılarda ortalama 0.188 ng/mL, orta DKA'lılarda 2.17 ng/mL ve ağır DKA'lılarda 4.23 ng/mL idi. Başvuru sırasında 7 (%11.9) hastada ateş yakınması vardı, 10 (%16.9) hastaya antibiyotik başlanmıştı. Bakteriyel enfeksiyon düşünülerek antibiyotik başlanan hastaların ortalama PCT 5.36 ng/mL iken antibiyotik başlanmayanlarda ortalama 0.96 ng/mL idi.

Sonuç: Sonuç olarak DKA şiddetine göre PCT değerlerinin değişmesi nedeniyle gereksiz antibiyotik kullanımını önlemek ve tedavi maliyetini en aza indirmek için, orta-ağır DKA'lı hastalarda PCT akılcı kullanılmalı ve ampirik antibiyotik tedavisi DKA yönetiminin mutlak bir parçası olmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diyabet, Diyabetik Ketoasidoz, Prokalsitonin

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-078 (SUNULMADI)

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Tarafından Takibi Yapılan Kist Hidatik Tanılı Hastalarının Retrospektif Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Çalışma

Coşkun Ekemen¹, Aslı Arslan¹, Gülhadiye Avcu¹, Melis Deniz², İlknur Çağlar³, Dicle Şener Okur⁴, Emine Çiğdem Özer¹, Sema Yıldırım Arslan⁵, Derya Dirim Erdoğan⁶, Metin Korkmaz⁶, Zümrüt Şahbudak Bal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

²Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Balıkesir

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Denizli

⁵Tavas Devlet Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Denizli

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji, İzmir

Giriş: Kist Hidatik (KH), Echinococcus granulosus'un etken olduğu ve çoklu organ tutulumlarıyla karakterize zoonotik bir hastalıktır. Çocuklarda nadir görülmeyle birlikte, morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Erken dönemde PAİR (ponksyon, aspirasyon, enjeksiyon, reaspirasyon) tedavide önemlidir. Bu çalışmada KH enfeksiyonu saptanan çocuk hastaların demografik, klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, cerrahi tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda Türkiye'nin batısında yer alan 4 şehirden 4 üçüncü basamak hastanede 2013-2023 yılları arasında KH tanısı alan çocuk hastaların demografik verileri, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları, cerrahi ve medikal tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir.

Bulgular: KH tanısı alan 93 olgunun %46,2'si erkek, yaş ortalaması 131,92±43,73 aydı. Olguların %45,2'si kırsalda yaşamaktaydı. En sık yakınmalar, karın ağrısı (%50,3), öksürük (%30,1), ateş (%21,5) ve bulantı-kusmaydı (%20,4). Olguların 69'unda (%74,2) karaciğer, 30'unda (%32,3) akciğer tutulumu saptandı, bu olguların da 14'ünde (%15,1) akciğer ve karaciğer tutulumu birlikteydi. Laboratuvar parametrelerinde, ortalama WBC:10681,51±4719,60/mm³, CRP:47,15±73,74, sedimentasyon:36,71±53,99 mm/saat, mutlak eozinofil sayısı:562,10±802,67, eozinofil yüzdesi:6,21±8,34 idi. Eozinofili vakaların %37,6'sında görülürken, İndirekt hemaglutinasyon testi pozitifliği %80,6 idi. Cerrahi uygulananlar ile uygulanmayanlar değerlendirildiğinde; akciğer tutulumu olanlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda cerrahi uygulandığı gözlemlendi (%15,3 vs. %38,8, p=0,03). Karaciğer tutulumu olanların cerrahi uygulanma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (%88,4 vs. %68,6, p>0,05). Cerrahi uygulanan toplam 67 (%73) olgunun, 24'üne (%25,8) PAİR, 43'üne (%46,2) diğer cerrahi işlemler, ortak 6 olguya öncelikle PAİR takip sürecinde diğer cerrahi işlemler uygulanmıştır. Karaciğer tutulumu olan 69 olgunun 25'inde (%36,2) kist boyutu <5 cm, 44'ünde (%63,8) ≥5 cm idi. Karaciğer tutulumu olanlarda kist boyutunun 5 cm altında ve üstünde olanlarda cerrahi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,01). Cerrahi olmayan hastaların %3,8'inde nüks gelişirken; cerrahi olanların %8,9'unda görüldü; aralarında istatistiksel fark saptanmadı (p=0,4).

SD: Standart deviasyon; PAİR: ponksyon, aspirasyon, enjeksiyon, reaspirasyon

Sonuç: Çocuk KH olgularının değerlendirildiği bu çalışmada, KH önemli morbidite nedeni olarak saptanmıştır. Cerrahi yapılan ve yapılmayanlar karşılaştırıldığında kist boyutu >5 cm olanlarda cerrahinin daha sık uygulandığı saptandı. Cerrahi tedavi olanlarda nüks oranı daha yüksek saptanırken istatistiksel farklılık saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Çocuk, Akciğer Tutulumu, Karaciğer Tutulumu, Cerrahi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-079 (SUNULMADI)

Deprem Bölgesinde Ortaya Çıkan Yeni Bir Salgın Akut Hepatit A; Tek Merkez Deneyimi

Elif Afat Turgut¹, Tuğba Kandemir Gülmez¹, Ayşe Hitay Telefon¹, Perihan Eşsizöğlü¹, Ulaş Özdemir¹, Merve Kılıç Çil¹, Ümit Çelik¹

¹SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Adana

Giriş: Hepatit A hastalığı, hepatit A virüsünün neden olduğu ve aşı ile önlenilebilen bulaşıcı bir viral hepatittir. Tüm dünyada yaygın görülmekte olup sıklığı aşılama ile gelişmiş ülkelerde azalsa da aşılamanın olmadığı ülkelerde halen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Klinik tablo asemptomatik enfeksiyondan fulminan hepatite kadar değişmektedir. Çalışmamızda akut viral hepatit A enfeksiyonu ile takip ettiğimiz hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmamız retrospektif olup Eylül 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında 0-18 yaş arasında akut hepatit A tanısı ile takip edilen 35 hastanın verileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 130 ay (min 24- max 209 ay) olup 14'ü (%45.7) kız, 19'u (%54.3) erkekti. Göçmen hasta sayısı 21 (%60) idi. Hastaların 22'si (%62.8) Hatay'dan, 13'ü (%37.2) Adana'dan gelmekteydi. En sık başvuru şikayetleri sarılık, karın ağrısı ve halsizlikti. Sekiz (%22,8) hastada asit, 4 (%11,4) hastada ensefalopati mevcuttu. Bir hasta tek doz aşılanmıştı diğerleri aşısızdı. Hastaların başvuru anındaki laboratuvar incelemelerinde ortalama hemoglobin 12.1 g/dl (6.8-15.6), lökosit 7317/mm³ (3900-23200/mm³), absolü nötrofil sayısı 3730/mm³ (1200-17100) absolü lenfosit sayısı 2600/mm³ (1000-5600), trombosit 322000/mm³ (53000-685000), AST 1468U/L (176-6480), ALT 1571 U/L (273-5802), albümin 3.5 g/dl (2,4-4,5), total bilirubin 11.6 mg/dl (3.7-50.7), direkt bilirubin 7.3 mg/dl (1.9-32.1), laktat dehidrogenaz 620 U/L (114-2787), PTZ 17,8 sn (12-50), aPTT 30.6 sn (23-55), INR 1.5 (0.98-4.48) olarak bulundu. Hastaneye yatış yapılan hasta sayısı 23 (%65) olup ortalama yatış süresi 5,5 gün (2-25) dü. Hastaların 14'ü (%60) oral alım azlığı, 4'ü (%17,3) şuur bulanıklığı, 1'i (%4,3) aby ve 4 (%17,3) hastada diğer nedenlerden dolayı yatırıldı. Yoğun bakım ihtiyacı olan hasta sayısı 5 (%14.2) idi. Fulminan tabloda olan hastaların üçüne plazmaferez yapıldı. Üç (%8,5) hasta ex oldu.

Sonuç: Göçmenlerin aşılama durumunun sıkı takibi, sanitasyon tedbirlerinin etkin bir şekilde kullanılması ve altyapı eksikliklerinin giderilmesi akut hepatit A enfeksiyonunun görülme oranını önemli derecede azaltabileceği kanaatindeyiz. Aşılama fırsatını kaçıran tüm çocuklarda aşılamanın gözden geçirilmesi ve uygulanması hepatit A enfeksiyonunun önlenmesinde en önemli belirleyicidir.

Anahtar Kelimeler: Akut Hepatit A, Aşı, Fulminan Hepatit, Deprem

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-080

Çocuk mastoidit vakalarında dikkat çeken artış: Bir yıllık tek merkez deneyimi

Özge Kaba¹, Cansu Badem Kaya², Semih Tekin³, Şahin Öğreden³, Canan Caymaz¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akut otitis medianın iyi tanımlanmış bir komplikasyonu olan akut mastoidit, mastoid hava hücrelerinin süpüratif enfeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Menenjit, epidural/subdural apse, beyin apsisi, sinüs tromboflebiti gibi hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Merkezimizde son bir yılda artan mastoidit vaka sayısı ve yönetiminde medikal seçeneklerin ön planda tercih edildiğini fark etmemiz nedeniyle vakalarımızı retrospektif olarak değerlendirmeyi planladık.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada, 1 Mayıs 2022-1 Mayıs 2023 tarihleri arasında mastoidit tanısı konmuş ve yatırılarak tedavisi planlanmış, çocuk yaş grubundan 29 hastaya ait dosyaların retrospektif olarak incelenmesi; demografik, klinik, radyolojik, mikrobiyolojik ve sağaltıma yönelik verilerinin derlenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 29 hastanın %48,3'ü erkekti. Dokuz hastamızda(%31) önceden otit geçirme öyküsü vardı. Medyan yaş 64 aydı(4-204 ay). Başvuru yakınmaları ensik kulakağrısı(%72,4), kulak akıntısı(%65,5), ateş(%62,1), kulak arkası şişlik(%20,7). Başvuru günü için medyan değer 6 gündü(aralık 1-30 gün). Başvuru öncesi süreçte hastaların %62,1'i oral/parenteral antibiyoterapi kullanmıştı. Tanı sürecinde 28 hastada(%96,6) görüntüleme yöntemleri uygulanmış, %96,4 oranıyla temporal kemik BT tercih edilmişti. Tedavi başlangıcında hastaların %51,7'sinde geçirilmiş otit ve yakın zamanda antibiyotik kullanma öyküsü olması nedeniyle daha geniş spektrumlu bir ajan tercih edilmişti. Hiçbir hastada sistemik steroid kullanılmamıştı. Sekiz hastada cerrahi girişim gerekliliği meydana gelmiş, ventilasyon tüpü yerleştirilmesi(%62,5) en sık uygulanan işlem olmuştu. Operasyon süresi medyan değeri 4,5 gün(1-42 gün) idi. Toplam yatış süresi medyan 14 gün(aralık 1-42 gün) olmuş ve dört hastada (menenjit(1), subperipstal apse(2) ve intrakraniyal tromboz(1)) üç ayrı komplikasyon gözlenmişti. Toplam tedavi süresinin medyanı 25 gündü(14-47 gün) ve taburculuk sonrası 30 günlük izlemde aynı nedenle yineleyen başvuruya rastlanmamıştı. Başvuruda alınan kan tetkiklerinden beyaz küre sayısı ve nötrofil sayısı, komplikasyon varlığı açısından karşılaştırıldı ve komplikasyon gelişen hastalarda anlamlı olarak yüksek bulundu(sırasıyla p 0,019 ve p 0,014).

Sonuç: Cerrahi yaklaşımın yerini yavaş yavaş medikal tedaviye bıraktığı düşünülse de bazı vakalar için cerrahinin kaçınılmaz olduğu ve mastoiditin hala hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olmaya devam ettiği dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Mastoidit, Akut Otitis Media, Komplikasyon, Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-081

İnvaziv Aspergillozun nadir klinik prezentasyonu; Aplastik Anemili Bir Çocukta Rinosinüzit

Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Fatma Kılınç¹, Ayşe Özkan², Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Akut invaziv fungal rinosinüzit (IFRS), fungal organizmaların burun boşluğu ve paranazal sinüslerdeki ölümcül submukozal infiltrasyonudur (1). IFRS için bağışıklık sistemi baskılanması, hematolojik malignite, hematopoetik kök hücre nakli, aplastik anemi, diyabet gibi risk faktörleri mevcuttur (2). Aspergillus'a bağlı rinosinüzit nadirdir. Burada aspergilloza bağlı rinosinüzit tanısı alan aplastik anemili bir hasta sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Çukurova Üniversitesi çocuk onkoloji servisinde takipli hasta

Bulgular: Aplastik anemi nedeniyle hastanede yatarak takip edilen hasta yatışının 20. gününde yüzün sağ yarısında ve sağ göz kapağında şişlik, sonrasında burunun sağ nazal kısmında nekrotik bir alan gelişmesi nedeniyle çocuk enfeksiyona danışıldı (Şekil1). Laboratuvar incelemelerinde; CRP:338 mg/ L, PCT:3,4 ng/ml, WBC:4200 /mL, neu:0 Hb:7,6 g/dL, PLT:2000/mcL idi. almakta olduğu vankomisin, meroopenem tedavisine mukormikoz ön tanısıyla Liposomal amfoterisin B (5mg/kg/gün) eklendi. Maksiyofasiyal bilgisayar tomografisinde nazal kanatta ve sağ premaxiller alanda dokularda irregüler yumuşak doku dansitesi izlendi. Beyin MRG ve akciğer grafisi normaldi. KBB tarafından Liposomal amphotericin B tedavisinin 4. gününde opere edildi. Patolojisinde Periyodik Asit Schiff boyasında çok sayıda Aspergillus hifi izlendi. Antifungal tedavisine vorikanazol eklendi. Liposomal amphotericin B 26. vorikanazol 20. Gününde hasta tifilit ve septik şok nedeni yatışının 46.gününde kaybedildi.

Sonuç: IFRS gelişmesinde uzamış nötropeni, şiddetli immünsüpresyon ve steroid tedavisi gibi temel risk faktörleri bulunmaktadır (3). IFRS vakalarında genellikle ilk akla gelen mukormikozis olsada aspergillus ve fusariumun benzer tabloya neden olabileceği unutulmamalıdır. Hastalığın ciddiyeti, hızlı ilerleme potansiyeli, morbidite ve mortalite göz önüne alındığında, hızlı teşhis ve agresif tedavi büyük önem taşımaktadır (2)

Anahtar Kelimeler: Aspergillus; İnvazif Fungal Sinüzit; Aplastik Anemi, Çocuk

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-082 (SUNULMADI)

Çocuklarda Stenotrophomonas Maltophilia Enfeksiyonları: Klinik Özelliklerinin, Risk Faktörlerinin ve Tedavi Seçeneklerinin Değerlendirilmesi

Gizem Mardinoğlu¹, Mahmut Can Kızıllı¹, Yalçın Kara², Ömer Kılıç¹, Ener Çağrı Dinleyici¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir

²Eskişehir Şehir Hastanesi, Eskişehir

Giriş: Stenotrophomonas maltophilia (S. maltophilia), sağlık bakımıyla ilişkili ve toplumdan edinilen enfeksiyonlarda önemi artan bir patojendir. Bu çalışmada S. maltophilia üremesi saptanan pediatrik hastaların klinik ve epidemiyolojik özelliklerini, risk faktörlerini ve tedavi rejimlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Kliniğinde, 2015-2023 yılları arasında steril vücut sıvılarında S. maltophilia tespit edilen, 83 pediatrik olgudan 102 kültür örneğini dahil edildi. Olguların klinik ve epidemiyolojik özellikleri, risk faktörleri ve tedavi rejimlerini değerlendirildi.

Bulgular: Olguların ortanca yaşı 36 (2-192) aydı. Vakaların yüzde 60,2'si erkek, yüzde 39,8'i kadındı. En yaygın risk faktörleri; yoğun bakım yatışı (%80,7), santral kateterizasyon (%85,5), glikopeptid kullanımı (%78,3), sefalosporin kullanımı (%63,9), karbapenem kullanımı (%73,5), total parenteral nutrisyon (%57,8) ve mekanik ventilasyon (%59) idi. Tedavide en sık kullanılan antimikrobiyal ajanlar sırasıyla levofloksasin (%39,2), TMP-SMX (%15,7), kolistin (%23), seftazidim (%4,9), tigesiklin (%3,9) idi. S. maltophilia suşlarının %98'i levofloksasine, %84,5'i TMP-SMX ve %74,5'i seftazidime duyarlıydı. Levofloksasin, TMP-SMX, kolistin, seftazidim tedavileri ve mortalite oranları arasında fark yoktu.

Sonuç: Özellikle daha önce yoğun bakım tedavisi almış ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı gibi risk faktörleri olan hastalarda ampirik tedaviye başlarken veya tedaviyi revize ederken S. maltophilia da mutlaka alılda tutulmalıdır. S. maltophilia üremesi tespit edildiğinde patojenite veya kontaminasyon/kolonizasyon ayrımı yapılmalı ve tedavi buna göre düzenlenmelidir. Levofloksasin ve TMP-SMX ilk tercih edilen ilaçlar olsa da polimikrobiyal enfeksiyonlarda düşünüldüğünde kolistin ve tigesiklin gibi antibiyotikler tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Stenotrophomonas Maltofili, Stenotrophomonas Risk Faktörleri, Stenotrophomonas Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-083

Kemik İliği Nakli Sonrası CMV İlişkili Hemorajik Sistit Olgusu

Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Fatma Kılınç¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹, İbrahim Bayram²

¹Çukurova Üniversitesi Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Hemorajik sistit (HS) hematopoietik kök hücre transplantından (HKHT) sonra sık görülen bir komplikasyon olup, çocuklarda %1-30 arasında değişen insidanslarda bildirilmiştir(1). HKHT sonrası HS önemli morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Transplantasyon sonrası erken (ilk 72 saat) veya geç dönemde (72. saatten sonra) gelişebilir. Erken dönemde gelişen HS genellikle kemoteröpatik ajanlar ve radyasyon gibi hazırlayıcı rejimlerin sonucudur. Geç dönemde ise polyomavirüs tip BK ve JC, adenovirüs (AdV) veya sitomegalovirüs (CMV) gibi ajanlar ve graft versus host hastalığı (GVHH) sorumlu tutulmaktadır. Burada talasemi major tanılı immünsuprese hastada CMV ilişkili HS olgusu sunulmuştur.

Materyal ve Metot: Çocuk onkoloji servisinde yatmakta olan hasta idi.

Bulgular: 5 yaşında erkek hasta, talasemi major tanısıyla yaklaşık 1 ay önce allojenik HKHT oldu. Karın ağrısı, idrar yaparken yanma şikayetiyle acile başvurdu. Makroskobik hemataürisi mevcuttu. Genel durum orta, halsiz görünümde, cilt rengi soluk, peteşiyal döküntüsü vardı. Tetkiklerinde; hemoglobin 7.1 gr/dl, total beyaz küre 1200/mm³, neu:100/mm³, lym:1100/mm³ PLT: 13x10³/µL, C-reaktif protein 22 mg/dl kreatin: 0.2 U/L, TİT: 3654 eritrosit/HPF idi. Hastaya trombosit replasmanı, parenteral hidrasyon, mesane irrigasyonu yapıldı. Abdomen ultrasonografide mesane içerisinde internal ekojenite içeren alanlar izlendi. GVHH düşünülmedi. İdrar kültüründe üreme olmadı. İdrarda bakılan AdV, BK PCR negatifti. İdrar CMV PCR:100.000.000 kopya/ml geldi. Serum CMV PCR negatifti. İmmün supresif ilaç almıyor idi. Gansiklovir tedavisi başlandı. 1.haftada hematüri geriledi. Tedavinin 20.gününde idrar CMV PCR negatif geldi. Tedavisi 21 güne tamamlanarak kesildi.

Sonuç: CMV genellikle HKHT ve kemik iliği nakli alıcılarının kan ve idrarında gösterilse de HS ile nadiren ilişkili olduğu bildirilmektedir. Literatürde HKHT sonrası HS gelişen sırasıyla 16 ve 43 yaşlarında iki vaka bildirilmiş, her ikisinde de mesane biyopsisi ile tanı konulmuş olup, ilk vaka gansiklovir ile tedavi edilirken, ikinci vaka gansiklovir ve foskarnet tedavilerinin ardından gelişen pnömoni nedeniyle kaybedilmiştir (3,4). Bu vaka, kemik iliği transplantasyonunu takiben nadir de olsa CMV ile indüklenen hemorajik sistitin ortaya çıkabileceğini ve antiviral tedaviye yanıt verebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemorajik Sistit, Hematopoietik Kök Hücre Transplantı, CMV

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-084

Plevral Efüzyonda Nadir Bir Etken: Epstein Barr Virüs

Eda Somuncu¹, Derya İlhan¹, Bilge Bahçeci¹, Soner Sertan Kara¹, İlknur Çağlar¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon B.D, Aydın

Giriş: Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonu sıklıkla çocukluk çağında görülen, en sık enfeksiyöz mononükleoz tablosuyla seyreden bir hastalıktır. Etken pek çok organ tutulumuyla seyredip çeşitli komplikasyonlara yol açsa da pnömoni ve plevral efüzyon nispeten daha nadir klinik durumlardandır.

Bulgular: Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 6 yaşında kız hasta ateş, öksürük ve sol yan ağrısı şikayetiyle getirildi. Hastanın gelişinde vücut sıcaklığı 36,4 °C, nabız 100/dk TA:90/60 mmHg, SpO₂:90% idi. Fizik muayenesinde solunum sesleri sağ bazalde sola göre daha azdı. Laboratuvar incelemesinde Hb:11,7 mg/dl, Lökosit:8810/μL Neu:7260/μL Plt:296.000/μL; periferik yaymada iki adet Downey hücresi görüldü. CRP:206,70 mg/dl, Kan biyokimyası normaldi. Plevral efüzyon şüphesiyle çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer bazalinde 8 mm'lik sıvı saptandı. (Şekil 1) Atipik lenfositöze yönelik alınan tetkiklerinde anti-VCA EBV IgM: 124 mg/dl bulundu. Girişimsel Radyoloji bölümünce hastanın sıvısı az olduğu için torasentez yapılmadı. Hastaya sefotaksim (150 mg/kg/gün) ve klindamisin (30 mg/kg/gün) tedavileri başlandı. İmmünolojik tetkikleri normal sınırlarda olan hastanın yatışının üçüncü gününde çekilen kontrol toraks ultrasonografisinde plevral sıvının 3 mm'ye, CRP'sinin 5 mg/dL'ye gerilediği görüldü. Hasta toplam tedavisi oral ardışık oral amoksisilin klavunat ile 10 güne tamamlanmak üzere yatışının dördüncü gününde taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgu plevral efüzyonla seyreden bir EBV enfeksiyonu vakasıdır. Çocuklarda semptomatik EBV enfeksiyonu genellikle ateş, tonsillofarenjit, lenfadenopati ve hepatosplenomegali ile seyreden enfeksiyöz mononükleozisle karakterizedir. Nadiren interstisyel pnömoni ve plevral efüzyon gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Plevral efüzyon ile birlikte saptanan atipik lenfositözde EBV mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyöz Mononükleoz, Plevral Efüzyon, Atipik Lenfositöz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-085 (SUNULMADI)

Çocuklarda İnvaziv Kandida Enfeksiyonlarının Klinik ve Epidemiyolojik Özelliklerinin Risk Faktörlerinin ve Tedavi Rejimlerinin Değerlendirilmesi

Gizem Mardinoğlu¹, Mahmut Can Kızı¹, Yalçın Kara², Ömer Kılıç¹, Ener Çağrı Dinleyici¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir

²Eskişehir Şehir Hastanesi, Eskişehir

Giriş: Kandida türleri hastanede yatan hastalarda invazif fungal enfeksiyonların en önemli nedenlerindedir. Bu çalışmayla invaziv fungal enfeksiyonlar için risk faktörlerinin belirlenmesi, klinik ve epidemiyolojik özelliklerinin ve tedavi rejimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Kliniğinde, Ocak 2015 ve Mart 2023 tarihleri arasında yatarak takip edilen ve steril vucut sıvılarında candida spp. üremesi olan 1 ay-18 yaş arası çocuk olgular dahil edildi. Olguların klinik ve epidemiyolojik özellikleri, risk faktörleri, tedavi rejimleri hastane otomasyon sisteminden retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 41 olgunun, 23'ü (%56) erkek, 18'i (%44) kızdı ve yaş ortalaması 38 aydı. En sık saptanan candida türü sırasıyla, candida albicans (%54), candida parapsilosis (%27) ve candida glabrata (%14) idi (Table-1). En sık saptanan risk faktörleri ise, antibiyotik kullanımı (%100), hastanede yatış öyküsü (%100), yoğun bakım yatışı (%88), santral kateter (%88), cerrahi girişim (%68), TPN (%68), mekanik ventilasyon (%54) ve üriner kateterizasyon (%32) idi (Tablo-2). Candida albicans suşlarında, flukonazol direnci %5, caspofungin ve micafungin direnci %10 olarak saptanırken, amfotericin-b direnci saptanmadı. C. parapsilosis de ise, flukonazol direnci %37, caspofungin direnci %45 ve micafungin direnci %55 olarak saptanırken, amfotericin-b direnci %9 olarak saptandı. TPN kullanımı ve excitus oranı C. albicansda daha yüksekken (p:0.04, p:0.05), temiz kan kültür süresi ve antifungal kullanım süresi C. non-albicans grubunda daha daha yüksekti.

Sonuç: İnvaziv mantar enfeksiyonları, en önemli sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon etkenleri arasında olup, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, uzun süre hastanede ve yoğun bakımda yatış, santral kateterizasyon, mekanik ventilasyon, TPN kullanımı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. C. albicans halen en sık saptanan candida türü olmakla birlikte, c. parapsilosis giderek artmaktadır. Bu risk faktörleri olan hastalarda invaziv mantar enfeksiyonları mutlaka akılda tutulmalı, ampirik antifungal tedavi düzenlenirken, olası patojen kandida türleri ve antifungal direnç paterni dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnvaziv Kandida, Pediatrik Kandida Enfeksiyonu, Kandida Risk Faktörleri

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-086 (SUNULMADI)

Çocuklarda Stenotrophomonas maltophilia'nın Neden Olduğu Ventriküloperitoneal Şant Enfeksiyonları

Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Fatma Kılınç¹, Filiz Kibar², Kadir Oktay³, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Beyin Cerrahi ve Sinir Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş: Stenotrophomonas maltophilia yüksek mortalite oranına sahip önemli bir nozokomiyal patojendir. Pnömoni, bakteriyemi, idrar yolu enfeksiyonu, endokardit, menenjit, kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, osteomyelit ve yumuşak doku enfeksiyonları gibi çeşitli enfeksiyonlardan sorumludur (1). S. maltophilia çeşitli enfeksiyonlara neden olabilmesine rağmen hala nadir görülen bir menenjit ve Ventriküloperitoneal (V-P) şant enfeksiyonu nedeni olmaya devam etmektedir (2). Bu çalışmada çocuk hastada S. maltophilia ilişkili V-P şant enfeksiyonunun klinik, mikrobiyolojik karakteristiklerini, tedavisini ve prognozunu araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: S. maltophilia 'nın neden olduğu V-P şant enfeksiyonu tanısı alan 18 yaş altı hastalar 01.01.2012-01.01.2024 tarihleri arasında retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yedi hasta çalışmaya dahil edildi. Medyan yaş 13 ay (aralık:2 –28 ay) dı. Çalışma grubundaki hastaların çoğun da (%80) altta yatan bir hastalık vardı. En sık görülen risk faktörleri antibiyotik kullanımı, santral venöz kateter, beyin cerrahisi girişimi (şant veya drenaj), yoğun bakım ünitesine yatış, nazogastrik tüp varlığı, mide koruyucu kullanımı ve prematüre (sırasıyla %100 , %100, %100, %71, %43, %43 ve %43) idi. Yatışından itibaren ortalama 34,5 gününde (aralık,15-63 gün) bosta S. maltophilia üremesi görüldü. 3 hasta monoterapi aldı. Monoterapi olarak Trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SMZ) kullanıldı. 2 hastaya kombine tedavi verildi. Tedavi başladıktan sonra beyin omurilik sıvısı (bos) bulgularının normale dönme süresi ortalama 8,4 gün (aralık, 5-14 gün) ve bos kültürü negatifleşme ortalama 7,3 gün (aralık, 4-18 gün) dü. Eş zamanlı kan kültüründe veya idrar kültüründe üreme olmadı. Ortalama tedavi süresi 21,5 gündü (aralık, 14-32 gün). Hiçbir hasta da mortalite görülmedi.

Sonuç: Çocuklarda S. maltophilia menenjiti çok nadir görülmekte olup, altta yatan hastalığı olanlarda, risk faktörleri bulunanlarda nozokomiyal menenjit-ventrikülit nedenidir (3). S. maltophilia bağlı santral sinir sistemi enfeksiyonu tedavisinde TMP-SMZ bazlı kombinasyon tedavisi önerilmektedir ve tedavi süresi 14 ile 21 gündür (4). Nöroşirürji müdahalesi, uzun süreli hastanede kalış, antibiyotik kullanımı ve kalıcı cihazların varlığı sonrasında gelişen nozokomiyal menenjit vakalarında S. maltophilia potansiyel bir patojen olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Stenotrophomonas Maltophilia, Menenjit, Çocuk, Tedavi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-087

HIV'li Çocuk Hastada SARS-COV-2, Pneumocystis Jirovecii ve Sitomegalovirüs Koenfeksiyonu- Olgu Sunumu

Emine Hafize Erdeniz¹, Asuman Birinci², Hatice Albayrak³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), AIDS olarak adlandırılan ikincil immün yetmezliğin iyi bilinen bir nedenidir. Tedavi edilmediğinde, CD4 T hücre sayıları ve immün yanıt giderek azalır ve konağı enfeksiyonlara duyarlı hale getirir. Pneumocystis jirovecii pnömonisi, kandida enfeksiyonu gibi fırsatçı enfeksiyonlar görülebilir. Sunulan vaka pandemide solunum sıkıntısı ile başvurup önce SARS-COV-2'e bağlı pnömoni tanısı alıp, ayrıca AIDS ve Pneumocystis jirovecii ve sitomegalovirüs koenfeksiyonu saptanmıştır.

Materyal ve Metot: 1 yaş 10 aylık kız hasta, ateş, öksürük ve nefes darlığı ile başvurdu ve SARS-COV-2 PCR pozitif saptandı ve tetkik ve tedavi için yatırıldı. Öyküsünde Afgan kökenli olduğu, HIV tanısının yeni konulduğu öğrenildi. CD4 hücre sayısı %1 ve HIV viral yükü 611735 kopya/mL idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde yamasal konsolidasyon ve çevresinde buzlu cam dansitesiteleri izlendi. HIV tedavisi düzenlenildi ve ampirik antibiyotik başlandı. Balgamda PCP PCR pozitif, serumda CMV PCR 99109 kopya saptandı, P. jirovecii pnömonisi ön tanısıyla hastaya trimetoprim/ sülfametoksazol tedavi dozuna geçildi ve sitomegalovirüs enfeksiyonu için gansiklovir eklenildi. İzlemede ARDS tablosuna giren hasta ex oldu.

Bulgular: HIV ile enfekte yeni vakalar 2010 yılından beri artmaktadır. Anneden çocuğa bulaşma, etkili önleyici rejimlere rağmen yüksek oranlarda devam etmektedir. Yapılan çocuk HIV vaka sürveysinde, avrupalı çocuklara kıyasla göçmen çocuklarda AIDS/ölüm riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. HIV enfeksiyonu olan çocuklar arasında fırsatçı hastalık oranları aktif antiretroviral tedavinin (ART) uygulanmaya başlamasından sonra azalmıştır. 13 yaşından küçük çocuklar arasında Pneumocystis jirovecii pnömonisi, kandidiyazis, tekrarlayan bakteriyel enfeksiyon, sitomegalovirüs dahil olmak üzere birçok fırsatçı enfeksiyon görülür. Bizim olgumuz mülteci bir çocuk olup anneden bebeğe geçen HIV enfeksiyonu geç tespit edilmiş ve hasta AIDS tablosunda SARS-COV-2, Pneumocystis jirovecii ve sitomegalovirüs koenfeksiyonu sonrası hayatını kaybetmiştir.

Sonuç: Anneden bebeğe HIV bulaşı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Olası bulaşma yollarını belirlemek ve hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek için HIV ile enfekte olan her çocuğu derhal tespit etmek, erken tedavi başlamak için daha fazla özen gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Çocuk, Pneumocystis Jirovecii, Sitomegalovirüs, SARS-COV-2

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-088

Miyokarditle Seyreden Bir Fulminan Meningokoksik Menenjit Olgusu

Eda Somuncu¹, Derya İlhan¹, Bilge Bahçeci¹, Şule Demir², İlknur Çağlar¹, Soner Sertan Kara¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon B.D, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil B.D, Aydın

Giriş: Fulminan meningokoksemi, Neisseria meningitidis tarafından oluşturulan nispeten nadir, yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Klinik sunum çeşitlidir, ancak miyokardit ile ilişkilendirildiğinde özellikle kötü bir prognoza sahiptir.

Bulgular: On beş yaşındaki kız hasta dış merkezden önceki gün başlayan baş ağrısı, ateş, kas ağrısı ve saatler içinde artan ekimotik döküntüleri nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hipotansif ve taşikardik olan hastanın boyunda ve gövdede ekimotik purpurik lezyonları, ense sertliği, Kerning ve Brudzski pozitifliği, kardiyak muayenesinde gallop ritmi mevcuttu (Resim 1). Meningokoksemi ön tanısı konulan hastanın laboratuvar incelemesinde lökosit:16,890/ μ L, hemoglobin:9,9 g/dL PLT:108,000/ μ L, CRP:303 ng/mL idi. APTT: 39,2 sn PTZ: 19,2 sn INR: 1,65, troponin I:9990 ng/mL (0-15,2) pro-BNP:657,9 pg/mL (0-100) idi. Hastanın beyin-omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde BOS glukoz:57 mg/dL protein:44,50 mg/dL, eş zamanlı kan şekeri:100 mg/dL, direkt mikroskopik incelemede 30 lökosit/mm³,30 eritrosit/mm³ saptandı. Kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı. BOS PCR'da N. meningitidis pozitifliği saptandı. Çocuk Kardiyoloji konsültasyonu istendi. EKO'da miyokardit ile uyumlu bulundu. Hastaya meningokoksik menenjit ve miyokardit tanıları konuldu. İntravenöz sefotaksim (300 mg/kg/gün), dobutamin (10 mcg/kg/dk) ve milrinon (250 mcg/kg/dk) başlandı. Hastanın yatışının üçüncü gününden sonra kliniği hızla düzeldi. İnotrop ajanlar tedrici olarak kesildi. Hasta 7. günün sonunda şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Burada meningokokka bağlı menenjit ve miyokardit gelişen bir olgu sunulmuştur. Özellikle miyokarditin eşlik ettiğinde meningokokseminin daha yüksek bir mortaliteye sahip olduğu bilinmekte, bu olgularda milrinonun etkinliğiyle ilgili net veri bulunmamaktadır. Ancak bu olgu hızlı tanı ve yönetimin de etkisiyle, şiddetli miyokardiyal disfonksiyonda bile hızlı bir iyileşmenin birkaç günde sağlanabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Neisseria Meningitidis, Miyokardit, Meningokoksemi, Milrinon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-089

Nadir Ama Ciddi Bir Parazit: Acanthamoeba

Mavera Uşaklıoğlu Erol¹, Behiye Benaygül Kaçmaz¹, Ayşe Büyükcamlı¹, Selda Hançerli Törün¹, Ayper Somer¹

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

Giriş: En yaygın amip olan Acanthamoeba türleri yüzme havuzlarında, kanalizasyonda, kontakt lens solüsyonlarında, diş hekimliği ve diyaliz ünitelerinde, klima sistemlerinde bulunurlar. Kistler ve trofozoitler göze girdiğinde, özellikle kontakt lens kullanıcılarında görmeyi tehdit eden keratite yol açabilir. Solunum sistemine veya deriden girdikten sonra, merkezi sinir sistemine geçerek granülomatöz amebik ensefalit veya yaygın hastalık gibi durumlara neden olabilir.

Materyal ve Metot: İki doğrulanmış Acanthamoeba vakasının retrospektif analizi, klinik semptomlarının, laboratuvar test sonuçlarının ve tanı prosedürlerinin incelenmesini içermektedir.

Bulgular: İlk vaka, iktiyozis, bilateral işitme kaybı, bilateral katarakt, epilepsi ve hipotonisite tanıları ile takipli 4,5 yaşında bir erkek hasta olup Göz Hastalıkları Polikliniği'ne huzursuzluk, sol gözünde kızarıklık ve acı nedeniyle başvurmuştur. Nöromotor retarde hastanın fizik muayenesinde, hipotonisite, sağ gözde hiperemi bulguları, sol gözde cerrahi skar ve bütün korneada matlık tespit edildi. Revizyon ve penetran keratoplasti prosedürü uygulandı. Vitroz sıvısının boyasız direkt mikroskopik incelemesinde Acanthamoeba amiplerine ait trofozoitler saptandı. Topikal klorheksidin tedavisi başlandı. Kan tetkiklerinde sistemik enfeksiyona işaret eden patolojik bulgu saptanmadı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinin biyokimyası normal saptandı ve direkt mikroskopik incelemesinde patolojik bulgu gözlenmedi. BOS kültüründe üreme olmadı. Hastada merkezi sinir sistemi tutulumu olmaksızın izole Acanthamoeba keratiti tanısı konuldu. Hasta itrakonazol ile tedavi edildi. İkinci vaka, 14 aylık hidrosefali nedeniyle ventriküloperitoneal şant takılan erkek hastaydı. Şant enfeksiyonu nedeniyle şantı çıkarıldıktan sonra hasta eksternal ventriküler drenajda izlendi. Tekrarlanan BOS örneklerinde, yüksek protein ve düşük glukoz seviyeleri ile pleositoz görüldü. BOS kültürlerinde üreme olmadı, ancak BOS sitolojisinde eozinofiller saptandı. BOS örneğinin parazitolojik incelemesinde birden çok kez Acanthamoeba trofozoitleri tespit edildi. Hastaya rifampisin, flukonazol, trimetoprim sülfometoksazol başlandı. BOS örneklerinde tekrarlayan Acanthamoeba trofozoitleri görülmesi üzerine yurt dışından temin edilen miltefosin ve pentamidin mevcut tedavisine eklendi, bu ilaçların eklenmesinden sonra parazit görülmedi.

Sonuç: Acanthamoeba özellikle keratit ve meningoensefalit gibi hayatı tehdit eden enfeksiyonlara neden olabilir. Uygun tedaviye rağmen düzelmeyen BOS bulguları olan şant enfeksiyonlarında, diğer enfeksiyon kaynaklarından parazitler mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acanthamoeba, Keratit, Meningoensefalit

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-090

Çocukluk Çağı Meningoensefalitlerinde Görülme Sıklığı Artan Patojen: Human Herpes Virüs-6

Nezihe Bilge Bahçeci¹, Eda Somuncu¹, Derya İlhan¹, İlknur Çağlar¹, Müge Ayanoglu², Soner Sertan Kara¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Beyin parankiminin inflamasyonu olan ensefalitler, ateş, baş ağrısı, bulantı-kusma, bilinç bozukluğu, nöbetler ve/veya fokal nörolojik bulgularla karşımıza çıkar. Enfeksiyöz ensefalitlerin en sık etkenleri enterovirüsler, parekovirüsler, Herpes simplex virus ve influenza virüs olsa da değişen epidemiyolojiyle birlikte farklı etkenler de izole edilebilmektedir.

Bulgular: OLGUSUNUMU: Biryaşında erkek hasta, bir gündür süren ateş yüksekliği, tüm vücutta kasılma, gözleri sabit bir noktaya dikme yakınmasıyla dış merkezde febril konvülsiyon olarak değerlendirilip, klaritromisin reçete edilerek eve gönderilmiş. Sonrasında ateşi olmayan ancak üç gün sonra benzer nöbetleri tekrarlayan hasta hastanemize getirildi. Başvurusunda genel durumu orta, uykuya meyilli ve Glasgow koma skoru: 15 idi. Ense sertliği ve vertikal nistagmusu mevcuttu. Tetkiklerinde WBC:13270/mm³, Hb:9,3 gr/dL, plt:199.000/mm³ CRP:4 mg/L, beyin omurilik sıvısı (BOS) glukoz:60 mg/dL, eş zamanlı kan şekeri: 76 mg/dL, protein:701 mg/dL, direkt incelemede lökosit:860/mm³ (%65 PMNL) saptandı. Kontrastlı Beyin MRG'de leptomeningeal alanlarda, bazal alanlarda belirgin, perimezensefalik ve prepontin sisternlarda keptomemenjitile uyumlu, yaygın flair sinyal artışı ve hafifçe kontrastlanma saptandı (Şekil-1). Hastaya vankomisin (60 mg/kg/gün), seftriakson (100 mg/kg/gün) ve asiklovir (30 mg/kg/gün) başlandı. İzlemede nöbetleri olan ve elektroensefalografisinde epileptiform aktivite gözlenen hastaya levetirasetam yükleme ve sonrasında idame tedavisi başlandı. BOS kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın BOS menenjit panelinde Human Herpes virus-6 (HHV-6) saptandı. Hastanın aldığı tüm tedaviler kesilerek gansiklovir (10 mg/kg/gün) ve IVIG (400 mg/kg) verildi. Tedavinin 48. saatinde klinik bulgularında düzelme olmayan hastanın kontrol BOS HHV-6 PCR tekrar pozitif saptandı. İmmün yetmezlik açısından gönderilen tetkikleri normal sınırdıydı. Gansiklovir tedavisinin yedinci gününde hastanın klinik bulguları düzeldi. Gansiklovir tedavisi 21 güne tamamlanan, kontrol EEG'si normal olan hasta şifayla taburcu edildi.

Sonuç: İmmün kompetan çocuklarda primer HHV-6 enfeksiyonunun klasik prezantasyonu roseola infantum ve döküntülü/döküntüsüz akut ateşli hastalıklardır. Nadiren hastalarda hepatit ve miyokardit gibi değişken şiddette ensefalit de görülebilmektedir. Antiviral tedavinin etkinliği tartışmalı olsa da, burada gansiklovir tedavisine müspet yanıt veren olgumuz vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, Human Herpes Virus-6

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-091 (SUNULMADI)

Çocuk Hastalarda Gelişen Vankomisin Hipersensitivitesi Reaksiyonlarının İncelenmesi

Eda Somuncu¹, Derya İlhan¹, Bilge Bahçeci¹, İlknur Çağlar¹, Soner Sertan Kara¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon B.D, Aydın

Giriş: Vankomisin infüzyon reaksiyonu (VİR), vankomisin alan pediatrik hastalarda görülen, iyi bilinen bir advers reaksiyon olup rapor edilen prevalans farklıdır. Klinik özellikleri ve risk faktörleri iyi anlaşılamamıştır. Bu çalışmada amacımız, vankomisin alan çocuklarda vankomisin infüzyon reaksiyonunun prevalansını, klinik özelliklerini, risk faktörlerini ve vankomisinle birlikte uygulanan diğer antibiyotiklerin reaksiyonlar üzerine etkisini saptamaktır.

Materyal ve Metot: Hastanemizde 2021-2023 yılları arasında kliniklerde yatırılarak izlenen, en az bir doz intravenöz vankomisin alan 0-18 yaşları arasındaki 480 hasta geriye dönük olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, semptomları, klinik özellikleri ve aldığı tedaviler hastane elektronik bilgi sistemi, hasta dosyaları ve hemşire raporlarından elde edildi.

Bulgular: Vankomisin alan 23 (%4,8) hastada VİR gözlemlendi. Bu hastaların tümünde döküntü gelişti, ancak hiç birinde hipotansiyon görülmedi. Hastaların 3'ü (%13) <2 yaş, 20'i (%87) ≥2 yaşındaydı. Yatış tanılarının %26'sının pnömoni, %17'sinin menenjit olduğu görüldü. Reaksiyon gelişen 19 (% 82) hastaya difenhidramin uygulanırken, 4 (%16) hastaya herhangi bir ilaç tedavi gerekmedi. İzleminde 10 (%43) hastanın vankomisin tedavisi kesilerek teikoplanine geçildi; 6 (%26) hastada infüzyon süresi arttırıldı, 3 (%13) hastanın ise antibiyotik tedavisi tamamen kesildi.

Sonuç: Vankomisin infüzyon reaksiyonu, vankomisin alan çocuklarda yaygın görülen bir advers etkidir. Bu durumun hızlıca tanınıp müdahale edilmesi hayat kurtarıcıdır. İnfüzyon süresinin arttırılması VİR riskini azaltır. İki yaşın üstündeki hastalarda VİR daha sık olup antibiyotik infüzyon süresi uzatılabilir.

Anahtar Kelimeler: Vankomisin, Histamin, Vankomisin İnfüzyon Reaksiyonu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-092

Kateter Enfeksiyonlarında Nadir Bir Etken: Brucella (Ochrobactrum) anthropi

Hatice Sınay Ütkü¹, Selim Öncel¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmit

Giriş: Brucella (Ochrobactrum) anthropi, hem immünosüprese hem de immünokompetan kişilerde fırsatçı enfeksiyonlara ve hastane enfeksiyonlarına yol açabilen, tıbbi cihazları kolonize edebilen, nadir bir bakteriyemi etkenidir.

Bulgular: T hücreli akut lenfoblastik lenfoma tanısıyla çocuk onkoloji servisinde tedavi alan altı yaşındaki kız hastanın takibinde ateşinin olması üzerine perifer ve port kan kültürleri alındı. Yakın zamanda kemoterapi aldığı için kısa sürede nötropeniye girmesi beklendiğinden ampirik olarak sefepim başlandı. Hastanın diğer vital bulgularında anormallik görülmedi. Beyaz küre $12,42 \times 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil sayısı $9,17 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobin $11,4 \text{ g/dL}$, trombosit $268 \times 10^3/\mu\text{L}$, CRP $2,96 \text{ mg/L}$ idi. Takibinin ikinci gününde perifer ve port kan kültüründe O. anthropi üremesi saptandı. Antibiyogramda sefepime ve piperasilin/tazobaktama dirençli; amikasin, gentamisin, meropenem ve trimetoprim/sulfametaksazole (TMP/STX) duyarlılık saptandı. Literatürde tedavi rejimi ve süresi konusunda kesinlik olmaması nedeniyle sefepim kesilerek TMP/STX ve gentamisin başlandı. Ayrıca port kateterine amikasin kilit tedavisi uygulandı. Kilit tedavisinin üçüncü gününde kontrol kültürü alındı. O.anthropi'nin biyofilm tabaka oluşturabilen bir mikroorganizma olması, intravasküler kateterler ile tıbbi cihazlarda enfeksiyon etkeni kabul edilmesi ve enfektif endokardit gibi ölümcül enfeksiyonlara yol açabilmesi nedeniyle tedavinin dördüncü gününde port kateteri değiştirildi. O.anthropi'nin hem hızla direnç kazanabilme ve tekrarlama riski hem de Brucella türleriyle benzerliğinden ötürü yanlış tanımlanabilmesi nedeniyle tedavinin yedinci gününde hastanın kültürleri tekrarlandı. Özellikle Brucella enfeksiyonunun dışlanabilmesi için inkübasyon süresi uzun tutuldu. Kültürde üreme olmadı. Rose Bengal testi, Coombs testi ve Wright agglutinasyon testleri negatifti. Hastanın kemoterapi aldığı dönemlerde TMP/STX tedavisi kesilerek meropeneme geçildi, kemoterapi bitiminde TMP/STX'e devam edildi. Hastanın takibinde gentamisin 14 güne, TMP/STX 28 güne tamamlanıp kesildi.

Sonuç: Ochrobactrum anthropi, ağır enfeksiyon tablolarına yol açabilen ve bu nedenle brusellozun dışlanmasıyla birlikte hızla tanınıp hızla tedavi başlanması gereken bir etkenidir. Direnç gelişimi açısından yakın takip edilmesi ve kontamine tıbbi cihazların hastanın vücudundan bir an önce uzaklaştırılması, tedavi başarısında çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ochrobactrum Anthropi, Brusella, Kateter Enfeksiyonu

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-093

Eşzamanlı Rotavirüs ve İnfluenza A Virüs Enfeksiyonuna Eşlik Eden Reversibl Splenial Lezyon Sendromu

Hatice Sınay Ütkü¹, Selim Öncel¹, Leman Orgun¹, Hikmet Kardelen Sarıhan¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmit

Giriş: Rotavirüs, özellikle beş yaş altı çocukları etkileyen ciddi bir gastroenterit etkenidir. İnfluenza A virüsü ise özellikle H1N1 alttıpi ile pandemilere yol açabilen bir solunum yolu enfeksiyonu etkenidir. Ansefalopati, fokal veya jeneralize nöbetler gibi nörolojik bulgular bu enfeksiyonlara eşlik edebilir. Ayrıca bu etkenler hiperinflamasyona ve dissemine intravasküler koagülopatiyeye yol açabilir.

Bulgular: Önceden sağlıklı olan, 38 aylık erkek çocuk, iki gün önce başlayan ateş, ishal ve kusma şikayetlerine konvulsiyonun ve trombositopeninin eklenmesi üzerine kurumumuza sevk edildi. Hastanın letarjisi, taşikardisi ve taşipnesi mevcuttu. Sıvı replasmanı yapıldı ve oksijen desteği başlandı. Tetkiklerinde beyaz küre 13.650/µL, hemoglobin 13.6 g/dL, trombosit 11000/µL, INR>20, aPTT>180, PTZ>180, CRP 73mg/L, prokalsitonin >100ng/mL, K 2.8mmol/L, Na 135mmol/L, albümin 30g/L, LDH 2070 U/L, CPK 2078 U/L, üre 52,8mg/dL, kreatinin 0,85mg/dL, fibrinojen <30 mg/dL, d-dimer >35, ferritin: 9797ug/L olarak saptandı. Metabolik asidoz mevcuttu. Hastaya ampirik olarak menenjit dozajında vankomisin, meropenem ve asiklovir başlandı. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde korpus kallozum splenyumda difüzyon kısıtlılığı izlendi; reversible splenial lesion sendromu (RESLES) olarak yorumlandı. Levetirasetam başlandı. Dışkıda rotavirus A, nazofarenks sürüntüsünde influenza A(H1N1) ve rhinovirüs/enterovirüs pozitif olarak saptandı. Hastaya oseltamivir tedavisi başlandı. Hasta, kanlı kusma ve kanlı dışkılama nedeniyle nazogastrik sonda takılarak serbest drenajda takip edildi. Trombosit süspansiyon, taze donmuş plazma, eritrosit süspansiyonu, K vitamini, fibrinojen, albümin ve elektrolit replasmanları yapıldı. Yatışın dördüncü gününde ansefalopati tablosunun devam etmesi, transaminazların, LDH'nin ve CPK'nin yüksek seyretmesi nedeniyle ve hiperinflamasyonun baskılanması amacıyla hastaya İVİG tedavisi verildi. Hastanın hemodinamisi kararlı hale gelince yapılan lomber ponksiyonunda beyin-omurilik sıvısında etken nükleik asidi negatif, biyokimya normal olarak saptandı; hücre sayımında 3 lökosit/µL görüldü. Bunun üzerine asiklovir tedavisi kesildi. İdrar, dışkı ve beyin-omurilik sıvısı kültürlerinde üreme olmadı. İzlemin altıncı gününde ansefalopati tablosunda ve MR bulgularında gerileme gözlemlendi.

Sonuç: Bu, saptayabildiğimiz kadarıyla, elektronik olarak taranabilir tıp literatüründe eşzamanlı rotavirüs ve influenza A enfeksiyonlarına bağlı olabilecek ilk ve tek ansefalopati ve RESLES vakasıdır.

Anahtar Kelimeler: RESLES, Rotavirüs, İnfluenza A(H1N1), Ansefalopati

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-094 (SUNULMADI)

BCG Aşısı Sonrasında Gelişen M.Bovis Osteomyeliti

Gülsüm Dilmen Öno¹, Şilem Özdem Alataş¹, Ayşe Çakıl Güzin¹, Esmâ Kaşıkçı Mermer¹, Damla Seyhanlı¹, Nurşen Belet¹, Eda Karadağ Öncel¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Giriş: M.bovis Mycobacterium tuberculosis kompleksin (MAC) bir üyesidir. M. bovis insanlardan hayvanlara, hayvanlardan insanlara, hayvanlar arasında veya insanlar arasında bulaşabilir.M.bovis pulmoner, ekstrapulmoner tutulum yapabilir (lenf nodları, plevral boşluk, eklem, göz, merkezi sinir sistemi, abdominal).

Materyal ve Metot: Bu yazıda BCG aşısında bulunan M.Bovis; Moscow 1 aşısı suşuna bağlı osteomyelit olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 14 aylık kız, ateş yüksekliği, sağ ayak üzerine basamama nedeniyle üç hafta antibiyotik tedavisi sonrası şikayetlerinin devamı üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Ateşi devam eden hastanın muayenesinde sağ kalça eklemde hassasiyet, hareket kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuvarında: Lökosit: 13600/uL, mutlak nötrofil sayısı: 4200/uL, Hb:10.8g/dL, trombosit: 532.000/mm³, CRP: 9.9mg/L ESR:31mm/h idiGrafisinde periost reaksiyonu, litik lezyon, ultrasonografisinde 2.5 cm'lik sıvı saptandı. Osteomyelit ön tanısıyla operasyon yapıldı. Patolojisi osteomyelit ile uyumluydu. PPD 9x8 mm, quantiferon ve brucella aglutinasyon testi negatifti. Kontrol MRG'da osteomyelit ve apse formasyonlarının devam ettiği öğrenildi. Debridman ve enfekte kemikten kültür gönderilmesi amacıyla ikinci kez opere edildi. Geniş spektrumlu antibiyotik altında ateşi gerilemeyen hastadan alınan doku örneklerinde ARB negatif, ancak MAC, PCR zayıf pozitif saptandı. Mide açlık sıvısında ARB, PCR negatifti. MAC osteomyeliti nedeniyle dördü antitüberküloz tedavi (izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol) başlandı. Pirazinamid direnci nedeniyle pirazinamid kesilip streptomisin başlandı. M.bovis (aşı suşu) üremesinin olduğu öğrenildi. Hastanın tedavi planında iki ay dördü (izoniazid, rifampisin, etambutol, streptomisin), ardından ikili (izoniazid, rifampisin) tedavi alması planlanarak taburcu edildi. İmmünolojik tetkiklerinde özellik saptanmadı. Tedavi süresi 6 ay olarak planlandı. Tedavisinin 2. ayında yürümeye başladı ortopedi takipleri devam ediyor.

Sonuç: Tartışma: BCG, 1908'de zayıflatılmış bir M. bovis suşu kullanılarak geliştirildi.Aşılamanın yapıldığı ülkelerde 100.000 yenidoğandan yaklaşık 5'inde osteomyelit bildirilmiştir. M. bovis ekstrapulmoner tutulumu olanlarda, immünsuprese hastalarda, pirazinamid direnci olanlarda düşünülmelidir. Bağışıklık sistemi normal çocuklarda gelişen osteomyelit komplikasyonları tedavi edilebilir özelliktedir morbidite nadirdir.Sonuç:BCG aşısı dünyada uygulanan en güvenli aşılarından biri olmasına karşın bazı istenmeyen etkileri görülebilir. Aşıdan sonra görülen komplikasyonlar, aşının dozuna, aşılama yeri ve derinliğine, aşılanan kişinin yaşına, bağışıklık sisteminin özelliğine bağlı olarak gelişeceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşı Komplikasyonu, M.Bovis, Osteomyelit, BCG

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-095

Respiratuar Sinsityal Virus Enfeksiyonlarında COVID-19 Pandemisinin Etkileri

Selin Taşar¹, Nesli Ağralı Eröz¹, Ahu Kara Aksay¹, Dilek Yılmaz²

¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

²İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, İzmir

Giriş: Respiratuar sinsityal virüs(RSV),özellikle küçük çocuklarda hastaneye yatışların önde gelen nedenidir. COVID-19 salgını nedeniyle alınan önlemler sayesinde RSV,2020 yılında büyük ölçüde ortadan kalktı. Ancak takip eden yıllarda değişen mevsimselliği ve artan bir prevalansı ile kendisini hatırlattı.Pandemi için tedbirler kademeli olarak kaldırılırken,2021'in başlarında farklı bölgelerde farklı RSV salgın modelleri ortaya çıktı. Fransa,İspanya ve ABD'nin birçok eyaletinde ilkbahar ve yaz mevsimlerinde artan RSV olguları rapor edildi(1-3).Çin'de yapılan bir çalışma ise pandemi döneminde özellikle 2021 yılı yazında RSV tespitinin önceki yıllara göre daha fazla olduğunu bildirdi(4).Biz de bu bilgiler ışığında pandemi öncesinde ve pandemi sonrasında RSV prevalansını ve mevsimsel dağılımı incelemeyi planladık . Burada, merkezimizde COVID-19 pandemisinin çocuklarda RSV epidemiyolojisi ve klinik seyir üzerindeki etkisi irdelenmiştir.

Materyal ve Metot: Pandemi öncesi 2018-2019 yıllarında ve pandemi sonrası 2021-2022 yıllarında,tüm ayları içerecek şekilde, solunum yolu viral panel gönderilen hastalarımızı çalışmaya dahil ettik.Hastaların yaş ,cinsiyet,başvuru semptomları,hastaneye ve yoğun bakıma yatış durumu,yatış süreleri,solunum desteği alıp almadığı,uygulanan tedaviler,RSV için olabilecek risk faktörleri ve enfeksiyonla ilişkili olabilecek laboratuvar verileri not edildi.

Bulgular: Pandemi öncesi sezonda 223,pandemi sonrası sezonda 261 hastada RSV tespit edildi.Genel olarak en sık başvuru Ocak ayında olmakla birlikte 2021 yılında hasta sayısında ciddi bir artış tespit edildi(241/484). Genel olarak bakıldığında en sık başvuru semptomu öksürük idi.En sık altta yatan hastalık her iki grupta da nörolojik hastalıklardı.Beklenildiği gibi her iki hasta popülasyonunda da alt solunum yolu enfeksiyonu tespit edilirken bunların çoğunluğu bronşiolit tanısı aldı.Her iki grupta da hastaların yaklaşık dörtte biri yoğun bakım takibine ihtiyacı duydu.Pandemi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında pandemi öncesinde en sık Ocak ve Şubat aylarında RSV tespit edilirken pandemi ile Kasım ve Aralık aylarında tespit edilmeye başlanmıştır(p<0.001).Pandemi sonrası hastalar daha sık solunum sıkıntısı ile başvurmuş (p<0.001).Pandemi sonrası hastane yatış süreleri kısalmıştır(p:0.001).

Sonuç: Yaşadığımız pandemi ile solunum virüslerindeki mevsimsel değişim Respiratuar Sinsityal Virus için de dikkat çekici olmuştur.Mevsimsel değişimin olması ile profilaksi için hastaların risk faktörlerinin yeniden belirlenmesinde yol gösterici çalışmalara ihtiyaç doğmuştur.

Anahtar Kelimeler: Respiratuar Sinsityal Virüs, COVID-19, Çocuk, Pandemi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-096

Influenza Enfeksiyonu Sırasında Korpus Kallozum Spleniyumda Gelişen Geçici Difüzyon Kısıtlılığı: Olgu Sunumu

Beste Eren¹, Gülçin Ünlü³, Özge Kaynar³, Sinem Oral Cebeci², Pınar Önal¹, Fatma Deniz Aygün¹, Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

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

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İnfluenza, çocuklarda korpus kallozum spleniyumda (KKS) geçici difüzyon kısıtlılığına yol açan lezyonların önde gelen enfeksiyöz nedenidir. Bu tablo tedavisiz izleme bile sekelsiz seyredebilecek selim bir durumdur. Bu yazıda solunum yolunda polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ile İnfluenza saptanan ve tedaviyle dramatik düzelen bir olgu tartışılacaktır.

Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan 7 yaşında erkek hasta, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı ve ateş yakınmalarıyla Çocuk Acil polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden 4 gündür devam eden yüksek ateş, aralıklı baş ağrısı, yeni gelişen bakış kısıtlılığının olduğu öğrenildi. Hastada üst solunum yolu enfeksiyonu temasının olmadığı, annesinde 10 gün önce dudakta uçuk olduğu öğrenildi. Muayenesinde genel durumu düşkün, bilinç açık, ateşi 38,7 derece, vital bulguları, sistem muayeneleri ve orofarenksi doğal, nörolojik muayenesinde ense sertliği veya meningeal irritasyon bulgusu yok, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı dışında nörolojik bulgusu yoktu. Laboratuvarında beyaz küre sayısı 3200/mm³ (nötrofil 2300/mm³, lenfosit 600/mm³), CRP: 13,8 mg/L, prokalsitonin: 0,15 ng/ml saptandı. Kranial diffüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde KKS' de diffüzyon kısıtlayan alan izlendi. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, metabolik hastalıklar ve malinitenin yer alması nedeniyle beyin omurilik sıvısı (BOS) viral paneli, kültürü, biyokimyası, BOS sitolojisi gönderildi. Meningoensefalit ön tanısıyla ampirik olarak seftriakson, vankomisin ve asiklovir başlandı. BOS direkt bakısında 250/mm³ lökosit (lenfosit ağırlıklı) görüldü, biyokimyası normaldi. Nazofaringeal sürüntüde influenza PZR pozitif sonuçlanınca tedaviye oseltamivir eklendi. Tedavinin 2. gününde ateşi ve dışa bakış kısıtlılığı gerilemeye başladı, BOS viral paneli negatif saptandı, kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı. Kliniği hızlı bir şekilde düzelen hastada KKS' deki lezyonun influenzaya sekonder geliştiği düşünülerek oseltamivir tedavisinin 5 güne tamamlanması, 1 ay sonra kontrol MR görülmesi planlandı.

Sonuç: İnfluenza ile ilişkili meningoensefalit tablosunda MR' da KKS' de görülen lezyon spesifik olmayıp etyolojide diğer enfeksiyonlar (adenovirüs, herpesvirüs, rotavirüs, varisella-zoster, kızamık, kabakulak, Salmonella, E.coli, Lejyoner hastalığı) rol alabilir. Lezyonun geçici karakteri, klinik ve laboratuvar bulguları ile kliniğin hızla düzelmesi enfeksiyöz etyolojileri ön planda düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Korpus Kallozum Spleniyum, Meningoensefalit, İnfluenza

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-097 (SUNULMADI)

COVID-19 Aşılarının Kabulü; Kronik Karaciğer Hastaları İçin Farklı Senaryolar Mümkün Mü?

Özgür Uzun², Nazmi Mutlu Karakaş¹, Buket Dalgıç¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

²Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Adıyaman

Giriş: COVID-19 için hızla birçok aşı geliştirilip kronik hastalığı olan bireylere öncelik verilerek bağışıklama kampanyaları başlatılmıştır. Aşılama sürecinde bir takım kaygılar oluşmuş, aşı kabulü etkilenmiştir. Bu çalışmada kronik karaciğer hastası olan çocuklarda aşılama konusundaki düşünceler, aşılama oranları ve aşılama üzerine etkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda Pediatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda kronik karaciğer hastalığı tanısı ile takip edilen 12-18 yaş arasında 50 çocuk ve velisi hasta grubunu, benzer yaş aralığında 100 gönüllü çocuk ve velisi kontrol grubunu oluşturdu. Çocuklara "COVID-19 Aşısı Hakkındaki Düşünceler" anketi, velilere "COVID-19 Aşı Okuryazarlığı" ölçeği uygulandı.

Bulgular: Aşı kabul oranları için hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Hasta grubunda kadınlarda olumlu düşünce oranı (%79,3, $n=23$); anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi lisans olan velilerin çocuklarında aşı kabul oranı yüksekti ($p < 0,01$). Kontrol grubunda COVID-19 nedeni ile yakınına kaybetme öyküsü olan bireylerin olumlu düşünce oranı (%81,8, $n=9$) daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Çalışmamıza dahil edilen toplam 150 çocuk katılımcı içinde 64 olgunun (%42,6) aşılandığı öğrenildi. Hasta grubunda aşılama oranı %56 ($n=28$), kontrol grubundan yüksekti ($p < 0,05$). Aşılanan olgular içinde; aşı hakkında olumlu düşünceye sahip bireylerin ve sağlık çalışanlarından bilgi alan bireylerin aşılama oranları anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Evde aşıli birey bulunanların aşılama oranları, her iki grupta da daha yüksek saptandı ($p < 0,001$). Aşılar için sosyal medyayı bilgi kaynağı olarak kullananlarda aşılama oranları, hasta grubunda %72, kontrol grubunda da %31 oranında düşmekteydi ($p < 0,05$). COVID-19 aşı okuryazarlığı açısından veriler incelendiğinde; hasta grubundaki velilerin COVID-19 aşı okuryazarlık düzeyleri daha yüksek gözlemlendi ($p < 0,05$). Her iki grupta aşılanmış bireylerin velilerinde fonksiyonel beceri düzeyleri ve iletişimsel/eleştirel beceri düzeyleri daha yüksek bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamız verileri ile kronik karaciğer hastalığı olan çocukların aşı hakkındaki düşünceleri ve aşılama oranları açısından literatüre yeni bilgiler sunulmuştur. Ailede aşıli bireylerin bulunması ve bilgi kaynağı olarak doktor/sağlık çalışanlarının tercih edilmesi aşılama oranlarını olumlu etkilerken, bilgi kaynağı olarak sosyal medya tercihinin olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu veriler bağışıklama kampanyaları için yeni stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı Kararsızlığı, COVID-19 Aşısı, Kronik Karaciğer Hastalığı, Aşı Kabulü

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-098

İnfanfil Dönem Brusella Enfeksiyonlarının Seyri Beklenenin Aksine Benign Mi?

Gül Arga¹, Şinasi Karvar²

¹SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

Giriş: Bruselloz dünyadaki en yaygın zoonozlardan biridir. Genellikle enfekte hayvanlarla doğrudan temas veya pastörize edilmemiş süt, peynir gibi gıda ürünlerinin tüketilmesi yoluyla insanlara bulaşır. Asemptomatik durumdan ciddi/ölümcül hastalığa kadar geniş klinik spektrumu vardır.

Materyal ve Metot: İnfantil dönem bruselloz enfeksiyonlarına ilişkin veriler sınırlıdır. Bruselloz tanısı alan 2 yaştan küçük pediatrik hastaların klinik tablosunu gözden geçirmek ve karakterize etmek amacıyla Ağustos 2022 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında çocuk enfeksiyon polikliniğine başvuran, bruselloz tanısı alan 6 hastanın klinik bulguları, laboratuvarları ve tedavileri incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 4'ü (%66,6) erkek, 2'si (%33,3) kadındı. Osteoartiküler tutulum 2 (%33,3), ateş 3 (%50) hastada mevcuttu. 3 hastanın (%50) ise herhangi bir yakınması yoktu. 2 hasta (%33,3) annenin brusella tanısı alması nedeniyle tarandı. 1 hastaya ise rastlantısal yatışta alınan kan kültürü sonucu ile tanı konuldu. Yalnızca 1 hasta reinfeksiyon/relaps oldu, hayvan temasının devam ettiği saptandı. Hastaların 5'inde (%83,3) kan kültüründe brusella spp. saptandı, diğer hastanın ise reinfeksiyon/relapsta kültür üremesi saptandı. Laboratuvar değerlendirmesinde; 1 hastada(%16,6) bisitopeni, 3 hastada(%50) anemi, 1 hastada(%16,6) karaciğer fonksiyon testlerinde anlamlı yükselme saptandı. Hastaların yarısında hepatosplenomegali tespit edildi. Tüm hastalara gentamisin(5mg/kg/gün), rifampisin(15-20mg/kg/g) ve trimethoprim-sülfometaksazol(10mg/kg/g) antibiyoterapisi verildi. Artiriti olup reinfeksiyon/relaps olan hastada gentamisin 14 güne, toplam antibiyotik süresi 8 haftaya uzatıldı. Diğer hastalarda ise gentamisin 7 gün, diğer antibiyotikler 6 hafta uygulandı. Neonatal bruselloz vakaları serimizdeki en riskli grup olmasına rağmen en selim gidiş gösteren hastalardı. İki term ve sezeryan ile doğdu. Yaşı itibari ile nörobruselloz ekarte edildi. Bir hastanın annesinin kan kültüründe brusella spp. üremesi saptandı ve memedeki kanama ile bulaş olabileceği düşünüldü. Diğer neonatal hastada ise coomb test titreleri annenin 1/1280- annesütü 1/640- bebeğin 1/2560 olarak saptandı. Anne şikayetlerinin son 10 gündür başladığını ifade ediyordu. Bebeğe geçiş hakkında net fikir edilemedi.

*reinfeksiyon/relaps olan hasta, kan kültürde Brusella spp. üremesi 2. Atakta saptandı.

Sonuç: Kan kültüründe brusella spp. saptanması, hastaların bakteriyemik fazda olduklarını düşündürmektedir. İnfant ve bakteriyemik dönemde olmalarına rağmen beklenenin aksine klinik seyirlerinin hafif-orta şiddette olması ise ilginç bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Brusella, İnfant, Neonatal

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-099

Kedi Tırnağı Hastalığına Bağlı Nadir Bir Vaka: Hepatosplenik Tutulum ile Birlikte Paravertebral Lezyon

Sevgi Aslan Tuncay¹, Seyhan Yılmaz¹, Burcu Parlak¹, Pınar Canızci Erdemli¹, Aylin Dizi Işık¹, Didem Büyüктаş Aytaç¹, M. Çağla Abacı Çapar¹, Gülşen Akkoç¹, Sevliya Öcal Demir¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bartonella henselae, kedi tırmalamaları ve ısırıkları yoluyla insanlara bulaşan gram negatif bir bakteridir. Ateş ve lenfadenopati olarak ortaya çıkan kedi tırnağı hastalığına neden olur. Ayrıca vasküloproliferatif lezyonlara ve nadir görülen kemik tutulumuna da yol açabilir.

Materyal ve Metot: Üç yaş altı aylık daha öncesinde sağlıklı erkek hasta, 15 gündür mevcut olan ateş, karın ağrısı, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Etiyopya'da doğan, altı aydır Türkiye'de yaşamaya başlayan hasyanın kırsal alana seyahat, kene tutunma, pastörize edilmemiş süt ürünleri tüketme öyküsü, tüberküloz temas öyküsü yoktu. Çocukluk aşılı tam, BCG aşısı yapılmıştı. Fizik muayenesinde sol servikal ve bilateral inguinal bölgede santimetre sınırında lenfadenopatileri ve batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Tetkiklerinde beyazküre: $20.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil: $13.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, lenfosit: $4.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, CRP 152 mg/L, sedimentasyon 84 mm/sa idi. Karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitleri normaldi.

T9-11 düzeyinde sağ paravertebral alanda 13 mm kalınlıkta ve kraniocaudal boyda 5 cm, kontrast madde sonrası periferik kontrastlanan septa benzeri yapılar barındıran lezyon

Bulgular: Batın ultrasonografide karaciğer ve dalakta dağınık yerleşimli milimetrik boyutlu anekoik lezyonlar ve Batın MR'da T10-12 düzeyinde sağ paravertebral alanda, yaklaşık 3x1 cm, periferik kontrastlanan yumuşak doku saptandı. Vertebral MR'da T9-11 düzeyinde sağ paravertebral alanda kraniocaudal boyda 5 cm periferik kontrastlanan septa benzeri yapılar barındıran lezyon mevcuttu. Toraks BT ve ekokardiyografik incelemesi normaldi. PPD negatif sonuçlandı, açlık mide sularında aside dirençli basil görülmedi, M. tuberculosis PCR saptanmadı. Hastaya karaciğer punch biyopsi işlemi yapıldı. Evlerinde 6 aydır kedi olması nedeniyle gönderilen Bartonella IgM =1/100 ve IgG >1/320 saptandı. Hastaya dissemine bartonelloz ön tanısı ile rifampisin, gentamisin ve azitromisin başlandı. Hastanın parazitolojik tetkiklerinde herhangi bir etken saptanmadı. Yatışının 16. gününde hastanın ateşi geriledi. Karaciğer biyopsi sonucu bartonella enfeksiyonu ile uyumlu sonuçlandı. Hasta şuan ayaktan rifampisin ve TMP/SMX tedavileri ile semptomsuz takip edilmektedir. Vertebradaki lezyona yönelik görüntüleme yapılarak lezyonda gerileme olmadı ise diğer etiyolojiler açısından ekzisyonel biyopsi planlanmaktadır.

Sonuç: Bu vaka ile, nedeni bilinmeyen ateşi ve paravertebral kitlesi olan hastalarda ayırıcı tanı olarak kedi tırnağı hastalığının düşünülmesinin önemini ve B. henselae spesifik serolojinin tanıda bilgi sağlayabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, Paravertebral, Dissemine, Bartonelloz, Hepatosplenik

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-100 (SUNULMADI)

Çocuklarda Sinüzit Komplikasyonlarının Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi

Arife Melike Bulut Karakuş¹, Gülsüm Alkan², Meltem Kıymaz², Büşra Özyalvaç², Muhammet Fatih Gökmen³, Mert Şahinoğlu⁴, Mehmet Öztürk⁵, Melike Emiroğlu²

¹Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

³Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Konya

⁴Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

⁵Selçuk Üniversitesi, Selçuk Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Sinüzitin süpüratif komplikasyonları çocuklarda nadirdir. Fakat morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Hastalara multidisipliner yaklaşım, komplikasyona göre antibiyotik seçimi, tedavinin uygun doz ve süre verilmesi, cerrahi tedavi kararı mortalite ve morbiditeyi önlemede önemlidir. Komplikasyon gelişen hastaların demografik, klinik, laboratuvar bulguları, tedavi ve prognozları değerlendirildi.

Materyal ve Metot: Selçuk Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon servisinde Eylül 2013 ile Ekim 2022 tarihleri arasında sinüzit komplikasyonları nedeniyle yatarak tedavi gören çocuk hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Sinüzit komplikasyonları olan 54 hasta preseptal sellülit, orbital komplikasyonlar, intrakranial komplikasyonlar için gruplandırıldı. Hastalar preseptal sellülit (grup 1), orbital-intrakranial komplikasyon (grup 2) gelişen hastalar olarak iki gruba ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Sinüzit komplikasyonu gelişen 54 hastanın %50'si preseptal sellülit, %50'si orbital ve intrakranial komplikasyonlarla başvurdu. Hastaların yaş ortancası 130 ay olup, %61,1'i erkekti. Orbital komplikasyonu olan hastaların ortanca yaşı intrakranial komplikasyonlara göre daha küçüktü. İntrakranial komplikasyonlardan en sık menenjit (%61) saptandı. Hastaneye başvuruda grup 2'de lenfosit sayısı grup 1'e göre anlamlı olarak daha düşük ($p=0.06$), prokalsitonin değeri daha yüksekti ($p=0.002$). Hastalarda en sık tek sinüs tutulumu vardı. Tek sinüs tutulumunda en sık etmoid sinüs, iki sinüs tutulumunda ise en sık etmoid-maksiller sinüzal tutulum gözlemlendi. Subdural apse gelişen hastalarımızın tümünde ($n=6$) frontal sinüzit vardı, kavernoöz sinüs trombozu olan hastaların tümünde sfenoidal sinüzit mevcuttu. Hastaların %37'sine cerrahi müdahale uygulandı. Cerrahi uygulama oranı grup 2'de grup 1'e göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.005$). Hastaların %16,6'sında ($n=9$) kültürlerde üreme oldu. En sık {*S. pneumoniae*} üredi. Tüm hastaların hastanede yatış ortanca gün sayısı 14 gün, toplam tedavi ortanca gün sayısı 21 gündü. Hastalarımızda mortalite izlenmezken, %7,4'ünde ($n=4$) tedavi sonrası nörolojik sekel görüldü.

Sonuç: Akut bakteriyel rinosinüzit nedeniyle takip edilen hastalar komplikasyonlar açısından yakın takip edilmelidir. Bu olgularda erken tanı, uygun medikal ve cerrahi tedavi ile prognoz iyi seyredir ve cerrahi yapılamayan hastalarda sekel kalabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Bakteriyel Rinosinüzit, Preseptal Sellülit, Menenjit, Orbital Apse, Sinüzit Komplikasyonları

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-101

Akut Gastroenterit Sonrasında Sepsis Gelişen Vakaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Meryem Eroğlu¹, Ayşe Şahin², Senem Behsat Ulukaya³, Nazan Dalgıç³

¹Burhaniye Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut gastroenterit (AGE) dünyada sağlık kurumlarına başvurunun en sık nedenleri arasında yer almakta olup beş yaş altı çocuklarda ölümlerin en sık ikinci nedenidir. AGE sırasında nöbet, ensefalit, aseptik menenjit ve sepsis gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar görülebilmektedir. Sepsisin AGE sonrası bakteriyel translokasyona bağlı gelişebildiği düşünülmektedir ancak mekanizması net değildir. Çalışmamızda AGE tanısıyla hastaneye yatırılarak tedavi edilen çocuk hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, muhtemel etiyolojik ajanlar ve hastanede yatış süresi ve etki eden faktörler ile sepsis gelişim riskinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamız tek merkezli ve retrospektif olarak tasarlanmıştır. Ocak 2015- Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk Enfeksiyon Kliniği'nde AGE tanısıyla yatırılarak tedavi edilen 1 ay-16 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 924 hastanın 503 (% 54,4)'ü erkek, 421 (% 45,6)'i kız, yaş ortalaması 27,82 (1-190 ay) idi. En sık görülen klinik bulgular sırasıyla ishal (%99,4), kusma (% 67,2) ve ateş (% 55,1) olarak tespit edildi. Çalışmamıza dahil edilen 924 hastanın 237 (% 25,6)'sinde sepsis geliştiği görüldü. Sepsis gelişen hastaların sepsis gelişmeyenlere göre daha uzun süre hastanede yattığı kusma, ateş ve hiponatremik dehidratasyon gelişme oranının daha fazla olduğu ($p < 0,05$) yine sepsis gelişenlerde laboratuvar bulgularından C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin (PCT) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu ($p < 0,05$) görüldü. Sepsis gelişen ve gelişmeyen olgular Receiver Operating Characteristic (ROC) analizi ile incelendiğinde sepsisi belirlemede en iyi iki parametrenin CRP ve PCT olduğu saptandı. Bu analize göre CRP için sensitivite % 54,04, spesifisite % 71,03; PCT için ise sensitivite % 60,98, spesifisite % 72,64 olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda AGE tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalarda %25,6 oranında sepsis geliştiği saptandı. Sepsisi öngörmeye CRP ve PCT değerlerinin diğer laboratuvar parametrelerine göre daha üstün olduğu görülmektedir. AGE tanısıyla izlenen çocuk hastaların sıvı-elektrolit dengesi yanında sepsis gelişme riskinden dolayı dikkatli bir şekilde takip edilmesi morbidite ve mortalite gelişmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Gastroenterit, Sepsis, Prokalsitonin, C-reaktif Protein

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-103

Akut Lenfoblastik Lösemili (B-ALL) Bir Çocukta Aspergillus Flavus'un Neden Olduğu Mikotik Anevrizma

Belkıs Hatice İnceli¹, Döndü Nilay Penezoğlu¹, Hülya Akat¹, Merve Havan¹, Halil Özdemir¹, Ömer Suat Fitöz¹, Levent Yazıcıoğlu¹, Meltem Koloğlu¹, Koray Ceyhan¹, Elif İnce¹, Tanıl Kendirli¹, Ergin Çiftçi¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Ankara

Giriş: İnvazif aspergilloz, immünsupresif çocuklarda yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Predispozan faktörler arasında lösemi, Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu, uzun süre steroid ve immünosüpresif kullanımı, transplantasyon, kronik granülomatöz hastalık ve şiddetli kombine immün yetmezlik yer alır. Birçok organ ve sistem etkilenebilir. Kesin tanısı mikrobiyolojik ve/veya histopatolojik olarak konur. Burada, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol subklavian arter proksimalinde psödopanevrizma ile uyumlu görünümü olan ve doku biyopsisinden gönderilen aspergillus PCR'da Aspergillus flavus pozitifliği saptanan bir hasta sunulmaktadır.

Bulgular: İki yaşında kız hasta, halsizlik, yürürken aksama şikayetleriyle başvurduğu hastanemizde yapılan kan tetkikleri, kemik iliği aspirasyonu ve flow sitometri sonucunda B-ALL tanısı alarak indüksiyon tedavisine başlandı. Tedavi sırasında nötropenik ateş tablosuna giren hastaya uygun antibiyotik tedavileri başlandı ve ateşi kontrol altına alınıncaya kadar spektruma uygun şekilde (meropenem, teikoplanin, levofloksasin ve amfoterisin B) genişletildi. İzleminde abondan hemoptizi olduğundan invaziv aspergilloz açısından almakta olduğu tedavilerine vorikonazol eklendi. Kulak Burun Boğaz bölümü muayenesinde patoloji saptanmayınca kontrastlı toraks BT çekildi: "Sol subklavian arter proksimalinde psödoanevrizma ile uyumlu sakküler yapı ve çevresinde periferik trombus, basıya bağlı atelektazik alanlar görülmüş olup mikotik anevrizma öncelikle düşünülmüştür" şeklinde raporlandı (Resim 1). Hasta multidisipliner konseye sunularak Kalp Damar Cerrahisi-Çocuk Cerrahisi tarafından ortak operasyon kararı alındı, operasyon sırasında sol akciğer üst lob segmentektomisi yapılarak kitle çıkarıldı, sol subklavian artere greft takıldı (Resim 2). Doku biyopsisinden gönderilen aspergillus PCR'da Aspergillus flavus pozitifliği saptandı. Doku biyopsi kültüründe üreme olmadı, galaktomannan sonuçları negatif geldi. Çekilen kontrol pulmoner BT anjiyografisinde kitlenin tamamen kaybolduğu belirtildi. Almakta olduğu ikili antifungal tedavi ikinci ayın sonunda kesilerek vorikonazol profilaksisi ile devam edildi.

Sonuç: İnvaziv aspergilloz, özellikle immünsupresif hastalarda, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden önemli bir fungal enfeksiyondur. Başta akciğer olmakla birlikte vücudun birçok bölgesine yayılarak hastalık yapabilir. Olgumuz cerrahi ve uygun antifungal tedaviler ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Bu nedenle invaziv aspergillozda tanının hızla konması ve tedavinin başlanması hayat kurtarıcı olacaktır

Anahtar Kelimeler: B-ALL, Mikotik Anevrizma, Aspergillus Flavus

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-104

Konjenital Sitomegalovirüs Enfeksiyonu ve Sonrasında Gelişen Santral Diabetes İnsipitus

Emel Bakanoğlu¹, Asena Ünal¹, Fatma Kılınç¹, Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş: Konjenital sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu genellikle doğumda asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda direkt hiperbilirubinemiye bağlı olarak sarılık, trombositopeniye bağlı olarak peteşi ve purpura, hepatosplenomegali, intrauterin gelişme geriliği, mikrosefali, intraserebral periventriküler kalsifikasyon, sensöronöral işitme kaybı ve retinit görülür. Konjenital CMV enfeksiyonuna bağlı santral diabetes insipitus nadir görülen bir prezentasyondur.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza Eylül 2023'de Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine gelen Sitomegalovirüs serolojik testi pozitif olan hastayı aldık.

Bulgular: 3 ay 25 günlük hasta, doğar doğmaz emmeme, sarılık ve yenidoğan sepsisi, jeneralize epileptik nöbet nedeniyle başka bir merkez yenidoğan yoğun bakım servisinde takip edilmiş. Anti epileptik tedaviye rağmen nöbetleri devam edince hastanemize yatırıldı. Hasta mikrosefalikti, başını dik tutamıyordu, aralıklı opistotonus pozisyonundaydı. Tetkiklerinde WBC: 14,5x10³ /mm³, HB: 8,8 g/dL, ANS: 4,6x10³ /mm³, ALS: 8,3x10³ /mm³, PLT: 226x10³ /mm³, AST: 34 U/L, ALT: 15 U/L Na: 160 Mmol/L (135-145), Cl: 119 Mmol/L (98-115), kreatinin: 0,63 mg/dL idi. Anti-CMV-IgG: 141,8 IU/mL (pozitif), Anti-CMV-IgM 1,04 COI (pozitif), CMV-IgG Avidite testi %57,5 (ara değer) CMV-PCR 150 pozitif Cp/MI geldi. Beyin BT' si intrauterin enfeksiyon sekeli ile uyumlu düşünüldü. Anneden gönderilen CMV IgM: 1,86 (Normal), CMV IgG:>250 olarak sonuçlandı. Hastaya klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla konjenital CMV enfeksiyonu tanısı konuldu. 14 gün gansiklovir tedavisi aldı, devamında toplam tedavi süresi 6 aya tamamlanmak üzere valgansiklovir tedavisi başlandı. Kontrol CMV-PCR negatif Cp/mL geldi. Poliürilerinin, hipernatremilerinin, idrar dansite düşüklüğünün (1003) ve vazopressin seviyesinin 3,50 Pmol/L olması sonucunda diabetes insipitus tanısı düşünüldü. Serum osmolaritesi 330 mOsm/kg (275-295) ölçüldü. Desmopressin tedavisi başlandı. Kan sodyumu ve idrar dansite sonucuna göre desmopressin dozu ayarlandı.

Sonuç: Santral Diabetes insipitus (SDI), hipotalamus/arka hipofiz eksenindeki nöronların hasarı sonucu gelişen yetersiz arjinin vazopressin hormon salgısı ile karakterizedir. Konjenital CMV enfeksiyonun da dahil olduğu enfeksiyonlar, otoimmün ve vasküler hastalıklar, cerrahi, travma, sellada yer kaplayan lezyonlar ve konjenital serebrovasküler anormallikler buna neden olur (3-5). Poliüri, polidipsi, hipernatremi ve susuzluk hissi ortaya çıkar. Tedavide sentetik ADH analogu olan desmopressin kullanılır.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs, Valgansiklovir, Diabetes İnsipitus, Mikrosefali, İntrakranial Kalsifikasyon

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-105

İmmün Yetmezlik Nedeniyle Kemik İliği Nakli Yapılan Hastalarda BCG İlişkili Komplikasyon

Emel Bakanoğlu¹, Asena Ünal¹, Fatma Kılınç¹, Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş: Bacillus Calmette-Guerin (BCG), primer immün yetmezlik hastalıkları (PID) olan hastalarda hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) öncesinde ve sonrasında ciddi komplikasyonlara neden olma potansiyeline sahip, canlı, zayıflatılmış bir aşıdır.

Materyal ve Metot: Bu yazıda ağır kombine immün yetmezlik tanısı ile HSCT yapılan, sonrasında BCG lenfadenit gelişen ve bu nedenle Haziran 2023'de Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvuran olguyu sunacağız.

Bulgular: 16 aylık hastanın 3 aylıktan itibaren başlayan büyüme- gelişme geriliği, sık enfeksiyon geçirme şikâyeti ile araştırılır iken ağır kombine immün yetmezlik tanısı almış. HSCT öncesi BCG aşısı yapıldığı için, profilaktik olarak izoniazid ve rifampisin başlanmış. Kardeşinden %100 uyumlu kemik iliği nakli yapıldıktan 7 hafta sonra hastanın sol aksiller bölgesinde lenfadenopati gelişmesi üzerine çocuk enfeksiyon polikliniğine başvurdu. İmmün supresif ilaç kullanmıyordu. Fizik muayenesinde boy, vücut ağırlığı ve baş çevresi persantilleri düşüktü. BCG aşı skar yeri mevcuttu. Sol aksiller bölgede 1,5x 1,5 cm çaplı lenfadenopati vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde WBC: 4,8x10³ /mm³, ANS: 1,7x10³ /mm³, ALS: 2x10³ /mm³, HB: 10,2 g/dL, PLT: 470x10³ /mm³, Sedimentasyon hızı: 2/h, CRP: 1,6 mg/L idi. Biyokimyasal testleri normaldi. PPD 0 mmdi. Quantiferonu negatif gelmişti. Batın USG'inde hafif hepatomegali dışında patolojik özellik yoktu. Toraks BT' si ve humerus grafisi normaldi. Aksiller lenf nodu patoloji sonucu nonnekrotizan granülomatöz iltihap olarak raporlandı ve dokuda ARB, TBC PCR negatif saptandı. Doku TBC kültüründe üreme olmadı. Sol aksillar lenfadenopati ve BCG aşısı yapılmış olması nedeniyle BCG lenfadenit düşünülerek rifampisin, izoniazid, etambutol ve streptomisin içeren 4' lü anti- TBC tedavisi başlandı.

Sonuç: BCG aşısı özellikle T hücre defekti olan immün yetmezlik ve HSCT hastalarında ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilir. BCG aşısının uygulanmadan önce ayrıntılı bir tıbbi öykü alınması komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. İmmün yetmezlikli hastalarda Sol aksillar lenfadenopati ile başvuran hastalarda BCG lenfadenit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: BCG, İmmün Yetmezlik, Kemik İliği Nakli, Lenfadenopati, Hematopoetik Kök Hücre Nakli

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-106 (SUNULMADI)

Fasioliazis: 4 Olgu Sunumu

Emel Bakanoğlu¹, Selime Teleke Kaymaz¹, Fatma Kılınç¹, Nisa Nur Tapaç¹, Ümmühan Çay¹, Özlem Özgür Gündeşlioğlu¹, Derya Alabaz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş: Fasioliazis, koyun, keçi ve sığırları etkileyen, karaciğerin bir trematodu olan Fasciola hepatica'nın neden olduğu enfeksiyondur. İnsanlarda enfeksiyon, tatlı su salyangozu içeren su terelerinin tüketilmesiyle başlar. İnsan fascioliazis'in iki aşaması vardır. Hepatik fazında larva alımından 1-3 ay sonra karın ağrısı, ateş, eozinofili ve anormal karaciğer fonksiyon testleri görülür. Safra fazında kolanjit veya kolestaz ile birlikte olan veya olmayan aralıklı sağ üst kadranda ağrısı olur (. Bu yazıda su teresi tüketimi sonucu fascioliazis tanısı alan dört olguyu sunduk.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza Haziran 2022' de çocuk enfeksiyon hastalıkları polikliniğine gelen fasciola hepatica serolojik testi pozitif olan 4 hastayı aldık.

Bulgular: Olgularımız 2, 9, 12 ve 14 yaşında 4 kardeş ve onların kuzenleri olan aynı bölgede yaşayan 8 ve 10 yaşında 2 kardeşten oluşmaktadır. 6 hastanın dördünde başvurularından yaklaşık 1 ay önce önce başlayan epigastrik bölgede ve sağ üst kadranda lokalize olan karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve ateş şikayetleri vardı. Aynı aileden toplam 10 kişinin benzer semptomları olduğu ve köy ortamında su teresi yedikleri öğrenildi. Erişkin bir aile üyelerinin Fasioliazis tanısı almıştı. Hastaların yapılan tetkiklerinde hemogramda ve periferik yaymada eozinofili saptandı. Hastaların birinde karaciğer fonksiyon testlerinde hafif yükselme vardı. Üç hastanın abdomen USG'lerinde karaciğerde hipoekoik heterojen alanlar görüldü. Dört hastanın serolojik tetkik sonucu pozitif. Hastalara triklabendazol tedavisi tek doz verildi. Tedaviden 2 hafta sonra klinik bulguları anlamlı olarak düzeldi. Takip eden günlerde fasciola hepaticaya ait semptomların tekrarlamadığı ve tamamen gerilediği öğrenildi.

Sonuç: Fasciola hepatica enfeksiyonu eozinofili ile ilişkili karaciğer veya biliyer hastalığı olan hastaların ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Anamnezde su teresi veya tatlı su salyangozu içeren kirli suyu teması olan hastalarda akla gelmesi gereken enfeksiyonlardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofili, Epigastrik Ağrı, Su Teresi, Tatlı Su Salyangozu, Triklabendazol

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-107

Çocukluk Çağı Astımının Nadir Bir Prezantasyonu: Alerjik Bronkoplomoner Aspergillozis

Gökcan Öztürk¹, Selin Sevinç¹, Şule Haskoloğlu¹, Candan İslamoğlu¹, Esin Gizem Olgun², Mahmut Turğut², Ergin Çiftçi³, Nazan Çobanoğlu², Figen Doğu¹, Aydan İkinçioğulları¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Alerjik bronkoplomoner aspergilloz (ABPA), hava yollarının *Aspergillus fumigatus* ile kolonizasyonu sonucu astımlı, bazen kistik fibrozlu (KF) hastalarda ortaya çıkan kompleks bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. ABPA'ya genetik yatkınlık inflamatuvar süreci ve atopi oluşumuna neden olur. Th2 yanıtının baskın olması, IL-4, 5, 13 salınımı, IgE sentezi, inflamasyona eozinofil yanıtı abartılı mukus üretimi ve hava yolu reaktivitesi hastalığın patogenezi açıklamaktadır. *Aspergillus fumigatus*, bu duruma en çok neden olan mantardır; fakat diğer türler de ABPA'ya neden olabilir (Şekil 1) (2) ABPA, astım hastalarının %1-2'sinde görülebilir. Daha çok steroid bağımlı yetişkin astımlılarda görülse de, pediatrik popülasyonda da görülebileceği bildirilmiştir. Klinik bulguları; inhale bronkodilataöre yanıtı, oral kortikosteroidlere geçici yanıt, produktif öksürük (kahverengi balgam), vizing, halsizlik, ateş, hemoptizi, plörotik göğüs ağrısıdır. Tanı koyması oldukça güçtür ve bunun için klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların yer aldığı tanı kriterleri oluşturulmuştur. Tedavide amaç akut inflamasyonu önlemek, hasarın ilerlemesini ve yeni atakların gelişmesini önüne geçmektir. Bunun için sistemik steroidler, antifungal ajanlar ve seçili vakalarda AntilgE ve Anti IL5 gibi biyolojik ajanlar kullanılabilir.

Materyal ve Metot: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji İmmünoloji Bilim Dalı ve Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı tarafından ortak takip edilen iki ABPA tanılı hasta klinik, laboratuvar ve izlem sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların klinik, laboratuvar, radyolojik ve izlem sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tanı kriterlerine göre hastaların özellikleri, Rosenberg Patterson kriterlerinde ilk 8 kriterin sağlandığı durumlarda hastaların evresi ABPA- SB (Santral bronşiektazi), bilgisayarlı tomografinin tanısız olmadığı durumlarda ABPA- S (Seropozitif) olarak tanımlanır.

Sonuç: Astım tanısıyla izlenen hastalarda, inhale ve sistemik tedavilere klinik yanıtızsızlık durumunda hastalar ABPA yönünden incelenmelidir. Astıma bağlı ABPA tanısı alan hastalar çocuk alerji immünoloji ve çocuk göğüs hastalıkları tarafından multidisipliner olarak takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Astım, *Aspergillus*, Alerjik Bronkoplomoner Aspergillozis

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-108

3-Dozlu veya 2-Dozlu Bir Tedavi Programında Verildiğinde 4cmenb Aşısının Ergenler ve Genç Erişkinlerde Etkililiği, İmmünojenisitesi ve Güvenliliği: Randomize Kontrollü Bir Faz 3 Çalışmasından Elde Edilen Bulgular

Terry Nolan¹, Peter Silas², Arnold Willemsen³, Chiranjivi Bhusal³, Daniela Toneatto³, Korhan Yavuz³

¹Melbourne Üniversitesi Peter Doherty Enfeksiyon ve Bağışıklık Enstitüsü ve Murdoch Çocuk Araştırmaları Enstitüsü

²Wee Care Pediatrics

³GSK

Giriş: Bir faz 3 çalışmasında 3-doz (0-2-6 ay) veya 2-doz (0-6; 0-2 ay) programlı 4CmenB aşısının genetik açıdan farklı bir meningokok serogrup B (MenB) suş paneline karşı güvenlilik ve etkililiği değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot: Gözlemcinin körlendiği bu çalışmada (NCT04502693), 10-25 yaşlarındaki 3651 sağlıklı birey 4CMenB (0-2-6 ay), 4CMenB (0-6 ay), araştırma amaçlı MenABCWY aşısı veya MenACWY-CRM (kontrol) alacak şekilde 5:5:9:1 oranında randomize edilmiştir. 4CmenB'le ilgili birincil amaç, güvenliliği değerlendirmek ve aşı yapılan her bir bireyin serumunda endojen kompleman kullanarak 110 suştan oluşan bir MenB panelinde insan serum bakterisidal antikor testi (hSBA) enc-hSBA'yı kullanarak aşı etkililiğini (AE) göstermekti. AE, 2 yaklaşımla gösterilmiştir: test-bazlı (ikinci/üçüncü 4CmenB dozu sonrasında MenACWY dozuna kıyasla 110-suşlu panelde bakterisidal aktiviteye sahip olmayan örneklerin yüzdesi) and yanıt veren-bazlı (serumları ikinci/üçüncü dozdan sonraki 1 ayda suşların $\geq 70\%$ 'ni öldüren katılımcıların yüzdesi). Başarı, iki-yönlü $97,5\%$ güven aralığının alt sınırının $>65\%$ olmasıyla gösterilmiştir. Aynı zamanda MenB indikatör suşlarına verilen bağışıklık yanıtları da değerlendirilmiştir.

Bulgular: Test-bazlı AE'nin 0-2-6, 0-6 ve 0-2 programlarında sırasıyla $83,2\%$ (AS $81,9\%$, üst sınır [ÜS] $84,4\%$), $81,8\%$ ($80,4\%$, $83,1\%$), ve $78,7\%$ ($77,2\%$, $80,1\%$) olduğu saptanmıştır. Yanıt veren-bazlı aşı etkililiği ise, sırasıyla $93,4\%$ (AS $91,2\%$, ÜS $95,2\%$), $89,8\%$ ($87,2\%$, $92,0\%$) ve $84,8\%$ ($81,8\%$, $87,5\%$) bulunmuştur. Tedavi programlarında aşı etkililiği veya hSBA immünojenisitesinde klinik açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Güvenlilik bulgularının yerleşik 4CmenB güvenlilik profiliyle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Sonuç: 2-dozlu (0-6, 0-2 ay) ve 3-dozlu (0-2-6 ay) 4CMenB programları her iki AE sonlanım noktasında da başarı için önceden tanımlanan kriterleri karşılayarak ergenler ve genç erişkinlerden oluşan bir popülasyonda ve bireysel düzeyde epidemiyolojik olarak bağlantılı 110 MenB suşundan oluşan bir panelde AE göstermiştir. Kullanılan 3-doz ile 2-doz programları arasında AE veya immünojenisitede klinik açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Güvenlilik bulguları programların hepsinde tutarlılık göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Neisseria Meningitidis, İnvaziv Meningokokal Hastalık, Aşı, Etkililik, 4CMenB; serogrup B

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

P-109 (SUNULMADI)

İnfluenza Sezonu Zorlu Sitopeni Vakalarıyla Kendini Gösterdi

Gizem Mardinoğlu¹, Mahmut Can Kızıl¹, Ömer Kılıç¹, Ener Çağrı Dinleyici¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir

Giriş: İnfluenza virüsü her yıl küresel çapta önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. İnfluenza A trombositopeni ve lökopeniyle doğrudan ilişkili olarak bildirilmese de sitopeni ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada, influenza A enfeksiyonuna bağlı geçici bisitopenisi (trombositopeni ve lökopeni) olan dört pediatrik hastayı bildirmeyi amaçladık.

Bulgular: Tüm hastalarda nazofaringeal aspirat örneğinden polimeraz zincir reaksiyonu ile İnfluenza A doğrulandı ve oseltamavir tedavisi verildi. Hastaların tümünde lökopeni ve trombositopeninin geçici olduğu ve viral semptomların düzelmesiyle düzeldiği görüldü. Bisitopeninin yanı sıra hastalarda farklı bulgular da izlendi. İki hastada başka bir klinik nedenle açıklanamayan uzamış ateş kliniği vardı. Bir hastada başvuru esnasında görülen, uzun süreli olmayan ve tekrar etmeyen konvülsiyon oldu. Başka bir hastada herhangi bir klinik soruna yol açmadan kendiliğinden düzelen gastrointestinal kanama vardı.

Sonuç: Sonuç olarak, özellikle mevsimsel influenzanın pik yaptığı dönemde ateş ve bisitopeni ile başvuran hastalarda influenzanın düşünülmesi, sitopeniye yönelik olası invaziv girişimlerin önüne geçecek ve etkili antiviral tedaviyle birlikte bulgularda iyileşme sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza A, Lökopeni, Trombositopeni, Oseltamavir

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

KONUŐMA ÖZETLERİ

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Enfeksiyon Meydanı: Ensefalit ve Yönetimi HHV-6 ENSEFALİTİ

Dr. Aysun YAHŞI

Kurumum ise Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon BD

OLGU:

3,5 aylık erkek hasta, 3 gündür devam eden ateş, huzursuzluk, emmede azalma, nöbet şikayetleri ile acil servise başvurmuş. **Özgeçmiş ve** soygeçmişinde özellik olmayan hastanın, öyküsünde, kardeş ve teyzede 1 hafta önce veziküler döküntü (enteroviral enfeksiyon düşünülmüş) olması belirtilmektedir.

Fizik muayenede; ateşi (VI: 38.9 °C) sınırdan taşıkardisi (KTA: 180/dk) mevcuttu. Genel durumu düşkün görünümde uykuya meyilli, çevreyle ilgisi azalmış, huzursuz görünümde, turgor tonus hafif azalmıştı. Ön fontanel 2x1 cm, normal bombelikte idi. Peroral siyanozu mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hasta 3 gündür süren ateş, beslenme azlığı, huzursuzluk şikayeti ile polikliniğe başvurmuş, bekleme sırasında 1 dk süren generalize tonik klonik nöbeti olması üzerine acil serviste yatarak izlemem alınan hastanın izleminde 8 kez kısa süreli nöbetleri tekrarlamış. Çekilen difüzyon MR iskemi veya difüzyon kısıtlılığı yoktu. Lomber ponksiyonu travmatize olması üzerine kültür ve BOS viral menenjit paneli gönderilerek vankomisin, seftriakson, asiklovir iv başlanmış. Yoğun bakımda izleme alınan hastaya nöroloji bölümü tarafından levetirasetam iv, ketamin iv başlanması, kontrastlı kranial MR ve EEG planlanmış. Hastanın laboratuvar değerlerinde akut faz reaktanları negatif, sitopenisi yok, hafif karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik mevcuttu (ALT:80 U/L, AST: 74 U/L). Yatışının 2. Günü ise lökopenisi gelişmişti (BK: 2730/mm³, ANS: 1160/mm³, ALS: 1230/mm³).

Difüzyon MR normal olan hastanın kontrastlı kranial MR incelemesi "sağ koroid fissürde 10x7 mm boyutlarında kist görülmüştür. Sol koroid pleksusta milimetrik kist mevcuttur. IVKM enjeksiyonu sonrası her iki serebral hemisferde şüpheli leptomeningeal kontrastlanma seçilmiştir (LP'e ikincil?) Klinik şüphenin devamı halinde kontrolü önerilir." şeklinde raporlanmıştı.

İzlemde nöbeti tekrarlamamış, ateşi yatışın 2. günü düştü. Yatışının 4. günü tüm vücutta yaygın makulopapüler döküntü ve 5. gün ishal gelişti. Gaita tetkikleri normal olan hastanın, BOS viral menenjit paneli: HHV-6 PCR+ olarak sonuçlandı. BOS ve kan kültürleri negatif olarak sonuçlanan hastanın EEG'si normaldi. Asiklovir, vankomisin, seftriakson tedavileri sonlandırıldı. Döküntü ve ishal 2 günde geriledi.

Sağlıklı çocuklarda primer HHV-6 ensefaliti nadir, daha çok reaktivasyon şeklindedir. Ensefalit daha çok immün yetmezliklerle (öz. KIT ve solid organ transplantasyonu sonrası) ve reaktivasyon şeklindedir. Nörolojik semptomlar; bilinç değ, nöbet, psikoz, akut serebellar ataksi ve fokal nörolojik bulgular (örn., kranial sinir tutulumu, hemiparezi) görülebilir. Panensefalit daha sık olmakla beraber HSV benzeri fokal nekrotizan ensefalit de olabilir. Meziyal temporal lob epilepsisi ile ilişkili bulunmuştur. KIT sonrası öz. 2.-6. haftalarda, reaktivasyon ile (%30-%70) ve özellikle tam uyumun olmadığı allogeneik nakillerde siktir. Mortaliteye sebep olabilir.

HHV-6 periferik kan mononükleer hücreleri, tükürük bezleri, akciğer, deri ve SSS gibi birçok bölgede PCR ile yaşam boyu tespit edilebilir ve 3 yaş üzeri çocuklarda seropozitiflik yüksektir (%70-95). Kan, BOS, doku örneklerinde viral DNA'nın PCR ile tespiti yeni enfeksiyon?, geçirilmiş enfeksiyon?, HHV-6'nın kromozomal entegrasyon? (toplumda %1 oranında) ile olabilir, ayrımı net değildir. Tanıda ensefalit gibi ciddi durumlarda; predispozan faktörlerin varlığı (hücrel immünite yetersizliği), klinik bulguların varlığı ve klinik tabloyu açıklayacak başka patojenin olmaması ile karar verilir. Kantitatif HHV-6 PCR ölçümü (kan ve BOS) daha net gösterir. Düşük PCR değerleri latent hastalık, intermediate PCR değerleri aktif hastalık, yüksek PCR değerleri (öz. 1 milyon kopya/ml üzeri) kromozomal integre PCR daha öncelikli düşündürür ama eşik değerler net değildir. Orta ve yüksek değerlerde droplet digital PCR ölçümü ile kromozal integre DNA tayini yapabilirken, Reverse

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

trankriptaz PCR tayini ile HHV-6 mRNA'nın kan veya BOS'ta tayini aktif enfeksiyon ayırımında kullanılabilir fakat özel laboratuvarlarda çalışılabilir. Seroloji diğer Herpes virüslerine çapraz rxn ve yüksek seropozitivite sebebiyle, viral kültür, antijen tayini gibi yöntemler zor çalışılması, standartize olmaması sebebiyle önerilmez. HHV-6 ensefalitinin radyolojik özelliği, erken dönemde bilgisayarlı tomografi (BT) 'nin normal olduğu manyetik rezonans görüntüleme (MRI) mezial temporal loblarda (amygdal ve hipokampus) geçici anormal hiperintensiteler görülebilir. EEG'de temporal ve frontotemporal bölgelerde fokal anormallikler olabilir.

Hastalık genellikle kendiliğinden düzeldiği için destek tedavisi yeterlidir. Fakat özellikle KIT sonrası ve immün yetmezliklerde ağır ensefalitlerde verilmelidir. Gansiklovir, Foskarnet, Sidofovir (veya brincisidofovir) tedavi seçenekleridir. Gansiklovirin HHV-6A'da etkisiz olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Ağır ve monoterapiye yanıtız durumlarda kombine tedavi verilebilir. Klinik düzelme ve viral yükün azalmasına göre tedavi süresi belirlenmeli, ortalama öneri 21 gündür.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Enfeksiyon Kontrol Komitesinde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Hekimin Görevi

Doç. Dr. Ayşe Büyükcım

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Türkiye'de 2005 tarihinde yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumlarının Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği gereğince tüm yataklı tedavi kurumlarında oluşturulan enfeksiyon kontrol komitelerinin tanımı, görevleri ve kimlerden oluştuğu net bir şekilde tanımlanmıştır. Bütün yataklı tedavi kurumlarında enfeksiyon kontrol komitesi oluşturulması zorunludur. Enfeksiyon kontrol komitesinin yapısını; yöneticinin görevlendireceği bir başhekim yardımcısı veya dekan yardımcısı, başhemşire veya hemşirelik hizmetleri müdürü, hastane müdürü, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniği temsilcisi (çocuk hastanelerinde çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanı), enfeksiyon kontrol ekibi (Enfeksiyon kontrol hekimi ve enfeksiyon kontrol hemşiresi), mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi, dahili tıp bilim dallarından uzman, cerrahi tıp bilim dallarından uzman, eczane sorumlusundan oluşur. Ayrıca komiteye gerekli alanlarda diğer alanlarda çalışan görevliler de dahil edilebilir. Enfeksiyon kontrol komitesinin fiziki mekân, bilgisayar, teknik donanım, araç-gereç, sarf malzemeleri ve personel gibi ihtiyaçları, yataklı tedavi kurumunun imkanları ölçüsünde, yönetim tarafından karşılanır. Enfeksiyon kontrol komitesi, enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışır ve düzenli olarak yılda en az üç defa toplanır. Enfeksiyon kontrol komitesinin başlıca faaliyet alanları içinde sürveyans ve kayıt, antibiyotik kullanımının kontrolü, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon, sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları ve hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü yer almaktadır. Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar uygulanmak üzere yönetime iletilir. Bu kararlar, yönetim ve yataklı tedavi kurumunun bütün personeli için bağlayıcıdır. Bu kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur [1].

Enfeksiyon kontrol komitesinde, çocuk enfeksiyon hastalıkları hekiminin enfeksiyon kontrol komitesindeki rolü, antimikrobiyal yönetim ve enfeksiyon kontrol programlarının yönlendirilmesi, sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve maruziyetin en aza indirilmesi açısından çok önemlidir. Pediatrik enfeksiyon hastalıkları hekimleri çocuklarda bilinen zor enfeksiyonların yönetiminde uzmanlık sunmakta ve hasta bakımı, enfeksiyon önleme ve antimikrobiyal yönetimde önemli bir rol oynamaktadır[2].

Çocuk hastanelerine özgü alınması gereken önlemlere baktığımızda başlıca alanlar antimikrobiyal ilaç yönetim yöntemleri, total parenteral beslenme üniteleri ve alınması gereken önlemler ile standart önlemlere uyumun arttırılması, refakatçilere ve ziyaretçilere yönelik eğitim ve öneriler (ziyaretçi kuralları, çocuk ziyaretçi), izolasyonlar, cerrahi işlemlerde antibiyotik profilaksisi ve bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemidir[3-8].

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Kaynaklar

1. Gazete, R. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. 2005 [cited 2024; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/08/20050811-6.htm>].
2. Peter, G. and J.O. Klein, The pediatric infectious disease physician: current roles and importance of the specialty in the care of children. The Pediatric infectious disease journal, 1995. 14(10): p. 900-903.
3. Bayhan, G.İ., Refakatçiler ve Ziyaretçilere Yönelik Eğitim ve Önlemler, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar, Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020. p. 321-326.
4. Hatipoğlu, N., Total Parenteral Beslenme Üniteleri ve Alınması Gereken Önlemler, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar, Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020. p. 287-292.
5. Öncel, S., Antimikrobiyal İlaç Yönetimi, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar, Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020.
6. Özdemir, H., Cerrahi İşlemlerde Antibiyotik Profilaksisi, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar, Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020. p. 327-338.
7. Teke, T.A., Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020. p. 339-348.
8. Törün, S.H., Standart Önlemlere Uyumun Artırılması, in Pediatrik Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Ali Bülent Cengiz, Nuri Bayram, and İ. Devrim, Editors. 2020. p. 311-320.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Kutanöz Leishmaniasis

Ayşe Kaman

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Anabilim Dalı

Leishmaniasis, *Leishmania* cinsi zorunlu hücre içi parazitlerin neden olduğu vektör kaynaklı paraziter bir zoonozdur. Vektör enfekte dişi tatarcık sinekleridir (*Phlebotomus*-Eski Dünya ve *Lutzomyia*-Yeni Dünya). Parazit ve konak faktörlerine göre kutanöz, mukokutanöz ve visseral olmak üzere üç tip klinik tablo ile seyredebilir. Doğada zoonotik (hayvan rezervuarlarından insan) ve antroponotik (vektör aracılığıyla insandan insan) geçiş mevcuttur.

Vektör olan dişi tatarcık sinekleri 2-3 mm boyutta, dış yüzü tüylü, uzun, kırılğan bacaklı, istirahatte kanatları 'V' şeklinde görülür. Dünya üzerinde yaklaşık 1000 tatarcık türünün 90 dan fazlası hastalık etkeni kabul edilir. Ülkemizde leishmania parazitini taşıyan 27 farklı tatarcık türü vardır. Sinekler yaz aylarında ve geceleri aktiftir.

Leishmania cinsi parazitin doğadaki bilinen rezervuarı köpekler, kemiriciler (zoonotik) ve insandır (antropo-notik). Parazit tatarcık sineğinin midesinde ve kültür ortamında promastigot (enfektif) ve dokularda (kemik iliği, cilt lezyonu) amastigot formunda bulunur. *Leishmania* parazitin yaşam siklusu Şekil 1'de gösterildi.

Kutanöz leishmanianın (KL) 2022 yılında Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı ülkelerin 90'ında endemik olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde KL halen endemik olarak görülmektedir ve Türkiye'de 40 milyondan kişi KL için risk altındadır. Yılda ortalama 2500-3000 vaka görülmeyle birlikte vakaların %90'dan fazlası Şanlıurfa, Osmaniye, Mardin, Diyarbakır, Hatay, Adana, Kahramanmaraş, Mersin ve Antalya illerinden bildirilmektedir. Ülkemizde tür dağılımı coğrafi bölgelerle sınırlı olmamakla birlikte Eski Dünya KL etkenleri olan *Leishmania tropica*, *L. majör*, *L. infantum* ve *L. donovani* en sık izole edilen türlerdir. Ülkemizde bütün endemik alanlarda baskın olan tür *L. tropica*'dır. Hastalık geçişini etkileyen faktörler arasında popülasyon hareketi, sosyoekonomik faktörler ve çevresel faktörler bulunmaktadır.

Klinik bulgular; tatarcık sineği ile ısırılmayı takiben 2 hafta-aylar süren (bazen yıllar) inkübasyonun ardından sıklıkla vücudun giysi ile örtülü olmayan baş, boyun, ekstremiteler gibi bölgelerde (%85) eritemli maküler lezyon şeklinde başlar. Maküler lezyon zaman içinde büyüyerek papül haline gelir, ardından papüller genişleyerek 1-2 ay içinde endüre nodül haline gelir. Zamanla bu endüre nodül ortasından ülserleşir Ülserin üzeri tabana sıkıca yapışmış bir kabukla kaplı olabilir. Kabuk kaldırılınca ülserin yüzünde kirli-beyaz renkte dikensi çıkıntılar (çivi belirtisi) gözlenir. Ülserle lezyon kenarları normal deriden ortadaki krater şeklindeki ülserle doğru bir eğimle yüksek olarak 'volkan belirtisi' şeklinde görülür. Lezyonlar sekonder enfekte olmadıkça ağrısızdır ve lezyonların %90'ı yıllar içinde deriden çökük bir skar dokusu bırakarak kendiliğinden iyileşirler.

Tanı için tipik ağrısız uzun süredir iyileşmeyen lezyonlar spesifik olmakla birlikte kesin tanı için parazitolojik tanı gereklidir. Parazitolojik tanı için lezyon kenarından yapılan kazıntı yaymasında *Leishmania* amastigotlarının (makrofajlar içinde ve/veya dışında oval şekilli hücre duvarı ile çevrili) görülmesi ya da lezyon kenarından alınan doku sıvısından ya da biyopsi materyalinden (steril SF ile inceltirilerek) alınan materyalin Novy-MacNeal-Nicolle veya Schneider besiyerinde uzun inkübasyonu ile promastigot formlarının görülmesi gereklidir.

Tedavide amaç; iyileşmeyi hızlandırmak, metastatik enfeksiyonları azaltmak, yara izini azaltmak, nüksü önlemektir. Tedavide hastanın yaşı, lezyon büyüklüğü, sayısı, yerleşim yeri, sekonder enfeksiyon varlığı veya hastanın ek başka bir hastalığının olmasına göre sistemik (oral, parenteral), intralezyonel ve topikal tedaviler ile yapılabilir. Mukokutanöz lezyonlara neden olabilecek türler ile enfeksiyon, mukozal veya yarı-mukozal tutulum varsa, immünsüprese konakta ya da yara iyileşmesini geciktiren hastalığı olanlarda (diabet), başlangıç lokal tedaviye klinik başarısız olanlarda, 5cm'den büyük lezyon tek lezyonu olan ya da, dörtten fazla

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

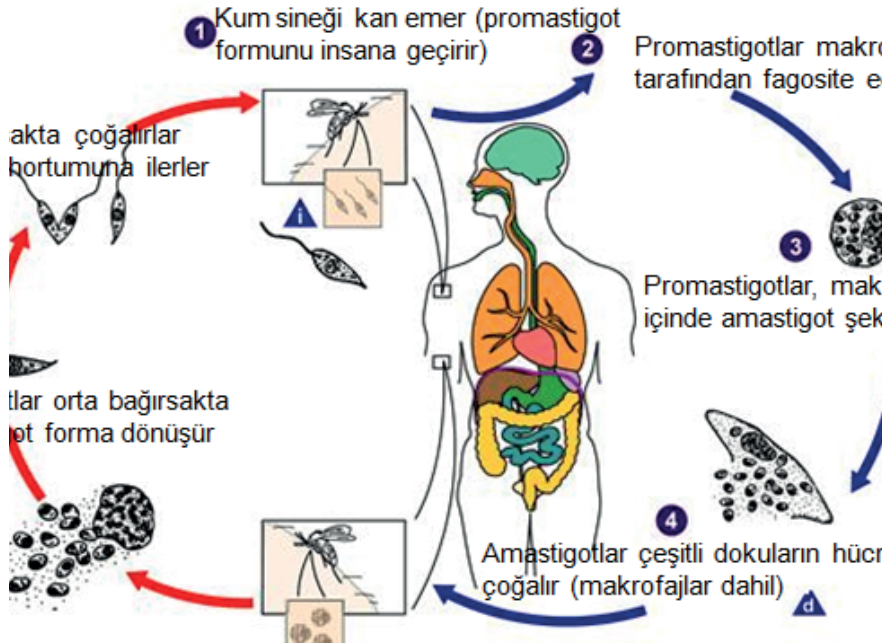
Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

lezyonu olanlarda, kozmetik açıdan hassas bölgelerdeki lezyonlarda (yüz, kulak, parmak, genital bölge, ayak parmakları), lokalizasyon itibarıyla iyileştiğinde fonksiyon bozukluğuna yol açabilecek (eklem bölgesi vb.) ve kıkırdak ile ilişkisi olan, lenfatik drenaj yolunda deri altı nodüller veya geniş bölgesel lenfadenopatisi olan hastalarda sistemik tedavi endikasyonu vardır. Sistemik tedavide beş değerlikli antimon bileşikleri (BAB) altın standart kabul edilir. Meglumine antimonate (Glucantime®) veya Sodium stibogluconate (Pentostam®) ile 20mg/kg/gün dozunda 14-20 günlük tedavi önerilir. Sistemik tedavide BAB'nin myalji, artralji, baş ağrısı, halsizlik, transaminaz artışı, amilaz ve lipaz yüksekliği, sitopeni (anemi, lökopeni, trombositopeni) ve EKG'de nonspesifik ST değişikliği, QT uzaması görülebilir. İlk basamak sistemik tedaviye dirençli ya da BAB'nin kontraendike olduğu hastalarda liposomal amphoteresin B toplam 21 mg/kg olacak şekilde (1-5.günlerde ardından 7 ve 10.gününde) kullanılır. Tedavide flukonazol ve ketakonazol gibi imidazol türevlerinin Leishmania türlerine karşı etkin olduğu bildirilmiştir. Ayrıca visseral leishmaniasis tedavisinde kullanılan miltefosin 12 yaşından büyük çocuklarda sistemik tedavide kullanılabilir. Sistemik antimon tedavisi endikasyonu gerektiren olguların dışında kalanlar veya belirgin kardiyak, renal, hepatik ve hematolojik hastalığı bulunan olgularda intralezyonel BAB kullanılır. İlaç insülin enjektörü ile dermiş içine (intralezyonel) haftada 1-2 kez toplam 8 doz olacak şekilde planlanabilir.

Korunma için kaynak olan hastaların tespiti ve tedavisi, yaşam alanının tatarcık yoğunluğunu azaltmak için temiz tutulması, sık dokunmuş cibinliklerin kullanılması, kişisel insektisitler veya böcek kovucu ilaçların kullanımı, vektör olan tatarcıklar zayıf uçucu sinekler oldukları için bulunulan kapalı ortamlarda hava sirkülasyonu yaratacak vantilatör gibi cihazların kullanılması, ev ve hayvan barınaklarının yapılandırılması gereklidir.



Şekil 1. *Leishmania* parazitinin yaşam döngüsü

Hastalığın Ülkemizde en çok görülen şekli Kutanöz Leishmaniasis (KL) olup, Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Hatay, Kahramanmaraş ve Mersin illerimizde endemik olarak görülmektedir. Malûm olduğu üzere, KL ile ilgili tanı ve tedavi kriterleri ile vektör ve çevreye yönelik hizmetler ilgi genelgemiz ve ekinde gönderilen Türkiye'de 27 farklı tür

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Diş tatarcık ağız yapısı sokucu emici tipte

Kutanöz Leishmaniosis Kontrol Programı kapsamında verilen bilgiler çerçevesinde yürütülmektedir. Ancak, ortaya çıkan birtakım gelişmeler ve bu gelişmeler neticesinde yapılan değerlendirmeler, ilgi genelgemiz çerçevesinde yürütülen hizmetlere ilişkin yeni bir mütalâanın gerekliliğini ortaya koymuştur. Bu meyanda, yeniden değerlendirilen, KL olgularında tanı ve tedavide yaklaşım ilkeleri ekte gönderilmektedir. Bu nedenle, KL ile ilgili hizmetlerin ilişikteki bilgiler çerçevesinden yürütülmesi ve ilgi genelgemizin iptal edildiği hususlarında bilgilerinizi, keyfiyetin gereği için de ilgililere emirlerinizi rica ederim.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Rsv Epidemiyolojisi ve Korunma

Doç. Dr. Belgin Gülhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Çocuklarda RSV enfeksiyonu infant mortalitesinde dünyada 2. sıklıkta etken olarak görülmektedir. 5 yaş altı pnömonilerin değerlendirildiği çalışmalarda RSV en sık pnömoni etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem erişkin hem çocuk hastalarda hastaneye başvuru ve hastaneye yatışlara neden olmakta ve bu durum yüksek maliyetli sağlık bakımına neden olmaktadır. RSV'den korunma için son yıllarda yeni gelişmeler olmuştur. Hali hazırda ağır RSV enfeksiyonu için riskli yenidoğan, prematüre, bronkopulmoner displazi, konjenital kalp hastalıkları gibi diğer bazı hastalıklarda kullanılan bir monoklonal antikor olan palivizumab mevcuttur. 2023 yılı itibariyle yeni uzun etkili monoklonal antikor olan Nirsevimab hem Avrupa hem de Amerika'da kullanım için onay almıştır. Nirsevimab RSV mevsiminde doğan tüm infantlar için kullanım onaylıdır. Ayrıca erişkin hastalar ve gebeler için kullanımda olan 2 adet RSV aşısı da kullanıma sunulmuştur. RSV için aşı çalışmaları hızla devam etmektedir. mRNA aşı teknolojilerinin COVID-19'da kullanımı, bir RNA virüsü olan RSV için de mRNA aşılarının geliştirilmesine olanak sağlamıştır ve bu yönde çalışmalar devam etmektedir. RSV'den korunmak için temas ve standart önlemleri, sigara maruziyetinin önlenmesi ve şu an ülkemizde uygulanabilen riskli hasta grubunda palivizumab uygulaması yapılmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Çocuklarda Mrsa Enfeksiyonlarının Yönetimi

Doç. Dr. Bilge Aldemir Kocabaş

Antalya Suam, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Antimikrobiyal direnç son yıllarda küresel bir tehdit olarak tüm dünyayı etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yılda 2,8 milyondan fazla enfeksiyon 35.000'den fazla ölüm antimikrobiyal direnç nedeniyle gerçekleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında küresel aksiyon planı yayınlamış ve bu planda direncin önüne geçebilmek için bazı stratejiler ilan edilmiştir. Yine Şubat 2017'de DSÖ küresel öncelikli patojenler arasında metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA)'u 2. öncelik sırasında yüksek kategoriye dahil etmiştir. Aktif süreyans yapılan, izolasyon önlemlerine tam uyum gösteren ve en önemlisi de akılcı antimikrobiyal kullanımına uyumun tam olduğu ülkelerde MRSA prevalansının daha düşük olduğuna dikkat çekilmektedir. Antimikrobiyallerin uygun sürede, uygun dozda ve uygun endikasyonlarda kullanımı antimikrobiyal direncin önlenmesinde en önemli faktördür.

Dünya genelinde YBÜ enfeksiyonlarının yaklaşık %15'i *S.aureus* bunların üçte biri MRSA ile, dünya genelinde ise YBÜ enfeksiyonlarının yaklaşık %15'i *S.aureus* ile ve bunların üçte biri MRSA ile gelişmektedir. MRSA ile kolonize hastaların %9-33'ünde daha sonra pnömoni, yumuşak doku enfeksiyonu veya birincil kan dolaşımı enfeksiyonu gibi bir MRSA enfeksiyonu gelişmektedir. Bunların bir kısmı taburculuktan bir süre sonra yeniden hospitalize edilmektedir. MRSA enfeksiyonları artan prevalans, yüksek maliyet, yatış süresinde uzama, tedavi ve eradikasyon güçlüğü, yüksek mortalite gibi nedenlerle hasta bakımı ve sağaltımda önemli sorunlardan birisidir. *S.aureus* koagülaz ve katalaz pozitif gram pozitif bir etken olup sağlıklı erişkin ve çocukların cilt ve mukozalarında %30-50 oranında kolonize olabilen bir mikroorganizmadır. Travma/yanık nedeniyle deri bütünlüğü bozulmuş çocuklarda, sık iğne kullanımı olanlarda (DM, hemodializ, iv ilaç,vb), cilt taşıyıcılık oranları %50'yi bulmaktadır. Nazal kolonizasyonda diğer stafilokok türleri, pnömokoklar propionibacterium türleri *S. aureus* ile negatif bir yarış halindedir. *S. aureus* enfeksiyonlarında bulaş en sık kontamine eller ile gelişmektedir. MRSA ile kolonize olan hospitalize çocuklarda taburculuk sonrasında MRSA enfeksiyon gelişme riski kolonize olmayanlara göre artmıştır. Yüzey proteinleri sayesinde fibronektin, fibrinojen ve kolajen ile kaplı dokulara ve yabancı cisimlere bağlanabilirler. Böylece mikroorganizma miktarı düşük bile olsa dikiş materyalleri, kateter, prostetik kapak ve diğer cihazlara kolaylıkla tutunabilirler.

S. aureus cilt ve yumuşak doku enfeksiyonlarından invaziv enfeksiyonlara hatta toksin aracılı enfeksiyon tablolarına kadar geniş spektrumda hastalık tablolarına neden olabilmektedir. Tanıda gram boyama ve kültür, biyokimyasal testler, genomik değerlendirme yöntemleri ve antimikrobiyal duyarlılık testlerinden yararlanılmaktadır.

Bin sekizyüzlü yılların başlarında *S. aureus* izole edilmiş ve akabinde penisilinlerin keşfi ile birlikte başarılı bir şekilde tedavi edilmeye başlanmıştır. Ancak kısa süre içinde izolatların %80 kadarı penisilin dirençli hale gelmeye başlamıştır. 1958'de vankomisin FDA onayı almış ancak kısa süre içinde vankomisin orta duyarlı (VISA) ve dirençli (VRSA) suşlar ortaya çıkmıştır. Glikopeptid dirençli suşlar tedaviyi oldukça güç hale getirmiştir. *Metisilin direnci mec geninin* varlığını gerektirir; *mec* geni olmayan suşlar metisiline dirençli değildir.

MRSA enfeksiyonları toplum kaynaklı ve sağlık hizmet ilişkili olarak iki kategoride incelenir. Toplum kaynaklı suşların daha fazla PVL ürettiği ve SCC mec tip IV ve V içerdiği, buna karşın sağlık hizmet ilişkili izolatların SCC mec tip I-III içerdiği bilinmektedir.

Çocuklarda MRSA Enfeksiyonlarının Yönetimi 4 başlık altında incelenir.

1. Antimikrobiyal yönetim
2. Toplumda önleme
3. Sağlık ortamına yönelik stratejiler
4. Aşı
5. VISA/VRSA önlenmesi

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Olgularla Artrite Yaklaşım

Doç. Dr. Canan Caymaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

- **Artrit:** eklemin enflamasyonu
- **Septik artrit:** eklemin süpüratif enflamasyonudur.
- **Akut bakteriyel artrit:** Bakteriyel eklem enfeksiyonları.
- **Akut bakteriyel artritten**
 - ateş, tek eklem ağrısı, eklemde şişme ve eklem hareketinde sınırlanma olan çocuklarda ve
 - pseudoparalizi, tutulduğunda ya da bez değişimi sırasında huzursuz olan sepsisin klinik bulguları olan küçük çocuklar (irritabilite, beslenmede zorluk gibi) ya da
 - odaksız ateşi olan küçük çocuklarda şüphelenilmelidir.
- Eğer artrit alevlenmesi sırasında alışılmadık tek eklem tutulumu ya da sorgulamada yakın zamanda enjeksiyon varsa altta yatan juvenil idiyomatik artritli çocuklarda bakteriyel artritten şüphelenilmelidir

Akut bakteriyel artritten en sık etken *S. aureus*'tur.

- Genelde tek eklemde meydana gelir,
- En sık olarak alt ekstremitayı tutar
- kalça ve diz en sık etkilenir.
- Kalçanın bilateral bakteriyel artrit az hastada meydana gelir
- %10 olguda bir eklemde daha fazla eklem tutulur
- Poliartiküler enfeksiyonlar yenidoğanda ve belli patojenlerle (örneğin, *Neisseria meningitidis*, *N. gonorrhoeae*, ve bazen *Staphylococcus aureus*) daha sıktır
- Şüpheli bakteriyel artritli çocuklar için laboratuvar değerlendirmesi :
 - Tam kan sayımı
 - Sedimentasyon ve /ya da CRP
 - Kan kültürü
 - Sinoviyal sıvı analizi (Lökosit sayısı, Gram boyama, kültür ve duyarlılık testleri)
- lökosit sayısı, sedimentasyon ve/ya da CRP bakteriyel artritli hastalarda genellikle artmıştır.
- CRP <1 mg/dL (10 mg/L) pozitif sinoviyal kültür açısından %87 negatif prediktif değere sahiptir.
- CRP tedaviye cevabı izlemek için sedimentasyondan daha yararlıdır
- prokalsitonin erişkin çalışmalarında CRP' den daha düşük performans göstermiştir, çocuk çalışmalarındaki veriler sınırlıdır. Bu nedenle akut bakteriyel artrit tanı ve takibinde önerilmez
- Bakteriyel artrit düşünülen tüm hastalardan aerobik kan kültürü alınması önerilir
- Kan kültürleri olguların yaklaşık ortalama %21 (%6-53) inde pozitiftir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

- Eklem sıvısı kültürleri negatif olduğu zaman bazen kan kültürlerinde patojen üreyebilir.
- Lyme hastalığı ile ilişkili eklem hastalığından şüphelenildiğinde, Borrelia antijenlerine karşı antikor için seroloji gönderilmelidir.

Akut bakteriyel artrit şüphesi olan çocuklarda, etkilenen eklem (ler)den sinoviyal sıvı örnekleme yapmak için tanısal invazif prosedürler ne zaman uygulanmalı ve toplanan eklem sıvısında hangi tanısal testler yapılmalıdır?

Öneriler:

- ABA şüphesi olan çocuklarda, **ampirik antimikrobiyal tedaviye başlamadan önce** etkilenen eklemden artrosentez yoluyla sinoviyal sıvı alınması önerilir (koşullu öneri, orta derecede kanıt kesinliği).
- Artrosentezle elde edilen eklem sıvısında *lökosit sayımı ve rutin mikrobiyolojik kültürlerin (aerobik bakteri kültürü ve Gram boyama)* yapılması önerilir (güçlü öneri, orta derecede kanıt kesinliği)

Daha fazla tanı testi:

- 1) Gram boyama ve aerobik bakteri kültürü ile hiçbir patojenin tanımlanmadığı numuneler için moleküler testler (özellikle **K. kingae enfeksiyonu riski daha yüksek olan okul öncesi çağıdaki çocuklarda**); ve
- 2) **bağışıklığı baskılanmış veya bağışıklık sistemi zayıf olan çocuklarda ve delici yaralanması olan çocuklarda** ek olarak anaerobik, mantar ve/veya mikobakteriyel kültürler ve boyamalar; metagenomik yeni nesil dizilemeyi içerebilen moleküler testler.

IV. Başvuru anında parenteral antimikrobiyal ajan uygulanması eklem örnekleri alınana kadar ertelenebilir mi?

Öneriler:

1. ABA olduğu varsayılan, kötü görünen veya hızla ilerleyen enfeksiyona sahip çocuklarda, invaziv tanısal işlemler uygulanana kadar antibiyotikleri ertelemek yerine ampirik antimikrobiyal tedaviye (mümkünse kan kültürleri alındıktan sonra) hemen başlanması önerilir (güçlü öneri, orta derecede kanıt kesinliği). İnvazif tanı prosedürleri, antibiyotikler uygulanmış olsa bile mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmelidir.
2. ABA olduğu varsayılan ve klinik olarak hasta görünmeyen çocuklarda, dikkatli gözlem altında, tanı amacıyla ilk eklem aspiratı alınana kadar antimikrobiyal tedavinin ertelenmesi önerilir (koşullu öneri, çok düşük kanıt kesinliği)
 - Karakteristik klinik bulguları olan çocuklarda sinoviyal sıvıdan (kültürle ya da diğer tanısal tetkik ile) bakteriyel patojenin izolasyonu ya da tanınması bakteriyel artrit tanısını doğrular.
 - Uygun kültürler alındığı zaman (sinoviyal sıvı kültürü, kan kültürleri ve eğer endike ise diğer bölge kültürleri), bakteriyel etyoloji olguların %50-70'inde doğrulanır.

Görüntüleme yöntemleri:

- etkilenen eklem ve komşu kemiklerin düz radyografisi önerilir (güçlü öneri, orta derecede kanıt kesinliği). İlk başvuruda eklem efüzyonu veya komşu osteomyelit varlığını tespit etmede düz radyografinin düşük duyarlılığına rağmen, akut kas-iskelet sistemi ağrısının diğer önemli etiyolojileri tanımlanabilir.
- Özellikle kalça veya omuz olmak üzere eklem efüzyonunun varlığını tespit etmek için daha ileri görüntüleme çalışmalarının gerekli olduğu akut bakteriyel artrit şüphesi olan çocuklarda, etkilenen eklem ultrasonografisi önerilir (güçlü öneri, orta derecede kanıt kesinliği). Eklem efüzyonunun olmadığını belgeleyen ultrasonografi, akut bakteriyel artrit mevcut olmadığını düşündürmektedir.
- Eşlik eden osteomyelit ve piyomyozit de dahil olmak üzere inflamasyon ve enfeksiyonun boyutunu değerlendirmek için daha ileri görüntüleme çalışmasının gerekli olduğu akut bakteriyel artrit şüphesi olan çocuklarda manyetik rezonans görüntüleme önerilir (koşullu öneri, çok düşük kanıt kesinliği)

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Eşlik eden osteomyelit açısından yüksek risk altında olan çocuklar

başvurudan önce 3 veya 4 günden fazla semptomu olan,

-S. aureus enfeksiyonu olan ve

-CRP'de belirgin artış olan çocuklar

VI. Çocuklarda olası veya doğrulanmış bakteriyel artrit tedavisinde ileri görüntüleme ve/veya invaziv prosedürler ne zaman tekrarlanmalıdır?

Öneriler:

1. İlk invaziv işlemlerden (açık veya artroskopik) ve uygun antimikrobiyal tedavinin başlatılmasından sonraki 48-96 saat içinde kötü klinik ve laboratuvar yanıtı (devam eden ateş, inatçı bakteriyemi ve/veya CRP'de artış) olan çocuklarda öncesinde çekilmemiş ek invaziv prosedürlere ihtiyacı belirlemek açısından, etkin olmayan kaynak kontrolünü, eşlik eden osteomyelit, piyomyozit veya apseyi değerlendirmek için MR çekilmesi önerilir (koşullu öneri, kanıtın kesinliği çok düşük).

2. Olası ya da doğrulanmış ABA'sı olan çocuklarda, ilk invaziv işlemlerden sonra 48-96 saat içinde kötü klinik ve laboratuvar yanıtı olan ve enfeksiyon odaklarının persiste olduğunu gösteren kanıtları olan çocuklarda yeterli kaynak kontrolünü sağlamak için **ek invaziv prosedürler** önerilir (koşullu öneri, çok düşük kanıt kesinliği)

XII. Olası ya da doğrulanmış ABA olan çocuklar için antimikrobiyal ajanlarla tedavi süresi ne kadar önerilir?

Öneriler:

1. Osteomyelit eşlik etmeyen ve tedavinin ilk haftasının sonunda hızlı klinik iyileşme ve CRP'de tutarlı azalma görülen çocuklarda, sık görülen patojenler (S. aureus, S. pyogenes, S. pneumoniae ve H. influenzae tip b) için 21 - 28 günlük daha uzun kürler yerine **10-14 gün kadar kısa bir antimikrobiyal tedavi süresi** (parenteral + oral) önerilir (koşullu öneri, düşük kanıt kesinliği).

Klinik yanıtı yavaş olan, kaynak kontrolü yetersiz olan veya CRP'si sürekli yüksek seyreden çocuklar için 21 - 28 günlük tedavi kürleri tercih edilebilir.

nispeten daha az antibiyotik duyarlılığı veya daha yüksek virülansı olan patojenler, özellikle enterik veya non-fermente Gram-negatif basiller ve bazı S. aureus suşları neden olduğu durumlarda bu tür daha uzun süreler gerekli olabilir.

Eşlik eden osteomyelitli ABA'lı çocuklar, osteomyelit kılavuzuna göre tedavi edilmelidir.

XIII. Primer ABA'ya verilen yanıt ve tedavi süresini değerlendirmek için takip görüntüleme çalışmalarına ihtiyaç var mı?

cerrahi müdahale olsun ya da olmasın tıbbi tedavi sırasında beklenen iyileşme ve tam klinik iyileşme ile olan çocuklarda, rutin takip görüntülemesi önerilmiyor (koşullu öneri, çok düşük kanıt kesinliği).

Yorum: Daha önce tespit edilmemiş eşlik eden osteomyelit ile ilgili herhangi bir klinik endişenin olduğu durumlarda, eğer osteomyelit tedavinin başında ileri görüntüleme çalışmaları (örn. MRI) ile makul bir şekilde dışlanamadıysa, antimikrobiyal tedavinin kesilmesinden hemen önce düz bir film çekilmesi düşünülebilir.

XIV. Olası ya da doğrulanmış ABA olan, tedaviye yanıt vermeyen veya tedavi tamamlandıktan sonra nüks eden çocuklar hangi müdahaleler uygundur?

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Öneri:

A. Klinisyenler, spektrumun genişletilmesi veya antimikrobiyallerin yeniden başlatılmasının gerekliliğine karar vermeden önce antimikrobiyal rejimin (aktivite spektrumu, dozaj ve enfeksiyon bölgesine antibiyotiğin geçişi) ve eklem debridmanı ve irrigasyonunun yeterliliğini değerlendirmelidir.

B. Klinisyenler, terapötik ve/veya tanı amaçlı cerrahi müdahale ihtiyacının yanı sıra olası eşlik eden osteomyelit için ek tanısal değerlendirme ihtiyacını da değerlendirmelidir.

Primer ABA'nın başlangıç tanısının yeniden değerlendirilmesi gerekebilir.

XV. Primer ABA'lı çocukların enfeksiyona bağlı sekelleri (örn. eklem kontraktürleri, olası büyüme durması) açısından takip muayenelerine ne kadar süre devam etmek gerekir?

Primer ABA'lı çocuklarda, antibiyotik tedavisi tamamlanana ve enfekte eklemde fonksiyon geri dönene kadar kas-iskelet sistemi enfeksiyonlarının tedavisinde uzman doktorlar tarafından yakın takip yapılmasını öneriyoruz (koşullu öneri, çok düşük kanıt kesinliği).

Yorum: Tedaviye hemen yanıt veren primer ABA için tedavinin başlangıcından itibaren 2-3 haftadan sonra rutin olarak takip gerekmemektedir.

Sekel oranını arttıran faktörler:

Tedaviden önce semptomların süresi özellikle 4-7 günden fazla, kalça tutulumu, eşlik eden osteomyelitle kalça ya da omuz tutulumu, 1 yaşından küçük yaş, diğer patojenlerle karşılaştırıldığında S. aureus ya da Enterobacteriaceae

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Olgusu; Kateteri Çıkaralım mı?

Dr. Edanur Yeşil

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE) olay tarihinde, iki günden uzun süreyi santral kateterli olarak geçirmiş bir hastada gelişen laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşımı enfeksiyonudur. Ulusal Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi'nde ve Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) sürveyans kriterlerince tanımlanan laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşım enfeksiyonu tanımı aşağıdaki gibidir.

LTD-KDİ 1	Herhangi bir yaş hastada, kommensal sayılmayan bakteri/ mantar patojenin üremesi durumunda; 1. Bir veya daha fazla kan kültüründe üreme olması YA DA 2. Kültür dışı mikrobiyolojik test ile cins (genus) veya türün (species) saptanması VE Saptanan etkenin başka bir alan enfeksiyonu ile ilişkili olmaması
LTD-KDİ 2	Herhangi bir yaş hastada, ateş (>38°C), titreme ve hipotansiyon semptomlarının en az birinin olması VE Saptanan etkenin başka bir alan enfeksiyonu ile ilişkili olmaması VE Hastadan farklı zamanlarda alınan ≥ 2 kan kültüründe aynı cilt flora üyesi üremesi
LTD-KDİ 3	≤ 1 yaş ateş (>38°C), hipotermi (<36°C), apne ya da bradikardi semptomlarının en az birinin olması VE Saptanan etkenin başka bir alan enfeksiyonu ile ilişkili olmaması VE Hastadan farklı zamanlarda alınan ≥ 2 kan kültüründe aynı cilt flora üyesi üremesi

Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Birliği'nin (IDSA)2009 yılında yayımlanan İntravasküler Kateter İlişkili Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi'nde SKİ-KDE tanımına göre enfeksiyonun kateterle ilişkili olduğunun gösterilmesi aşağıdaki yöntemlerle önerilmektedir.

IDSA SKİ-KDE Tanımı:

En az 1 perifer kan kx üreme olan, kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu bulguları (ateş, üşüme, titreme, hipotansiyon, taşikardi, lökositoz) olan ve başka bir enfeksiyon odağı saptanamayan kateterli bir hastada; (en az 1'i bulunmalı)

1. Çıkarılan kateter parçasında yarı niceliksel kültürle ≥ 15 KOB, niceliksel kültürle $\geq 10^2$ KOB üreme olması
2. Niceliksel kültürlerde, kateterden alınan kanda olan üremenin, periferik ven kanına göre koloni sayısı bakımından üç kat fazla olması

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

3. Otomatize kültür sistemlerinde santral ven kanında, periferik kan örneğinden iki saat önce üreme olması
4. Periferik kanda üreme olmadığında, kateter kanında $\geq 10^{2-3}$ KOB/ml (Candida türleri için 25 KOB/ml) üreme olması
5. Kan dolaşımı enfeksiyonu bulguları olan, ancak laboratuvar doğrulanması yapılamayan bir hastada, enfeksiyona neden olduğu düşünülen kateterin çıkarılmasından sonra düzelme olması (dolaylı bulgu)

En az 2 gündür kateteri olan ve başka bir enfeksiyon odağı bulunmayan hastalarda gelişen sistemik enfeksiyon bulguları olduğunda Kİ-KDE şüphesi ile hastanın kateter (her lümeninden) ve periferden eş zamanlı kan kültürü alıp laboratuvara Kİ-KDE şüphesinin olduğunu eş zamanlı inkübasyon için önermek gerekmektedir.

Kİ-KDE şüphelenen hastalarda şüphelenilen etkene göre ampirik tedaviler önerilir. Kateter kilit tedavisi çoğunlukla uzun süreli kullanılan kateterler için uygundur. Sistemik antibiyotiğe yanıt veren, metastatik enfeksiyon bulgusu olmayan hastalarda uzun süreli kateter kalabilir, kateter kilit ile beraber sistemik antibiyotik tedavisine devam edilir.

Kateter çekme kararı için, kateter enfeksiyonunun ve kan dolaşımı enfeksiyonunun kateter kaynaklı olduğunun doğrulanması gerekir. *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aureginosa*, *Mycobacter spp.*, *Candida spp.* ve diğer mantar etkenleri üremişse, kateter giriş yerinde eritem ya da tünel enfeksiyonu bulguları varsa, metastatik enfeksiyon varlığında, septisemi, süpüratif tromboflebit, endokardit varlığında uzun süreli kateterler de çekilmelidir. Kateter vasküler erişim kısıtlılığı nedeniyle çekilememiş olan hastalarda sistemik antibiyotikten 72 saat sonra hala üreme sebat ediyorsa kateter çekilmelidir. Vasküler girişim gerekliliği olan hastalarda kateterin enfekte olduğu da kanıtlanmışsa, farklı bir anatomik lokalizasyondan yeni kateter takılmalıdır. Uzun süreli kateteri çıkarılan bir hastada negatif kültür sonuçları elde edilince yeni kalıcı kateter takılabilir. Kateter kolonizeyse kılavuz telle kateter değiştirilmez. Kolonizasyon bilinmiyorsa kateter değiştirilir kateter ucu kültüre gönderilir, bu aşamada sterilizasyon bozulduğu için işlemi yapan kişi steril eldiveni değiştirip yeni kateteri kılavuz tel ile takabilir. Kateter uçta üreme olursa yeni kateter çıkarılıp farklı alandan kateter takılır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Enfeksiyon Hastalıkları Tanısında Hızlı Sendromik Panellerin Kullanımı

Dr. F. Deniz Aygün

İÜ-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Sendrom belirli bir hastalığı karakterize eden bir dizi belirti ve bulgudur. Sendromik tanı benzer belirti ve bulgulara neden olan birçok hastalık etkeninin eş zamanlı olarak araştırılmasıdır. Edinsel nedenler içinde en sık enfeksiyon etkenleri görülmektedir. Birçok farklı etken yerleşim gösterdikleri ve etkiledikleri sistemlere göre aynı semptomlara sebep olabilir. Sulu ishal, öksürük, genital akıntı gibi şikayetlerde tedavi sendromik değerlendirmeye dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü çocuklarda akut ishal ve solunum yolu enfeksiyonlarında basit algoritmaları kullanarak sendromik yaklaşım geliştirmeyi önermiştir. Sendromik tanı sistemlere yönelik veya ateş, ishal, döküntü, sarılık, baş ağrısı ve kas ağrısı gibi semptomlara yönelik olabilir. Geleneksel mikrobiyoloji testleri yavaş olduğu için bireysel bulaşıcı hastalık veya bir pandemi yönetmek zaman alabilir. Mikrobiyal nedenin hızlı ve doğru bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Sendromik yaklaşım çok sayıda patojene ve direnç genine yönelik testleri tek bir testte birleştirir. Enfeksiyonları teşhis etme yöntemimizi değiştirir, hasta bakımının ve klinik iş akışının iyileşmesine yol açar. Teşhis ve klinik karar verme süresini belirgin azaltarak enfeksiyon kontrolünü sağlar. Antimikrobiyal yönetimi etkiler. Ön tanıda kolaylık sağlar. Kontrollü antibiyotik kullanımına olanak sağlar. Gelişebilecek komplikasyonların öngörülmesine katkıda bulunur. Salgın için erken uyarı sağlar. Dolaşımda bulunan enfeksiyon etkenleri ile ilgili güncel durum izlemi yapılabilir. Epidemiyolojik monitorizasyon, sürveyansa katkı sağlar. Pahalıdır, özel laboratuvar gerektirir. Sadece gen varlığını gösterir. Canlı ölü bakteri ayırımı yapamaz. Kolonizasyon / invaziv hastalık ayırımı yapamaz. Polimikrobiyal sinyal gelebilir. Değişen direnç paterni fark edilmez. Serolojik ve moleküler metodlarla tiplendirmeye izin vermez. Sendromik paneller yaygın bulaşıcı hastalıkların hızlı tanısına yönelik yeni bir yaklaşımdır. Antimikrobiyal direncin küresel yükü artmaya devam ederken, antimikrobiyallerin akılcı kullanımı son derece önemlidir. Dikkatli bir şekilde uygulanır ve yorumlanırsa antimikrobiyal kullanımını ve hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Olgular Eşliğinde Baş ve Boyun Enfeksiyonlarına Yaklaşım

Dicle Şener Okur

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

Boyun çok sayıda fasya tabakalarından oluşmuştur. Derin servikal fasya yüzeysel, orta ve derin olmak üzere üç tabakadan oluşur ve kafatasının tabanından mediastene kadar uzunlamasına uzanan boşluklar oluşturur. Derin servikal boşluklar gevşek bağ dokusuyla birbirine bağlanır, çeşitli derecelerde birbirleriyle bağlantılıdır.

Derin Boyun Enfeksiyonları; retrofarengeal, peritonsiller ve parafarengeal enfeksiyonlar olmak üzere sınıflandırılabilir. Çoğunlukla dişler, tonsiller, parotis bezi, derin servikal lenf düğümleri, orta kulak veya sinüsler primer enfeksiyonundan kaynaklarıdır. Yaşamı tehdit eden komplikasyonlara ilerleyebilirler. Polimikrobiyal enfeksiyonlardır ve etkenler bitişik mukozal yüzeylerin normal flora elemanlarıdır. En sık anaerob etkenler *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* ve *Fusobacterium* türleri iken en sık aerobik etkenler α -hemolitik streptokoklar, grup A β -hemolitik streptokoklar, *S. aureus* ve *Haemophilus* türleridir. Görüntüleme enfeksiyonun birincil bölgesinin lokalizasyonunda, boşaltılabilir koleksiyonların belirlenmesinde, hava yolu ve damar komplikasyonlarının değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Tedavi medikal ve/veya cerrahi drenajdan oluşmaktadır. Cerrahi yaklaşımın endikasyonları ve zamanlaması konusunda ortak bir fikir birliği yoktur. Ancak hava yolu basısı, septisemi, yayılan enfeksiyon, 48 saatlik IV antibiyotik tedavisine yanıtızlık varsa veya komplikasyon gelişmişse cerrahi drenaj endikedir. Klinik bulgular iyileşene kadar IV sonrasında PO olmak üzere toplam 14 günlük tedavi önerilir.

Retrofarengeal enfeksiyonlar, en sık 2-4 yaş arasındaki çocuklarda görülürler. Retrofarengeal boşlukta-ki süpüratif lenf düğümlerinin retrofarengeal boşluğa açılması sonucu ortaya çıkarlar. Sıklıkla geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir. Erken dönem bulguları farenjit ile benzerdir. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte; disfaji, odinofaji, salya akması, beslenme yetersizliği, boğuk ses, solunum sıkıntısı, stridor, boyunda şişlik, ense sertliği, trismus, mediastinal yayılım olanlarda göğüs ağrısı görülebilir. Ağız boşluğu muayenesi sırasında aşırı agresif davranmamaya dikkat edilmelidir. Çoğu zaman ameliyathanede muayene gerekmektedir. Ampirik antibiyotik tedavisi *A grubu Streptococcus*, *S. aureus* ve solunum anaeroblarını kapsamalıdır. Ampisilin-sulbaktam/ Tikarsilin-klavulanik asit/ Piperasilin-tazobaktam/ Seftriakson+Klindamisin/Metronidazol başlangıç tedavisi olarak tercih edilebilir. Ampirik başlangıç tedavisine yanıt vermeyen veya ağır hastalarda, dirençli gram pozitif koklara karşı kapsayıcılık için vankomisin veya linezolid eklenmelidir.

Peritonsiller bölge retrofarengeal ve parafarengeal boşluklar dahil olmak üzere derin boyun boşluklarıyla anatomik olarak bitişiktir. Küçük çocuklarda tonsillit, daha büyük çocuklar ve genç yetişkinlerde peritonsiller apse daha sık görülmektedir. Peritonsiller apse (PTA) en sık ergenlerde ve genç erişkinlerde görülür, ancak daha küçük çocuklarda da ortaya çıkabilir. Klinik bulguları şiddetli boğaz ağrısı (genellikle tek taraflı), ateş ve boğuk sestir. Tükürük birikmesi veya salya akması, aynı tarafta kulak ağrısı, boyunda şişlik, ağrı olabilir. Trismus, hastaların yaklaşık üçte ikisinde görülür ve PTA'yı farenjit veya tonsillitten ayırmaya yardımcı olur. Fizik muayene bulguları; uvulanın karşı tarafa deviasyonuyla birlikte aşırı derecede şişmiş ve/veya fluktuasyon gösteren tonsillerdir. Havayolu güvenliği tehlikede olan, komplikasyon gelişen, apseleri büyüyen, ciddi komorbiditeleri olan (immün yetmezlik vb) hastalarda acil cerrahi müdahale endikedir. Komplike olmayan ve iyi hidrate olan büyük çocuklar drenaj prosedürünü tolere edebiliyorlarsa ve işlemten sonra oral alabiliyorlarsa ayaktan izlenebilirler. Klinik bulgular PTA'yı selülitte açıkça ayırt edemediğinde, iğne aspirasyonu, antimikrobiyal tedaviye yanıt değerlendirilir. 24 saatlik tıbbi tedaviye yanıt vermeyenlere cerrahi müdahale (tonsillektomi veya insizyon ve drenaj) uygulanmalıdır. Ciddi üst solunum yolu tıkanıklığı veya diğer komplikasyon,

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

tekrarlayan ciddi farenjit veya PTA atakları, kronik semptomlar, horlama gibi üst solunum yolu tıkanıklığı belirtileri, apsenin diğer drenaj teknikleriyle giderilememesi durumlarında tonsillektomi uygulanmalıdır.

Submandibular boşuk enfeksiyonları arkada parafaringeal boşluğa, aşağıda anterior visseral alana yayılabilir. En sık odontojenik enfeksiyonlardan kaynaklanmakla birlikte sialadenit, süpuratif lenfadenit, ağız travması ve üst solunum yolu enfeksiyonları sonrasında da görülebilir. Ludwig anjini; şiddetli ve hızla iki taraflı yayılan, submandibular, sublingual ve submental selülit tablosudur. Dil kökünün farenks arka duvarına baskı yapmasına bağlı havayolu tıkanıklığı ve asfiksi gelişme potansiyeli nedeniyle hayati önem taşımaktadır.

Orbital bölge enfeksiyonları; preseptal sellülit ve orbital sellülit olarak sınıflandırılmaktadır. Enfeksiyon sadece orbital septumun önünde ise 'preseptal ya da periorbital sellülit', orbital septumun posteriorunda tutulum varsa 'orbital sellülit' denilmektedir. Preseptal sellülitte gözün üzerindeki cilt eritemli ve şiştir, glob normaldir, proptozis yoktur, göz hareketleri ile ağrı yoktur. İzole preseptal selülit tanısı için BT gerekli değildir. Göz kapağı ödemi gözün yeterli şekilde değerlendirilmesini engelleyecek kadar ciddi ise BT önerilebilir. Göz kapağında orta düzeyde şişlik varsa (kapak kapanması < %50), çocuk toksik görünmüyor ve ebeveynlerin tedaviyi aksatmayacağı düşünülüyorsa oral antibiyotik ile ayaktan izlenebilir. Orbital selülit, bakteriyel rinosinüzitin nadir bir komplikasyonudur. Proptozis, ekstraoküler göz hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı, görme keskinliği kaybı veya kemozis vardır. Karşı gözde de orbital inflamasyon belirtileri ortaya çıkarsa kavernoöz sinüs trombozundan şüphelenilmelidir. Başlangıç ampirik tedavisi için uygun antibiyotik kombinasyonu; Vankomisin + Seftriakson / Sefotaksim'dir. Kronik sinüzit veya odontojenik bir kaynakla ilişkili orbital selülitli olan hastalara Metronidazol eklenmelidir. Göz bulguları normale dönene kadar IV tedaviye devam edilmeli, normale döndükten sonra oral antibiyotik ile 3 haftalık tedavi süreci tamamlanmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Olgularla Odağı Olmayan Ateş ile Başvuran Çocuk

Elif Böncüoğlu

Konya Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

Odağı olmayan ateş, 36 ay altındaki çocuklarda 1 haftadan kısa süreli, dikkatli alınan bir öykü ve tam bir fizik muayene ile odağı saptanamayan ateş 38°C ve üzerindeki ateş olarak tanımlanır. Genellikle nedenleri akut müdahale gerektiren durumlardır. Bu yaş gurubundaki çocukların %20'sinde ateş odağı bulunamazken, neden çoğunlukla kendi kendini sınırlayan viral enfeksiyonlardır. Üç ay altı çocuklarda ciddi bakteriyel enfeksiyon sıklığı %6-10, 3-36 ay arası çocuklarda %5-7 olarak bildirilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonlardan en sık idrar yolu enfeksiyonu görülmektedir. 1970'li yıllarda grup B streptokoklara bağlı ciddi enfeksiyonlar yaygın görülmekte ve 60 gün altındaki tüm ateşli infantların hastaneye yatırılarak ve antibiyotik başlanarak izlenmesi önerilmekteydi. Zaman içinde hem iyatrojenik komplikasyonların hem de hastaneye yatış maliyetleri göz önünde bulundurulurak ciddi bakteriyel enfeksiyonların öngörülmesi ve düşük riskli hastaların belirlenmesine yönelik tanısal kriterler ve algoritmalar geliştirilmiştir. Hollanda, İngiltere, ABD, Kanada, Avusturalya'dan 1993-2021 yılları arasında yayınlanmış toplam 10 kılavuzun karşılaştırdığı bir çalışmada kılavuz önerilerinin yenidoğan döneminde büyük ölçüde örtüştüğü, farklılıkların en çok 1-3 ay arası çocuklarda hastaneye yatırma ve lomber ponksiyon (LP) yapılması konusunda olduğu bildirilmiştir.

Odağı olmayan ateş ile başvuran çocuğun değerlendirilmesinde kullanılan kılavuzlar ve kriterler genel olarak yenidoğan dönemi, 1-3 ay arası çocuklar ve 3 aydan büyük çocukları değerlendirmek üzere oluşturulmuştur. Amerikan Pediatri Akademisi'nin 2021 yılında yayınladığı kılavuz 8-60 gün arasındaki bebekleri 8-21 gün, 22-28 gün ve 29-60 gün olmak üzere 3 yaş grubuna ayırarak incelemektedir. Buna göre 8-21 gün arası bebeklerin bakteriyel menenjit, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu için en yüksek riskli grup olduğu; idrar tetkiki, kan kültürü ve LP'nun yapılarak sonuçlar çıkana kadar hastaneye yatış ve ampirik antibiyotik tedavisi gerekliliği üzerinde durulmaktadır. 22-28 gün arasındaki bebekler için önceki kılavuzlardan farklı olarak genel durumu iyi olan, inflamatuvar belirteçleri negatif olan, idrar ve LP sonuçları normal olan bebeklerin parenteral antibiyotikle ayaktan izlenmesi gündeme gelmiştir. 1-3 ay arası bebeklerin değerlendirilmesinde kullanılan Rochester Kriterleri, Boston Kriterleri, Pittsburgh Kılavuzu ve Philadelphia Protokolü iyi görünen bebeği ayırt etmek üzerine kurgulanmıştır. Rochester Kriterleri haricinde hepsinde iyi görünen ancak ateş odağı olmayan çocuğa LP yapılması gerekli görülmüştür. Amerikan Pediatri Akademisinin 1993 yılında yayınlanan kılavuzunda 3-36 ay arası çocuk için aşılama durumunun değerlendirilmede göz önünde bulundurulması, toksik görünümlü çocuğun mutlaka hastaneye yatırılarak izlenmesi ve sepsis taramalarının yapılarak intravenöz antibiyotik tedavisinin başlanması önerilmiştir. İyi görünen, ateşi 39°C altında bulunan, WBC<15000/uL olan aşılama tam çocukların ayaktan izlenebileceği belirtilmiştir.

Olgu 1

47 günlük erkek hasta, 2 gündür ateş, huzursuzluk şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açıktı. Ateş 38.2°C idi. Diğer vital bulguları stabil ve sistemik muayenesi olağan idi. Kan tetkiklerinde AST, ALT ve LDH yüksekliği mevcuttu. CRP, prokalsitonin değerleri negatif, WBC <15000/uL idi. Troponin I değeri 0.737 ng/mL saptanması üzerine hasta yatırıldı. Takibinde fontanel bombeliği gelişmesi üzerine LP yapıldı. BOS viral menenjit panelinde enterovirus pozitif saptandı. Hastaya ampirik olarak başlanmış olan antibiyoterapi kan, idrar ve BOS kültürünün negatif sonuçlanması üzerine kesildi. Takibinin 11. gününde troponin I değeri normal sınırlara gelen hasta taburcu edildi.

Olgu 2

37 günlük erkek hasta, 3 gündür ateş şikayeti ile başvurdu. Anne ve babada gribal semptomlar mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açıktı. Ateş 38°C idi. Diğer vital bulguları stabil ve sistemik muayenesi olağan idi. Kan tetkiklerinde CRP, prokalsitonin değerleri negatif,

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

WBC <15000/uL idi. RSV, COVID-19, İnfluenza A ve B PCR testleri negatif idi. Hastanın kan kültüründe S. mitis üremesi oldu. Ampirik olarak başlanan ampicilin ve sefotaksim tedavisi 7 güne tamamlandı. Yatışının 24. Saatinde sonra ateşi olmayan ve genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi.

Olgu 3

4 aylık erkek hasta, 3 gündür olan ateş, halsizlik, beslenmede azalma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açıktı. Ateş 38,3°C idi. Diğer vital bulguları stabil ve sistemik muayenesi olağan idi. Kan tetkiklerinde CRP 50,9 mg/L saptandı. Hastaya LP yapıldı. Direkt bakıda 10 lökosit/mm³ görüldü. BOS biyokimyası normal idi. BOS viral menenjit panelinde HHV-6 PCR pozitif saptandı. Başka etken saptanamayan hastada HHV-6 etken kabul edildi. BOS kültüründe üreme olmayan hastanın ampirik olarak başlanan antibiyoterapisi 7 güne tamamlanarak kesildi ve hasta taburcu edildi.

Olgu 4

29 aylık erkek hasta, 4 gündür devam eden ve son 2 gündür dirençli hale gelen ateş, beslenememe şikayetiyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Aşılı yaşına uygun olarak yapılmıştı. Fizik muayenede sağ servikalde 2 cm civarında hareketli lenfadenomegali dışında muayene bulgusu yoktu. Kan tetkiklerinde Na: 130 mmol/L, CRP: 271 mg/L, prokalsitonin: 4,33 µg/L ve WBC: 15810 /uL saptandı. Yatışının 2. Günü, ateşinin 6. gününde hastada çilek dili gelişti. Yapılan kardiyolojik değerlendirmede sağ koroner arterde dilatasyon saptandı. Hastada Kawasaki hastalığı düşünülerek IVIG, aspirin ve steroid tedavileri verildi. Yaklaşık 1,5 ay sonraki poliklinik takiplerinde koroner arterlerde düzelme görüldü.

Odağı olmayan ateşli çocuğun değerlendirilmesinde iyi ve kötü görünen hastanın ayırt edilmesi, aşı durumunun sorgulanması, bulguların takibi, aile ile iletişim önemlidir. İlk muayenede görülmeyen bulgular sonraki muayenelerde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle hastanın takibe çağırılması, takibe gelemeyecek hastaların yatırılarak izlenmesi gerekebilir. Viral testlerin sonuçları hastaya göre dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle 28 günün altındaki çocuklarda viral enfeksiyonlara eşlik edebilecek ciddi bakteriyel enfeksiyonlar gözden kaçırılmamalıdır.

Kaynaklar:

1. Larry J. Baraff, David L. Schriger, James W. Bass, Gary R. Fleisher, Jerome O. Klein, George H. McCracken, Keith R. Powell; Practice Guideline for the Management of Infants and Children 0 to 36 Months of Age With Fever Without Source. Pediatrics July 1993; 92 (1): 1–12. 10.1542/peds.92.1.1
2. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, Dreyer BP, Kuppermann N, O'Leary ST, Okechukwu K, Woods CR Jr; SUBCOMMITTEE ON FEBRILE INFANTS. Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. Pediatrics. 2021 Aug;148(2):e2021052228. doi: 10.1542/peds.2021-052228. Epub 2021 Jul 19. Erratum in: Pediatrics. 2021 Nov;148(5): PMID: 34281996.
3. Jaskiewicz JA, McCarthy CA, Richardson AC, et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infection--an appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Febrile Infant Collaborative Study Group. Pediatrics. 1994;94:390–396.
4. Baskin MN, O'Rourke EJ, Fleisher GR. Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone.
5. Baker MD, Bell LM, Avner JR. Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. N Engl J Med. 1993;329:1167–1172.
6. Herr SM, Wald ER, Pitetti RD, Choi SS. Enhanced urinalysis improves identification of febrile infants ages 60 days and younger at low risk for serious bacterial illness. Pediatrics.2001;108:866-871

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

7. Böncüoğlu E, Kiyem E, Yılmaz Çelebi M, Cem E, Gülderen M, Şahinkaya Ş, Bayram N, Devrim İ. Do not Miss the Diagnosis of Bacterial Sepsis in Infants With COVID-19. *Pediatr Infect Dis J.* 2022 Jan 1;41(1):e31-e32. doi: 10.1097/INF.0000000000003351. PMID: 34740996; PMCID: PMC8658057.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Deri Yumuşak Doku Enfeksiyonları Deri Anatomisi

Doç. Dr. Eren Çağan

Bursa Uludağ Üniversitesi

Deri mikroorganizmalara karşı birincil bariyerdir. Dokular ile çevre arasında bir arayüzdür. Dermis, deriye elastik yapısını veren kollajen ve elastik fibrilleri içerir. Ayrıca mast hücresi gibi hücresel elementler, kan ve lenf damarları ve sinirler burada yer alır.

Flora

Deri kolonizasyonu geçici ve kalıcı olarak iki kısımdan meydana gelir. Kalıcı flora, tipik olarak patojen olmayan *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*, anaerobik difteroidler ve mikrokokları içerir. Geçici flora *Staphylococcus aureus*, Streptococci, gram-negatif enterik organizmalar ve *Candida albicans* gibi patojenleri içerir.

İmpetigo

Non-Büllöz veya Basit Yüzeysel İmpetigo

Genellikle yaz aylarında, böcek sokması ve deri yaralanmaları sonrası ortaya çıkar. Primer dermatit bakteriler için giriş kapısıdır. Kalın kabuklu impetigo olarak da adlandırılır. Eritematöz makülopapüler lezyon olarak başlar, hızlıca veziküller ve püstüller aşamaya geçer. Kurutlu plak çapı milimetrik olabileceği gibi bir cm ye kadar büyük olabilir, etrafı keskin sınırlı eritem ile çevrilidir. Bal rengi kabuklanma klasik bulgudur. Bölgesel lenfadenopati olabilir. Yüz, boyun ve ekstremiteler gibi açıkta kalan alanlara sık görülür. Lezyonlar yavaş ilerler, bu nedenle hastalar geç tanı alırlar. Sistemik bulgular nadirdir.

Non-büllöz impetigo etken çoğunlukla *A β-hemolytic streptococcus* dır (GAS). Ancak son dönemlerde *S. aureus* etken olarak artış göstermektedir.

Büllöz İmpetigo

Büllöz impetigo, küçük bir vezikül olarak başlar, sonrasında gevşek, ağrısız ve genellikle bir cm'den büyük büllöz lezyon haline gelir. Başlangıçta berrak sıvı içermekle beraber sonrasında irinli karakter kazanır. İnce bül rüptüre olduktan sonra eritemli zeminde nemli bir görünüm ortaya çıkar. Bu lezyon kurduğunda cıvalı bir lake görünüm şeklinde ifade edilir.

Kalın kabuklu impetigonun aksine tüm büllöz impetigolu hastaların lezyonlarında stafilokoklar izole edilmiştir. Enfeksiyon etkeni çoğunlukla epidermolitik toksin A ve B üreten stafilokoklar neden olur. Bu toksinler proteaz gibi davranarak epitelial tabakanın ayrışmasını sağlar.

Bazen hastalığın ağır ve yaygın formu olan Ritter hastalığı da görülebilir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

İmpetigo Tedavisi

Topical mupirocin 2% cream (Bactroban), non-büllöz impetigo için iyi bir seçenektir. Oral sistemik tedavide antistafilokoksik bir antibiyotik seçilmelidir (sefalekssin). Artan MRSA olguları nedeniyle kültür özellikle tedaviye yanıtız olanlarda alınmalıdır. Klindamisin bu hastalar için iyi bir seçenek olmakla birlikte dirençli yapılar olabileceği akılda tutulmalıdır. TMP-SMX bu tip olgularda klindamisin kadar etkin bulunmuştur.

Perianal Streptokokkal Dermatit

Perianal selülit olarak adlandırılmaktadır. Hassasiyet, ağrı ve kaşıntının eşlik ettiği belirgin iyi sınırlı yüzeysel bir deri enfeksiyonudur. Ancak ilerleyici ve sistemik hastalık bulgusu yoktur. Hastaların yarısı dışkılama sırasında ciddi rektal ağrıdan, üçte bir kadarı gaita da kan varlığından şikâyet etmektedir. Tedavi topikal mupirocin veya oral penisilin ile yapılabilir.

Blisterli Distal Daktilit

Çoğunlukla okul çağı çocuklarında görülen, GAS'ın neden olduğu yüzeysel bir deri enfeksiyonudur. Distal falanksda çapı 2 cm kadar ulaşan büller oluşur ve tırnak kıvrımları tutulabilir.

Kültürlerde çoğunlukla GAS üremesi olur. Ancak *S. aureus* veya B grubu streptokoklarda üreyebilir. Tedavide drenaja ek olarak penisilin veya amoksisilin gibi antibiyotikler 10 gün süre ile kullanılır.

Erizipel

Erizipel, parlak kırmızı zeminde kenarları kabarık, sağlam deriden keskin bir şekilde ayrılan yüzeysel bir selülit tablosudur. Lezyon çoğunlukla yüzde ve alt ekstremitelerde olmakla birlikte gövde tutulumları da bildirilmiştir. Tutulan deri kızamık hassastır ve portakal kabuğu görünümü vardır. Eritematöz zemin üzerinde gergin bir bül olabilir. Hasta toksik görünümde, yüksek ateşi vardır. Lezyon saatler içinde hızlıca ilerleyebilir.

Tanı genelde klinik olarak konur. Kültürde GAS üremesi görülür. Ancak nadir de olsa B,C,G grubu streptokoklar, *Haemophilus influenzae*, ve *Streptococcus pneumoniae* de izole edilebilir. Klinik olarak tanı konulduğu anda kültür sonuçları elde edilene kadar penisilin ve klindamisin başlanmalıdır.

Sellülit

Subkutan dokunun ve derminin tutulduğu, lokalize ödem, ısı artışı, eritem ve hassasiyet ile karakterize klinik tablodur. Erizipele benzer ancak, erizipeldeki gibi sınırlar net değildir, sağlam deriden daha kabarık değildir.

Enfeksiyondan genellikle *S.aureus*, GAS ve GBS sorumludur. Ancak grup B streptokoklar ve *S. pneumoniae* etken olabilir. Herhangi bir yaşta olabilir. Çoğunlukla ekstremiteler tutulur. Öncesinde travma öyküsü vardır. Tutulum bölgesinden kültür alınabilir. Kan kültürü özellikle grup B streptokoklar, *S. pneumoniae* ve *H. influenzae type b* için değerlidir.

Selülit net bir alanda sınırlı ve öncesinde travma öyküsü olan hastalarda tedavi *S. aureus* ve GAS karşı etkin bir antibiyotik içermelidir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Ektima

Ektima gangrenozum, derin yerleşimli, üzeri siyah sıklar ile kaplı ülser enfeksiyöz bir durumdur. Başlangıçta eritemli bir lezyon üzerinde vezikülopüstüler lezyon olarak başlar, sonrasında dermis ve epidermisi erode eder. Kabuklu ülseler sonrasında nekrotik hale gelir.

Sağlıklı çocuklarda nadiren görülür. Daha önceden sağlıklı olduğu bilinen bir hastada mutlaka immünolojik yönden değerlendirmek gerekir. CGD başta olmak üzere hastalar nötrofil fonksiyon testleri çalışılmalıdır.

Chromobacterium violaceum, *S. aureus*, *Aeromonas hydrophila*, ve GAS etyolojik ajanlar olarak tespit edilmiştir.

Ektima bazen ALL hastalarının ilk presentasyon şekli olabilir. İmmün süpressif hastalarda tedavi bir anri-psödomonal bir antibiyotik ve aminoglikozid içermelidir. Lezyondan mutlaka kültür yapılmalıdır.

Folikülit, Fronkül ve Karbonkül

Bu enfeksiyonlar kıl köklerinden kaynaklanan, apse oluşturan bir grup enfeksiyonu ifade eder. Büyük oranda etken *S. aureus*'dur. Kıl kökünün bulunduğu aksilla, göğüs, perine ve boyun gibi birçok yerde görülebilir.

Folikülit sadece bir kıl kökünde meydana gelen çevre doku ile sınırlı tek bir apseyi ifade eder. Doku ödemi ile birlikte daha derinde meydana gelen enflamatuar nodül fronkül olarak adlandırılır. Çok sayıda birbiri ile ilişkili fronkül, karbonkül olarak adlandırılır. Büyük çocuklar ve adolösenler foliküler enfeksiyon geçirmeye yatkındırlar.

Sıcak küvet ve jakuzi kullanımı olmayan hastalarda antistafilokokkal tedaviler başlanmalıdır. MRSA insidansının yüksek olduğu yerlerde klindamisin iyi bir tercih olabilir. İki ay üzerin de toksik olmayan hastalar için TMP-SMX de iyi bir tercihtir. Toksik görünen ve yaygın hastalık durumunda tedavi 7-10 gün olmalıdır. Toksik görünümlü ve yaygın hastalığı olanlarda metastatik hastalık yönünden değerlendirilmelidir.

Hidraadenitis Süppürativa (HS)

HS kronik, hasar bırakan apokrin bezlerin hastalığıdır. Çoğunlukla aksilla, anogenital bölge etkilenmekle birlikte, meme, göbek kafa derisi tutulumları bildirilmiştir. Çok sayıda ağrılı nodüller ile karakterizedir bazen daha derin apseler oluşabilir. Ülser, fistül ve kontraktürler ile komplike hale gelebilir.

Kronik tekrarlayıcı bir hastalıktır. Etken çoğunlukla polimikrobiyaldir, *S. aureus*, gram negatif enterik basiller ve anaeroblar etken olabilir. Apseler bazen üretraya, mesaneye ve rektuma fistülize olabilir ve cerrahi gerektirebilir. Tedavi cerrahi drenaj ve sistemik antimikrobiyal gerektirir.

Nekrotizan Fasiitis (NF)

NF, oldukça kötü gidişli, mortal seyreden yumuşak doku enfeksiyonudur. Enfeksiyon hızla subkutan dokulara ve kasların yüzeysel fasialarına yayılır ve yaygın nekroz görülür. İyileşme için, hastalara agresif medikal ve cerrahi tedavi yapılmalıdır. Çocuklarda NF çoğunlukla GAS nedeniyle ortaya çıkar. Öncesinde suçiçeği, yanık veya dermatit gibi predispozan bir travmatik durum söz konusudur.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Klinik Bulgular

Hastalar çoğunlukla huzursuzdur ve yüksek ateş vardır. İnfantlar, aşırı derecede irritable'dir. Tutulan bölgede belirgin bir lokal bulgu yoktur ve çok dikkatli olunmadıkça fark edilmez. Çoğunlukla ekstremitelerde görülür, büyük çocuklar etkilenen tarafa ağırlık vermek istemezler ve yürümeyi ret ederler. Yumuşak doku şişliği çoğunlukla fark edilir ancak eritem her zaman net bir şekilde fark edilemeyebilir. Muayenede en belirgin ipucu ilgili bölgenin manipülasyonu sırasında cilt tutulumu ile orantısız şekilde ağrının olmasıdır. Başlangıçtan 24-48 saat sonra damarlardaki yaygın trombüs ve kutanöz iskemi nedeniyle koyu renkli görünüm, blister ve bleb oluşumu görülür. Deri nekrozu geç dönem bulgusudur ve kötü prognoz göstergesidir.

Tanı

Tanı etkilenen alanın görünümüne göre yapılmaz. Radyolojik tanıda MRI tercih edilmelidir.

Fasiiti olan pediatrik hastalarda TŞS laboratuvar bulguları araştırılmalıdır.

Patojen bakteri, kan, yara yeri ve dokudan izole edilebilir. Fournier gangreni olarak adlandırılan perine tutulumu olan fasiitlerde etkenler polimikrobiyal olabilir.

Tedavi

Cerrahi debridman tedavinin ana noktasıdır.

Uygun tedavi penisilin 150,000 U/kg/gün (4-6dd) klindamisin 40 mg/kg/gün (4dd) ve vankomisin 40 mg/kg (3-4dd) içermelidir. Nötropenik hastalarda *P. aeruginosa* ve gram negatif enterik basilleri içermelidir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Şekil 1. Pandemi dönemi enfeksiyon hastalıklarındaki değişimin olası mekanizması

Bilim insanları ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından gelecekte ortaya çıkabilecek ve ciddi uluslararası salgın veya pandemiye neden olabilecek bilinmeyen bir patojene verilen varsayımsal bir isim vererek X hastalığını tanımladılar. Ortaya çıkan en son X hastalığı, COVID-19'a neden olan SARS-CoV-2 virüsüydü. Hiç kimse bir sonraki X hastalığının nerede veya ne zaman ortaya çıkacağını tahmin edemez. Ancak hayvanlardan insanlara geçerek bir salgın şeklinde yayılmaya başlayacağı düşünülmektedir. Henüz var olmayan X hastalığı için hazırlıkta yapılacaklar; hastalığı barındırma olasılığı en yüksek olan 25 kadar viral aile hakkında olabildiğince çok şey öğrenmek, bu yeni viral hastalığı hedef alan, hızla uyarlanabilecek aşılar ve tedaviler oluşturmak olabilir. Yeni bir küresel sağlık krizine karşı, anne aşılması da dahil olmak üzere, aşılama programları geliştirilmelidir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

BK Virüs Ensefaliti

Dr. Gülhadiye Avcu

EÜTF Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Olgu

6 yaş erkek hastaya, yüksek riskli ALL , refrakter hastalık nedeni ile Temmuz 2020'de tarihinde anneden haploidentik, 5/10 uyumlu, allojenik kemik iliği nakli uygulandı. +1.günde febril nötropeni nedeni ile geniş spektrumlu antibiyoterapi, +6. Günde G-CSF, mikofenolik asit ve takrolimus tedavileri başlandı. +16. Günde nötrofil engraftmanı gerçekleştirdi ve kültür üremesi olmadığı için antibiyoterapileri kesildi. +28. Günde yaygın makülopapüler döküntüleri ve palmoplantar eritemi gelişti ve cilt GVHD düşünülen olgunun tedavisine prednizolon 2mg/kg/gün şeklinde eklendi. Cilt lezyonlarındaki artış nedeni ile ruxolitinib ve mezenkimal kök hücre tedavisi uygulandı. +40. Günde ateş, ani bilinç kaybı ve konvulziyonu olması nedeni ile entübe edilerek çocuk yoğun bakım ünitesine alındı. Alınan laboratuvarında BKH:18700/mm³, Hb:10.1 g/dl,PLT:215.000/mm³, CRP:10.1 mg/L, prokalsitonin negatif, biyokimyasal parametreleri ve kanama diyatez testleri olağan bulundu. Solunum virüs paneli PCR,serum viral serolojide etken saptanmadı, kanda Adenovirüs PCR negatif bulundu. Olgunun steroid ve takrolimus tedavileri kesildi, nöbetine levatiresetam ile hakim olundu. Entübe olan hastaya lomber ponksiyon yapılmadı, olası santral sinir sistemi enfeksiyonu açısından vankomisin, meropenem, asiklovir tedavileri başlandı.Kraniyal MRG'de jeneralize hafif volüm kaybı dışında patoloji, difüzyon kısıtlanmasında saptanmadı. EEG'de jeneralize diken ve yavaş dalga aktiviteleri mevcuttu. CMV viremişi (CMV DNA:3265 kopya/ml) de saptanan hastanın asiklovir tedavisi gansiklovir iv olarak değiştirildi. +43. Günde lomber ponksiyon yapıldı; beyin omurilik sıvısı (BOS) berrak görünümde, açılış basıncı hafif artmış idi, 20 hücre/mm³, glukoz:63 mg/dl, protein:122 mg/dl saptandı. BOS'da Mycobacterium Tuberculosis ve Toxoplasma gondii PCR negatif, ARB ve galaktomannan negatif bulundu. BOS viral PCR panelinde de etken saptanmadı, kültürde üreme olmadı. CMV viremişi geriledi.+49. Günde hasta extübe edildi.+47. Günde etkeni gösterebilmek adına LP tekrarlandı. BOS BK virüs PCR 700 kopya/ml saptandı, eş zamanlı serum BK PCR:2366 kopya/ml ve idrar BK PCR 3850 kopya/ml saptandı. Tedavisinde öncelikle immunsupresifleri azaltıldı, IVIG 2gr/kg verildi. Sidofovir 0.5 mg/kg iv (2 haftada bir toplam 2 kür) verildi ve 1. ayın sonunda serum BK PCR negatif saptandı ve bu tedaviler ile hastada belirgin klinik iyileşme sağlandı.

BK Virüs

İnsan Polyomavirüslerinden, en yaygın bilinen türleri BKPyV ve JCPyV'dir. İlk kez 1970'lerde tanımlanmıştır.Sirküler yapıda, çift sarmallı DNA'ya sahip küçük zarfsız bir virüstür. Bulaş insandan insana olur, hayvan rezervuarı gösterilmemiştir. Virüs ağız ve solunum yolları ile, fekal-oral, temas, cinsel ve perinatal yol ile bulaşabilir. Seropozitiflik %30-%90 arasında değişmekte ve yaş ile artabilmektedir. Erken dönemde primer enfeksiyon çoğunlukla asemptomatik olarak geçirilir. Primer enfeksiyondan sonra latent kalır (özellikle renal ve üroepital hücrelerde) ve immunsupresyon varlığında reaktif olabilir. Özellikle renal transplantlı olgularda asemptomatik virüri, sonrasında persistan virüri, takip eden viremi ve renal hasara yol açabilir. BK virüsün yol açtığı en sık klinik tablolar arasında nefropati (renal tx),hemorajik sistit (Kemik iliği nakli sonrası,allojenik nakiller), üreter stenozu, malignite gelişimi (mesane), izole olgularda da nadiren ensefalit, pnömoni, kolit, retinit, kapiller kaçak sendromu yer alır. BK virüs ensefaliti özellikle immunsupresiflerde görülür, immunkompetanlarda da oldukça nadirdir. Literatürde az sayıda çocuk hastada bildirilmiştir. Erişkin ve çocuk olguların çoğunda altta yatan hematolojik malignite, allojenik kemik iliği nakli ya da HIV pozitifliği olduğu dikkat çekmektedir. Tanısında riskli grupları bilmek, şüphe etmek en önemli unsurdur. Özellikle allojenik kemik iliği nakli sonrası gelişen hemorajik sistit, kreatinin yüksekliği-nefropati gelişimi gibi ürolojik anormalliklerin varlığında akla getirilmelidir. Etken BOS,serum,idrara, doku örneklerinde PCR ile ortaya konabilir. Kantitatif PCR'in sensitivitesi ve spesifitesi yüksektir. Kranial görüntüleme, manyetik rezonans görüntüleme bulgular değişkendir, normale yakın görüntülerin yanında beyaz cevher tutulumu, limbik ensefalit ile uyumlu bulgular literatürde bildirilmiştir. Tedavisindeki en önemli unsur hastanın almakta olduğu immunsupresiflerin azaltılmasıdır. IVIG, kinolonlar, leflunomid, gansiklovir, sidofovir diğer tedavi seçenekleri arasında yer alır. Prognoz altta yatan komorbidite, immunsupresyon durumu, yaygın tutulum olup olmasına göre değişkenlik gösterebilir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Kaynaklar

1. White MK, Gordon J, Khalili K. The rapidly expanding family of human polyomaviruses: recent developments in understanding their life cycle and role in human pathology. PLoS Pathog 2013; 9:e1003206.
2. Hirsch HH, Steiger J. Polyomavirus BK. Lancet Infect Dis 2003; 3:611.
3. Ramos E, Drachenberg CB, Wali R, Hirsch HH. The decade of polyomavirus BK-associated nephropathy: state of affairs. Transplantation. 2009;87(5):621-630.
4. Bush R, Johns F, Betty Z, Goldstein S, Horn B, Shoemaker L, Upadhyay K. BK virus encephalitis and end-stage renal disease in a child with hematopoietic stem cell transplantation. Pediatr Transplant. 2020 Sep;24(6):e13739
5. Lee SY, Lee SR, Kim DS, Choi CW, Kim BS, Park Y. BK virus encephalitis without concurrent hemorrhagic cystitis in an allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipient. Blood Res 2013 Sep;48(3):226-8.
6. Boeckh M, Erard V, Zerr D, Englund J. Emerging viral infections after hematopoietic cell transplantation. Pediatr Transplant. 2005 Dec;9 Suppl 7:48-54.
7. Behzad-Behbahani A, Klapper PE, Vallely PJ, Cleator GM. **BK virus** DNA in CSF of immunocompetent and immunocompromised patients. Arch Dis Child. 2003 Feb;88(2):174-5.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Üriner Kateter Enfeksiyonunda Kateter Çıkaralım Mı?

Dr Gülsüm Alkan

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Anatomik lokalizasyona göre üriner kateterler; nefrostomi tüpü, double J kateter, üreterik kateter supra-pubik kateter, foley sondalar olarak sınıflandırılmaktadır. Üriner kateterli hastalarda piüriyi üriner enfeksiyonu tanısında yeterli değildir. Asemptomatik bakteriüri steril olarak alınan idrar kültüründe $\geq 10^5$ koloni/mL olarak tanımlanmaktadır. Asemptomatik olan kateterli hastalarda rutin idrar tetkiki alınmamalıdır. Asemptomatik bakteriüride antibiyotik tedavisi önerilmemektedir, tekrarlayan antibiyotik kullanımı MDR kolonizasyonuna neden olmaktadır. Endoskopik ürolojik girişim yapılacak mukozal travma durumu varsa tedavi önerilmektedir.

Erişkin rehberler, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi, teşhisi ve tedavisi rehberinde sadece mesane kateterizasyonundan bahsetmektedir. Üst üriner sistem kateterlerine (DJ veya nefrostomi kateteri) bağlı enfeksiyonu ele alınmamış, sağlam klinik kanıtların bulunmaması nedeniyle, optimal teşhis ve tedavi yaklaşımları da iyi belirlenmemiştir. Üst üriner sistem kateterleriyle ilişkili üriner enfeksiyonlarıyla ilgili çok az çalışma bulunmamaktadır. Birçok çalışma erişkinde DJ bakteriyel kolonizasyon ve asemptomatik bakteriüriyle ilgili çalışmalar bildirilmektedir. Üst üriner kateterler enfeksiyonlarına yaklaşımla ilgili bazı çalışmalarda semptomu olan hastalarda idrar kültür alındıktan sonra önceki kültür antibiyogramları göz önüne alınarak antibiyotik tedavisi başlanması, kültür sonucu belli olduktan sonra uygun antibiyotik tedavi altında kateterin mümkün olan en erken dönemde (enfeksiyonun ilk 4 gününde) çıkartılması önerilmektedir. Enfeksiyon tedavisi daha maliyetli olduğundan DJ, nefrostomi kateterleri 2-3 ayda bir değiştirilmesi önerilmektedir.

Üriner sistemdeki obstrüksiyon ürosepsisin en sık nedenidir. Üreteral stentlerin bakteriyel kolonizasyonu, üreteral peristaltizm azalması, intrapelvik basıç artışı, böbrek parankim dokusuna geçiş, böbrek dolaşım sistemine erişim, bakteriyemiye neden olmaktadır. Antibiyotikler tedavisinde yeterli olmayıp, ürosepsis yönetiminde, tıkanıklığın ve absenin drenajı, yabancı cisim çıkartılması (taş, üriner kateter v.b.) kaynağın kontrolünde önemli olduğu (Avrupa Üroloji Kılavuzu-2023) bildirilmektedir. Kateter ilişkili üst üriner sistem enfeksiyonu teşhis, tedavi ve önlenmesi için ayrıntılı çalışmalara ve rehberlere ihtiyaç vardır

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Seyahatten Dönen Ateşli Çocuk: Önemli İpuçları

Dr. Melike Emiroğlu

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

Dünya Turizm Örgütü'ne (UNWTO) göre 2030 yılına kadar her yıl yaklaşık iki milyar kişinin seyahat edeceği tahmin ediliyor. İnsan hareketliliğindeki küresel artışın bir sonucu olarak seyahatle ilişkili hastalıklar önem kazanmaktadır. En sık ziyaret edilen bölgeler arasında Sahra Altı Afrika, Güneydoğu Asya ve Hindistan Yarımadası bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Verileri'ne göre 2023 yılında yurt dışına giden vatandaş sayısı 11 milyonu aşmıştır. En çok gidilen ülkeler arasında Avrupa Birliği ülkeleri ilk sırada yer alırken, onu diğer Avrupa ülkeleri izlemiştir. Afrika, Güneydoğu Asya ve Hindistan'a gidenlerin oranı oldukça az olmuştur.

Seyahat hekimliği tavsiyeleri, seyahat başlamadan önce bile sağlık risklerini en aza indirebilse de, seyahat sırasında ve sonrasında doktora başvurular gerekmektedir. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar, gezginlerin %43 ila %79'unun gelişmekte olan ve yeni sanayileşmiş ülkelerde kaldıkları sırada veya kaldıktan sonra hastalandıklarını bildirmektedir.

GeoSentinel dünya genelinde süreyans ve araştırma ağı olup, 6 kıtada 29 ülkedeki 71 tesiste gözetim ve araştırma yoluyla turistler, iş seyahatinde olanlar, göçmenler, mülteciler ve insan ticareti mağdurları da dahil olmak üzere mobil nüfustaki hastalık eğilimlerini ve salgınları tespit etmektedir. Bu ağ, dönem dönem sonuçlarını ya rapor veya bilimsel makale olarak yayınlamaktadır. GeoSentinel'in Avrupa süreyans alt ağı olan EuroTravNet kliniklerinden elde edilen verilere göre, akut ishal, deri belirtileri olan veya olmayan viral sendromlar ve sıtma, klinik ziyaretlerinin en yaygın nedenleridir. Bununla birlikte, geri dönen yolcuların %25'inden fazlasında ateşin spesifik bir nedeni belirlenemeyebilir.

Mart 1997-Mart 2006'ya kadar GeoSentinel kliniğinde görülen 24.920 geri dönen yolcuyu içeren çalışmada, yolcuların 6.957'sinin (%28) başlıca başvuru sebebi ateş olarak bildirilmiştir. Ateşi olan hastaların %26'sı, olmayanların %3'ü hastaneye kaldırılmıştır. Ateşi olanların %35'inde ateşli sistemik hastalık, %15'inde ateşli ishal hastalığı ve %14'ünde ateş ve solunum yolu hastalığı saptanmıştır. Sıtma, hasta olarak dönen ve ateşi olan yolcuların %21'inde görülen en yaygın spesifik etiyolojik tanıydı. Ateşin nedenleri ziyaret edilen bölgeye ve seyahat sonrası başvuru zamanına göre değişiklik göstermekteydi. Sahra altı Afrika'dan, güney-orta Asya'dan ve Latin Amerika'dan dönen ve seyahat nedeni arkadaşlarını ve akrabalarını ziyaret etmek olan hasta gezginlerin ateş yaşama olasılığı diğer gruplara göre daha fazlaydı. Ateşi olan yolcuların %17'sinde aşıyla önlenilebilir bir enfeksiyon veya kemoprofilaksi ile önlenilebilir falciparum sıtması vardı. Ateşli seyahat eden 12 ölümün %33'ünden sıtma sorumluydu.

Haziran 1996-Ağustos 2011'e kadar GeoSentinel'e bildirilen 82.825 hasta batılı gezginin yüzde 91'inin ateşi vardı. Seyahatten başvuruya kadar geçen ortalama süre 16 gündü. Akut ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden tropikal hastalık 3.655 hastada (%4,4) bildirildi. Bu hastaların %76,9'u P. falciparum sıtması, %18,1'i enterik ateş ve %2,4'ü leptospirosis idi. On üç (%0,4) hasta öldü (10'u falciparum sıtma, 2'si melioidoz ve 1'i şiddetli dang ateşi). Falciparum sıtması esas olarak Batı Afrika, enterik ateş büyük ölçüde Hindistan yarımadası, leptospirosis, çalılık tifüsü ve fare tifüsü esas olarak Güneydoğu Asya'da edinilmiştir.

GeoSentinel'in bir başka çalışmasında 1997-2007 yılları arasında 218 küresel destination, 19 ülkeden sağlık hizmeti bildirimini alınarak, 1591 gezgin çocuk, 42,173 erişkin ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre çocuklarda seyahat dönüşü ilk 7 günde doktora başvuru daha sık, hastaneye yatış oranları daha yüksek iken seyahat öncesi tavsiye alma oranı daha düşük bulunmuştur. Ancak yetişkinler ve çocuklar için hastalıkların türleri ve yüzdeleri benzer bulunmuştur: ishal %28, dermatolojik durumlar %25, sistemik ateşli hastalıklar %23, solunum bozuklukları %11.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Birçok çalışmanın ortak verisine göre çocuk gezginlerde görülen farklılıklar şunlardır:

- Çocuklarda P.falciparum sıtması daha çok şiddetli anemi ve nöbetlerle birlikte görülürken, yetişkinlerde böbrek yetmezliği ve solunum yetmezliği daha sık görülen komplikasyonlardır.
- Çocuk tifo ve paratifo vakaları daha sıklıkla ishal ve kusma ile ortaya çıkar; ayrıca bebeklerde eş zamanlı menenjit de olabilir,
- Daha yüksek böcek ısırığı riski vardır.
- Daha yüksek hayvan ısırığı riski vardır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar yetişkinlere göre önemli ölçüde daha azdır.
- Sıtma kemoprofilaksisinin kullanımındaki kısıtlılıklar bulunmaktadır.

Ateşli bir gezgin hastanın ilk değerlendirmesi, enfeksiyon olduğundan şüphelenilen herhangi bir hastayla aynı olmalıdır;

- Akut hayatı tehdit eden bir durum var mı?
- Empirik tedavi gerekiyor mu?
- Hastalık önleme ve kontrol uygulamaları gerekiyor mu?

Ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Mortalite riski yüksek olan hastalar belirlenmelidir.

Ateş dışında ciddi hastalığın göstergesi olan klinik bulgular şunlardır: peteşi/purpura, kanama diyatezi, siyanoz, menenjizm, peritonizm, oligüri/anüri ve akral nekrozun belirtisi. Tespit edilen yüksek riskli hastalar derhal hastaneye yatırılmalı ve gerekiyorsa yoğun bakım ünitesine alınmalıdır.

Genel mortalite %0,2-0,5 arasında değişmektedir. Falciparum sıtması, geri dönen yolcularda görülen en yaygın ciddi enfeksiyondur ve başlıca ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Bildirilen diğer ölüm nedenleri arasında melioidoz, şiddetli dang humması, çalılık tifüsü, enterik ateş, ensefalit ve grip, bakteriyel pnömoni ve septisemi dahil tropikal olmayan enfeksiyonlar yer almaktadır.

Yüksek derecede bulaşıcı patojenlere yönelik bir risk değerlendirmesi, ateşli yolcuya yaklaşımda kritik bir adımdır. Riskin sınıflandırılması, sağlık bakımını ve laboratuvar çalışanlarını, diğer hastaları, ziyaretçileri ve daha geniş bir toplumu yaşamı tehdit eden enfeksiyonlara yakalanmaktan korumayı amaçlayan uygun önlemlerin alınmasına olanak tanır. Ebola, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, Marburg kanamalı ateşi ve Lassa ateşi gibi viral hemorajik ateşler, yüksek ölüm oranları ve hastane kaynaklı salgınlarla insandan insana bulaşma potansiyeli nedeniyle dikkate alınmalıdır. Ateşi olan (ateş, $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) veya son 24 saat içinde ateş öyküsü olan ve 21 gün içinde viral hemorajik ateşin endemik veya epidemik olduğu bir bölgeye seyahat eden hastalarda viral hemorajik ateşten şüphelenilmelidir. Hasta derhal izole edilmeli, hasta bakımı yapılırken kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Ayrıca, biyogüvenlik seviye 2 laboratuvar prosedürlerinin ve otoanalizörlerin kullanımı sağlanmalıdır. Kanamalı ateşler dışında damlacıklar veya aerosoller yoluyla bulaşan Grip, MERS-CoV enfeksiyonu, COVID-19, kızamık ve tüberküloz gibi enfeksiyonlar da dikkate alınmalıdır. Metisiline dirençli S. aureus veya karbapenem dirençli Enterobacteriaceae gibi antibiyotiğe dirençli organizmalarla kolonizasyon veya enfeksiyon da dikkate alınması gereken enfeksiyon grubudur. ESBL üreten mikroorganizmalar özellikle güney- güney doğu Asya'da mevcut olup, hastanede yatış veya seyahat ilişkili ishal için antibiyotik kullanma yüksek risk faktörü oluşturmaktadır.

Ateşli gezginlerin kesin tanıların konulabilmesi için bazı soruların sorulması ve cevaplarının siste-

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

matik değerlendirilmesi önem arz etmektedir:

- Ziyaret edilen coğrafi bölgelere göre hangi teşhisler mümkündür?
- Kuluçka dönemleri dikkate alınarak seyahat süresine göre hangi teşhisler mümkündür?
- Hangi tanıların hangi aktivitelere, maruziyetlere, konakçı faktörlere ve klinik ve laboratuvar bulgularına dayanması daha olasıdır?
- Olası teşhisler arasında tedavi edilebilir, bulaşıcı veya her ikisi de nelerdir?

Seyahat ve maruziyet hikayesi ayrıntılı olarak alınmalıdır.

- Seyahat sebebi: Sıtma iş seyahati yapanlarda, göçmenlerde ve akrabasını ziyaret edenlerde daha sıktır. Riketsiya, Dengue ateşi ve şistozomiyazis ise turitlerde ve iş seyahati yapanlarda daha sıktır.
- kişinin yaşadığı ve seyahat ettiği yerler (ara duraklar ve seyahat şekilleri dahil)
- seyahat tarihleri ve dönüşten bu yana geçen süre,
- seyahat sırasındaki etkinlikleri
- konaklama türleri,
- yemek alışkanlıkları,
- maruz kalmalar (cinsel maruziyetler, kan, iğne dahil)
- hayvan ve eklem bacaklı ısırıkları, suya maruz kalma,
- seyahat öncesi aşılar ve diğer hazırlıklar ve seyahat sırasında veya sonrasında profilaksi veya tedavi,
- Hasta kişiyle temas hikayesi
- Hastaneye yatış, travma, ilaç geçmişi

Coğrafi maruz kalma hakkındaki bilgilerle ayrırcı tanı daha da daraltılabilir. Mesela Karayipler, osta ve güney Amerika'ya seyahat hikayesi varsa öncelikli olarak Chikungunya ateşi, Dengue ateşi, sıtma ve Zikavirus enfeksiyonu öncelikli düşünülmelidir. Güney-orta Asya ziyaretinde ise Dengue ateşi, sıtma, tifo ve paratifo ilk akla gelmesi gereken enfeksiyonlardır (tablo). Hangi ülkede hangi enfeksiyon hastalıklarının endemik olduğu Dünya Sağlık Örgütü'nün <https://www.who.int/travel-advice/all-updates-for-travellers> veya <https://www.healthmap.org/en/> gibi sayfalardan öğrenilebilir. Dikkat edilmesi gereken önemli bir durum ise iklim değişikliği ve çevresel değişikliklerin, vektör dağılım alanlarında kaymalara neden olmasıdır. Dolayısıyla, bazı arboviral enfeksiyonlar gibi eskiden "klasik" tropikal hastalıkların, Avrupa içinde seyahat sırasında bile ortaya çıkma olasılığı artmaktadır. Gelecekte endemik olma potansiyeli taşıyan hastalıklara örnek; Batı Nil ateşi Almanya'da, dang humması ve Chikungunya ateşi Güney Avrupa'da sayılabilir. Yarımkürelere göre enfeksiyonların görülme dönemi değişebilir. Grip, tropikal bölgelerde yıl boyunca meydana gelebilir. Güney yarımkürede en yoğun sezon ilkbahar sonu/yaz başı ile sonbahar arasındadır. Kuzey yarımkürede kışdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Common causes of fever in the tropics by geographic area

Geographic area	Common fever-causing tropical diseases	Other infections causing outbreaks or clusters of disease among travelers
Caribbean	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaDengueMalaria (on the island of Hispaniola)Zika	<ul style="list-style-type: none">Histoplasmosis, acuteLeptospirosis
Central America	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaDengueMalaria (primarily <i>Plasmodium vivax</i>)Typhoid or paratyphoid feverZika	<ul style="list-style-type: none">CoccidioidomycosisHistoplasmosisLeishmaniasisLeptospirosis
South America	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaDengueMalaria (primarily <i>P. vivax</i>)Zika	<ul style="list-style-type: none">BartonellosisHistoplasmosisLeptospirosisYellow fever
South-central Asia	<ul style="list-style-type: none">DengueMalaria (primarily non-<i>P. falciparum</i>)Typhoid or paratyphoid fever	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaScrub typhus
Southeast Asia	<ul style="list-style-type: none">DengueMalaria (primarily non-<i>P. falciparum</i>)	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaLeptospirosis
Sub-Saharan Africa	<ul style="list-style-type: none">DengueMalaria (primarily <i>P. falciparum</i>)Tickborne rickettsia (main cause of fever in southern Africa)Schistosomiasis, acute (Katayama fever)	<ul style="list-style-type: none">ChikungunyaMeningococcal meningitisTrypanosomiasis, AfricanTyphoid or paratyphoid fever

Reproduced from: Wilson ME. Fever in the returned traveler. In: CDC Yellow Book 2024, Nemhauser JB (Ed), Oxford University Press 2023. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttravel-evaluation/fever-in-the-returned-traveler> (Accessed on September 20, 2023).

UpToDate®

Tropikal/subtropikal bölgelerde kalındıktan sonra ateşli kozmopolit bulaşıcı hastalıkların görülme oranı aslında %30 civarındadır. Bu nedenle, "tipik" patojen spektrumuna sahip bulaşıcı hastalıklar da dikkate alınmalıdır: bakteriyel pnömoni (örn., *S. pneumoniae*, *Legionella*, *Mycoplasma*), idrar yolu enfeksiyonları (örn., *Enterobacterales*), menenjit (örn., *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *Listeria*), endokardit (örn. *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*), sistemik viral enfeksiyonlar (örn. CMV, EBV, HHV6), bakteriyel veya viral gastroenterit (örn. adenovirüs, norovirüs, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Clostridioides difficile*).

Kuluçka süresi ateşli bir hastanın değerlendirilmesinde değerli bir araçtır. Kuluçka dönemlerinin bilinmesi, biyolojik olarak makul olmayan enfeksiyonların dışlanmasına imkan sağlayabilir. Örneğin, dang humması tipik olarak 3-14 günlük bir kuluçka süresine sahiptir. Bu nedenle, Tayland'dan döndükten >2 hafta sonra başlayan ateşin dang humması ile ilişkili olması muhtemel değildir.

Potansiyel kuluçka döneminin değerlendirilmesinde seyahatin süresi (ve seyahat sırasında potansiyel maruziyet noktaları) ve dönüşten bu yana geçen süre dikkate alınmalıdır. Bottieau ve ark.'nın tro-

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

pikal seyahat sonrası ateşle başvuran hastalarla yaptığı çalışmada, %78'inde ateş seyahat sırasında veya eve döndükten sonraki 1 ay içinde ortaya çıkmıştır. O'Brien ve ark.'nın seyahat sonrası ateş nedeniyle hastaneye yatırılan hastaları analiz ettiği çalışmada, bu hastaların %96'sı seyahatten döndükten sonraki 6 ay içinde görülürken, en şiddetli, akut yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar son 3 ay içindeki maruziyetlerden kaynaklanmaktaymış; dönüşten >3 ay sonra ortaya çıkabilecek önemli tedavi edilebilir enfeksiyonlar arasında sıtma, amipli karaciğer apsesi ve visseral leishmaniasis yer almıştır. Her ne kadar ilk odak noktası son 3-6 ay içindeki seyahatler olsa da, eğer ilk değerlendirmede sonuca ulaşılmamışsa öykü, bir yıl veya daha önceki maruziyetleri de kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Incubation period	Bacteria	Viruses	Parasites
<14 days	<ul style="list-style-type: none">• Anthrax: 1-6 d• Bacterial diarrhea:<ul style="list-style-type: none">- Campylobacteriosis: 1-10 d- Salmonellosis (NTS): 12-48 hrs- Shigellosis: 1-5 d- Cholera: few hrs - 5 d• Legionellosis: 5-6 d• Leptospirosis: 7-12 d• Melioidosis 2-21 d (rarely mths to yrs)• Meningococcal meningitis/sepsis: 2-10 d• Plague: Bubonic plague: 2-6 d<ul style="list-style-type: none">- Primary pneumonic plague: hrs to 2-3 d• Rickettsioses (spotted fever and tick-bite fever group, Tsutsugamushi fever): 2-14 d• Relapsing fever: 7 d (2-18 d)• Typhoid fever: 7-18 d• Paratyphoid fever: 1-10 d	<ul style="list-style-type: none">• Arboviral disease (dengue fever, Chikungunya fever, Zika fever, yellow fever, Japanese encephalitis, Rift Valley fever, West Nile fever): 1-14 d• Measles: 10-14 d• Rabies: rarely <14 d• Viral hemorrhagic fevers (Ebola HF, Lassa HF, Marburg HF, Crimean-Congo HF, yellow fever): 2-21 d• Viral diseases of the respiratory system: Influenza: 1-3 d, SARS-CoV-2 infection/COVID-19: 5-6 d• Viral gastroenteritis (e.g., norovirus, rotavirus): 1-2 d	<ul style="list-style-type: none">• Malaria: Plasmodium (P) falciparum: 6-30 d, P. knowlesi: 10-14 d• East African trypanosomiasis (sleeping sickness): 7-21 d
14 days to 6 weeks	<ul style="list-style-type: none">• Bartonellosis: 3 wks (2-14 mths)• Brucellosis: 1-3 wks (to several mths)• Melioidosis: 2-21 d (to several years)• Q fever: 2-3 wks• Typhoid fever: 7-18 d	<ul style="list-style-type: none">• Acute HIV infection: 10-28 d• Hepatitis A: 15-50 d (usually 25-30 d)• Hepatitis E: 26-42 d• Rubella: 14-21 d• Rabies: 20-90 d	<ul style="list-style-type: none">• Malaria: P. falciparum: 6-30 d, P. vivax/ovale: 12 d-12 Mo, P. malariae: 13-28 d• Acute schistosomiasis (Katayama fever): 28-60 d
>6 weeks	<ul style="list-style-type: none">• Tuberculosis: 6-8 wks (primary infection), usually asymptomatic	<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis B: 60-150 d• Rabies: rarely up to years	<ul style="list-style-type: none">• Malaria: P. vivax/ovale: up to 12 mths• Amoebic liver abscess: wks to mths• Visceral leishmaniasis: 2-10 mths• West African trypanosomiasis: wks to mths

(tablo Paquet D, Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(22):400-407. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0182'den alınmıştır)

Seyahat öncesi aşılama ve kemoprofilaksinin belirlenmesi ateşli gezgine yaklaşımda önemli bir adımdır. GeoSentinel veri tabanında, aşıyla önlenabilir hastalıklar nispeten nadirdir (%3), ancak yüksek oranda hastaneye kaldırılma oranlarıyla (%60) ilişkilendirilir; bu, seyahat öncesi aşılamının hastalık ve ölüm oranlarını azaltmadaki etkinliğini destekleyen bir bulgudur. Aşılama tarihlerini, alınan aşı türlerini ve çok dozlu aşıların doz sayısı sorgulanmalıdır. Aşıların etkinliği büyük ölçüde farklılık gösterir ve aşı durumu bilgisi, belirli enfeksiyonların mevcut olma olasılığını etkileyebilir. Hepatit A ve sarı humma aşıları yüksek etkinliğe sahiptir ve aşılanan yolcularda yalnızca nadir enfeksiyon vakaları rapor edilmiştir. Buna karşılık tifo aşıları (oral/parenteral) eksik koruma sağlar. Endemik bölgelerdeki saha denemelerinde mevcut tifo aşılarının koruyucu etkinliğinin %60-72 olduğu tahmin edilmiştir. Atovaquon/proguanil ile sıtma kemoprofilaksisi %95.8 oranında etkili iken uyum sadece %30 olarak bildirilmiştir.

Hastalara, yurt dışındaki faaliyetler, yiyecekler ve hayvanlarla veya insanlarla temasla ilgili hastalığa özgü risk faktörlerini belirlemeye yönelik hedefe yönelik sorular sorulmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

TABLE 3

Overview of infection-related risk exposure, adapted from (21, e9, e10)

Exposure/risk factor	Infections/ pathogens to consider
Insect bites:	
– Mosquitoes	Malaria, arboviral diseases (e.g. dengue fever, West Nile fever), filariasis, leishmaniasis
– Flies	African trypanosomiasis (tsetse fly, painful)
– Deer flies (Central/West Africa)	Loiasis (painful bites of the genus Chrysops)
– Ticks	Rickettsioses, tick-borne relapsing fever, Crimean-Congo HF, tularemia, Q fever, tick-borne encephalitis (TBE), babesiosis, Lyme disease
– Mites (South/Southeast Asia, Pacific)	Tsutsugamushi fever (Orientia tsutsugamushi)
– Fleas	Murine spotted fever (Rickettsia typhi), flea-borne spotted fever (Rickettsia felis), plague (Yersinia pestis)
– Triatomine bugs (South/Central America)	American trypanosomiasis (Chagas disease)
– Lice	Spotted fever (R. prowazekii), louse-borne relapsing fever (Borrelia recurrentis), Wolhynia (trench) fever (Bartonella quintana)
Skin contact with soil/sand	Cutaneous larva migrans, ancylostomiasis (hook worms), strongyloidiasis (Strongyloides stercoralis), melioidosis (Burkholderia pseudomallei)
Tattoos, intravenous drug abuse, transfusions	HIV infection, hepatitis B/C, CMV infection, WNV infection, malaria, babesiosis, leishmaniasis
Unprotected sexual intercourse	Acute HIV, HSV, EBV, CMV infection, Zika fever, hepatitis A/B/C, syphilis, gonorrhea, chlamydial infection, lymphogranuloma venereum
Freshwater contact (e.g., rafting, swimming)	Schistosomiasis, leptospirosis, infection with Aeromonas spp., melioidosis, atypical mycobacteriosis, legionellosis (inhalation), amebic infections
Saltwater contact	Infection with Vibrio vulnificus, Aeromonas spp., Mycobacterium marinum (swimming pool granuloma), Erysipelothrix rhusiopathiae (erysipeloid)
Animal bites	Rabies, cat scratch disease, rat-bite fever, sporotrichosis
Close animal contact	Q fever, anthrax, psittacosis, tularemia, avian influenza, MERS, Lassa HF, Nipah virus encephalitis, echinococcosis, brucellosis, other viral HF
Visiting friends and relatives (VFR)	Malaria, typhoid fever, tuberculosis, hepatitis A, meningococcal meningitis, Ebola HF
Cave visits (especially in the Americas)	Histoplasmosis, rabies (bat bite/scratch)
Safari in East/South Africa	African tick bite fever, African trypanosomiasis (sleeping sickness)
Consumption of	
– Unclean water	Lambliasis/giardiasis, cryptosporidiosis, amebiasis, hepatitis A/E, typhoid fever
– Raw food (unwashed)	Helminthiasis (Ascaris, Trichuris, Echinococcus, Fasciola), typhoid/paratyphoid fever, hepatitis A/E
– Raw milk/raw milk products	Listeriosis, brucellosis, bovine tuberculosis, yersiniosis, salmonellosis
– Raw meat	Salmonellosis, campylobacteriosis, yersiniosis, Clostridium perfringens infection, hemolytic uremic syndrome (due to EHEC), hepatitis A/E, sarcocystosis, toxoplasmosis, trichinellosis, taeniasis
– Raw fish/seafood	Gnathostomiasis, infections with Vibrio vulnificus, Aeromonas spp. and Shewanella spp., hepatitis A/E, norovirus enteritis, opisthorchiasis/clonorchiasis (liver flukes), intoxication (e.g. ciguatera)
– Snails/crabs (Southeast Asia, Pacific)	Eosinophilic meningitis (Angiostrongylus cantonensis), paragonimiasis

CMV, cytomegalovirus; EBV, Epstein-Barr virus; EHEC, enterohemorrhagic Escherichia coli; TBE, tick-borne encephalitis; HF, hemorrhagic fever; HIV, human immunodeficiency virus; HSV, herpes simplex virus; MERS, Middle East Respiratory Syndrome; VFR, visiting friends and relatives; WNV, West Nile virus

(tablo Paquet

D, Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(22):400-407. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0182'den alınmıştır)

Birçok ateşli enfeksiyon, ayırıcı tanıyı sınırlamaya yardımcı olabilecek fokal belirti veya semptomlarla ilişkilidir. Ateşli hastaların yaklaşık %20'sinde belirli bir bulgu yoktur. Belirtisi olmayanların büyük çoğunluğu başta sıtma olmak üzere, dang humması, tifo/paratifo ve riketsiyozlardır.

Ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır: Döküntüler veya cilt lezyonları, mukozal lezyonlar, lenfadenopati, retinal veya konjonktival değişiklikler, karaciğer veya dalak büyümesi, lenf nodlarında büyüme, genital lezyonlar ve nörolojik bulgular ayrıntılı değerlendirilmelidir. Ayrıca hedefe yönelik muayene de yapılmalıdır. Mesela çalılık tifüsünde vektör mite nemli bölgeleri sever; perine, meme latları, koltuk altları eskar dokusu açısından ayrıntılı incelenmelidir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

TABLE 2

Symptom-based overview of travel-related infectious fever syndromes, adapted from (21, e5, e8)

Fever syndrome	Common pathogens
Fever without local symptoms	<ul style="list-style-type: none">● Malaria (especially sub-Saharan Africa)● Dengue fever (especially Southeast Asia, South and Central America)● Typhoid and paratyphoid fever (especially Indian subcontinent)● Rickettsioses (especially sub-Saharan Africa)
Fever and rash (exanthema)	<ul style="list-style-type: none">● Arboviral diseases (especially dengue, Chikungunya, Zika, and West Nile fever)● Viral HF, e.g. Ebola HF, Marburg HF● Measles, rubella, chickenpox, herpes zoster generalisatus (worldwide)● Acute HIV, EBV, CMV infection (mononucleosis syndrome)● Rickettsioses (eschar, rash); relapsing fever (especially tick-borne relapsing fever)● Typhoid fever (rose spots), syphilis (stage II)● African trypanosomiasis; acute schistosomiasis (urticaria)● Strongyloidiasis (urticaria, larva currens), trichinellosis (urticaria)
Fever and respiratory symptoms	<ul style="list-style-type: none">● Influenza, COVID-19 (SARS-CoV-2) (worldwide)● MERS (MERS-CoV) (Arabian Peninsula)● Legionellosis (e.g., after cruise trip)● Melioidosis (especially Southeast Asia)● Tuberculosis (VFR, HCW), Q fever, psittacosis, leptospirosis● Acute histoplasmosis and coccidioidomycosis● Löffler syndrome and tropical pulmonary eosinophilia (helminth infection)
Fever and diarrhea	<ul style="list-style-type: none">● Traveler's diarrhea, especially due to infection with ETEC, EAEC, EPEC, campylobacteriosis, salmonellosis, shigellosis, very rarely cholera● Norovirus, rotavirus enteritis (e.g., outbreaks on cruise ships)● Lamblia/giardiasis, cryptosporidiosis (watery diarrhea)● Amoebic colitis (bloody diarrhea)● Malaria (in approx. 30% of cases watery diarrhea)● Typhoid fever (diarrhea starting week 2–3 of the disease)
Fever and abdominal pain	<ul style="list-style-type: none">● Typhoid/paratyphoid fever● Lamblia/giardiasis, cryptosporidiosis (upper abdominal pain, meteorism, nausea)● Pyogenic liver abscess or amebic liver abscess (hepatomegaly)● Brucellosis, malaria, visceral leishmaniasis (kala-azar), infectious mononucleosis (splenomegaly)● Relapsing fever (hepatosplenomegaly)
Fever and icterus	<ul style="list-style-type: none">● Severe malaria (hemolysis), hepatitis A-E● Viral HF (yellow fever, Crimean-Congo HF, Rift Valley fever, severe dengue fever)● Leptospirosis (Weil's disease); bartonellosis (Oroya fever), HUS (e.g., EHEC)● Acute cholangitis (e.g., liver fluke infection)
Fever and hepatitis	<ul style="list-style-type: none">● Hepatitis A-E, dengue fever● Acute CMV, EBV, HIV, toxoplasma gondii infection (mononucleosis syndrome)● Q fever, brucellosis, leptospirosis
Fever and neurological symptoms	<ul style="list-style-type: none">● Bacterial meningitis (e.g., meningococcal, TB), typhoid/paratyphoid fever, neurosyphilis● Viral encephalitis (e.g., due to HSV, VZV, JE, WNV, dengue virus, rabies virus, measles, enteroviruses)● Cerebral malaria, African trypanosomiasis (sleeping sickness)● Angiostrongyliasis, gnathostomiasis (eosinophilic meningitis)
Fever and signs of bleeding (purpura)	<ul style="list-style-type: none">● Sepsis (meningococcal, staphylococcal, streptococcal), rickettsioses, leptospirosis, plague● HF (e.g., Crimean-Congo HF, Ebola HF, Marburg HF, dengue HF, yellow fever)
Fever and eosinophilia	<ul style="list-style-type: none">● Helminth infection, especially acute schistosomiasis, ascariasis, ancylostomiasis (hook worms), strongyloidiasis (Strongyloides stercoralis), fascioliasis (Fasciola hepatica), visceral larva migrans (toxocariasis), filariasis, trichinellosis
Fever and arthralgia or myalgia	<ul style="list-style-type: none">● Chikungunya fever, dengue fever, Zika fever, Ross River fever (Australia), muscular sarcocystosis (Southeast Asia), trichinellosis

CMV, cytomegalovirus; EAEC, enteroaggregative E. coli; EBV, Epstein-Barr virus; EHEC, enterohemorrhagic E. coli; EPEC, enteropathogenic E. coli; ETEC, enterotoxigenic E. coli; HCW, health care worker; HF, hemorrhagic fever; HIV, human immunodeficiency virus; HSV, herpes simplex virus; HUS, hemolytic uremic syndrome; JE, Japanese encephalitis; MERS-CoV, Middle East Respiratory Syndrome coronavirus; SARS-CoV-2, Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus type 2; TB, tuberculosis; VFR, visiting friends and relatives; VZV, varicella zoster virus; WNV, West Nile virus

(tablo Paquet D,

Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(22):400-407. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0182'den alınmıştır)

Rutin laboratuvar tesleri herkese yapılırken, hastanın hikayesi, fizik muayenesine göre hedeflenen ön tanıya yönelik ileri testler planlanmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Rutin laboratuvar testleri

Diferansiyel ile tam kan sayımı, CRP

Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler

Kan kültürleri

İdrar tahlili (anormal sediment varsa kültür)

Sıtma için hızlı tanı testi (varsa) ve kan yaymaları

Dikkate alınması gereken diğer testler (fizik muayeneye ve maruz kalma geçmişine bağlıdır)

Dışkı kültürü ve/veya parazitlerin incelenmesi

Göğüs röntgeni

Serolojik testler (akut ve nekahat dönemlerinde kan ayrılmalı)

İdrar antijenleri (örneğin Legionella için)

Babesia, Borrelia ve filaria için kan yaymaları

Kemik iliği aspirasyonu/biyopsisi

Deri lezyonu, lenf düğümleri ve diğer kitlelerin biyopsisi

Beyin omurilik sıvısının incelenmesi

Diğer görüntüleme çalışmaları

Ateş tedaviye cevap vermezse akla gelmesi gereken durumlar şunlardır:

- Hatalı tanı
- Ateşe sebep olan enfeksiyon dışı etiyolojiler:
 - ilaç ateşi: ateşlerin %3-7 sebebi
 - Venöz tromboz/tromboemboli: >8 saatlik uçuşta %0,5
 - Kanser: FUO %2-25 başvuru sebebi
 - Otoimmün hastalıkları: FUO %5-32 başvuru sebebi
 - Ailesel ateşli hastalıklar: FMF gibi
- Enfeksiyon ilaca dirençli bir ajan olabilir
- Denizaşırı ülkelere seyahatten dönüşte ESBL ile kolonizasyon oranı %30, kolonizasyon devam süresi 3 ay
- Birden fazla enfeksiyon bir arada olabilir

Özetle;

1. İlk seyahat geçmişini alın.
2. Mevcut semptomlara dayalı olarak izolasyon önlemlerini alın.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

3. Maruziyet durumlarının ayrıntılı bir geçmişini alın ve cilt dahil olmak üzere tam bir FM yapın.

4. Sıtmayı ve yaşamı tehdit eden diğer ciddi enfeksiyonları dışlamak için ilgili testleri yapın

- ***Seyahat geçmişine göre gerekli tüm laboratuvar ve radyolojik testlerin istendiğinden emin olun.

5. Yönetim

- Seyahat öyküsünde sıtmanın endemik olduğu bir bölge varsa ve çocuk iyi değilse veya laboratuvar tanısı gecikebilirse, *P. falciparum* sıtmasına yönelik ampirik tedaviye başlanmalıdır, gram negatif kapsama sahip geniş spektrumlu antibiyotikler eklenmelidir.
- *P falciparum* sıtması olan iyi görünümlü bir çocuğun hızla kötüleşebileceğini ve sıtmanın pnömoni veya bakteriyemi ile birlikte ortaya çıkabileceğini unutmayın.
- İyi görünen, klinik olarak stabil çocukta sıtma ve bakteriyemi dışlandığında, bireyin geçmişine, fizik muayenesine ve araştırma sonuçlarına göre hedefe yönelik tedaviyi başlatın ve yeterli takip için gerekli düzenlemeleri yapın.

Sonuç olarak;

- Ateşin başlıca nedenleri maruz kalınan coğrafi bölgelerine göre değişir.
- Sıtma, tropik bölgelerden dönen yolcularda sistemik ateşli hastalığın en yaygın nedenidir.
- Ateşli bir hastaya yaklaşımda seyahat ve maruz kalma geçmişi, kuluçka süresi, maruz kalma şekli ve seyahat öncesi aşılanmanın etkisi dikkate alınmalıdır.
- Kendi kendini sınırlayan ve yaşamı tehdit eden enfeksiyonların başlangıç belirtileri benzer olabilir; fokal belirti ve semptomlar ayırıcı tanıyı sınırlamaya yardımcı olabilir.
- Rutin laboratuvar sonuçları kesin tanıya yönelik ipuçları sağlayabilir.

Online Bilgi Kaynakları

Bilgisayar Bazlı Tanı Algoritmeleri

- www.fevertravel.ch (ücretsiz)
- www.itg.be/E/kabisa (ücretsiz)
- www.gideononline.com (ücretli)

Salgınların takip edilebileceği siteler

- www.promedmail.org
- www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news
- healthmap.org
- www.gov.uk/guidance/high-consequence-infectious-disease-country-specific-risk

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Kaynaklar

- Bottieau E, Clerinx J, Schrooten W, et al. Etiology and outcome of fever after a stay in the tropics. Arch Intern Med. 2006;166(15):1642-1648. doi:10.1001/archinte.166.15.1642
- Camprubí-Ferrer D, Cobuccio L, Van Den Broucke S, et al. Causes of fever in returning travelers: a European multicenter prospective cohort study. J Travel Med. 2022;29(2):taac002. doi:10.1093/jtm/taac002
- Feder HM Jr, Mansilla-Rivera K. Fever in returning travelers: a case-based approach. Am Fam Physician. 2013;88(8):524-530.
- Flores MS, Hickey PW, Fields JH, Ottolini MG. A "Syndromic" Approach for Diagnosing and Managing Travel-Related Infectious Diseases in Children. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2015;45(8):231-243. doi:10.1016/j.cppeds.2015.06.005
- Gautret P, Parola P, Wilson ME. Fever in Returned Travelers. Travel Medicine. 2019:495-504. doi:10.1016/B978-0-323-54696-6.00056-2.
- Hagmann S, Neugebauer R, Schwartz E, Perret C, Castelli F, Barnett ED, Stauffer WM; GeoSentinel Surveillance Network. Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. Pediatrics. 2010 May;125(5):e1072-80. doi: 10.1542/peds.2009-1951.
- Herten PJ, Vlieghe E, Bottieau E, Florence E, Jorens PG. The Emergence of Travel-related Infections in Critical Care Units. J Transl Int Med. 2022;10(4):328-339. Published 2022 Nov 23. doi:10.2478/jtim-2022-0042
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-IV.-Ceyrek:-Ekim---Aralik,-2023->
- Jensenius M, Han PV, Schlegelhauf P, Schwartz E, Parola P, Castelli F, von Sonnenburg F, Loutan L, Leder K, Freedman DO; GeoSentinel Surveillance Network. Acute and potentially life-threatening tropical diseases in western travelers--a GeoSentinel multicenter study, 1996-2011. Am J Trop Med Hyg. 2013 Feb;88(2):397-404. doi: 10.4269/ajtmh.12-0551.
- O'Brien D, Tobin S, Brown GV, Torresi J. Fever in returned travelers: review of hospital admissions for a 3-year period. Clin Infect Dis. 2001;33(5):603-609. doi:10.1086/322602
- Paquet D, Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(22):400-407. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0182.
- Scaggs Huang FA, Schlaudecker E. Fever in the Returning Traveler. Infect Dis Clin North Am. 2018;32(1):163-188. doi:10.1016/j.idc.2017.10.009
- Thwaites GE, Day NP. Approach to Fever in the Returning Traveler. N Engl J Med. 2017 Feb 9;376(6):548-560. doi: 10.1056/NEJMra1508435. PMID: 28177860.
- Wilson ME, Weld LH, Boggild A, Keystone JS, Kain KC, von Sonnenburg F, Schwartz E; GeoSentinel Surveillance Network. Fever in returned travelers: results from the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Infect Dis. 2007 Jun 15;44(12):1560-8. doi: 10.1086/518173.
- Wilson ME. Evaluation of fever in the returning traveler.. In: Leder KT, ed. UpToDate. UpToDate; 2024. Accessed January 20, 2024. www.uptodate.com

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Enfeksiyonu Olgusu

Dr. Seval Özen

Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği

OLGU

8 aylık erkek olgu fontanel bombeliği, huzursuzluk, karında şişlik, gözlerde kayma şikayeti ile acil servisimize başvurdu.

Özgeçmişinde 26 yaşındaki annenin 1. gebeliğinden 1. yaşayan olarak 39+6 hafta C/S ile 3650 gr olarak hastanede doğmuş. Anne ve babanın HIV+ olduğu ve annenin gebelik döneminde antiretroviral tedavi almadığı öğrenilmesi üzerine hasta yüksek risk kabul edilip 3'lu anti-HIV profilaksi 6 haftaya tamamlanmış (Nevirapin-Zidovudin –Lamivudin). Postnatal 2. gününde meningomyelosele operasyonu olduğu, postnatal 3. haftasında calcanealgusu olan hastaya pozisyon alçısı yapıldığı, 2 aylıkken hidrosefalisi nedeniyle ventriküloperitoneal şant takıldığı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle servis yatışı olduğu, 4 aylıkken distal şant revizyonu yapıldığı, 7 aylıkken distal şant disfonksiyonu nedeniyle şant revizyonu yapıldığı öğrenildi.

Soygeçmişinde akrabalık saptanmadı, anne-baba HIV+dışında özellik yoktu.

Fizik muayene:

- Genel durumu orta, bilinç açık, düşkün görünümde, GKS:15
- Ateş:36.7 C, Nabız:110/dk, Ta:85/40 mmHg, Solunum sayısı:25/dk
- Saçlı deride şant yerinde akıntı, hiperemi yok, cilt altında şantın yeri görülüyor.
- Ön fontanel 2*2 cm, bombe görünümde gözlerde batan güneş manzarası
- Batın distansiyonu, lokalize hiperemi, hassasiyet+
- Diğer sistem muayenesi olağan.

Laboratuvar tetkiklerinde;WBC 23180 hücre/mm³, nötrofil 15910 hücre/mm³, hemoglobin 10.6 g/dl, trombosit 291.000 g/dl, C-reaktive protein 180 mg/dl, biyokimya değerlerinde belirgin anormallik yoktu. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve şant enfeksiyonu öyküleri olması nedeniyle hastaya vancomisin ve meropenem başlandı. Abdominal ultrasonografide sağ alt kadranda ventriküloperitoneal şant ucu düzeyinde 46x25 mm boyutlu, lobüle konturlu, içerisinde yaygın septalar barındıran loküle sıvı, sağ alt kadranda mezenter yağ doku kalın, heterojen ve ödemli idi. Beyin bilgisayarlı tomografide lateral ventriküllerde dilatasyon dışında patoloji saptanmadı. Çocuk cerrahisi ve beyin cerrahisi tarafından operasyon düşünülmedi. Dirençli ateş, kusma, beslenme intoleransı, nazogastrik drenajdan safralı gelenleri ve akut faz reaktanlarında artış olması nedeniyle tedavisine kolistin ve flukonazol eklendi. Şant rezervuarından alınan beyin omurilik örneklemeğinde glukoz

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

45 mg/dL (Normal değeri 60–80), protein 357 mg/L (Normal değeri 150-400, hücre sayımında lökosit 0/mm³, eritrosit:60/mm³ idi. Direkt boyamada bakteri ve hücre saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı. Beyin cerrahisi ve çocuk cerrahisi tarafından sistemik tedavi devamı verildi. Yatışının 16. gününde abdominal USG' de şant katater alt uç komşuluğunda **33x18 mm** boyutunda, lobüle konturlu hafif kalın duvarlı , internal eko granülleri barındıran, yoğun içerikli loküle sıvı ayrıca ileoçekal valv komşuluğunda 13x7 mm boyutlarında, benzer özellikte ikinci bir loküle kolleksiyon alanı daha izlendi (apse formasyonu ?). Mezenter heterojen, kirli ve ekोजen görünümde (enfeksiyon/enflamasyona bağlı ?). Rektum, rektosigmoid kolon, ileoçekal valv düzeyi en kalın yerinde 5.1 mm ölçülen diffüz duvar kalınlaşması mevcuttu. Hastanın ateşleri devam ediyor, fontanel bombeliği, batan güneş manzarası, kliniğinde bozulma, AFR yüksekliği beyin cerrahisi ve çocuk cerrahisi tarafından ortak operasyona alındı. Sağ alt ve üst kadranda bridlerin açılması, jejunal alandaki perforasyon alanına yönelik 5 cm'lik bağırsak rezeksiyonu, apendektomi , dren takılması ve şant ucunun epigastrik bölgeden batın dışına alındı. BOS kültüründe *Pseudomonas aeruginosa* üremesi saptandı. VP şanti çıkarıldı. Ekstra ventriküler drenaja geçildi. Tedavisi kolistin+meropenem olarak düzenlendi. Operasyon sonrası 9. günü ateşleri günde 2 pik (38-38.5 °C arasında), kültür üremeleri devam etmekte idi. Tedaviye intraventriküler amikasin eklendi. Meropenem ve kolistin tedavilerinin 21. gününde BOS protein yüksekliği, glukoz düşüklüğü, BOS kültür üremeleri devam etmekte idi. Meropenem tedavisi kesilip seftazidim ve kolistin olarak güncellendi. İntraventriküler amikasin tedavisine devam edildi. Seftazidim tedavisinin 48. Saatinden sonra BOS steralizasyonu sağlandı. BOS kültür negatifliği ardışık görüldükten sonra kolistin 34. gününde kesildi. Hasta seftazidim tedavisinin 25. gününde, intraventriküler tedavinin 26. gününde tedavileri kesilerek yeni VP şant takıldı

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Tonsillofarenjitte Kime Ne Zaman Hangi Antibiyotik?

Dr Tuğba Erat

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Tonsillofarenjit, tanım olarak boğaz ağrısı, çoğu zaman eşlik eden ateş, tonsiller ve farinkste inflamasyon (hiperemi, ödem, eksuda) bulgularından oluşur. Yılda yaklaşık 10 milyon çocuk, çocuk acil ve pediatri kliniklerine bu semptomlarla başvurmaktadır. Çocuklarda ve genç yetişkinlerde daha sık görülmektedir. Sıklıkla 5-18 yaş aralığında görülür. Solunum yolu virüslerinin sık görüldüğü kış ve erken bahar mevsiminde tonsillofarenjit görülme sıklığı artmaktadır. Etiyolojide bakteriyel ve viral etkenler yer almaktadır. Tonsillofarenjit nadiren diğer sistemik hastalıkların da bir bulgusu olabilir. Tonsillofarenjitin etiyojisinin çoğu viraldir ve tedavisinde antibiyotik gerekmez. Klinik olarak viral-bakteriyel tonsillofarenjit ayırımı yapmak her zaman kolay olmamaktadır. Grup A Streptokok tonsillofarenjitinin süpüratif ve non-süpüratif komplikasyonlarının önlenmesi için tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle öykü, fizik muayene ve laboratuvar ile tonsillofarenjitin etiyojisi tanımlanmalı ve tedavi düzenlenmelidir.

Viral etkenlerden Epstein-Barr virüs, Adenovirüs, Herpes simpleks virüs, İnfluenza virüs, Parainfluenza virüs, RSV, Enterovirüs, Kızamık virüsü, Kızamıkçık virüsü, Sitomegalovirüs, Rhinovirüs, Coronavirüs, Human metapneumovirus, HIV tonsillofarenjite sebep olan etkenlerdir. EBV, heterofil antikor pozitif enfeksiyöz mononükleoz tablosuna sebep olur. Klinik genellikle 3-5 günlük bir halsizlik, yorgunluk ve hafif bir baş ağrısı ile başlar. Daha sonrasında tanı koydurucu semptomlar olan ateş, boğaz ağrısı, tonsil hipertrofisi, eksudatif tonsillofarenjit, yaygın lenfadenopati, hepatosplenomegali gelişir. Tam kan sayımında lenfomonositer hakimiyet olması ve periferik yaymada atipik lenfositler (Downey hücreleri) EBV tanısını destekleyicidir. Adenoviral tonsillofarenjit ateş, farinkste hiperemi, tonsillerde foliküler hiperplazi ve eksuda, eşlik eden servikal lenfadenopatiler ile seyredir. Faringokonjunktival ateş tablosu ise adenoviral tonsillofarenjit + konjunktivit tablosundan oluşur. Enterovirüslerin sebep olduğu tonsillofarenjit 2 farklı klinik tabloya sebep olur. Herpanjina; arka farinks üzerine dağılmış, ağrılı, gri 1-2mm çapında önce kızamık sonra beyaz renge dönüşen papüloveziküler lezyonlardan oluşur. Etken sıklıkla Coxsackievirüs A'dır. El ayak ağız hastalığı ise; Orofarenkste yaygın, ağrılı papüloveziküler lezyonlar ek olarak avuç içi ve ayak tabanında bulunur. Gövde, ekstremiteler ve perianal bölgede de papüloveziküler mevcuttur. Etken enterovirüsler sıklıkla Coxsackievirüs A16'dır. Herpes simplex tonsillofarenjiti ise ergenlerde farenjit olarak ortaya çıkabilir, diğer farenjitlerden ayırt edilemeyebilir. 10 yaşından küçük çocuklarda ise primer herpes virüs enfeksiyonu ateş + akut gingivostomatit tablosundan oluşabilir. Dudaklar, ağız boşluğunun ön kısmının daha yaygın tutulduğu ağrılı veziküler lezyonlar ile karakterizedir. Servikal lenfadenopatiler eşlik eder. Arka farinks korunmuştur. İnfluenza; Mevsimsel epidemilerle ortaya çıkan yüksek ateş, öksürük, baş ağrısı ve yaygın myaljiyle seyredir. Eksudatif farenjit olabilir. Rhinovirüs, Coronavirüs, RSV ve parainfluenza ise nazofarenjit tablosuna sebep olurlar. Bu hastalarda nazal konjesyon, burun akıntısı-tıkanıklığı görülebilir. Akut retroviral sendrom HIV-1 enfeksiyonunda görülebilir. Akut başlangıçlı ateş, döküntü, farenjit, servikal lenfadenopati, miyalji, atralji gibi semptomlar olabilir. Enfeksiyon etkenleri incelendiğinde viral tonsillofarenjitler %60-80 oranında görülmektedir ve antibiyotik tedavisi gerekli değildir. Viral tonsillofarenjitler uygunsuz antibiyotik kullanımının başında gelmektedir.

Tonsillofarenjitin bakteriyel etkenlerinin başında A grubu beta hemolitik streptokoklar (GAS) gelmektedir. Çocuk ve ergenlerde farenjitten hayatı tehdit eden invaziv hastalığa kadar değişebilen geniş hastalık yapma yelpazesine sahiptir. Penisiline duyarlı olmasına rağmen hala ölüm nedenleri arasında yer alması nedeni ile halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. CDC 2021 verilerine bakıldığında invaziv GAS total vaka sayısı 20,910 (6.30/100,000) ölüm ise 1,910 (0.58/100,000) olarak bildirilmiştir. En sık A grubu beta hemolitik streptokok ilişkili klinik tablo akut tonsillofarenjittir. Bulaşıcılıkla GAS farenjiti olan bir kişinin solunum yolu sekresyonları ile temas sonucu oluşur. (damlacık-yakın temas). Sosyoekonomik düzey düşüklüğü, okullar, çocuk bakım merkezleri, yatılı okullar, askeri kurumlar gibi kalabalık yaşam koşulları enfeksiyonun yayılması için risk oluşturmaktadır. Gıda kaynaklı salgınlar (uygun olmayan hazırlama ve soğutma) görülebilir. GAS farenjiti için inkübasyon 2-5 gündür. GAS farenjiti süpüratif ve süpüratif olmayan komplikasyonları nedeniyle tedavi edilmesi gerekmektedir. Süpüratif komplikasyonlar; peritonsiller, parafarengeal apse, lenfadenit, otitis media, sinüzit, mastoidit, pnömoni, menenjit, beyin apsesi, septik artrit, osteomyelit endokardit, yumuşak doku enfeksiyonları, nekrotizan fasiit bakteriyemi, streptokoksik toksik şok sendromu, süpüratif olmayan komplikasyonlar ise; akut romatizmal ateş, akut glomerulonefrit poststreptokoksik reaktif artrit, PANDAS/PANS'dır. Çocuklarda GAS farenjiti, hızlı antijen testi veya boğaz kültürü ile doğrulanmalıdır. Tedavide Penisilin V Çocuklarda; 250 mg doz 2-3 doz, adölan 500 mg /doz 2 doz 10 gün ilk tercihtir. Bunun yanında amoksisilin 50 mg/kg/doz (en çok 1000 mg/doz), tek doz 25 mg/kg/doz (en çok 500 mg/doz), 2 doz 10 gün, Benzatin penisilin G (im.) 600 000 Ü (<27 Kg) 1 200

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Başışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

000 Ü (≥ 27 Kg) 1 doz tercih edilebilir. Sonuç olarak tonsillofarenjit pediatrik pratikte sık görülen tanılardır. Sıklıkla virüsler etkindir ve antibiyotik gerekmemektedir. Grup A streptokok tonsillofarenjitte en yaygın bakteriyel nedenidir. Penisilin V, amoksisilin Grup A streptokok tonsillofarenjit tedavisinde yeterlidir. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi gerekmemektedir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Olgularla Yenidoğanda İnvazif Fungal Enfeksiyonlar

Doç. Dr. Tuğçe Tural Kara

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

İnvazif fungal enfeksiyonlar yenidoğanlarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Özellikle preterm ve çok düşük doğum ağırlıklı bebekler risk altındadır. 1990'lı yıllarda preterm bebeklerin artmış sağkalımı nedeniyle invazif fungal enfeksiyon sıklığı artsa da son 15 yıldaki enfeksiyon kontrol önlemleri ve antifungal profilaksi uygulamaları gibi önemlerle bu sıklık azalmaktadır.

Kandida, yenidoğanda en sık görülen fungal enfeksiyondur. Kandidemi tüm yaşlarda görülür, ancak yenidoğanlarda diğer yaş gruplarına göre daha sık rastlanır. Görülme sıklığı merkezden merkeze ve hasta popülasyonuna göre değişmektedir (%0,5-20). Sıklığı gebelik yaşı ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır. En yüksek insidans aşırı düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde (%5-20) görülür. İnvazif kandida enfeksiyonu ile bağışıklık sisteminin baskılanması, epitel bariyerlerinin bozulması ve kandida ile kolonizasyon ilişkilidir. Özellikle bağışıklığı sistemi iyi gelişmemiş yenidoğanlar, entübasyon ve santral venöz kateter dahil invazif işlemler, nekrotizan enterokolit, spontan bağırsak perforasyonu, gastrointestinal anomalileri ve abdominal cerrahiler, geniş spektrumlu antibiyotikler, steroidler ve intravenöz lipid emülsiyonları risk olarak sayılır. İnvazif kandida enfeksiyonunda yenidoğanlarda non-spesifik semptomlar görülür. Apne, letarji, solunum ve dolaşım bozukluğu, beslenme güçlüğü gibi sepsis bulguları görülebilir.

Yenidoğanlarda invazif kandidiyazın en sık formu kandidemidir. Kandidemi uzun sürdüğünde (>5 gün) hematogen yolla veya septik emboli yoluyla diğer organlara yayılır. Retina, beyin, kalp, akciğer, karaciğer, dalak ve eklemler dahil tutulum görülebilir. Tanıda altın standart kültürdür. Beta-D-glukan ise yetişkinlerde invazif kandidiyazis tanısında kullanılır.

Aspergillus havada, toprakta, bitkilerde ve tozda yaygın bulunan küflerdir. En sık Aspergillus fumigatus, Aspergillus flavus, Aspergillus niger görülür. Yenidoğanlarda enfeksiyon gerçekleştiğinde mortalite çok yüksektir. Primer enfeksiyon genellikle cilt veya solunum sistemini tutar. Lokalize hastalık, tedaviye erken başlanmazsa hızla sistemik yayılır. Ciltte lezyon eritematöz bir yama veya plak olarak başlar ve hemorajik büle ilerler. 24 saat içinde purpurik ülserasyon ve siyah eskar oluşur. Genellikle sırtta veya travma bölgelerinde görülür. Solunum sisteminde pnömoni tablosuna sebep olur. Dissemine hastalık ise solunum yetmezliği, karaciğer yetmezliği, nöbetler ve deri lezyonları ile yaygın tutulumu neden olur. Tanıda mikroskopi, kültür, Aspergillus polimeraz zincir reaksiyonu ve galaktomannan antijen testlerinden faydalanılır.

Zygomycosis toprakta ve bitki örtüsünde yaygındır. Yenidoğanda nadir görülür ve yüksek mortalite ile ilişkilidir. Rhizopus (%44-72) ve Mucor (%4-15) yenidoğanlarda en sık izole edilen türlerdir. Zygomycosis yenidoğanda primer kütanöz hastalık, gastrointestinal tutulum ve dissemine hastalık kliniklerine sebep olabilir.

Coccidioides, Güneybatı ABD'de endemik olan dimorfik bir mantardır. Yenidoğanlarda az sayıda vaka bildirilmiş olup sıklıkla yaygın ve ölümcül hastalığa neden olur. SSS dahil sistemik yayımlı ciddi akciğer hastalığı tablosu görülür.

Cryptococcus toprakta, güvercin dışkısıyla kirlenmiş bölgelerde bulunur. En sık bağışıklığı baskılanmış konakçılarda görülür. Yenidoğanda enfeksiyon nadir ve beyin, meninksler, karaciğer, dalak ve gözler dahil çoklu sistem yayılımı görülür.

İnvazif fungal enfeksiyonlar yenidoğanlarda ciddi morbidite ve mortalite nedenidir. Laboratuvar testlerinin zayıf performansı, kültür sonuçlarının uzun süre gerektirmesi nedeniyle yüksek klinik şüphesi olan bebeklere, ampirik antifungal tedavi başlanmalıdır. Spesifik mantar izolasyonundan sonra tedavi yeniden düzenlenmelidir. En sık flukonazol ve amfoterisin B deoksikolat kullanılır. Farmakolojik tedaviye ek olarak; kalıcı kateterlerin çıkarılması, cerrahi debridman, intralipid emülsiyonların kesilmesi tedavide önem teşkil etmektedir.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

İnvazif fungal enfeksiyonlardan korunmada kandida enfeksiyonu görülme sıklığının yüksek (>%5) olduğu yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, çok düşük doğum ağırlıklı bebeklere, doğum sonrası 48-72 saatte başlanarak, haftada iki kez, İV, 3 mg/kg flukonazolun 4-6 hafta boyunca ya da damar yolu gereksinimi ortadan kalkana kadar verilmesi önerilmektedir. Ağızdan nistatin, flukonazola seçenek olarak günde 3 kez 100.000 ünite, 6 hafta boyunca kullanılabilir.

Sonuç olarak; invazif fungal enfeksiyonlarda yenidoğanlarda hayatı tehdit edebilecek morbidite ve mortaliteye sebep olan enfeksiyonlardır. Özellikle riskli hastalarda profilaksi uygulamaları yanında enfeksiyon kontrol önlemlerine uyararak, el hijyeni sağlayarak, gereksiz invazif işlemlerden kaçınarak ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımını kısıtlayarak korunma önlemleri alınmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Olgularla Akut İshal

Doç. Dr. Türkan Aydın Teke

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Akut ishal, güvenli içme suyu, uygun sanitasyon ve hijyen ile büyük kısmı önlenilebilen bir hastalıktır. Ancak halen dünya genelinde beş yaş altındaki çocuklarda malnütrisyondun en sık nedeni, ölüm nedenleri arasında da ikinci sıradadır. Akut ishal, günde ≥ 3 yumuşak/sulu dışkılama veya çocuğun günlük dışkılama sayısını ≥ 2 aşan yumuşak/sulu dışkılama olarak tanımlanır. Süreye göre ise; süre yedi günden kısa ise akut ishalden söz edilir. Akut ishale etyolojik açıdan tetkik etmek genellikle gerekli değildir. Eğer hastada yüksek ateş veya kanlı/mukuslu ishal veya ciddi abdominal kramp, hassasiyet ya da sepsis bulguları varsa dışkı tetkiki önerilir. Bunların haricinde eğer hasta gündüz bakım evi çalışanı/sakini veya gıda hazırlayıcı veya sağlık çalışanı/hasta bakımı ile ilgileniyorsa yine dışkı tetkiki önerilir. Akut ishale yaklaşımda ilk aşama dehidratasyonun değerlendirilmesidir. Kaybedilen sıvı ve elektrolitleri yerine koyma ile çoğu zaman kendiliğinden düzelir. Antimikrobiyal tedavinin çoğu zaman riski faydasından daha fazladır (ciddi enfeksiyonlar ve immün sistemi baskılanmış hastalar hariç). İmmün sistemi sağlam konakta tek başına kanlı ishale antimikrobiyal tedavi önerilmez. Kan kültürü; < 3 ay bebeklere, sepsis bulguları olan hastalara, enterik ateş şüphesi olan hastalara ve yüksek riskli hastalara (hemolitik anemi, immün yetmezlik) önerilir. Kanlı ishale ampirik antimikrobiyal tedavi; < 3 ay bebeklerde bakteriyel etyoloji düşünülüyor ise, ateş ve karın ağrısı varsa, dizanteri kliniği varsa (sık ve az miktarda kanlı ishal, abdominal kramp, tenesmus), uluslararası seyahat öyküsü varsa ve ateşi varsa ve/veya sepsis bulguları varsa önerilir. Kanlı ishale Shiga benzeri toksin üreten *E. coli*'den şüpheleneceğimiz durumlar; akut başlangıçlı kanlı ishal, karın ağrısı, ateşin yokluğu ve direk mikroskopide PNL yokluğudur. Bu durumda antibiyotik, antimotilite ajanlar, NSAID ve iv ondansetron kullanımından kaçınılmalıdır. Tifo dışı *Salmonella* gastroenteritinde komplikasyon gelişimi açısından yüksek risk grubu hariç antimikrobiyal tedavi önerilmez. Bu hastalara örnek; < 6 ay bebekler, primer veya sekonder immün yetmezlikli hastalar, splenektomili hastalar, orak hücreli anemili hastalar ve malnütre hastalardır. *Campylobacter* türleri ile gelişen akut ishal sıklıkla kendini sınırlayıcı olması ve antibiyotik etkinliğinin de bu organizmalarla gelişen enfeksiyonda sınırlı olması nedeniyle ağır hastalığı olan veya ağır hastalık riski taşıyan grup haricinde antimikrobiyal tedavi bu grupta da rutin olarak önerilmez. Eğer verilecekse hastalığın ilk iki gününde verilmesi önerilir.

Akut ishale bir diğer sık uygulama da iv ondansetron kullanımındır. Ondansetron antiemetik özelliği ile inatçı kusmayı azaltır, dolayısıyla da iv sıvı gereksinimini ve hastaneye yatışı azaltır. Ancak QT'yi uzatıp fatal aritmiye neden olabileceği ve ishali daha da arttırabileceği konusunda dikkatli olunmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Enfeksiyon Hastalarında Beslenmenin Önemi

Doç. Dr. Ümmühan Çay

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, sağlığın korunması, yaşam kalitesinin artırılması için gerekli besin öğeleri yeterli ve dengeli olarak alınmalıdır. Beslenme, immün sistem bütünlüğü, işleyişi ve korunmasında önemli bir faktördür. Ayrıca beslenme, enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkması, iyileşme, persiste etmesinde kritik rol oynar. Enfeksiyondan önce ve sonra yeterli dengeli beslenme çok önemlidir. Yetersiz beslenme tüm dünyada bağışıklık yetersizliğinin başlıca nedenidir. En çok etkilenenler bebekler, çocuklar, ergenler ve yaşlılardır. Yetersiz beslenme ile enfeksiyon ve bebek ölümü arasında güçlü bir ilişki vardır. Beslenme durumunun düzeltilmesi ile enfeksiyonların büyük çoğunluğunun ortadan kaldırılabileceği düşünülmektedir. Beslenme, bağışıklık hücreleri fonksiyonlarını destekler ve patojen organizmalara karşı yeterli, zamanında ve hızlı bir şekilde yanıt vermesine sebep olur.

Gebelikte sağlıklı beslenmenin embriyo fetüs üzerine oldukça önemli etkileri vardır. Yetersiz beslenen gebe bireyden doğan bireylerde ömür boyu kalıcı immün fonksiyonlarda bozukluk meydana gelebilir. Anne sütü ile beslenmesinde ayrıca enfeksiyonlara karşı koruyucu immünolojik yönleri vardır. Aşırı kalorili beslenme, leptin ve ghrelin hormonları ile nöroendokrin değişiklikler yaparak immün sistemde anormal yanıtlara neden olur ve enfeksiyonlara karşı duyarlılığı artırır.

Dünyada bağışıklık yetmezliğinin en yaygın nedenleri arasında malnütrisyonun yer alması, beslenmenin immün sistem üzerindeki etkisini günümüzde çok daha önemli bir hale getirmiştir. Beslenme ve enfeksiyon arasında çok eski yıllardan itibaren bilinen çift yönlü bir ilişki vardır. Enfeksiyon sırasında iştah azalması, kusma, ishal gibi nedenlerle besinlerin emilimi, alımı azalmış, bunun yanında besin ihtiyacı artmıştır. Enfeksiyon sırasında ateş, katabolizmada artış, metabolizmada artış, sıvı kaybı, katekolaminler, kortizol, glukagon gibi stres hormonlarında artış ve hiperinsülinemi-hiperglisemi-negatif nitrojen dengesi meydana gelmesi ile enerji ihtiyacı artar. Enfeksiyondan önce beslenme yetersizliği var ise tablo daha derinleşir. Beslenme durumu enfeksiyon sonucunun belirleyicisidir. Alınan makro ve mikro besinler sadece enerji ihtiyacını karşılamaz ayrıca immün sistem üzerine önemli etkileri vardır. Enfeksiyon sırasında yüksek kalorili ve proteinli gıda, vitamin ve mineral içeriği yüksek kolay sindirilebilir besinler tüketilmelidir. Artan enerji, protein ve karbonhidrat gereksinimi var ancak besin alamıyor ya da yetersiz kalıyor ise normal beslenme planına ek olarak oral beslenme ürünleri (enteral ürünler) veya tüp kullanılarak hastaların yeterli enerji ve protein alması sağlanmalıdır. Beslenme desteği sağlanırken bireyselleştirilmiş stratejiler geliştirmek gerekir. Beslenme durumunun iyileştirilmesi, enfeksiyonları önleme ve yönetimde hayati öneme sahiptir. Özellikle gebeler ve çocuk hastaların tüm başvurularında beslenme değerlendirilmesi yapılmalıdır.

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

Mekanik Ventilatördeki Hasta: Ne Zaman Pnömoni

Doç. Dr. Zeynep Gökçe Gayretli Aydın

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD

Kritik hastalığı olan ve solunum yetmezliği tablosundaki hastalar için mekanik ventilatör (MV) hayat kurtarıcı bir tedavi şeklidir. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ölüme de neden olabilecek bazı komplikasyonlar görülmektedir. En sık görülen komplikasyonlar **ventilatör ilişkili pnömoni (VIP)**, sepsis, akut respiratuar distres sendromu, pulmoner emboli, barotravma ve pulmoner ödem, MV süresinde ve YBÜ/hastanede yatış süresinde uzama, artmış maliyet, bağımlı kalma ve ölüm riskinde artıştır.

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde kan akımı enfeksiyonlarından sonra ikinci sıklıkta görülen nozokomiyal enfeksiyon VIP'dir. Mekanik ventilasyona başladıktan sonra 48 saat ve sonrasında gelişen pnömoniler VIP olarak kabul edilir. Mekanik ventilasyon uygulamasından 96 saat içerisinde gelişen pnömoniler erken başlangıçlı, sonraki günlerde gelişen pnömoniler ise geç başlangıçlı VIP olarak tanımlanmıştır. Ventilatör ilişkili pnömoni sıklığı hastanın yattığı yoğun bakım birimlerinin bakım koşullarına, yatak sayısına, ventilatör destek tedavisinin süresine ve altta yatan hastalığa bağlı olarak değişiklik gösterir. Ventilatör tedavisi alan hastalarda VIP sıklığı % 6-52 arasında değişen sıklık bildirilmektedir. VIP pediatrik yoğun bakım ünitesindeki hastalarının %3 ila 10'unda, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde %6,8 ila 32,3'ünde bildirilmektedir. Erişkinlerde ise oran %15 ila 30 olarak daha yüksektir. Ventilatör ilişkili pnömoni sıklığını belirleyen en önemli faktör destek tedavisinin süresidir. Mekanik ventilatör tedavisinin süresi uzadıkça sıklık artar. VIP'e bağlı mortalite enfekte eden mikroorganizmaya, eşlik eden hastalıklara, konağın yanıtına, başlangıç zamanı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ventilatör ilişkili pnömoni gelişiminde birden fazla mekanizma söz konusudur. Hastanın mikroflorasında oluşan değişim, aspirasyon, ekzojen olarak kazanılan mikroorganizma ve akciğer defans mekanizmalarındaki bozulma sonucu gerçekleşen kolonizasyonu takiben ventilatör ilişkili pnömoni ortaya çıkar.

Ventilatör ilişkili pnömoni sıklığında artışa yol açtığına ait kuvvetli kanıtlar bulunan risk faktörleri şunlardır.

- Mekanik ventilasyon ve süresi, nöromusküler blokaj uygulanması veya kas güçsüzlüğüne neden olan hastalığın varlığı akciğer temizleme mekanizmalarının bozulmasına neden olur.
- Tekrarlayan entübasyonlar
- Entübe olan hastanın izlendiği servis dışında tetkik veya tedavi amaçlı olarak taşınması (örneğin radyoloji ünitelerine götürülüp getirilmesi)
- Altta yatan hastalık
- Kan akım enfeksiyonunun bulunması
- Antibiyotik kullanımı, dirençli mikroorganizma ile gelişen VIP sıklığını artırır
- Açık sistem aspirasyon yapılması

VIP'te en sık görülen mikroorganizmalar Gram negatif enterik basillerdir. Yoğun bakım ünitelerinde izole edilen en sık Gram negatif ajan %55-85 gibi yüksek bir oranla **Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobacter spp.** Türleridir. Bu mikroorganizmalarda ventilatör ilişkili pnömoniye bağlı mortalite yüksektir. En sık izole edilen Gram pozitif ajan %20-40 oranla **Staphylococcus aureus**'tur. Vakaların %40-60'ı polimikrobiyaldir. Çocuklarda ventilatör ilişkili pnömoni tanısının konulması oldukça güçtür. Tanıda halen tartışmalar olup henüz evrensel kabul edilmiş tanı kriterleri yoktur. Tanıda altın standart akciğer biyopsisidir ancak klinik uygulaması yapılmamaktadır. Bu nedenle hastalarda tanı amaçlı klinik ve radyolojik kriterler kullanılır. Ventilatör ilişkili pnömoni tanısı için mikrobiyolojik doğrulama ise zorunlu değildir. Mikrobiyolojik incelemeler etkeni göstermek veya tanıyı desteklemek için kullanılabilir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'nin klinik olarak ventilatör ilişkili pnömoni tanısı, akciğer grafisinde yeni saptanmış infiltrasyon ya da var olan infiltratif tutulumdaki artışa aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin eklenmesi ile tanımlanmaktadır:

17. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

11 - 14 Şubat 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC



www.cocukenfeksiyon2024.org

1. Ateş ($> 38.5^{\circ}C$) ya da hipotermi ($< 36^{\circ}C$)
2. Pürülan trakeabronşial sekresyon varlığı ya da var olan sekresyon miktarında artış
3. Lökositoz ($>15.000/mm^3$) ya da lökopeni ($<4000/mm^3$)

Ventilatör ilişkili pnömoni tanısında kullanılan CDC klinik ve radyolojik bulgular da ayrıca mevcuttur.

Ventilatör ilişkili pnömoni tedavi, tanı konulur konulmaz ampirik olarak başlanır, klinik yanıt ve kültür sonuçlarına göre tedavi yeniden düzenlenir. Ampirik tedavi mutlaka antipsödomonal özellikte olmalıdır. Çocuklarda ampirik tedavide seftazidim + aminoglikozit veya sefepim veya sefoperazon-sulbaktam veya piperasilin/ tazobaktam veya karbapenem tek başına veya aminoglikozit eklenerek kullanılabilir. Yaşamsal riski olan hastalarda, kateter varlığında, dolaşım bozukluğu olan hastalarda, başlangıç tedavisine 48 saat içinde yanıt vermeyen hastalarda ve klinik durumu kötüleşen hastalarda (düzelmemeye ve klinik kötüleşmeye neden olabilecek diğer nedenler yönünden hastanın mutlaka yeniden değerlendirilmesi gerekir), hastanın izlendiği ünite MRSA enfeksiyonu varlığında VIP tedavisinde **glikopeptid** kullanımı önerilir. Çocuklarda VIP'te tedavi süresinin ne kadar olması konusunda yapılmış prospektif bir çalışma ve kesinleşmiş bir fikir birliği yoktur.

Tedavi süresi etkene, altta yatan hastalığa, klinik yanıt ve enfeksiyon göstergeleri sonucuna göre karar verilmesi gereken bir durumdur. Hastaya göre bireyselleştirilmelidir.

Ventilatör ilişkili pnömoniyi önlemek için etkin bir enfeksiyon kontrol programı ve sürveyans uygulanmalıdır. Yaygın olarak uygulanan ve etkili olması olası önlemler; sağlık personelinin el yıkama ve eldiven kullanımı için olanaklar oluşturulması ve personelin bu kurallara uymasının sağlanması, sağlık personeli hastane enfeksiyonları konusunda eğitilmesi ve eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması, yoğun bakımda yatan bilinci kapalı hastalar, mekanik ventilasyon uygulanan hastaların, hastanın durumuna uygun şekilde beslenmesi, malnütrisyon önlenmesidir.

BİLİMSEL SEKRETERYA



Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği

Remzi Oğuz Arık, Mah. Atatürk Blv No:231/20, 06680 Çankaya/Ankara

Telefon: 0312 427 27 91

sekreter@cocukenfeksiyonderneği.org

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



Mecidiyeköy Mah. Şehit Ahmet Sk. Ada Residence Blok No: 6-10

İç Kapı No: 7 Şişli / İSTANBUL

Telefon: 0212 708 42 08

E-Mail: cocukenfeksiyon@netkongre.com