

Romatoloji polikliniğine başvuran hastaların sevk özellikleri ve tanı dağılımları

The referral features and the diagnosis of the patients referred to rheumatology outpatient clinic

Bilal Arıcan¹, Mehmet Engin Tezcan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul;

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Özet

Amaç: Romatizmal hastalıkların sistemik olması sebebiyle tüm tıp disiplinlerinden romatolojiye hasta sevk edilebilmektedir. Yüz bin kişiye 0.22 romatoloji uzmanı düşmekte olan ülkemizde, diğer tıp disiplinlerinden romatoloji polikliniklerine yapılacak olan sevklerin uygunluğunun artması, romatolojik problemleri olan hastaların tanı ve tedavilerinin doğru yapılmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların, sevkine neden olan başlıca bulgular ile romatoloji polikliniğinde yapılan değerlendirme sonrasında hastalarda saptanan romatizmal hastalıkların dağılımını inceledik.

Yöntem: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine, son bir yıl içinde başvurmuş olan ve dosyalarından; hasta adı, hasta yaşı, cinsiyeti, hasta sevk nedeni, polikliniğimizde saptanan hastalık tanısı elde edilebilen toplam 739 hasta değerlendirildi.

Bulgular: En sık sevk semptomu veya bulgusu, eklem şikâyetleri olarak tespit edildi. Çalışmaya alınan 392 (%53.1) hastada romatizmal hastalık saptandı. Hastalara en çok osteoartrit tanısı konulmuştu. Romatizmal hastalık veya romatizma dışı hastalık saptanan hastalar arasında sevk nedeni olan semptomlar, laboratuvar parametreleri ve ön tanıları açısından farklılık saptanmadı.

Sonuç: Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisinde hastaların yüksek doğruluk ile romatoloji polikliniklerine yönlendirilmesi, erken ve doğru tanıya katkı sağlayarak, komplikasyonların önlenmesinde rol oynayabilir. Ayrıca, romatoloji polikliniklerinde gözlenen yoğunluğun azaltılmasına katkıda bulunabilir. Eklem bulguları, akut faz ve oto-antikör pozitifliği en sık sevk nedeni iken, en sık konulan tanı osteoartrit olarak bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Romatoloji, sevk, erken tanı

Summary

Objective: Rheumatologic diseases have systemic features. So, almost all medical specialties can refer some of their patients to rheumatology. There is 0.22 rheumatologists per a hundred thousand persons in Turkey. Suitability of patient referrals to rheumatology outpatient clinics may relate to early diagnosis and timely treatment of the patients with rheumatologic diseases. In this study, we aimed to determine the main clinical features of referred patients to the rheumatology clinic and frequency of final diagnosis of them.

Methods: We enrolled 739 patients who were referred to Kartal Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Rheumatology outpatient clinic in the recent year. We obtained patient name, age, gender, reason for referral, final diagnosis and referral physician information from the patient files.

Results: Articular signs were found as the most common reason for referral. 392 (53.1%) patients were diagnosed with rheumatologic diseases. Osteoarthritis was the most frequent diagnosis. Signs, laboratory parameters and provisional diagnosis in referral forms were similar in both patients with rheumatologic and non-rheumatologic diseases.

Conclusion: Early diagnosis and treatment is the essential for rheumatologic diseases. Referring patients to rheumatology with high sensitivity contributes early diagnosis and helps for prevention of complication. Also, correct referral process may reduce inappropriate application to rheumatology clinics. Articular signs, high acute phase reactants and positive auto-antibodies were the most common reasons for referring. Most frequent diagnosis was osteoarthritis.

Keywords: Rheumatology, referring, early diagnosis

İletişim / Correspondence:

Dr. Mehmet Engin Tezcan. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul.
e-posta: engintez@yahoo.com

www.raeddergisi.org
doi:10.2399/raed.18.27247
Karekod / QR code:



Çıkar çakışması / Conflicts of interest: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir. / No conflicts declared.

Romatoloji, başlıca kas iskelet sistemini etkileyen otoimmün inflamatuvar hastalıkların tanı ve tedavisini ince-ler.^[1] Türkiye’de romatolog ve romatoloji eğitimi veren merkez sayısı ihtiyacın gerisindedir. Bu nedenle romatizmal hastalıkların tanısında güçlükler yaşanmaktadır. Bu durum romatoloji bölümüne yapılan hasta sevklerinin doğruluğunu etkileyerek, romatoloji polikliniklerinde yoğunluğa yol açmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre Türkiye nüfusu 77 milyonun üzerinde bulunmuştur.^[2] 2014 Sağlık Bakanlığı İnsan Gücü Raporuna göre, Türkiye’de sadece 164 romatolog bulunmaktadır. Her yüz bin kişiye 0.22 romatoloji uzmanı düşmekte olduğu saptanmıştır.^[3] Diğer tıp disiplinlerinden romatoloji polikliniklerine yapılacak olan gereksiz hasta sevkleri romatoloji polikliniklerinin yoğunluğunun ve gerçek romatolojik problemleri olan hastaların tanı ve tedavilerinin yapılamamasına veya gecikmesine sebep olabilmektedir.

Bu çalışmada romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların, sevkine neden olan başlıca semptom, muayene ve laboratuvar bulguları ile romatoloji polikliniğinde yapılan değerlendirme sonrasında hastalarda saptanan romatizmal hastalıkların dağılımını tespit etmeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine sevk edilerek, Kasım 2015 ile Kasım 2016 tarihleri arasında merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) ile başvurmuş ya da sevk eden doktorun yaptığı yazılı veya sözlü bildirim çerçevesinde acil olduğu değerlendirilerek kabulü yapılan, daha önce bilinen romatizmal hastalık tanısı olmayan 2557 hasta kaydı değerlendirildi. Bu hastalardan, sevk eden doktorun notu bulunan ve tıbbi kayıtlarından yeterli verisi sağlanabilen toplam 739’u çalışmaya alındı. Sevk eden doktorun notu bulunmayan ve dosyasında gerekli bilgileri tespit edilemeyen hastalar çalışma dışında tutuldu.

Çalışmamızın değişkenlerini; hasta cinsiyeti ve yaşı, sevk nedeni, sevk eden hekim tarafından öngörülen ön tanı, hastanın sevkinden romatoloji polikliniğince değerlendirilmesine kadar geçen süre (gün sayısı olarak), laboratuvar bulguları ve romatoloji polikliniğinde tespit edilen hastalık tanısı oluşturmada idi. Laboratuvar bulgusu olarak akut faz yüksekliği, eritrosit sedimentasyon hızı (>20 mm/saat) veya C reaktif protein (>3 mg/L) değerlerinden en az birinin yüksekliği olarak tanımlandı. Oto-antikor pozitifliği ise, anti nükleer antikor (>1/100 titrasyon pozitifliği), romatoid faktör (>15 IU/mL), “*extractable nuclear*

antigen”, anti siklik sitrülünlenmiş peptit antikor (>20 EU/mL) ve anti-nükleer sitoplazmik antikor (>1/20 titrasyon üzeri) testlerinin en az birinin pozitif bulunması olarak kabul edildi.

Saptanan tanımlar romatolojik ve romatolojik olmayan olarak, ikiye ayrılarak değerlendirildi. Fibromiyalji sendromu (FMS), osteoartrit (OA), romatoid artrit (RA), spondilartropati grubu [ankilozan spondilit (AS), psöriatik artrit (psA), reaktif artrit, Reiter sendromu, enterik artropati, undiferansiye spondilartropati] hastalıklar, ailevi Akdeniz ateşi (FMF), Behçet hastalığı, gut hastalığı ve diğer kristal artropatiler, sistemik lupus eritematoz (SLE), skleroderma, diğer bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, polimiyalji romatika, Sjögren sendromu, sarkoidoz, romatizmal hastalıklar olarak kabul edildi. Bu tanımlar dışında kalan olgular romatizmal olmayan hastalıklar olarak değerlendirildi.

Hastaların sevk nedenleri ve sevk sırasındaki bulguları, hastane kayıt sisteminden veya dış merkezden sevk edildiyse sevk notundan; değerlendirme sırasındaki bulgular ve takiben konulan tanı ile ilgili bilgiler hastane sisteminden elde edildi.

Çalışma ile ilgili etik kurul onayı, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulundan alındı. Çalışma, Helsinki bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütüldü.

Elde edilen veriler analiz için SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, IL, ABD) istatistik programına kaydedildi. Devamlı değişkenlerin, normal dağılımı için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Kategorik ki-kare, testi uygulandı. Tüm değişkenler ortalama (+/- standart deviasyon) olarak gösterildi. Test sonuçlarında p<0.05 anlamlı kabul edildi. Sonuçlar, yukarıda sınırları belirlenen hasta grubunu kapsamaktadır.

Bulgular

Çalışmaya alınan 739 hastanın 569’u (%77.0) kadın, 170’i (%23.0) ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 45.5 (13.8) olarak bulundu.

Çalışmaya alınan hastaların, romatoloji polikliniğinde yapılan değerlendirmeleri sonucu 392’sinde (%53.1) romatizmal hastalık saptandı. En sık saptanan romatizmal hastalık osteoartrit olarak tespit edildi. Erkeklerde romatizmal hastalık tespit edilme oranı %52.4, kadınlarda ise %53.3 olarak bulundu. Tespit edilen hastalıkların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı **Tablo 1**’de verilmiştir.

Hastaların sevkinden romatoloji polikliniğimizde değerlendirilmesine kadar geçen süre ortalama olarak 52.55 (±41.0) gün olarak bulundu. En uzun bekleme süresi 365

gün olarak tespit edildi. Romatizmal hastalık tanısı almış hastalarda ortalama bekleme süresi 54.7 (\pm 39.8) gün iken, acil notu olup romatizmal hastalık tanısı alan hastalarda ise 21.3 (\pm 11.6) gün olarak bulundu. Sevk sonrası bekleme süresi romatizmal hastalık veya romatizma dışı hastalık tanısı konan gruplarda benzer olarak saptandı ($p=0.14$).

Hekimler tarafından en sık belirtilen birincil sevk nedeni, eklem şikayeti ve/veya hekim muayenesinde eklem bulgularının olmasıydı. 483 (% 65.3) hastada eklem şikayeti/bulgusu olduğu belirtilmişti. Ayrıntılı sevk nedenleri ve sıklıkları **Tablo 2**'de verilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların 255'inde (%34.5) sevk anı muayene bulgusu belirtilmişti. En sık belirtilen muayene bulgusu 177 (%23.9) hastada tespit edilen kas iskelet sistemine ait bulgulardı.

Hastaların 264'ünde (%35.7) sevk nedeni olarak tek başına veya muayene bulgusuna ek olarak laboratuvar bulgusu belirtilmişti. En sık tespit edilen laboratuvar bulgusu, 99 (%13.3) hastada tespit edilen oto-antikör pozitifliği idi. Pozitif laboratuvar bulgusu ile sevk edilen hastalarda romatizmal hastalık saptanma oranı %44.1 iken, laboratuvar bulgusu olmadan sevk edilen hastalarda ise bu oran %30.7 olarak tespit edildi. Sevk notunda belirtilen, laboratuvar bulgularının dağılımı ve bu hastalarda romatizmal hastalık tanı konma sıklığı **Tablo 3**'de belirtilmiştir.

Romatizmal hastalık tanısı konan hastalarda sevk notunda belirtilen en sık laboratuvar bozukluğu 39 (%9.9) hastada akut faz yüksekliği olarak bulundu. Romatizma dışı hastalık tanısı konan hastalarda da akut faz yüksekliği en sık belirtilen laboratuvar anormalliği idi. Elli sekiz (%16.7) hastada, akut faz yüksekliği bildirilmişti. İki grup arasında sevk notunda belirtilen laboratuvar anormallikleri arasında farklılık saptanmadı ($p= 0.09$)

Çalışmaya alınan hastalardan 372'sinde (%50.3) sevk ön tanısı olarak herhangi bir hastalık belirtilmemişti. En sık sevk ön tanısının RA olduğu gözlemlendi. RA ön tanısı 136 (%36.7) hastanın notunda belirtilmişti (**Tablo 4**).

Romatizmal hastalık tanısı konan 55 (%14.9), romatizmal hastalık dışı hastalık tanısı konan 81 (%23.3) hastada RA, sevk notunda belirtilen ön tanı olup her iki grupta da en sık belirtilen ön tanı idi. Sevk notunda belirtilen ön tanıları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.21$).

Hekimler tarafından romatizmal hastalık ön tanısıyla yönlendirilen hastalarda romatizmal hastalık saptanma oranı %58.6, ön tanı belirtilmeden yönlendirilen hastalarda romatizmal hastalık saptanma oranı %47.6 olarak saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 1. Romatoloji polikliniğinde konulan tanıların cinsiyete göre dağılımları.

Klinik	Kadın		Erkek	
	n=569	(%)	n=170	(%)
Romatoid artrit	58	10.2	14	8.2
Ankilozan spondilit	19	3.3	14	8.2
Diğer spondiloartropati	28	5.0	15	8.8
Behçet hastalığı	11	1.9	2	1.2
Gut	2	0.3	17	10.0
Ailevi Akdeniz ateşi	26	4.6	11	6.5
Diğer bağ dokusu hastalıkları	20	3.5	0	0.0
Fibromiyalji	23	4.0	1	0.6
Osteoartrit	93	16.3	12	7.0
Diğer	23	4.0	3	1.8
Romatolojik tanı konulamayan	266	46.7	81	47.6

Tablo 2. Romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların, sevk eden hekim tarafından vurgulanan sevk gerekçeleri.

Sevk nedeni	n=739	(%)
Eklem şikayeti/bulgusu	483	65.3
Oral aft	35	4.8
Bel ağrısı	34	4.6
İnflamatuvar göz hastalıkları*	27	3.6
Yaygın ağrı	24	3.3
Karın ağrısı	21	2.9
Cilt bulguları	17	2.3
Raynaud fenomeni	15	2.0
Diğer†	83	11.2

*Üveit, sklerit, episklerit, keratit; †Anormal laboratuvar bulgusu, neden belirtilmeyen vb.

Tablo 3. Romatoloji polikliniğine sevk edilen hastalarda sevk eden hekim tarafından vurgulanan anormal laboratuvar bulguları.

Bulgu	n=264	Romatizmal hastalık tespit edilen hasta sayısı/yüzdesi
Antikör pozitifliği	99	38 (%38.3)
RF	51	20 (%39.2)
ANA	25	10 (%40)
ENA	14	5 (%35.8)
ACPA	9	3 (%33.3)
HLAB27	8	5 (%62.5)
FMF gen mutasyonu	33	18 (%54.5)
Ürik asit yüksekliği	6	5 (%83.3)
Sakroilitis*	14	9 (%64.2)
Akut faz yüksekliği	97	40 (%41.2)
Diğer	7	2 (%28.5)

*Görüntüleme yöntemlerinde. ACPA: Anti siklik sitrülünlenmiş peptid antikörü; ANA: Anti nükleer antikör; ENA: Extractable nükleer antijen; RF: Romatoid faktör.

Tartışma

Ağrı, algısı kişiye göre değişen çok yönlü ve subjektif bir histir. Amerika’da yetişkin popülasyonun yaklaşık %40’ı kronik ağrıdan etkilenmektedir.^[4] Israrcı ve günlük yaşamı etkileyen ağrı, romatizmal hastalıklarda en sık görülen kas iskelet sistemi semptomudur. Ayrıca eklemlerde şişlik, kızarıklık, ısı artışı gibi akut artrit bulguları ve eklem dejenerasyonu ile sabah tutukluğu gibi kronik artrit bulguları, özellikle inflamatuvar hastalıklarda karşımıza çıkmaktadır.^[5] Kas iskelet sistemi semptomlarının yanında bir çok sistemik semptom da (cilt ve cilt altı lezyonlar, göz bulguları, oral aft gibi) romatizmal hastalıkların ilk bulgusu olarak görülebilir.^[6] Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde hastaların en sık (%69.9) kas iskelet sistemi semptomlarıyla sevk edildiği ve bunların içinde en sık semptomun %65.3 ile eklem ağrısı olduğu saptanmıştır. Ayrıca fizik muayene bulgusu olarak da, yine en sık kas iskelet sistemi bulguları saptanmıştır. Romatizmal hastalıkların, en sık kas-iskelet sistemini etkilediği göz önüne alındığında, bu sonuçlar beklenen bir durumdur. Oral aft, göz bulguları ve karın ağrısı gibi bulguların sık rastlanmasını, FMF ve Behçet hastalıklarının Türkiye’de sık gözlenmesine bağlayabiliriz.^[7]

Epidemiyolojik araştırmalar hastalıkların topluma getirdiği sosyal ve ekonomik yükü saptamak açısından önemlidir. Romatizmal hastalıkların ülkemizdeki epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış çalışmalar mevcuttur. Ancak, bu çalışmalar, Türkiye’nin tamamını kapsayan çalışmalar değildir. Türkiye’de prevalansı araştırılan romatizmal hastalıklar, RA,^[8] AS ve SpA,^[9] Sjögren sendromu,^[10] gut hastalığı,^[11] Behçet hastalığı^[12] ve FMF^[13] olarak sayılabilir. İnflamatuvar olmayan romatizmal hastalıklar olan osteoartrit^[14] ve FMS^[15] ile ilgili de ülkemizde yapılmış prevelans çalışmaları mevcuttur. Çalışmamız, romatizmal hastalıklarla ilgili epidemiyolojik veri elde amaçlı yapılmamıştır. Ancak, tanısı konan hastalıkların, toplam romatizmal hastalıklar içindeki sıklıkları, genel toplum verileri ile benzer bulunmuştur.

Romatoid artrit hastalarında, semptomların başlamasını takiben, ilk 12 hafta içerisinde tanı ve tedavi ile tam remisyona sağlanabileceği veya daha az ilaç kullanılarak hastalığın remisyonda tutulabileceğine dair görüş mevcuttur.^[16] Çalışmamızda hastaların sevkinden romatoloji polikliniğimize değerlendirilmesine kadar geçen ortalama süre (52.5 gün) olarak bulunmuşken, bu süre RA tanısı alan hastalarda 58.2±49.4 gün olarak tespit edilmiştir. RA tanısı almış olan 12 (%16.6) hastanın bekleme süresi 12 haftayı geçmiştir. Ülkemizde bu konuda literatür verisine ulaşılammıştır ancak diğer ülkelerde yapılmış çalışmalarda ABD’de 18 aya kadar uzayan bekleme süreleri bildirilmektedir. İngiltere’de ise romatoloğa ulaşmak

Tablo 4. Romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların sevk eden hekim tarafından bildirilen romatizmal hastalık ön tanıları.

Hastalık adı	n=367	%
Romatoid artrit	136	36.7
Ailevi Akdeniz ateşi	48	13.0
Ankilozan spondilit	36	9.7
Diğer spondilartropati	31	8.6
Behçet hastalığı	29	7.8
Gut hastalığı	11	3.0
Undifferansiye bağ dokusu hastalığı	23	6.2
Vaskülitler	11	3.0
Sistemik lupus eritematozus	9	2.4
Diğer	33	9.0

için bekleme süresi 3 ayı geçen hasta sayısı son dönemde %10 artmıştır.^[17]

Romatolojide laboratuvar incelemelerinin amacı, doğrudan tanıya götürmek değil, ayırıcı tanılarda yardımcı olmak veya hastalık aktivitesinin ve tedavi yanıtının değerlendirilmesini sağlamaktır. Günümüzde gelişmiş laboratuvar incelemelerine sahip olmamıza rağmen, pek çok hastalıkta olduğu gibi romatizmal hastalıkların tanısında da iyi bir anamnez ve fizik muayene, tanı koyma sürecinin temelini oluşturur. Laboratuvar test sonuçlarının daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için romatizmal hastalıklarda kullanılan bir çok testin özgüllüğünün ve duyarlılığının düşük olduğunun bilinmesi çok önemlidir. RF, sıklıkla RA tanısı koymak için kullanılır ancak RA için çok duyarlı olmasına karşın özgül değildir. RA dışında SLE, Sjögren sendromu gibi diğer bağ dokusu hastalıklarında, viral, bakteriyel, paraziter infeksiyonlarda, neoplazilerde, bazı karaciğer hastalıklarında, yaşlılarda normal değerlerin üzerinde bulunabilir. Akut faz proteinleri ise inflamasyon varlığını gösterir ancak hiçbir hastalığa özgü değildir. SLE ve diğer bağ dokusu hastalıklarında artmış sıklıkta tespit edilen ANA pozitifliğine, yaşla birlikte artacak şekilde toplumda sık rastlanır. Yapılan çalışmalarda toplumun yaklaşık 1/3’ünde düşük titrede ANA pozitifliği saptanmıştır.^[18] Yapmış olduğumuz çalışmada antikor pozitifliği nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen hastalarda romatizmal hastalık saptanma oranı %40.1, akut faz proteini yüksekliği nedeniyle yönlendirilenlerde ise %41.2 olarak bulunmuştur. Otoantikör pozitiflikleri ve romatolojik testler, temel olarak tanıların desteklenmesinde kullanılmaktadır. Bu açıdan, romatolojide sık kullanılan testlerin, hastanın hikaye ve muayene bulguları göz önüne alınarak istenmesi uygun olacaktır. Kliniğe dayanmadan, tarama ve/veya rutin amaçlı yapılan testlerde çıkabilecek pozitif sonuçlar gereksiz sevke yol açabilmektedir.

Çalışmamızda romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların %46.7'sinde herhangi bir romatizmal hastalık tespit edilmemiştir. Ön tanı ile sevk edilen hastalarda, romatolojik hastalık saptanma sıklığı, ön tanısız yönlendirilen hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu açıdan, tıp eğitimi sırasında, romatizmal hastalıklar konusunda farkındalığın artırılması ve mezuniyet sonrası, sık görülen romatizmal hastalık bulguları ve ayırıcı tanıları hakkında güncellemeler yapılması uygun olabilir. Doğru ve zamanında sevk, sadece ihtiyaç duyan hastaların romatoloji polikliniklerine yönlendirilmesini sağlayarak, romatolog açığının etkisini azaltabilir.

Ayrıca pratisyen hekim/aile hekimleri ve iç hastalıkları, FTR ve ortopedi başta olmak üzere kas iskelet sistemi problemleri olan hastalarla sıkça karşılaşan disiplinlerde çalışan hekimlere hizmet içi eğitim toplantıları yapılması romatizmal hastalıkların daha doğru değerlendirilmelerini sağlayabilir.

Çalışmamızın en önemli dezavantajı, polikliniğe başvuran hastaların birçoğunda verilerin yetersiz olması nedeniyle tüm başvuruların yarısından azını değerlendirilebilmiş olmamızdır.

Sonuç olarak eklem şikayet ve/veya bulguları, akut faz yüksekliği ve oto-antikör pozitiflikleri en sık romatolojiye sevk nedenleridir. Romatizmal hastalık tanısı konanlarda, osteoartrit ve takiben romatoid artrit, en sık hastalıklar olarak tespit edilmiştir. Romatoloji polikliniğine sevk edilen hastaların yaklaşık yarısında romatizmal hastalık saptanmamış olması, farklı branşlarda romatizmal hastalıkların tanınmasında eksiklik olduğunu düşündürmektedir. Bu açıdan romatizmal hastalıklar konusunda farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Gümüüşdiş G, Doğanavşargil E, Üstün EE. Klinik romatoloji el kitabı. İzmir: Güven Kitabevi; 2003:1– 4.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 12.04.2015. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden erişildi.
3. Sağlık Bakanlığı. 17.11.2015. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf> adresinden erişildi.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
5. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2011;7:216–24.
6. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. *Arthritis Rheum* 1996; 39:1–8.
7. Akkoç N. Türkiye'de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. *RAED Dergisi* 2010;2:1–8.
8. Çapkin E, Cakirbay H, Karkucak M, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in the eastern Black Sea region of Turkey. *Int J Rheum Dis* 2010 Oct;13:380–4.
9. Onen F, Akar S, Birlik M, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey. *J Rheumatol* 2008;35:305–9.
10. Birlik M, Akar S, Gurler O, et al. Prevalence of primary Sjogren's syndrome in Turkey: a population-based epidemiological study. *Int J Clin Pract* 2009;63:954–61.
11. Birlik M, Gurler O, Akar S, Sari I, Onen F, Akkoç N. The prevalence of gout in an urban area of Izmir, Turkey: a population-based epidemiological study. *Int J Clin Pract* 2014;68: 775–82.
12. Cakir N, Dervis E, Benian O, et al. Prevalence of Behcet's disease in rural western Turkey: a preliminary report. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:53–5.
13. Kisacik B, Yildirim B, Tasliyurt T, et al. Increased frequency of familial Mediterranean fever in northern Turkey: a population-based study. *Rheumatol Int* 2009;29:1307–9.
14. Kacar C, Gilgil E, Urhan S, et al. The prevalence of symptomatic knee and distal interphalangeal joint osteoarthritis in the urban population of Antalya, Turkey. *Rheumatol Int* 2005; 25: 201–4.
15. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20–64 in Turkey. *Scand J Rheumatol* 2005;34:140–4.
16. Raza K, Buckley CE, Salmon M, Buckley CD. Treating very early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:849–63.
17. Long Delays for Appointments Underscore Need for More Rheumatologists 21.10.2015. <http://www.the-rheumatologist.org/article/long-delays-for-appointments-underscore-need-for-more-rheumatologists/?singlepage=1> adresinden erişildi.
18. Yumuk Z, Çalışkan Ş, Gündeş S, Willke A. Anti-nükleer antikörlerin araştırılması ve saptanmasında kullanılan teknikler. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi* 2005;(35):40–4.