

Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-024)

SS-001

Behçet sendromlu hastalarda serum High Mobility Group Box-1 düzeyi ve bunun hastalık aktivitesi ve klinik bulgularla ilişkisi

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer¹, Dilara Dönmez², Ceren Karahan³, Hasan Selim Güler², Müçteba Enes Yayla¹, Serdar Sezer¹, Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, İlyas Ercan Okatan¹, Murat Torgutalp¹, Didem Şahin Eroğlu¹, Mehmet Levent Yüksel¹, Tahsin Murat Turgay¹, Gülay Kınıklı¹, Aşkın Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: High Mobility Group Box-1(HMGB-1), proenflamatuvar etkileri olan bir nükleer proteindir. Kronik enflamatuvar hastalıklarda serum HMGB-1 düzeyinin arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, Behçet sendromlu (BS) hastalarda serum HMGB-1 düzeyi ve bunun, BS klinik bulguları ve hastalık aktivite skorları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı- Multidisipliner Behçet Bölümünde takip edilen 90 BS hastası ve yaş-cinsiyet uyumlu 50 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. BS hastalık aktivite skorları Behçet Disease Current Activity form (BDCAF) ve Behçet Syndrome Activity score (BSAS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların klinik bulguları tanı aldıkları andan itibaren olan kümülatif bulgular ve çalışmaya dahil edilmeden son bir ay içerisinde mevcut klinik bulgular şeklinde değerlendirilmiştir. Serum HMGB-1 düzeyleri ELISA kit kullanılarak ölçülmüş ve p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: BS hastalarının demografik ve klinik bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Serum HMGB-1 düzeyi BS hastalarında (43,26 pg/mL) sağlıklı kontrollere (16,73 pg/mL) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 1). Serum HMGB-1 düzeyi, son bir ay içerisinde genital ülser ve eritema nodosum benzeri lezyonu olan hastalarda, bu bulguların olmadığı hastalara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0,02, p=0,03) (Tablo 2). Diğer klinik bulgular ile serum HMGB-1 düzeyleri arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 2). Serum HMGB-1 düzeyi BSAS ve BDCAF skorları ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde pozitif korelasyon göstermiştir (sırasıyla, r=0,24, p=0,022 and r=0,24, p=0,026). BDCAF skoru ≥2 olan hastalar aktif olarak kabul edilmiş ve aktif (n=52) hastaların serum HMGB-1 düzeyleri inaktif (n=38) hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,035).

Sonuç: BS patogenezinde doğal bağışıklık sistemi kritik bir rol oynamaktadır. HMGB-1'in doğal bağışıklık sisteminin

güçlü bir uyarıcı olması nedeniyle BS gelişiminde rolü olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastalık aktivite skorları ile pozitif korelasyon göstermesi, BS'de aktivite belirteci olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçların daha fazla hasta ile yapılan çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, High mobility group box-1, enflamasyon

Tablo 1. BS hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik, klinik ve laboratuvar bulguları

	BS hastaları	Kontrol grubu	p değeri
Yaş, yıl, ortalama (± SD)	42,16±9,69	39,00±10,65	0,128
Cinsiyet, kadın, n (%)	51 (56,70)	32 (64,00)	0,401
Hastalık süresi (yıl), median (min-maks)	10 (1-37)		
Kümülatif klinik bulgular, n (%)			
Oral ülser	90 (100,00)		
Genital ülser	68 (75,55)		
Erythema Nodosum benzeri lezyon	52 (57,77)		
Papülopüstüler Lezyonlar	59 (65,55)		
Paterji pozitifliği	37 (41,11)		
Uveit	27 (30,00)		
Retinal vaskülit	2 (2,22)		
Merkezi sinir sistemi tutulumu	7 (7,77)		
Gastrointestinal sistem tutulumu	2 (2,22)		
Atralji	75 (83,33)		
Artrit	15 (16,66)		
Arteriyel tutulum	3 (3,33)		
Venöz tutulum	25 (27,77)		
Majör organ tutulumu*	47 (52,22)		
Laboratuvar bulguları, median (min-maks)			
Serum HMGB-1 düzeyi (pg/mL)	43,26 (0-221,33)	16,73 (0-41,95)	<0,001
ESR (mm/h)	9 (1-48)		
CRP (mg/L)	0,25 (0,30-169,00)		
BSAS (min-maks)	10 (0-54)		
BDCAF (min-maks)	2 (0-6)		
Tedavi, n (%)			
Kolsisin	86 (95,55)		
Azatioprine	20 (22,22)		
Mikofenolat mofetil	1 (1,11)		
Metotreksat	1 (1,11)		

*Göz, MSS, GIS ve vasküler tutulumlar birlikte majör organ tutulumu olarak değerlendirmeye alınmıştır

Tablo 2. BS hastalarında son bir ay içerisinde mevcut klinik bulguların olup olmamasına göre serum HMGB-1 düzeyi

Mevcut Klinik bulgular, (n)	HMGB-1 (pg/mL), median (min-max)	p
Oral ülser		0,218
(+) (n=60)	44,03 (0-221,33)	
(-) (n=30)	39,11 (0-103,91)	
Genital ülser		0,041
(+) (n=7)	47,11 (43,26-221,33)	
(-) (n=83)	42,50 (0-103,91)	
EN benzeri lezyon		
(+) (n=14)	51,83 (27,90-75,25)	<0,001
(-) (n=76)	39,85 (0-221,33)	
Papülopüstüler erüpsiyon		0,216
(+) (n=26)	45,17 (5,46-62,42)	
(-) (n=64)	41,36 (0-221,33)	
Atralji/artrit		0,723
(+) (n=57)	43,26 (0-221,33)	
(-) (n=33)	42,88 (0-103,91)	
Majör organ tutulumu (+) (n=4)	44,3 (35,05-47,89)	0,314
(-) (n=86)	43,26 (0-221,33)	

SS-002

Bağ dokusu ilişkili interstiyel akciğer hastalığında siklofosamid tedavisi sonrası idame tedavisi: Mikofenolat mofetil ile azatiyoprinin karşılaştırılması

Hasan Satış¹, Mehmet Onut², Reyhan Bilici Salman¹, Hakan Babaoğlu¹, Nuh Ataş¹, Aslıhan Avanoğlu Güler¹, Hazan Karadeniz¹, Dilek Yapar³, Nilgün Demirci⁴, Şeminur Haznedaroğlu¹, Berna Göker¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdurrahman Tufan¹, Haluk Türkteş⁴

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bağ dokusu hastalığına bağlı interstiyel akciğer hastalığında siklofosamid (CYC) tedavisini takiben idame tedavisi için mikofenolat mofetil (MMF) ve azatiyoprinin (AZA) karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Üçüncül basamak bir merkezde, 2009-2019 yılları arasında romatoloji veya göğüs hastalıkları bölümü tarafından takip edilen tüm interstiyel akciğer hastalığı hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. İndüksiyon rejimi olarak CYC ile tedavi edilen ve remisyonu sağlanan hastalar seçildi. Bunlar arasında, MMF veya AZA ile idame tedavi verilen hastaların 6. ayda tedavi yanıtları ve FVC değişimi karşılaştırıldı.

Bulgular: Birinci basamak tedavi için CYC ile tedavi edilen 77 hasta vardı. Elli yedi hastaya MMF (n=30) veya AZA (n=27) ikinci basamak tedavisi verildi. CYC ile remisyone girmiş ve idame tedavisi verilen 46 hasta vardı. Bu hastalardan 22'sine MMF, 24'üne AZA kullanıldı. MMF tedavisi verilen grubun, daha kötü

bazal FVC değerleri ve akciğerde daha yaygın interstiyel tutulumu vardı. Öte yandan 6. ayın sonunda MMF grubunda daha iyi yanıt oranı elde edildi (sırasıyla %81,8'e karşılık %50). MMF ve AZA'nın her ikisi de hasta gruplarında iyi tolere edildi ve her iki grupta da önemli bir yan etki görülmedi.

Sonuç: MMF, CYC tedavisi kullanıldıktan sonra CTD-ILD'nin idame tedavisinde AZA'ya göre daha iyi sonuçlar verdi.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu bozukluğu, interstiyel akciğer hastalığı, idame tedavi, mikofenolat mofetil, azatiyoprin, siklofosamid

Tedavi gruplarına göre yanıt değerlendirilmesi

	MMF (n=22)	AZA (n=24)	p
AZA doz mg/g (medyan)	n.a	112.5	
MMF doz mg/g (medyan)	1750	n.a	
Düşük doz steroid kombinasyonu alan hasta sayısı (%)	3 (13)	2 (8)	>0,05
▲MMRC skoru	0 (-1;0)	0 (-1;0)	>0,05
▲FCV, mL	0,6(-0,145;0,125)	-1,75(-0,34;0,03)	0,028
▲FCV, predikte %	-1 (-5;6,5)	-6 (-10,25;-1,5)	0,041
▲HRCT tutulum değişikliği	0 (-10;2,5)	2,5(0;5)	0,065
İAH progresyonu görülen hasta sayısı (%)	4 (18,2)	12 (50)	0,032
Hastalık spesifik değerlendirme, İAH progresyonu görülen hastalar			
Skleroderma (n=29)	1 (10)	11 (54)	0,013
Skleroderma dışı (n=17)	3 (25)	1 (20)	>0,05
Romatoid artrit (n=5)	1	-	>0,05
Primer Sjögren sendromu (n=6)	1	1	>0,05
Enflamatuvar myozit (n=3)	1	-	>0,05
IPAF (n=^)	-	-	>0,05

AZA: Azatiyoprin, IPAF: Otoimmün özellikli interstiyel pnömoni, MMF: Mikofenolatm, MMRC: Modifiye tıbbi araştırma konseyi

SS-003

Skleroderma ve sjögren hastalarında ekzokrin pankreas disfonksiyonu

Hasan Satış¹, Burak Arslan², Serdar Can Güven³, Dilek Yapar⁴, Reyhan Bilici Salman¹, Hakan Babaoğlu¹, Nuh Ataş¹, Aslıhan Avanoğlu Güler¹, Hazan Karadeniz¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Berna Göker¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdurrahman Tufan¹, Murat Kekilli⁵

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Dispeptik problemler bağ dokusu hastalıklarında sık görülmektedir. Genel populasyonda pankreas ekzokrin yetmezliği

bu gastrointestinal problemlerin nedenlerinden birisidir. Bu çalışmada bağ dokusu hastalıklarından Skleroderma (SSc) veya Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında pankreas fonksiyon bozukluğu olup olmadığı araştırılmıştır.

Yöntem: SSc veya pSS tanısı alan hastalar kesitsel olarak incelendi. Fonksiyonel değerlendirme için gastrointestinal yaşam kalitesi (GIQLE) anketi kullanıldı. Katılımcılardan rastgele dışkı örnekleri alındı ve pankreatik ekzokrin fonksiyon değerlendirmesi için elisa yöntemiyle ölçülen dışkı elastaz düzeyi kullanılmıştır.

Bulgular: Kırk SSc ve 41 pSS hastası çalışmaya dahil edildi. Gruplarda benzer hastalık süresi, yaş ve cinsiyet dağılımı vardı. Dışkı elastaz düzeyleri gruplar arasında farklı değildi, ortalama fekal elastaz değerleri sırası ile SSc hastalarında 437±128 ve pSS hastalarında 428±149 olarak ölçüldü. Dışkı elastaz seviyesi 200 u/mL'nin altında olan hastaların yüzdesi, pankreatik ekzokrin disfonksiyonunun da gruplar arasında aynı olduğunu düşündürdü (%12,2 vs. %7,5 arasında). Ancak SSC grubunda fonksiyonel anket skoru hem toplam puan hem de her alt grupta pSS hastalarına göre daha kötü idi.

Sonuç: Gastrointestinal problemler bağ dokusu bozukluklarında, özellikle SSc hastalarında yaygındır. Pankreas ekzokrin disfonksiyonunun bu şikayetlerin patogenezinde küçük bir rolü olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, Primer Sjogren sendromu, fekal elastaz, pankreas ekzokrin disfonksiyonu

SS-004

Kolşisin kullanan ve kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar arasında karotis intima-media kalınlığının karşılaştırılması

Ebru Yılmaz¹, Kadriye Halli Akay²

¹Kocaeli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli

²Kocaeli Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kocaeli

Amaç: Enflamasyon, aterosklerotik plak gelişiminin tüm aşamaları dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Statinlerin lipit düşürücü özelliklerine ek olarak bir antiinflamatuvar fayda sağladığı bilinmesine rağmen, günümüzde enflamasyonu hedefleyen tedavileri geliştirmeye doğru bir kayma vardır. Kolşisinin Akut Koroner sendromlu hastalarda yararlı etkilere sahip olduğu ve gelecekteki olumsuz kardiyovasküler olaylarda azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Arteriyel duvar patolojisinin göstergesi olarak karotis intima-media kalınlığının (İMK) ölçülmesinin hem ateroskleroz hakkında hem de serebrovasküler hastalıkların erken tanısında bilgi sağlayabileceği açıktır. Bu çalışmada kolşisin kullanan kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar arasında İMK karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Yüz iki hasta (85 kadın, 17 erkek) çalışmaya dahil edildi. Grup 1: Kronik hastalığı [hipertansiyon (HT), diyabet (DM), hiperlipidemi (HPL)] olan ve kolşisin kullanan (>6 ay, 0,5 mg/2x1/gün) gut hastaları; Grup 2: Kronik hastalık (HT, DM,

HPL) nedeniyle kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar. Tüm hastaların C-reaktif protein (CRP), lipit seviyeleri ile İMK değerleri ölçüldü.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı Grup 1 ve Grup 2'de sırasıyla 62,35±6,68 yıl ve 64,27±5,32 yıl idi. Grup 1'deki kronik hastalık yüzdeleri HT %88,2 (n=45), DM %60,8 (n=31), HPL %25,5 (n=13); grup 2'deki kronik hastalık yüzdesi HT %88,2 (n=45), DM %64,7 (n=33), HPL %45,1 (n=23) idi. Gruplar arasında lipit düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Grup 1 ve Grup 2'deki İMK ve CRP değerleri sırasıyla 0,98±0,20 ve 0,26±0,14, 1,18±0,15 ve 0,58±0,42 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,05).

Sonuç: Kolşisin, kolesterol kristalleri tarafından aktive edilen nükleotid bağlayıcı oligomerizasyon alanı benzeri reseptör proteini 3 tarafından tetiklenen aterosklerotik plak gelişiminde, ilerlemesinde ve stabilitesinde önemli araçlar olan kaspaz-1 aktivasyonunu ve ardından IL-1β ve IL-18 gibi proenflamatuvar sitokinlerin salgılanmasını inhibe ederek risk faktörleri olan hastalarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olayların önlenmesi için etkili bir tedavi yöntemi olarak göz önünde bulundurulabilir.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz, kolşisin, CRP, karotis intima-media kalınlığı

Değişkenler	Grup 1 (n=51) Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 (n=51) Kronik hastalığı olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	P value
Yaş (yıl)	62.35±6.68	64.27±5.32	0.124
Cinsiyet			1.00
Kadın	42 (82.4%)	43 (84.3%)	
Erkek	9 (17.6%)	8 (15.7%)	
Vücut kitle indeksi (BMI)	34.30±4.15	32.90±5.06	0.124
Kronik hastalık			0.343
Hipertansiyon (HT)	18 (35.3%)	11 (21.6%)	
Diabetes mellitus (DM)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	
HT+DM	15 (29.4%)	13 (25.5%)	
HT+Hiperlipidemi (HPL)	2 (3.9%)	7 (13.7%)	
DM+HPL	1 (2%)	2 (3.9%)	
HT+DM+HPL	10 (19.6%)	14 (27.5%)	
Sigara kullanımı			1.00
Evet	7 (13.7%)	6 (11.8%)	
Hayır	44 (86.3%)	45 (88.2%)	

Tüm değerler ortalama±standart sapma ve yüzdelik olarak ifade edildi. p<0.05 ise anlamlı fark.

Resim 1. Gruplardaki hastaların demografik özellikleri

Tablo 1. Grup 1 ve grup 2'deki hastaların lipit değerleri

Değişkenler	Grup 1 Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p değeri
Kolesterol	212,18±42,30	231,75±37,47	0,15
Trigliserit	168,47±50,08	161,33±66,07	0,27
LDL	129,65±33,16	145,98±31,64	0,12
HDL	49,98±12,58	52,08±12,68	0,40

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi. p<0,05 ise anlamlı fark

Tablo 2. Grup 1 ve grup 2'deki hastaların İMK ve CRP değerleri

Değişkenler	Grup 1 Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p değeri
İMK (mm)	0,98±0,20	1,18±0,15	<0,001
CRP (mg/dL) (0-0,5)	0,26±0,14	0,58±0,42	<0,001

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi. p<0,05 ise anlamlı fark

SS-005

Romatoid artrit hastalarında dinamik tiyol/disülfid hemostazının değerlendirilmesi

Yunus Halil Polat¹, İsmail Doğan², Orhan Küçükşahin², Özcan Erel³, Şükran Erten²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Bölümü, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA), eroziv sinovit ile karakterize sistemik, kronik, enflamatuvar bir hastalıktır. Yüksek reaktif oksijen radikallerin (tiyoller gibi) seviyelerinin hücreler üzerindeki zararlı etkisine oksidatif stres denir. Bu çalışmanın amacı RA hastalarında dinamik tiyol/disülfid dengesini değerlendirmek ve kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya RA'lı 100 hasta ve 100 sağlıklı birey dahil edildi. Tiyol havuzunu etkileyen kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom, malnütrisyon ve hipotalbüminemiye neden olabilecek kronik karaciğer hastalığı olan hastalar çalışmadan çıkartıldı. Kontrol grubu için, tiyol ve disülfid düzeylerini etkileyebilecek sistemik kronik hastalığı olmayan 18-65 yaşları arasındaki sağlıklı bireyler seçildi. Demografik özellikler, laboratuvar bulguları ve doğal tiyol [-SH], toplam tiyol [SH + -SS-], disülfid [-SS-] seviyeleri ve disülfid / doğal tiyol [-SS -/ -SH], disülfid / toplam tiyol [-SS -/ -SH + -SS-], doğal tiyol/toplam tiyol [-SH/-SH + -SS-] değerleri; hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta grubunun %86'sı kadın, ortalama yaşları 46,3±12,03, ESR 26,92±16,41 ve CRP değeri 9,13±9,9 idi (Tablo 1). Hasta grubunda; doğal tiyol, toplam tiyol değeri, doğal tiyol/toplam tiyol oranı kontrol grubundan anlamlı olarak düşüktü. Disülfid, disülfid/doğal tiyol ve disülfid/toplam tiyol oranı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2). Tiyol/disülfid ile anti-CCP, RF pozitifliği, DAS 28 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Sonuç: Bu çalışma, tiyol-disülfid düzeyleri ile RA arasındaki ilişkiyi değerlendiren nadir çalışmalardan biridir ve RA hastalarında tiyol/disülfid hemostazının bozulduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Tiyol, disülfid, oksidatif stres, serbest oksijen radikalleri, romatoid artrit

Tablo 1. RA hastalarının bazı klinik ve laboratuvar verileri

Hasta parametreleri	
Yaş, yıl, ortalama ± SS	46,3±12,03
Cinsiyet, n (%)	erkek 14 (%14) kadın 86 (%86)
DAS 28 skoru (ortalama ± SS)	3,85±1,15
ESR, mm/s, medyan (min/maks)	26,92±16,41
CRP, mg/dL, medyan (min-maks)	9,13±9,9
Anti-CCP, ortalama ± SD	139,215±191,79
RF, IU/mL ortalama ± SD	87,72±165,01
Kreatinin, mg/dL, ortalama ± SD	0,67±0,16
AST, IU, ortalama ± SD	19,94±6,23
ALT, IU, ortalama ± SD	20,28±12,36
GGT, IU, ortalama ± SD	21,99±15,10
Toplam kolesterol, mg/dL, ortalama ± SD	194,95±43,94
LDL, mg/dL, ortalama ± SD	114,98±35,05
Glukoz, mg/dL ortalama ± SD	90,23±15,35
Doğal tiol, ortalama ± SD	447,10±59,35
Disülfid, ortalama ± SD	15,25±8,49
Toplam tiyol, ortalama ± SD	478,84±56,97
İndeks 1, ortalama ± SS	0,04±0,07
İndeks 2, ortalama ± SS	0,04±0,40
İndeks 3, ortalama ± SS	0,93±0,07

RA: Romatoid artrit, DAS 28 skoru: Hastalık aktivite skoru 28, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, Anti-CCP: Anti-siklik sitrüline peptid, RF: Romatoid faktör, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama glutamil transferaz, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein

Tablo 2. RA hastaları ve kontrol grubu arasında tiyol/disülfid seviyesinin karşılaştırılması

	RA	Kontrol	p
Doğal tiyol, ortalama ± SD	414,31±53,57	479,89±45,13	<0,001
Disülfid, ortalama ± SD	16,68±8,50	13,82±8,29	0,017
Toplam tiyol, ortalama ± SD	450,13±52,04	507,54±46,36	0,000
İndeks 1, ortalama ± SS	0,05±0,09	0,02±0,01	0,011
İndeks 2, ortalama ± SS	0,04±0,05	0,02±0,01	0,002
İndeks 3, ortalama ± SS	0,91±0,09	0,94±0,03	0,003

RA: Romatoid artrit, İndeks 1: Disülfid/doğal tiyol [-SS-/-SH], İndeks 2: Disülfid/toplam tiyol [-SS -/ -SH + -SS-], İndeks 3: Tiyol/toplam tiyol [-SH/-SH + -SS-]

SS-006

Romatolojide kadının dünü, bugünü, yarını

Emine Duygu Ersözülü¹, Melda Ulaş Güncan²

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji, Adana

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Türkiye'de kadın romatologların akademik hayatta ve Türkiye Romatoloji Derneği Yönetim kurulunda yer alma durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: 1993 yılından itibaren Türkiye Romatoloji Derneği'nin kayıtları günümüze kadar incelenmiştir. 2020 yılı itibarıyla görev yapan romatologlar akademik ünvanlarıyla kaydedilmiştir.

Bulgular: 1993 yılı dernek kayıtlarına göre ülkemizde 8 erkek (%66,7) ve 4 kadın (%33,3) üye varken, 2020 yılında 205 erkek (%52,2) ve 188 kadın (%47,8) üye bulunmaktadır. Romatoloji derneğinde günümüze kadar dernek başkanlığı yapan erkek sayısı 11 (%84,6) iken kadın sayısı 2'dir (%15,4). 2020 yılı itibarıyla 89 romatoloji profesörünün 39'u (%43,8), 54 doçentin 24'ü (%44,4) ve 19 doktor öğretim üyesinin 6'sı (%31,5) kadın olup kadın akademisyen oranı %42,5'tir. Romatoloji eğitimi devam eden 99 romatoloji uzmanlık öğrencisinin 47'sini (%47,4) kadınlar oluşturmaktadır.

Sonuç: Türkiye'de kadın romatolog sayısı erkek romatolog sayısına hemen hemen benzer olmasına rağmen akademik hayatta ve dernek yönetiminde yeterli ve beklenen çoğunluğa ulaşamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatolog, kadın, akademik

SS-007

Psöriyatik artrit (PsA) hastalarının minimal disease activity (MDA) oranları ve etki eden faktörler: Tek merkezli gerçek yaşam verileri

Murat Bektaş¹, Berk Çelik², Yasemin Yalçınkaya¹,
Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Mahdume Lale Öçal¹,
Murat İnanç¹

¹*İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

Giriş: Psöriyatik artrit (PsA), daktilit, entezit, spondilit ve deri tutulumu gibi farklı bulgular içeren heterojen bir hastalıktır. PsA'da kompozit indekslerin hastalık aktivitesini değerlendirmede yararlı olduğu düşünülmektedir. Minimal hastalık aktivitesi (MDA) ilk olarak OMERACT tarafından romatoid artritte uygun bir hastalık ölçütü olarak ortaya konmuş daha sonra PsA'da geliştirilmiş ve validasyonu yapılmış bir ölçüttür.

Amaç: Bu çalışmamızda kliniğimizden takipli PsA hastalarının karakteristik özellikleri, MDA oranları ve etki eden faktörleri incelemeyi amaçladık.

Yöntem: CASPAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve en az altı ay izlem verisi olan PsA hastaları MDA açısından kesitsel olarak incelendi. Klinik veriler hasta dosyalarından standart formlarla toplandı. En az bir geleneksel sentetik DMARD'a (cs-DMARD) en az üç ay süre ile yeterli yanıt olmayan hastalarda biyolojik DMARD (b-DMARD) uygulandı. Hastalar yedi kriterden (ağrılı eklem sayısı $\leq 1/68$, şiş eklem sayısı $\leq 1/66$, PASI ≤ 1 , görsel skala ≤ 15 , hasta global görsel skala ≤ 20 , HAQ-DI $\leq 0,5$ ve entezit sayısı ≤ 1) en az beşini karşıladığında MDA'da kabul edildi.

Bulgular: Analize %61'i kadın 172 hasta dahil edildi. Ortalama takip süresi 105,4 ay, ortalama hasta yaşı 50,2 bulundu. Hastaların ortalama PsA başlangıç yaşı 38; PsA süresi 140 ay, psöriyazis (PsO) süresi 138 ay idi. Tedavi öncesi hastaların ortalama hassas eklem sayısı 5,6; şiş eklem sayısı 2,7; ESH: 35,7, CRP: 20,3 idi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların %96,5'i cs-DMARD kullanırken en sık kullanılan metotreksat idi (%88). Yetmiş dört hasta (%43,3) b-DMARD kullanmaktayken en sık kullanılan etanersept (%59) idi. Toplamda hastaların

%55,2'sinin MDA'da olduğu görüldü. PsA tipleri, cs-DMARD ile b-DMARD kullananlar ve b-DMARD'lar arasında MDA oranları farklı değildi. Biyolojik tedavi yanıtları ile MDA oranları Tablo 2'de özetlenmiştir. Hasta yaşı, uzun süreli PsO tanısı ve geç PsA başlangıcı olanlarda MDA oranı yüksek iken; çoklu analizde ileri hasta yaşı, geç PsA başlangıcı, ilk b-DMARD'da devam oranı MDA ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Kliniğimizde takipli PsA hastalarındaki MDA oranları literatürle uyumlu bulunmuştur ve hastaların yarısından fazlasında MDA'ya ulaşıldığı görülmüştür. cs-DMARD ile b-DMARD kullananlar arasında MDA oranlarının farklı olmaması daha şiddetli seyreden hastalarda b-DMARD kullanımının tercih edilmesine bağlanmıştır. PsA'da kullanılan TNF inhibitörü sayısı arttıkça MDA oranlarındaki belirgin düşme dikkat çekicidir ve ikinci ve sonraki uygulamalarda TNF-dışı yollara etkili b-DMARD uygulanmasının daha etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: PsA, minimal disease activity, biyolojik DMARD

Tablo 1. Klinik ve laboratuvar özellikler

Klinik değişkenler	Ortalama	Minimum-maksimum	Std deviasyon
Hasta yaşı	50,2	16-81	13,3
PsA başlangıç yaşı	37,9	11-79	11,9
Takip süresi (ay)	105,4	6-444	76
PsA süresi (ay)	139,9	7,9-528	90,7
PsO süresi (ay)	253,1	0-756	138
Hassas eklem sayısı (bazal)	5,6	1-30	4,9
Şiş eklem sayısı (bazal)	2,88	0-30	3,7
ESH (mm/saat) (bazal)	35,7	2-185	25,9
CRP (mg/L) (bazal)	15,5	1-127	20,2
Entezit sayısı (son)	0,12	0-2	0,4
Daktilit sayısı (son)	0,02	0-1	0,1
Hassas eklem sayısı (son)	1	0-12	1,9
Şiş eklem sayısı (son)	0,44	0-12	5,2
ESH (mm/saat) (son)	21	4-85	15,6
CRP (mg/L) (son)	7,2	1-31	7,2
PsA tipleri (n, %)			
Poliartrit	57 (34)		
Mono/oligoartrit	51 (30)		
Spondilit	48 (29,4)		
İzole DIP tutulumu	11 (6)		
Mutilan artrit	1 (0,6)		

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

Tablo 2. Biyolojik tedavi yanıt ve MDA oranları

Biyolojik ilaçlar	Ortalama (medyan) süre (ay)	Devam oranı n, (%)	Primer yanıtızlık n, (%)	Sekonder yanıtızlık n, (%)	MDA n, (%)
1.b-DMARD (n=74; %100)	50,4 (34)	34 (45,9)	9 (12,2)	16 (21,6)	34 (45,9)
*s.c TNF inhibitörleri (n=62; %83,8)	50,8 (35,5)	32 (51,7)	8 (12,9)	9 (14,5)	31 (50)
infliksimab (n=12; %16,2)	13,75 (11)	1 (25)	1 (8,3)	7 (58,3)	3 (25)
2.b-DMARD (n=29; %39,2)	28,4 (13,5)	15 (51,7)	5 (17,2)	3 (10,3)	8 (27,6)
*s.c TNF inhibitörleri (n=22; %75,9)	28,6 (15)	11 (50)	4 (18,2)	2 (9,1)	5(22,7)
Infliksimab (n=5; %17,2)	35,2 (36)	3 (60)	0	0	2 (40)
Sekukinumab (n=2; %6,9)	9 (9)	1 (50)	1 (50)	0	1 (50)
≥3.b-DMARD(n=13; %17,5)	15,5 (9)	6 (46,2)	4 (30,8)	1 (7,7)	2 (15,4)
*s.c TNF inhibitörleri (n=8; %61,5)	16,7 (9)	2 (25)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
Infliksimab (n=1; %7,7)	37	1 (100)	0	0	1 (100)
Sekukinumab (n=4; %30,8)	6 (3)	3	1	0	0

*s.c TNF inhibitörleri: Etanersept, adalimumab, sertolizumab, golimumab

SS-008

Romatoid artrit hastalarında sağlık değerlendirme anketi (HAQ) skoru ile CRP-albümin oranı ilişkisi

Melih Pamukçu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) kronik poliartritle karakterize, etiyolojisi bilinmeyen, sistemik, enflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Tedavi stratejisini belirlemek için hastalık aktivitesinin ve fonksiyonel durumun ölçülmesi gerekmektedir. C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ve albümin düşüklüğü enflamasyon belirteçleridir. CRP/albümin oranının (CAO) çeşitli kronik hastalıklarda aktivite göstergesi ve prognostik belirteç olarak kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu oranın, enflamasyon derecesini göstermekte, tek başına CRP yüksekliği ve albümin düşüklüğünden daha üstün olduğu düşünülmektedir. Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), RA' da fiziksel işlevi ölçmek, yaşam kalitesini değerlendirmek ve mortaliteyi tahmin etmek için yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Çalışmamızda RA hastalarında HAQ skoru ile belirlenen yaşam kalitesi değerlendirmesi ile CAO ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: RA tanılı, tedavi almakta olan 296 hasta ve kontrol grubu oluşturmak üzere 82 sağlıklı kişi bu kesitsel çalışmaya dahil edildi. Laboratuvar parametreleri açısından iki grup arasında karşılaştırma yapıldı. Yaşam kalitesini değerlendirmek için, RA hastalarına laboratuvar tetkikleriyle eş zamanlı olarak HAQ skorlaması yapıldı. HAQ skoruyla ilişkili laboratuvar parametrelerini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapıldı.

Bulgular: RA hasta grubunda beyaz küre, nötrofil sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP ve CAO anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Hasta grubunda, HAQ skoru ile beyaz küre sayısı arasında zayıf pozitif korelasyon ($r=0,172$, $p=0,003$), HAQ skoru ile nötrofil sayısı arasında zayıf pozitif korelasyon ($r=0,140$, $p=0,016$), HAQ skoru ve ESH arasında da anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,261$, $p<0,001$). HAQ skoru ve CRP arasında orta derecede anlamlı pozitif korelasyon ($r=0,457$, $p<0,001$), albümin ile negatif korelasyon ($-0,259$, $p<0,001$) mevcuttu. HAQ skoru ile en güçlü korelasyon CAO ile saptandı ($r=0,465$, $p<0,001$).

Sonuç: RA hastalarında HAQ skoru ile CAO'nun ilişkili saptanması; prognozu ön görme, tedavi stratejisi ve yoğunluğunu belirlemede bu iki parametrenin birlikte kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılacak, klinik sonlanımı da değerlendiren ileriye dönük uzun dönem sonuçların karşılaştırıldığı çalışmaların planlanması aydınlatıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sağlık değerlendirme anketi, HAQ skoru, CRP/albümin oranı

Romatoid artrit hastası ve kontrol gruplarının demografik ve biyokimyasal özellikleri

Değişkenler	RA hastaları (n=296)	Kontrol grubu (n=82)	p değeri
Cinsiyet, kadın %	231 (78)	67 (82)	0,543
Yaş	55,6±12	54,1±7	0,273
Hemoglobin (g/dL)	13 (12,1-14,2)	13,5 (13,2-13,8)	0,006
Beyaz küre sayısı (10e3/uL)	7,3 (6,1-8,9)	6,5 (5,4-8,9)	0,004
Nötrofil sayısı (10e3/uL)	4,3 (3,4-5,5)	3,4 (2,6-4,7)	<0,001
Lenfosit sayısı (10e3/uL)	2,0 (1,6-2,6)	2,5 (1,9-2,6)	0,012
Kreatinin (mg/dL)	0,80 (0,73-0,9)	0,83 (0,76-0,94)	0,365
ESH (mm/h)	15 (8-23)	8 (7-10)	<0,001
CRP (mg/L)	5,7 (2,4-12,1)	3 (2-4)	<0,001
Albümin (g/dL)	4,2 (4,0-4,4)	4,0 (3,9-4,1)	<0,001
CAO	1,35 (0,57-2,94)	0,76 (0,49-0,91)	<0,001
HAQ skoru	0,45 (0,35-0,70)		

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CAO: CRP/Albümin oranı

HAQ skoru ile laboratuvar parametrelerinin ilişkisi

	r değeri	p değeri
Beyaz küre sayısı	0,172	0,003
Nötrofil sayısı	0,140	0,016
ESH	0,261	<0,001
CRP	0,457	<0,001
Albümin	-0,259	<0,001
CAO	0,465	<0,001

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CAO: CRP/Albümin oranı, r: Korelasyon katsayısı

Lupus nefritinde C4d yükünü belirleyen yeni glomerüler boyanma skoru ile klinikopatolojik parametrelerin ilişkisi

Saba Kiremitçi¹, Rezzan Eren Sadioğlu², Serkan Aktürk², Sim Kutlay²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İmmünkompleks glomerülo nefritlerinde C4d depozisyonunun tanıs ve prognostik önemi son yıllarda ilgi çekmektedir. Lupus nefritinde böbrekte C4d depozisyonu ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır ve sonuçları çelişkilidir. Çalışmamızda lupus nefritli hastalarda böbrekte C4d depozisyonu yükü ile histopatolojik ve klinik parametrelerin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Böbrek biyopsisi ile lupus nefriti tanısı kanıtlanmış 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Biyopsi anındaki klinik bilgiler ve takip verileri hasta dosyalarından elde edildi. Böbrek biyopsilerinde immünohistokimyasal olarak C4d depozisyonu glomerüler, tübüler ve vasküler kompartmanlarda ayrı ayrı değerlendirildi. Glomerüler değerlendirmede C4d birikim paterni (segmental/global), yaygınlığı (fokal/diffüz) ve boyanma şiddeti (hafif/orta/kuvvetli) gözönüne alınarak yeni bir "glomerüler boyanma skoru" elde edildi.

Bulgular: 2003 ISN/RPS sınıflamasına göre; olguların 5'i klas II (%9,8), 16'sı klas III (%31,4), 16'sı klas IV (%31,4) ve 12'si klas V (%23,5) olarak sınıflandırıldı. Biyopsilerin hepsinde glomerüllerde mezangiumda ve/veya kapiller duvarda C4d boyanması izlendi. Glomerüler boyanma skorları klas III ve klas IV arasında anlamlı bir fark göstermezken; klas V'de klas III'e göre daha yüksek saptandı (p=0,016). Glomerüler boyanma skoru; tübülüs bazal membran pozitifliği (p=0,003), interstisyel fibrozis (p=0,021) ve tübüler atrofi (p=0,038) olan olgularda daha yüksek bulundu. Glomerüler boyanma skorunun (kapiller duvar) 24 saatlik proteinüri ile orta düzeyde korelasyon gösterdiği saptandı (r=0,363, p=0,020). Aktif lupus nefriti olan olguların glomerüler boyanma skoru remisyon dakilere göre daha yüksek bulundu (p=0,006). Peritübüler kapiller duvar boyanması olan olgularda immünofloresan incelemede full house pozitiflik daha fazla izlendi (p=0,028).

Sonuç: Lupus nefritinde böbrek biyopsilerinde immünohistokimyasal olarak C4d boyanması immünkompleks varlığını ve lokalizasyonunu göstermede faydalıdır. Bu çalışma ile lupus nefritinde glomerüler C4d yükü fazla olan olgularda non-glomerüler kompartmanlarda da C4d birikimi olabilmekte olduğunu ve patolojik glomerüler C4d yükünü ölçmek için oluşturduğumuz yeni skorlamanın proteinüri düzeyi ve klinik hastalık aktivitesi ile korele olduğunu gösterdik.

Anahtar Kelimeler: Lupus nefriti, immünohistokimya, C4d, nefrotik sendrom

Ciddi vasküler hasar nedeniyle spesifik vazodilatör kullanan sistemik skleroz hastalarının klinik ve tedavi özellikleri

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Şirhan Amikişiyev, Bahar Artun Esen, Mahdume Lale Oçal, Ahmet Gül, Murat İnanç

¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ciddi periferik vasküler hasar sistemik skleroz (Ssk) hastalarında önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Çalışmamızda ciddi periferik vasküler hasar nedeniyle spesifik vazodilatör (SV) ve standart tedavi alan Ssk hastalarının klinik ve tedavi özelliklerini değerlendirmeyi planladık.

Yöntem: ACR/EULAR kriterlerini (2013) dolduran 219 Ssk hastasından dijital vasküler lezyonları (dijital pitting skar ve/veya ülser ve/veya gangren) olanlar (n=100, %34,4) kesitsel çalışmaya alındı. Dijital vasküler lezyonları nedeniyle spesifik vazodilatör kullanan Ssk hastaları (SVpoz: n=46) almayan hasta grubu ile (SVneg: n=54) kıyaslandı. EScSG aktivite ve Medsger şiddet skorları kullanılarak hastalık aktivite ve şiddeti hesaplandı.

Bulgular: Dijital vasküler lezyonları olan hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Raynaud ve Raynaud dışı semptomların süresi SVpoz'lerde daha uzun, dijital gangren ve renal kriz daha sık idi (OR: 1,05 %95 CI 0,97-1,146). Spesifik vazodilatör dağılımı aşağıdaki gibi idi: Endotelin reseptör antagonistleri (n=11), fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (n=12), periyodik iv iloprost infüzyonu (n=40). On dört hasta ardışık veya kombine şekilde birkaç SV almakta idi. Otoantikör profili, Modifiye Rodnan deri skoru, EScSG ve Medsger skorları, immüno-supresif kullanımı gruplar arasında benzer idi. Çok değişkenli analizde Raynaud dışı semptom süresi (≥10 yıl) (OR: 2,5 %95 CI 1,06-5,90) ve dijital gangren sıklığı (OR: 6,71 %95 CI 1,35-33,29) dijital vasküler lezyonlara yönelik SV tedavi ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Kohortumuzda SV'leri ciddi dijital vasküler lezyonları olan hastalar almakta idi. Bu grupta Raynaud, Raynaud dışı semptom süresi uzun idi. Vaskülopatik sürecin parçası olan renal kriz sadece SVpoz grubunda görüldü; istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da 1 hasta dışında tüm PAH hastaları SVpoz grubunda idi. Çalışmamız, SV tedaviye ihtiyaç duyan Ssk hastalarının hastalık alt tipleri, aktivite, şiddet skorları, otoantikörler ve immüno-supresif tedaviler ile tanımlanamadığını ortaya koymaktadır. Geri dönüşümsüz hasar gelişmeden önce SV adaylarını değerlendirmek için turnak dibi video kapilleroskopi veya yeni biyobelirteçlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, dijital vasküler lezyon, spesifik vazodilatör tedavi

Tablo 1. Dijital vasküler lezyonlu Ssk hastalarının karakteristik özellikleri

	SVpoz (n=46)	SVneg (n=54)	p
Demografik özellikler			
Yaş (yıl)	47,2±13,3	46,9±13,2	NS
Kadın/Erkek n (%)	41/5 (89,1/10,9)	48/6 (88,9/11,1)	NS
Raynaud süresi (yıl)	14,7±8,7	10,6±8,0	0,014
Raynaud dışı semptom süresi (yıl)	11,2±7,7	7,4±6,9	0,005
≥10 yıl Raynaud dışı semptom süresi	25 (%54,3)	16 (%29,6)	0,011
Klinik özellikleri			
LcSSc	16 (34,8)	21 (38,9)	NS
dcSSc	30 (65,2)	33 (61,1)	NS
Dijital gangren	10 (22,2)	2 (3,7)	0,006
Otoampütasyon	5 (20,8)	1 (3,3)	0,055
Sinovit	11(23,9)	14 (26,4)	NS
Fleks kontraktürü	21(45,7)	21 (38,9)	NS
Tendon sürtünme sesi	5 (11,1)	9 (16,7)	NS
Renal kriz	4 (8,7)	0 (0)	0,042
Pulmoner fibrozis	27 (60)	27 (52,9)	NS
PAH	5 (10,8)	1 (1,8)	0,065
Otoantikörleri			
ANA	36 (85,7)	46 (93,8)	NS
Anti-sentromer	7/36	8/43	NS
Anti-scl70	24/42	24/49	NS

SS-011**Deri paterji testinin behçet hastalığı tanısındaki duyarlılık ve özgüllüğünün geliştirilmesi**

Rabia Deniz¹, Zeliha Emrence², Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Mahdume Lale Öçal¹, Ahmet Gül¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü (DETAE), Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) tanısında giderek düşen pozitiflik oranı nedeniyle kullanımı giderek azalmakta olan, merkezler ve uygulayıcılar arasında önemli yöntem farkları bulunan deri paterji testinin (DPT) standardizasyonunun sağlanması, özgüllük ve duyarlılığının değişik uyarıcılarla yükseltilmesi, oluşan enflamatuvar yanıtın *in vitro* koşullarda tam kan analizi (WBA) yöntemi ile incelenmesi ve patogenezinde rol oynayan sitokinlerin üretim farklarının ortaya konması.

Yöntem: Yaygın kullanılan 20G iğne ile piküre ek olarak, 21G temas aktivasyonlu lansetler de kullanılarak, uyaransız ya da 23-valanlı polisakkarid pnömokok aşısı, Alum ve ATP uyarılarından biri ile ayrı ayrı pikürler yapılmış ve 24 ve 48. saatte tek okuyucu tarafından oluşan eritem ve endürasyon skorlanmıştır. Aktif ve remisyonda olan Behçet hastalarına ek olarak, diğer romatolojik hastalığı, enflamatuvar bağırsak hastalığı, tekrarlayan oral aftı, BH kriterlerini doldurmayan klinik bulguları olan hastalar ve sağlıklı kontroller çalışma grubunu oluşturmuştur. Ayrıca, periferik tam kanda benzer uyarımlarla *in vitro* DPT modeli oluşturularak sitokin analizi yapılmıştır.

Bulgular: 20G iğne ucu ve polisakkarit pnömokok aşısı beraber kullanıldığında aktif BH için duyarlılık %80,3, özgüllük %100; tüm BH grubu için duyarlılık %64,3, özgüllük %100 ile en yüksek saptanırken, bunu 21G lanset ve pnömokok aşısının beraber kullanımı izlemiş, aktif BH de %30, tüm BH grubunda %25,9 duyarlılık saptanmıştır. BH dışı hastalık grupları ve sağlıklı bireylerde 24. saatte eritem gelişse de, 48. saatte sadece BH grubunda eritemin sebat ettiği ve test başarısının aktif hastalık bulgusu varlığı ve immünoşüpresif ajan alımından etkilendiği görülmüştür. WBA yöntemiyle oluşturulan *in vitro* modelde polisakkarit pnömokok aşısı ile aktif BH grubunda IL-1β ve IL-1RA anlamlı olarak fazla uyarılırken, LPS tüm gruplarda benzer uyarı oluşturmuştur.

Sonuç: Polisakkarit pnömokok aşısı ve 20G iğne ucu ile yapılan DPT günlük kullanımda mevcut DPT'ye göre testin duyarlılık ve özgüllüğünü belirgin olarak artırmakta ve kolay uygulanabilir ve maliyet-etkin bir alternatif olarak görünmektedir. Yöntemin farklı etnik gruplarda ve kontrollerde tekrarlanması yöntemin geçerliliğinin kanıtlanması için yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, deri paterji testi, pnömokok aşısı, inflamazom, IL-1beta

Tablo 1. Gruplara göre farklı yöntemlerin deri paterji testi pozitifliği

Yöntemler Gruplar	20G iğne	20G iğne + PS-23	21G lanset	21G lanset + PS-23	20G iğne + Alum	20G iğne + ATP
Aktif BH (n, %)	4/66 (6,1)	53/66 (80,3)	3/64 (4,7)	15/50 (30,0)	1/20 (5,0)	0/16
Remisyon BH (n, %)	0/18	1/18 (5,6)	0/18	0/8	0/10	0/10
BH Tümü (n, %)	4/84, (4,8)	54/84 (64,3)	3/82 (3,7)	15/58 (25,9)	1/30 (3,3)	0/26
Sağlıklı (n, %)	0/24	0/24	0/23	0/6	0/21	0/18
TOA (n, %)	0/65	0/65	0/63	0/30	0/45	0/35
BHDRH n, (%)	0/28	0/28	0/27	0/12	0/21	0/16
BHKDB (n, %)	0/61	0/61	0/59	0/31	0/39	0/30
İBH (n, %)	0/11	0/11	0/11	0/2	0/11	0/9
Toplam (n, %)	4/273 (1,5)	54/273 (19,8)	3/265 (1,1)	15/139 (10,8)	1/167 (0,6)	0/134

PS-23: 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı, BH: Behçet hastalığı, TOA: Tekrarlayan oral aft, BHDRH: Behçet hastalığı dışındaki romatolojik hastalıklar, BHKDB: Behçet hastalığı kriterlerini doldurmayan bulgular, İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı

Tablo 2. Yöntemlerin ISG kriterlerine göre tanı alan behçet hastalığını ayırt etme başarısı

	20G iğne	20G iğne + PS-23	21G Lanset	21G lanset + PS-23	20G iğne + Alum	20G iğne + ATP
Aktif BH						
AUC (%95 CI)	0,530 (0,448-0,613)	0,889 (0,841-0,957)	0,523 (0,440-0,607)	0,650 (0,548-0,752)	0,525 (0,385-0,665)	0,500 (0,349-0,651)
p değeri	0,459	0,0001	0,572	0,003	0,717	1,0
Tüm BH						
AUC (%95 CI)	0,524 (0,448-0,599)	0,821 (0,757-0,886)	0,518 (0,442-0,595)	0,629 (0,532-0,727)	0,517 (0,400-0,633)	0,500 (0,376-0,624)
p değeri	0,530	0,0001	0,634	0,009	0,775	1,0

SS-012**Non-psöriatik periferik spondiloartritin demografik ve klinik özellikleri**

Yeşim Erez, İsmail Sarı, Tuba Yüce İnel, Gerçek Can, Merih Birlik, Fatoş Önen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Spondiloartrit (SpA), benzer klinik ve laboratuvar özellikleri paylaşan heterojen bir grup hastalıktır. Periferik tutulum en sık psöriatik artritte (PsA) görülmekle birlikte herhangi bir SpA alt grubunda da görülebilmektedir. Bununla birlikte non-psöriatik periferik artrit ile veri sınırlı olup daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Amaç: Non-psöriatik periferik SpA'nın (pSpA) klinik ve tedavi karakteristiklerini araştırmaktır.

Yöntem: ASAS- periferik SpA kriterlerini karşılayan hastalar belirlendi. Hastalar, psöriatik periferik SpA (PSA) ve non-psöriatik periferik SpA (pSpA) olarak iki gruba ayrıldı. Reaktif artrit veya enteropatik artrit tanılı hastalar ve takip viziti olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve tedavi karakteristikleri kaydedildi.

Bulgular: Demografik veriler: Çalışmaya 97 pSpA (erkek %21, ortalama yaş 45,4±13,6), 50 PSA (erkek %54, ortalama yaş 43,6±11,1) hastası alındı. PSA ile kıyaslandığında pSpA'nın kadınlarda daha baskın olduğu görüldü (sırasıyla %46 ve %78, p<0,05, Tablo 1).

Klinik özellikler: PSA'da küçük eklem tutulumu dikkat çekerken, pSpA'da ise büyük eklem tutulumunun ön planda olduğu görüldü. Erozyon ve deformite varlığı, daktilit gelişimi pSpA grubuna göre PSA'da daha fazlaydı. Bazal DAS28 CRP skoru PSA'da daha yüksek saptandı (p<0,05, Tablo 1).

Tedavi özellikleri: pSpA hastalarından 8'inin (%8,2) NSAİİ (non-steroid antiinflamatuar ilaç) ile izlendiği, takipte herhangi bir DMARD (Disease Modifying Anti-rheumatic Drug) almadığı görüldü. Seksen dokuz pSpA ve tüm PSA hastalarına tanı konulduğunda en az bir DMARD başlanırken sadece 9 (%6,1) hastaya kombinasyon DMARD başlanmıştı. İzlemde ise hastalık kontrolünün sağlanması için 63 hastanın (%42,8) tedavisinin bir başka DMARD'a değiştirildiği, 7 (%4,76) hastaya ise ikinci DMARD eklendiği görüldü. Sadece 17 hastanın [4 (%4,1) pSpA ve 13 (%26,1) PSA] biyolojik tedavi aldığı saptandı. Biyolojik tedavi gereksiniminin PSA hastaları için daha yüksek olduğu gözlemlendi (p<0,05).

Sonuç: Bu çalışmada pSpA'nın kadınlarda daha sık görüldüğü ve PSA'ya göre daha iyi seyrettiği yönünde sonuç elde edilmiştir. Bu sonucun diğer çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Periferik, psöriatik, artrit

Tablo 1. Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	pSpA (n=97)	PSA (n=50)	p
Erkek, n (%)	21 (21.6)	27 (54)	<0.001
Tanı yaşı, yıl	43.6±11.1	45.4±13.6	0.53
Semptom süresi-ilk vizit, ay	7.5±16.3	11.4±18.4	0.4
SpA özellikleri			
SpA aile öyküsü, n (%)	20 (26.7)	4 (11.4)	0.7
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	6 (12.2)	1 (10)	0.8
Daktilit, n (%)	8 (8.2)	15 (30.6)	<0.001
Üveit, n (%)	6 (6.2)	-	0.07
Entezit, n (%)	22 (22.7)	16 (32.7)	0.17
Bazal DAS28 CRP	3±0.5	3.4±0.7	0.004
Küçük eklem tutulumu	62 (65.3)	43 (87.8)	0.004
Büyük eklem tutulumu	88 (92.6)	35 (71.4)	0.001
Erozyon varlığı	8 (9.6)	14 (33.3)	<0.001
Deformite varlığı	2 (2.3)	5 (11.6)	0.027

Kategorik veriler yüzde, devamlı değişkenler mean±SD ile verilmiştir.

Tablo 2. Hastalara ait tedavi karakteristikleri

	Periferik SpA (pSpA) (n=97)	Periferik psöriatik artrit (PSA) (n=50)
Başlangıç tedavisi		
Sadece NSAİD, n (%)	8 (8,2)	-----
Monoterapi-DMARD, n (%)	87 (89,6)	43 (86)
Kombinasyon tedavisi, n (%)	2 (2)	7 (14)
İzlemdeki tedaviler		
DMARD değişimi, n (%)	42 (43,2)	21 (42)
Kombinasyon DMARD, n (%)	1(1)	6 (12)
Biyolojik tedavi, n (%)*	4 (4,1)	13 (26)
Son vizitteki remisyon oranları	91 (93,8)	44 (88)

*İstatistiksel anlamlılık olduğunu göstermektedir (p<0,05)

Pandemi sürecinde romatoloji hastalarının ilaç tedavisine uyumu

Belkis Nihan Coşkun¹, Burcu Yağız², Yavuz Pehlivan³, Ediz Dalkılıç³

¹Bursa İker Çelikkın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

²Afyon Devlet Hastanesi, Romatoloji Servisi, Afyon

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Pandemi döneminde romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) tanılı hastaların ilaçlarına devamlılığını araştırmayı ve etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Sağlık bakanlığından ve yerel etik kuruldan onay alındıktan sonra hastalara romatoloji uzmanı tarafından telefon anketi yapıldı. Rastgele örneklem yöntemiyle 300 RA ve AS hastası seçildi. Takip süresi 6 aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Demografik özellikler veri tabanından alındı. Hastalara mevcut tedavi planlarına devam edip etmedikleri ve tedaviyi nasıl sürdürmeye veya bırakmaya karar verdikleri soruldu. Hastalara takip veya intravenöz ilaç uygulaması için hastaneyi ziyaret etmekte tereddüt edip etmedikleri soruldu. Hastalık kontrolü algısı Görsel Analog ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 278 hasta (146 RA, 132 AS) anketi tamamladı. Hastaların ortalama yaşı 47,53±13,02 (19-78) idi. Yüz yetmiş dokuz hasta (%64,4) kadındı. Hastaların 62'si (%22,3) tedaviyi azaltmış veya ara vermişti. Sadece 11 hasta (%3,9) tedaviyi tamamen kesmişti. Hastalık süresi tedaviyi aralıklı kullanan/bırakan hastalarda daha uzundu (p=0,023). Tedaviyi bırakan grup ile tedaviye devam eden grup arasında hastalık aktivitesinde önemli bir fark vardı. (p=0,001) Diğer demografik özelliklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hastaların 135'inin (%48,6) tedavi kararını kendilerinin verdiği ve %80'i tedaviye devam ettiği, 111'inin (%39,9) romatolog ile görüşerek karar verdiği ve %76,6'sı tedaviye devam ettiği, 32'sinin de (%11,5) diğer sağlık çalışanlarına danışarak karar verdiği ve %71,9'unun tedaviye devam ettiği görüldü (p=0,571). Tedavi kararının en çok romatoloğa telefonla sorarak verildiği görüldü. Tedaviyi kesme nedenleri; kaygı (%48,4), intravenöz tedavi için hastaneye gidememe (%45,1) ve ilacı bulamamayı (%6,5).

Sonuç: COVID-19 salgını sırasında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sisteminde birtakım değişiklikler yaşanırken, bu kaos ortamında devam eden tedaviye uyumunda hastalar arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde tedaviyi kesme oranının düşük olduğu görüldü. Uzun süreli hastalığı olanların tedaviyi önemli ölçüde daha fazla kestiği tespit edildi. Bu nedenle hastalara tedaviyi aksatmama konusunda daha iyi bir eğitim verilmesi planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, COVID-19, kaygı, romatoid artrit, tedavinin kesilmesi

Tablo 1. Tedaviye devam eden ve aralıklı kullanan/bırakanların karşılaştırılması

	Devam eden (n=216)	Aralıklı kullanmış/ Bırakmış (n=62)	p
Yaş	47,75±13,09	46,8±12,86	0,616
Cinsiyet			0,073
Kadın	133 (%74,3)	46 (%25,7)	
Erkek	83 (%83,8)	16 (%16,2)	
Tanı			0,248
Romatoid Artrit	109 (%74,7)	37 (%25,3)	
Ankilozan Spondilit	107 (%81,1)	25 (%18,9)	
BMI	26,9±5,18	28,27±6,39	0,083
Sigara			0,327
Aktif	58 (%78,4)	16 (%21,6)	
Hiç içmemiş	134 (%75,7)	43 (%24,3)	
Bırakmış	24 (%88,9)	3 (%11,1)	
Hastalık süresi	11,15±8	13,93±9,79	0,023
Hastalık aktivite (VAS)	7,76±1,7	6,61±2,33	0,001
Eğitim			0,079
Düşük	98 (%81)	23 (%19)	
Lise	81 (%80,2)	20 (%19,8)	
Üniversite	37 (%66,1)	19 (%33,9)	
Meslek			0,582
Çalışan	89 (%79,5)	23 (%20,5)	
Çalışmıyor	106 (%75,7)	34 (%24,3)	
Emekli	21 (%80,8)	5 (%19,2)	

Tablo 2. Tedaviye devam edenler ve tedaviye ara verenlerin dağılımı

İlaçlar	Devam eden	Kesen/ara veren
bDMARD	148 (%73,3)	55 (%26,7)
Anti-TNF		
Adalimumab	30 (%90,9)	3 (%9,1)
Certolizumab	17 (%85)	3 (%15)
Etanercept	29 (%74,3)	10 (%25,7)
Golimumab	18 (%81,8)	4 (%18,2)
Infliximab	13 (%56,5)	10 (%43,5)
Tocilizumab	11 (%47,8)	12 (%52,2)
Rituximab	19 (%65,5)	10 (%34,5)
Secukinumab	3 (%60)	2 (%40)
Abatacept	3 (%100)	0 (%0)
tDMARD		
Tofasitinib	5 (%83,3)	1 (%16,7)
csDMARD	124 (%95,4)	6 (%4,6)
Metotretsat	69 (%95,8)	3 (%4,2)
Leflunomid	40 (%100)	0 (%0)
Sulfasalazin	15 (%100)	0 (%0)
Hidroksiklorokin	70 (%93,3)	5 (%6,7)
Düşük doz steroid	84 (%95,4)	3 (%4,6)
NSAID	134 (%96,4)	5 (%3,6)

Tek merkezden takipli sistemik lupus eritematozus'lu hastaların son 5 yıllık hospitalizasyon verileri ve hospitalizasyona etki eden faktörler

Çiğdem Çetin¹, Melodi Gizem Can², Sinem Öztaşkın²,
Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Lale Öcal¹,
Bahar Artun Esen¹

¹*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında yıllık hospitalizasyon sıklığı %10 civarındadır. Bu çalışmada; tek merkez lupus kohortumuzda son 5 yıllık dönemde SLE hastalarının hastaneye yatış verilerinin ve yatışa etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2015- 2020 tarihleri arasında servisimize yatışı olan SLE (ACR/SLICC) hastalarının yatış nedenleri incelendi. SLE ilişkili kümülatif klinik ve laboratuvar bulguları, otoantikör profili, tedavi geçmişleri ve SLICC SLE hasar indeksi SLE veritabanından elde edilerek güncellendi; yatıştaki hastalık aktivitesi belirlendi (SLEDAI-2K).

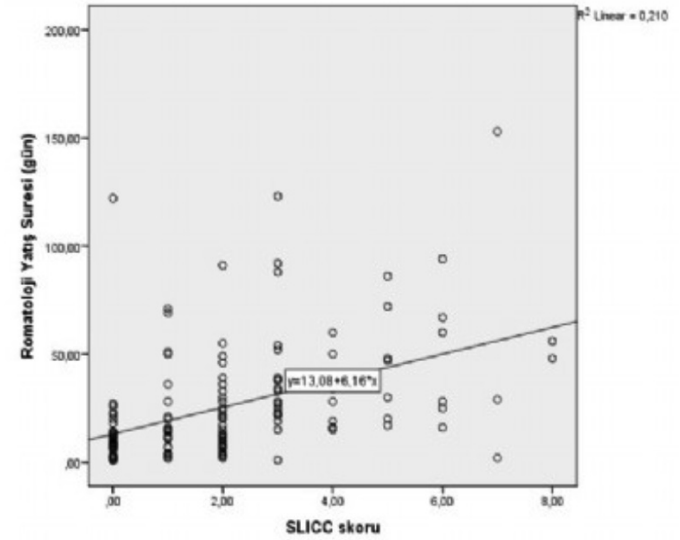
Bulgular: Yatışı yapılan, ortalama yaşı 38±13 olan 161 hastanın %85,7'si (n=138) kadındı. En sık yatış nedeni hastalık alevlenmesi takiben yeni tanı ve enfeksiyonu (Tablo 1). Enfeksiyon nedeniyle yatanların yatış sıklığı ve süreleri daha fazlaydı (sırasıyla p<0,001 ve 0,005). Yatış sırasında ortalama hasar skoru 2,18±1,99 (0-8) saptandı. Yatış nedenlerine göre oluşturulan gruplar arasında ortalama hasar skoru açısından anlamlı fark yoktu. Ortalama hasar skoru ile hastaların her bir romatoloji servis yatışı için serviste kaldığı gün sayısı (r=0,317, p<0,05), total romatoloji yatış süresi (r=0,551, p<0,05) ve servis yatış sayısı (r=0,393, p<0,05) arasında pozitif yönde bir korelasyon belirlendi (Grafik 1). Hastalık alevlenmesi nedeniyle yatan hastalarda ortalama SLEDAI-2K 10,66±5,80, enfeksiyon nedeniyle yatanlarda 3,21±2,80, diğer nedenlerle yatanlarda 7,84±7,16 saptandı. Hastaların %9,9'unda (n=16) yoğun bakım ünitesi takibi (YBÜ) olduğu belirlendi. Uzun toplam yatış süresi (HR 1,01, %95 CI: 1,00-1,02, p=0,012), yatış sırasında yüksek hasar skorları (HR 1,33, %95 CI: 1,07-1,66, p=0,008), antifosfolipid sendromu (APS) varlığı (HR 3,01, %95 CI: 1,09-8,31, p=0,033), LA aktivitesi (HR 4,51, %95 CI: 1,43-14,19, p=0,010) ve trombositopeni (HR 3,76, %95 CI: 1,29-10,95, p=0,015) ile YBÜ ihtiyacı arasında ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç: SLE hastalarında yatış gerektiren durumların başında hastalık alevlenmeleri ve enfeksiyonlar gelmektedir. Yüksek hastalık hasarı yatış sıklığını artırmakta, süresini uzatmakta ve YBÜ'de takip ihtiyacını artırmaktadır. APS ve trombositopeni SLE hastalarında hastalık seyrini olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hospitalizasyon, hasar, SLE

Tablo 1. Hastaların romatoloji servisine yatışı nedenleri

Romatoloji servisine yatışı nedenleri	n (%)
SLE veya APS hastalık alevlenmesi	89 (55,3)
Yeni tanı SLE	28 (17,4)
Enfeksiyon	19 (11,8)
Hasara bağlı komplikasyonlar	13 (8,1)
Vasküler tromboz	5 (3,1)
Pulmoner hipertansiyon	4 (2,5)
Malignite tetkik	1 (0,6)
İntravenöz immünglobulin uygulanması	1 (0,6)
Kardiopulmoner nedenler	1 (0,6)



Grafik 1. Hastaların romatoloji servisine yatışı sırasındaki kümülatif ortalama SLICC SLE hasar skoru ile takipleri boyunca toplam romatoloji servisinde kaldıkları gün sayısı arasındaki ilişki (r=0,551, p=0,000)

SS-016

COVID-19 enfeksiyonuna ikincil makrofaj aktivasyon sendromunda IL-6 blokeri tedavisi

Cansu Akleylek¹, Yonca Çağatay², Neslihan Yılmaz¹

¹*Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*Istanbul Florence Nightingale Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) enfeksiyonu, hastaların %10-20'sinde akut solunum yetmezliği (ARDS) ve aşırı proenflamatuvar sitokin salınımı ile karakterize Makrofaj Aktivasyon sendromu (MAS) gibi ağır tablolara yol açabilmektedir. MAS sonucu ortaya çıkan ve mortal seyreden sitokin fırtınasının, sitokin hedefli biyolojik tedaviler ile kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, COVID-19 enfeksiyonu seyrinde gelişen sitokin fırtınası tedavisinde IL-6 blokajının [Tocilizumab (TOC)] etkisi değerlendirilmiştir.

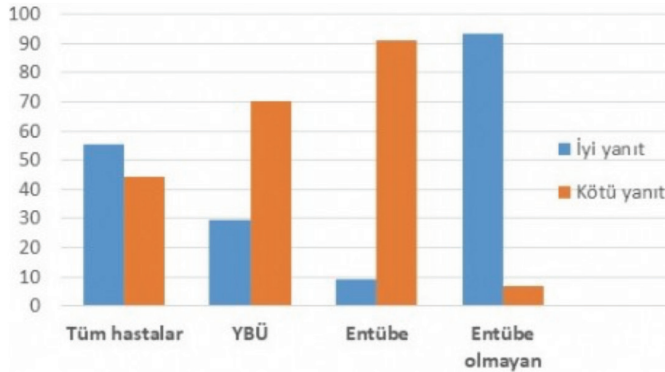
Yöntem: Retrospektif dizayn edilen gözlemsel çalışmaya, Mart-Mayıs 2020 tarihleri arasında COVID-19 enfeksiyonuna ikincil MAS nedeniyle TOC tedavisi uygulanan toplam 27 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ile tedavi öncesi ve

tedavinin 10-20. günün laboratuvar parametreleri ve radyolojik görüntülemeleri incelendi. Klinik yanıt ölçütü olarak, ateş ve oksijen ihtiyacında düşme ile MAS bulgularında gerileme belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 27 hastanın [20 erkek, 7 kadın; yaş: 64 (22-86) yıl] tamamının akciğer görüntülemesinde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular mevcuttu ve 25'inin üst solunum yolu sürüntü örneklemede polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile COVID-19 izole edildi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmektedir. TOC tedavisi (600-800 mg/İV, 24 saatte bir iki doz) uygulanan 27 hastanın 17'si (%63) ağır pnömoni [12 (%44,4) hasta entübe] nedeniyle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) izlenmekte idi. Tedavi sonrası 15 (%55,6) hastada klinik iyi yanıt alınırken, 12 (%44,4) olguda kötü yanıt (2 hasta yanıtız, 10 hasta exitus) gözlemlendi. YBÜ'de izlenen hastaların 5'inde (%29,5) iyi yanıt saptandı. Tedavi yanıtının entübe olan hastalarda olmayanlara göre daha kötü olduğu gözlemlendi [1'e (%9) karşın 14 (%93,3) hasta, $p<0,01$] (Şekil 1). Sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişiminin YBÜ'de takip edilen hastalarda [10'a (%59) karşın 1 (%10) hasta, $p=0,01$] ve entübe hastalarda [8'e (%66,6) karşın 3 (%20) hasta, $p=0,02$] daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: COVID-19 enfeksiyonuna ikincil MAS tedavisinde TOC tedavisi, hastaların yarısından fazlasında etkili bulunmuştur. Tedavi yanıtları yoğun bakımda izlenen ve entübe olan hastalarda daha kötü saptanmış ve bu grupta tedavi sonrası sekonder enfeksiyon daha fazla gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, interlökin-6, sitokin fırtınası, tocilizumab



Şekil 1. Tocilizumab tedavisi alan hastalarda yanıt oranları

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Demografik bulgular	Total (n=27)	İyi yanıt (n=15)	Kötü yanıt (n=12)
Cinsiyet (E/K)	20/7	12/3	8/4
Yaş median yıl (min/maks)	64 (22-86)	60 (22-84)	69 (55-86)
Komorbite n (%)	22 (%81)	11 (%73)	11 (%92)
Arteriyel hipertansiyon n (%)	17 (%63)	8 (%53)	9 (%75)
Diyabetes mellitus n (%)	7 (%26)	3 (%20)	4 (%33)
Kardiyovasküler hastalık n (%)	7 (%26)	3 (%20)	4 (%33)
KOAH n (%)	3 (%11)	1 (%7)	2 (%17)
Malignite n (%)	1 (%4)	1 (%7)	0
Kronik böbrek yetmezliği n (%)	2 (%7)	2 (%13)	0
Tiroid hastalıkları n (%)	2 (%7)	1 (%7)	1 (%8)
Başvuru semptomları			
Ateş n (%)	24 (%88,9)	14 (%93)	10 (%83)
Öksürük n (%)	18 (%66,6)	10 (%67)	8 (%67)
Nefes darlığı n (%)	23 (%85)	11 (%73)	12 (%100)
Diyare n (%)	2 (%7,4)	2 (%13)	0
Boğaz ağrısı n (%)	1 (%3,7)	1 (%7)	0
Baş ağrısı n (%)	1 (%3,7)	1 (%7)	0

SS-017

Nörobekçet sendromlu hastaların klinik özellikleri ve bu hasta grubunda relaps ve kötü gidişi predikte eden faktörlerin belirlenmesi; tek merkez sonuçları

Didem Şahin Eroğlu¹, Murat Torgutalp¹, Serdar Sezer¹, Müçteba Enes Yayla¹, Ayşe Boyvat², Canan Yücesan³, Aşkın Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet sendromu (BS) nedeni bilinmeyen bir vaskülit olup, nörolojik tutulum morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir. Çalışmamızda nörolojik tutulumu olan BS'li hastaların (NBS) klinik özelliklerini tanımlamayı; relaps ve kötü gidişi predikte eden prognostik faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Uluslararası çalışma grubu 1990 kriterlerini karşılayan 2118 BS'li hasta grubundan 125 NBS'li hastayı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerini değerlendirdik. Hastaları parankimal (p-NBS) ve non-parankimal tutulum (np-NBS) olmak üzere iki gruba ayırdık. Nörolojik şikayet ve semptomların tam düzelme sonrası nüks etmesi veya tedavi intensifikasyonu gerektiren durumları relaps olarak, son takipte modifiye Rankin skorunun (mRS) ≥ 3 olması veya ölümü ise kötü gidiş olarak tanımladık. Relapsı predikte eden faktörleri cox regresyon analizi ile, kötü gidişi predikten eden faktörleri ise lojistik regresyon analizi yöntemini kullanarak belirledik.

Bulgular: Yüz yirmi beş hastanın 71'i (%55,5) erkekti. Yetmiş dokuz hasta (%63,2) p-NBS iken 46 hasta (%36,8) ise np-NBS'ydi. Oküler tutulum p-NBS grubunda np-NBS'ye göre daha sık görülürken (sırasıyla %55,7 ve %37,0, $p=0,04$), serebral ven

trombozu haricindeki vasküler tutulum np-NBS grubunda p-NBS grubuna göre daha fazlaydı (sırasıyla %52,2 ve %19,0, p<0,001) (Tablo 1). Kırk iki hastada (%33,6) en az 1 relaps gözlemlendi. Daha erken yaşta BS tanısı almak, deri tutulumu ve kranial sinir felci varlığı relaps ile bağımsız olarak ilişkiliydi. Ortanca 68 ay (IQR 99,5) sonunda 16 hastada (%12,8) engel oluşturan sekel görüldükçe 7 hastada (%5,6) ölüm gerçekleşti. Bütün kötü gidiş ile sonuçlanan olaylar p-NBS grubunda idi, bu nedenle regresyon analizi p-NBS grubunda yapıldı. Kötü gidişi predikte eden bağımsız faktörler ise başlangıç mRS'nin ≥ 3 olması ve progresif tip p-NBS varlığı idi.

Sonuç: Nörolojik tutulum BS'nin morbidite ve mortalitesi yüksek bir tutulum tipi olmasına rağmen, hastalık seyri ve ekstrakraniyal hastalık tutulumları NBS alt gruplarında farklıdır. NBS'nin klinik özelliklerinin ve alt tiplerinin prognoza farklı etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu hastaların takip ve tedavisinde daha farklı ve agresif bir yaklaşım uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, nörolojik tutulum, nörobeçet, prognoz, relaps

Relaps ve kötü gidiş ile ilişkili faktörler

Relaps ile ilişkili faktörler (n= 125)				
	Univariate analiz		Multivariate analiz	
	HR (%95 GA)	p	HR (%95 GA)	p
BS tanı yaşı	0.97 (0.94-1.01)	0.11	0.95 (0.92-0.98)	0.007
NBS tanı yaşı	0.99 (0.96-1.02)	0.44		
Erkek cinsiyet	0.59 (0.32-1.10)	0.10	1.47 (0.79-2.75)	0.23
Parankimal NBS	1.53 (0.77-3.05)	0.22	0.92 (0.44-1.94)	0.83
İzole intrakraniyal hipertansiyon	3.22 (1.25-8.33)	0.016		
Başlangıç mRS ≥ 3	0.92 (0.49-1.73)	0.80		
Genital ülser	1.31 (0.62-2.75)	0.48		
Deri tutulumu (PPE-EN)	2.76 (0.99-7.75)	0.053	3.00 (1.05-8.61)	0.041
Eklemler tutulumu	1.45 (0.78-2.71)	0.24		
Oküler tutulum	0.94 (0.51-1.72)	0.84		
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	0.42 (0.19-0.91)	0.028	0.43 (0.19-0.97)	0.043
Parezi	1.64 (0.89-3.02)	0.11		
Piramidal bulgular	1.53 (0.82-2.82)	0.18		
Duyu kusuru	1.98 (1.08-3.65)	0.028		
Serebellar bulgular	1.27 (0.69-2.34)	0.45		
Kranial sinir felci	2.43 (1.32-4.48)	0.004	2.84 (1.48-5.44)	0.002
Kötü gidiş ile ilişkili faktörler (n= 79)				
	Univariate analiz		Multivariate analiz	
	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p
BS tanı yaşı	1.00 (0.95-1.06)	0.93		
NBS tanı yaşı	1.00 (0.96-1.05)	0.93		
Erkek cinsiyet	0.78 (0.29-2.14)	0.65		
Başlangıç mRS ≥ 3	15.07 (3.21-70.63)	<0.001	8.28 (1.04-66.20)	0.046
Progresif tip	40.38 (9.35-174.49)	<0.001	33.54 (5.99-188.21)	<0.001
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	0.14 (0.02-1.11)	0.055		
Baş ağrısı	0.23 (0.08-0.64)	0.004		
Piramidal bulgular	9.25 (2.75-31.08)	<0.001	2.91 (0.54-15.77)	0.22
Parezi	5.48 (1.65-18.18)	0.003		
Serebellar bulgular	3.51 (1.21-10.24)	0.018		

BS: Behçet sendromu, NBS: Nörobeçet sendromu, mRS: Modifiye Rankin skoru, PPE: Papülopüstüleri

Nörobeçet sendromlu hastaların klinik özellikleri

	Tüm Grup n= 125	p-NBS n= 79	np-NBS n= 46	p değeri
Cinsiyet (erkek, %)	69 (55.2)	45 (57.0)	24 (52.2)	0.60
BS tanı yaşı (SS)	29.84 (9.42)	30.69 (9.41)	28.38 (9.34)	0.19
NBS tanı yaşı (SS)	37.16 (11.75)	38.49 (11.13)	34.86 (12.54)	0.095
Başlangıç mRS ≥ 3 (%)	46 (36.8)	44 (55.7)	2 (4.3)	<0.001
Genital ülser	95 (76.0)	62 (78.5)	33 (71.7)	0.40
Deri tutulumu	100 (80.0)	60 (75.9)	40 (87.0)	0.14
Eklemler tutulumu	66 (52.8)	45 (57.0)	21 (45.7)	0.22
Oküler tutulum	61 (48.8)	44 (55.7)	17 (37.0)	0.043
Ekstrakraniyal vasküler tutulum	39 (31.2)	15 (19.0)	24 (52.2)	<0.001
Gastrointestinal tutulum	8 (6.4)	5 (6.3)	3 (6.5)	1.00
Klinik özellikler				
Baş ağrısı	89 (71.2)	44 (55.7)	45 (97.8)	<0.001
Piramidal bulgular	39 (31.2)	38 (48.1)	1 (2.2)	<0.001
Duyu kusuru	47 (37.6)	43 (54.4)	4 (8.7)	<0.001
Parezi	48 (38.4)	45 (57.0)	3 (6.5)	<0.001
Serebellar bulgular	44 (35.2)	42 (53.2)	2 (4.3)	<0.001
Kranial sinir felci	38 (30.4)	31 (39.2)	7 (15.2)	0.005
Relaps	42 (33.6)	31 (39.2)	11 (23.9)	0.08
Engelleyici sekel	16 (12.8)	16 (20.3)	0 (0.0)	0.001
Ölüm	7 (5.6)	7 (9.0)	0 (0.0)	0.046
Kötü gidiş	23 (18.4)	23 (29.1)	0 (0.0)	<0.001

BS: Behçet sendromu, NBS: Nörobeçet sendromu

SS-018

Dev hücreli arterit tanısında PET/BT: Sınıflandırma kriterleri, akut faz yanıtı ve hastalık alevlenmesi ile ilişkisi

Burak İnce¹, Emine Gökür Işık², Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Son yıllarda pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT), dev hücreli arterit (DHA) tanısında önem kazanmaktadır ancak güncel sınıflandırma kriterlerinde yer almamaktadır. DHA'da PET/BT bulgularının klinik önemi araştırılmaktadır.

Yöntem: DHA ön tanısı ile büyük damar tutulumunu araştırmak amacıyla PET/BT çekilmiş ve en az 6 ay izleme verisi olan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya ardışık 29 hasta [ortalama tanı yaşı 68,1, ortalama takip süresi 37,1±48,8 (6-242)] dahil edildi. Tüm hastalar 50 yaşın üzerindeydi ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) >50 mm/sa idi. Yirmi hasta (%68,9) ACR 1990 Sınıflandırma kriterlerini doldurmaktaydı [ACR(+)]. PET/BT'de aorta ve dallarında büyük

damar vaskülitleri (BDV) lehine hipermetabolizma izlenen [PET/BT(+)] hasta sayısı 23'tü (%79,3). Tutulan arterlerin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. PET/BT'de torasik ve abdominal aortada saptanan standardize edilmiş maksimum uptake (SUD_{max}) ile tanı anındaki ESH (sırasıyla r=0,63 p=0,002 ve r=0,77 p<0,001) ve torasik aortada saptanan SUD_{max} ile CRP arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r=0,5 p=0,026). Tüm grupta PET/BT(-) hastalarda takipte daha sık hastalık alevlenmesi saptandı [4/6 vs. 5/23 p=0,035 OR=7,2 (1,01- 51)] Alt grup analizinde Grup 1 (n=14), ACR(+) ve PET/BT(+); Grup-2 (n=6) ACR(+) ve PET/BT(-), Grup-3 (n=9) ACR(-) ve PET-BT(+) olarak tanımlandı. Grup 1 ve 2 arasında tanı yaşı, PMR, alevlenme oranı ve hasar skorları açısından fark yoktu. Grup 1 ve 3'ün karşılaştırmalı değerlendirilmesi Tablo 1'de gösterilmiştir. Grup 1'de ortalama tanı yaşı, PMR oranı daha yüksek, PET/BT'de bilateral aksiller arter tutulumu daha sıklı.

Sonuç: PET/BT DHA tanısında sıklıkla kullanılmaktadır ve hastalarımız içerisinde yüksek oranda BDV lehine bulgu saptanmıştır. PET/BT'de damar duvarında tutulum şiddeti akut faz yanıtı ile korelasyon göstermektedir. Tüm grupta PET/BT(+)'liği daha nadir alevlenme ile ilişkili saptanmıştır ancak ACR(+) hastalardaki klinik önemi belirlenememiştir. ACR(-), PET/BT(+) hastalar düşük yaş ortalaması, PMR kliniğinin ve PET/BT'de aksiller arter tutulumunun daha nadir olması nedeniyle; BDV sınıflandırmasında ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmiştir. Bilateral aksiller arter tutulumunun klasik DHA kliniğini yansıttığı düşünülmüştür. PET/BT'nin klinik önemi ile ilgili prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, PET/BT, alevlenme, aksiller arter

Tablo 1. DHA ön tanılı hastalarda PET/BT'de hipermetabolizma görülen damarların dağılımı

PET/BT'de tutulum	n (%)
Torasik aorta	22 (75,8)
Abdominal aorta	16 (55,2)
Innominate arter	15 (51,7)
Subklaviyan arter (Sağ)	13 (44,8)
Subklaviyan arter (Sol)	14 (48,3)
Karotis (sağ)	13 (44,8)
Karotis (Sol)	15 (51,7)
Aksiller arter (sağ)	7 (24,1)
Aksiller arter (sol)	6 (20,7)
Ana iliyak arter (herhangi biri)	12 (41,4)

Tablo 2. PET/BT (+) hastalar içerisinde ACR 1990 DHA Sınıflandırma kriterlerini dolduran ve doldurmayan hastaların karşılaştırması

	Grup 1 (n=14) ACR (+)/PET (+)	Grup 3 (n=9) ACR(-)/PET (+)	p	OR
Tanı yaşı (ort.)	68,8±4,5	63,3±9,2	0,004	
PMR	10	2	0,021	2,5 (1-6,1)
Alevlenme	4	1	NS	
CRP (tanı anında) (ort.)	75,1±30,6	130,8±93,4	0,024	
ESR (tanı anında) (ort.)	93,9±28,1	112,5±21,2	NS	
Innominate arter	9	6	NS	
Sağ subklaviyan	8	5	NS	
Sol subklaviyan	9	5	NS	
Sağ karotis	8	5	NS	
Sol karotis	9	6	NS	
Sağ aksiller	7	0	0,011	2 (1,18-3,3)
Bilateral aksiller	6	0	0,022	1,75 (1,1-2,7)
Torasik aorta SUD _{max} (ort.)	3,9	4,6	NS	
Abdominal aorta SUD _{max} (ort.)	4,5	5,3	NS	

SS-019

Primer Sjögren sendromunda tükürük bezleri için yeni OMERACT ultrason skorlama sisteminin geçerliliğinin MRG ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi - OMERACT ultrason çalışma grubu egzersizi

Güzide Nevsun İnanç¹, Sandrine Jousse Joulin², Kerem Yiğit Abacar¹, Çağatay Cimşit³, Canan Cimşit³, Maria Antonietta D'agostino⁴, Esperanza Naredo⁵, Alojzija Hocevar⁶, Stephanie Finzel⁷, Lene Terslev⁸, Annamaria Iagnocco⁹, Petra Hanova¹⁰, Wolfgang A. Schmidt¹¹, Gonca Mumcu¹², George A. Bruyn¹³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Rheumatology Department, Cavale Blanche Hospital and Brest Occidentale University, Brest, France

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, Versailles Saint Quentin University, France

⁵Rheumatology, Joint and Bone Research Unit. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, Spain

⁶Rheumatology, University Medical Centre, Ljubljana, Slovenia

⁷Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Medical Center - University of Freiburg, Medical Faculty, University of Freiburg, Freiburg, Germany

⁸Centre for Rheumatology and Spine Diseases, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

⁹Academic Rheumatology Centre, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy

¹⁰Rheumatology, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

¹¹Immanuel Krankenhaus Berlin, Medical Center for Rheumatology Berlin-Buch, Berlin, Germany

Giriş: Tükürük bezi ultrasonu ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), yüksek sensitivite ve spesifite ile Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında diagnostik amaçlı kullanılabilir.

Amaç: OMERACT Sjögren ultrason grubu egzersizinin amacı, OMERACT majör tükürük bezi lezyonları için ultrason skorumunun validasyonunu, pSS'li hastalarda tükürük akış hızları (TAH) ve parotis (PG'ler)/submandibuler bezler (SMG'ler) MRG'si ile karşılaştırarak değerlendirmek.

Yöntem: Dokuz ultrasonograf ve 2 radyolog, grey-scale ultrason ve MRG kullanarak 11 pSS hastasında bilateral PG'lerin ve SMG'lerin parankimal değişikliklerini değerlendiren validasyon çalışmasına katıldı. Dokuz sonograf, PG'lerin süperfisyel lobunu hem longitudinal hem de transvers düzlemde incelerken, SMG'ler yalnızca longitudinal düzlemde değerlendirildi. Tarama sırasında cihaz ayarlarının değiştirilmesine izin verilmedi. OMERACT yeni dört dereceli yarı kantitatif ultrason skoru uygulandı: Grade 0, normal parankim; Grade 1: minimal değişiklik: anekoik/hipoekoik alanlar olmaksızın hafif inhomojenite; Grade 2: orta derecede değişiklik: fokal anekoik/hipoekoik alanlar ile orta derecede inhomojenite; Grade 3: şiddetli değişim: diffüz inhomojenite ile tüm bez yüzeyini kaplayan anekoik/hipoekoik alanlar veya fibröz gland. MR görüntüleri, baş-boyun pratiğinde uzmanlığa sahip 2 radyolog tarafından değerlendirildi. PG'ler parankimi protokolü Kojima ve arkadaşları tarafından önerildiği; Grade 0 kesinlikle normal, Grade 1 hafif heterojen, Grade 2 açıkça anormal ve Grade 3 ciddi şekilde heterojen tahrip olmuş parankim şeklinde değerlendirildi. Ayrıca, 11 pSS hastasında hem uyarılmış hem de uyarılmamış TAH'ler değerlendirildi.

Bulgular: OMERACT yeni ultrason skoru, PG'ler ve SMG'ler için MRG skoru ile güçlü bir şekilde korelasyon gösterdi (Tablo 1). Korelasyon hem PG'ler hem de SMG'ler için benzerdi ($r=0,8$ $p=0,002$). Ayrıca, objektif kriterler olarak uyarılmamış ve uyarılmış TAH'ler toplam OMERACT yeni ultrason skoru ($r=0,7$ $p=0,04$; $r=0,7$ $p=0,027$) ve toplam MRG skoru ($r=0,8$ $p=0,004$; $r=0,8$ $p=0,013$) ile ilişkili sonuçlandı. Ayrıca PG'lerde ve SMG'lerde benzer eğilim gözlemlendi (Tablo 2).

Sonuç: OMERACT'nin, pSS'de majör tükürük bezlerinin değerlendirilmesi için yeni ultrason skorumunun sistemi, MRG değerlendirmesi ile güçlü bir korelasyon gösterdi. Ayrıca, her iki görüntüleme yöntemi TAH'leri ile güçlü bir şekilde ilişkili sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: Manyetik rezonans görüntüleme, OMERACT, parotis bezi, Primer Sjögren sendromu, ultrasonografi

Tablo 1. Spearman'in ultrason ve MRG ile skorlanan tükürük bezi hedef lezyonları için rho korelasyon katsayıları

Toplam MRG Skoru	Toplam-OMERACT SGUS Skoru	0,8	0,002
MRG Sağ PG	US Sağ PG	0,7	0,004
MRG Sol PG	US Sol PG	0,9	0,000
MRG Sağ SMG	MRG Sağ SMG	0,7	0,017
MRG Sol SMG	MRG Sol SMG	0,6	0,046

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, SMG: Submandibuler bezler

Tablo 2. Spearman'in MRG ve ABD tükürük bezlerinin tükürük akış hızları (TAH) ile ilgili rho korelasyon katsayıları

	MRI Score					OMERACT SGUS Score				
	TOTAL	R PG	L PG	R SMG	LSMG	TOTAL	R PG	L PG	R SMG	LSMG
Uyarılmamış TAH	$r=-0,8$ $p=0,004$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,9$ $p=0,001$	$r=-0,9$ $p=0,001$	$r=-0,7$ $p=0,04$	$r=-0,8$ $p=0,009$	$r=-0,7$ $p=0,03$	$r=-0,8$ $p=0,012$	$r=-0,9$ $p=0,001$
Stimulated TAH	$r=-0,8$ $p=0,013$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,8$ $p=0,003$	$r=-0,8$ $p=0,003$	$r=-0,7$ $p=0,027$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,024$	$r=-0,7$ $p=0,02$	$r=-0,8$ $p=0,003$

SS-020

Romatolojik hastalıklarda COVID-19 pandemisi sürecinde tedaviyi bırakma oranları

Samet Karahan¹, Merve Özçetin², Kemal Erol³, Neslihan Yağmur⁴

¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Kliniği, Kayseri

²Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kayseri

³Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon/Romatoloji Kliniği, Kayseri

⁴Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri

Giriş: Romatolojik hastaların azımsanmayacak bir kısmı tedavilerini önerilen şekilde uygulamamaktadır ve bu durum prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinin tedaviye uyum (kompliyans), bağlılık (adherens) ve devamlılık (persistans) durumlarını olumsuz etkilemiş olabileceği aşikardır. Biz de çalışmamızda romatolojik hastaların ilaçlara kompliyans, adherens ve persistans durumlarının ve ilişkili olabilecek verileri incelemek istedik.

Yöntem: Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerinde COVID-19 salgını öncesindeki son bir yıl içerisinde düzenli takiplerine devam edenlerden rutin poliklinik kontrol zamanı 1 Nisan- 30 Haziran 2020 arasında olan ve bu dönem içerisinde poliklinik ziyaretine gelen 101 hasta çalışmaya ilk grup olarak alındı. Bu hastalara ek olarak son bir yıl içerisinde poliklinik kontrollerine düzenli gelenler arasından oluşturulan bir liste içerisinde 150 hastada rastgele seçim yöntemiyle seçildi. Seçilen bu 150 hastaya da hastane kayıtlarında bulunan cep telefonları vasıtasıyla ulaşılarak ilgili çalışma için onam istendi. Listedeki 150 hastanın 104'ü çalışmayı kabul etti. Toplam hasta sayısı olan 205 kişilik grup ile çalışma tamamlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hangi hastalıkları olduğu, kaç yıllık hasta oldukları, kullandıkları ilaçları not edildi. Ayrıca hastalara pandemi öncesi kullandıkları ilaçlarını kesip kesmedikleri, kesenlerin kesme gerekçeleri, hangi ilacı/ilaçları kestikleri, hastalıklarının ve/veya kullandıkları ilaçların COVID-19'a yakalanma risklerini artırıp artırmadığı soruldu.

İstatistiksel Analiz: Frekanslar için yüzde oranları ve toplam yüzde oranları kullanılmıştır. Bu oranlar için demografik tablolar oluşturuldu. Verilerin normal dağılımını kontrol etmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Normal dağılmayan sürekli verilerin iki grubunu karşılaştırmak için, Mann-Whitney U testi kullanıldı ve normal dağılmış sürekli veriler için Student t-testi kullanıldı. Gruplar arası prevalans oranları ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences software version 25.0 (IBM, Armonk, NY, USA) kullanılarak yapıldı. Olasılık değerleri <0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: İki yüz beş hasta içinde ilaçlarının bir kısmını veya tamamını kesenlerin sayısı 71 (%34,6) idi ve kadınlarda bu sayı 53/141 (%37,6) iken erkeklerde 18/64 (%28,1) idi (p=0,187). İki yüz beş hastanın 62'si (%30,2) hastalıklarının COVID'e yakalanma riskini artırdığını düşünüyorken kadınlarda bu oran 44/141 (%31,2) erkeklerde ise 18/64 (%28,1) idi (p=0,783). Kullanmakta oldukları ilaçların COVID'e yakalanma riskini artırma düşüncesi 65 hastada (%31,7) mevcuttu [kadın-erkek; 41/141'e (%29,1) karşı 24/64 (%37,5) (p=0,440)]. NSAID kullanan 50 hastada NSAID kesme oranı %46,0 (n=23) idi ve bu oran NSAID kullanmayanlarda 47/155 (%30,3) idi (p=0,039). Steroid kullanan 25/71 hasta (%35,2), Metotreksat kullanan 26/79 hasta (%32,9), salazopyrin kullanan 10/28 hasta (%35,7), leflunomid kullanan 18/38 hasta (%47,3) ilacını kesmişti (sırasıyla p değerleri 0,899, 0,681, 0,897 ve 0,068). Biyolojik ajan kullanan hastalardaki ilaç kesen hasta oranı 20/41 (%48,8) iken geri kalan hastalarda bu oran 51/164 (%31,1) idi (p=0,033). Bu biyolojik ajan kullanan 41 hastanın 23'ü (56,1) kullandıkları ajanın COVID yakalanma riskini artırdığını düşünmekteydi. Kullanmayanlarda ise bu oran 42/164 (%25,6) idi (p=0,001). İlaçlarını kesen 71 hastanın 16'sı (%22,5) ilaç temin sorunu, 32'si (%45) ise sosyal medya, internet veya tv/gazetede okudukları sebebiyle ilaçlarını kesmişti.

Sonuç: Çalışmamızın en önemli bulgusu; hastalığın ve/veya kullandıkları ilaçların COVID-19 riski üzerindeki etkisine ilişkin kaygının yaygın olması, bu kaygının en yaygın olarak biyolojik ajan kullanan kişilerde gözlenmesi, bu sebeple de özellikle biyolojik ajan kullanan kişilerde ilaçları terk etme oranlarının yüksek olması olarak sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Adherens, COVID-19, kompliyans, persistans

SS-021

COVID-19 pandemisi biyolojik/hedefe yönelik DMARD kullanan romatoloji hastalarımızı nasıl etkiledi?

Semih Gülle, Yeşim Erez, Tuba Yüce İnel, Ali Karakaş, Sinem Burcu Kocaer, Aydan Köken Avcı, Gerçek Can, İsmail Sarı, Ahmet Merih Birlik, Fatoş Önen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmamızda; pandemi sürecinin başında biyolojik (b/ts DMARD) veya hedefe yönelik sentetik DMARD (tsDMARD) kullanmakta olan hastaların COVID-19 geçirme sıklıkları ve ilaçlarına ara verme/kesmenin romatizmal hastalığın alevlenmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde izlenmekte olan ve pandeminin ilk 3±1 ayında infüzyon tedavisi, hastalık aktivasyonu, reçete yazdırma/durum bildirir rapor alma gibi nedenlerle polikliniğe başvuran hastalar ve daha önce IV biyolojik infüzyon tedavisi ya da SC/oral b/tsDMARD tedavisi nedeniyle kontrol randevusu oluşturulmuş olan ama randevusuna gelemeyen, ancak telefon/e-mail yolu ile ulaşılarak hastalık durum anketi uygulanabilen hastalar alındı.

Bulgular: Çalışmada toplam 271 hasta (ortalama yaş: 47,49±13,52; %57 kadın) değerlendirildi. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunu aksiyal spondiloartrit (AksSpA) (%45,9) ve romatoid artrit (RA) (%24,4) hastaları oluşturdu. En sık kullanılan b/tsDMARD'lar arasında infliksimab (%33), adalimumab (%15,2) ve etanersept (%13,3) yer almaktaydı. Bu dönemde b/ts DMARD kullanan 5 hastamızda [biri nazofarengeal sürüntü (NS) + hafif solunum güçlüğü, diğeri NS PCR (-) olup yüksek olasılıklı Toraks BT bulguları ile tanı aldı] COVID-19 geliştiği görüldü. Hastalarımız güncel TC Sağlık Bakanlığı rehberine uygun şekilde tedavi edildi ve tüm hastalarımız iyileşti. Pandemi sürecinde ulaşılan hastalardan 53'ünün (%19,6) b/tsDMARD tedavilerini kestiği veya tedaviye ara verdiği saptandı. Elli üç hastada ise tedaviyi kesme/ara verme sıklığı iv. infüzyon kullanan hastalarda (%28,4), SC (%14,1) ve oral kullananlara (%10,5) göre daha fazlaydı (p<0,010). Tedavisine ara veren/kesen hastaların tedavilerine aynı şekilde devam eden hastalara göre daha yaşlı olduğu ve daha sık kombine DMARD kullandığı saptanmakla birlikte hastalık aktivasyonunun ilaçlarını kesen grupta daha sık olduğu görüldü (p<0,001). Yapılan ANOVA analizinde b/tsDMARD ilaç kullanan ve ilaçlarını kesen gruplarda ilaç kullanım yolları arasında anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte IV tedavilerini aksatan hastalarda daha sık hastalık aktivasyonu görüldü. Hastaların ilaçlarına ara vermelerinin ardından alevlenme tablosundan bağımsız şekilde aynı biyolojik tedavilere dönme oranları oldukça yüksekti.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, pandemi sürecinde b/tsDMARD kullanma çekincesi nedeni ile beş hastadan birinin ilacını kestiğini ve hastalarda romatizmal hastalığın aktifleşme riskinin arttığını göstermiştir. Hastalar ilaçlarını kesmelerinin ardından aktiflenme durumuna bakılmaksızın çoğunlukla aynı tedavilerine tekrar başlamıştır. Sonuçlar, genellenememekle birlikte, b/tsDMARD kullanan hastalarda COVID-19'a yakalanma veya kötü seyir gelişimi açısından risk artışı olmadığını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, SARS-CoV-2, pandemic, rheumatology, biologic therapy, b/ts DMARD, disease activity

Tablo 1. Demografik bulgular

Mean ± SD (Min/Maks)	İlaça ara verme (-) (n=217) (%80,4)	İlaça ara verme (+) (n=53) (%19,6)	Toplam (n=270)	p
	Mean ± SD (Min/Maks)	Mean ± SD (Min/Maks)		
Yaş	46,42±12,81 (18/781)	51,83±15,50 (21/75)	47,49±13,52 (18/81)	0,022
Hastalık Süresi (Ay)	138±90 (9/180)	156±97 (12/509)	141±91,7 (9/509)	0,229
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet, Kadın	126 (58,1)	28 (52,8)	154 (57)	0,490
DMARD ile Kombinasyon (+)	93 (42,9)	31 (58,5)	124 (45,9)	0,032
Hastalık Aktivasyonu (+)	30 (13,9)	43 (81,1)	73 (27,0)	<0,001
Biyolojik Tipi (Sc vs. IV)				
IV.	78 (35,9)	31 (58,5)	109 (40,4)	0,010
Sc.	122 (56,2)	20 (37,7)	142 (52,6)	
Oral	17 (7,8)	2 (3,8)	19 (7,0)	
Tanı				-
AksSpa	101 (47,2)	23 (43,4)	124 (45,9)	-
RA	47 (22,0)	19 (35,8)	66 (24,4)	-
Psöriatik Artrit	18 (8,4)	0 (0)	18 (6,7)	-
Periferik SpA	12 (5,6)	5 (9,4)	17 (6,3)	-
Takayasu Arteriti	11 (5,1)	2 (3,8)	13 (4,8)	-
Behçet Hastalığı	13 (6,1)	2 (3,8)	15 (5,6)	-
Diğer	12 (5,6)	2 (3,8)	14 (5,2)	-
Biyolojik Adı	n (%)	n (%)	n (%)	
Infliximab	67 (30,8)	22 (41,5)	89 (33)	
Adalimumab	38 (17,5)	3 (5,6)	41 (15,2)	
Etanercept	29 (13,4)	7 (13,2)	36 (13,3)	
Certolizumab	20 (9,2)	3 (5,6)	23 (8,5)	
Tofacitinib	17 (7,8)	2 (3,8)	19 (7,0)	
Golimumab	10 (4,6)	5 (9,4)	15 (5,6)	
Secukinumab	11 (5,7)	1 (1,9)	12 (4,4)	
Tocilizumab (IV)	7 (3,2)	3 (5,6)	10 (3,7)	
Abatacept (IV)	2 (0,9)	3 (5,6)	5 (1,9)	
Rituximab	2 (0,9)	3 (5,6)	5 (1,9)	
Tocilizumab (Sc.)	4 (1,8)	0 (0)	4 (1,5)	
Abatacept (Sc.)	2 (0,9)	1 (1,9)	3 (1,1)	
Anakinra	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,7)	
Kanakinumab	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,7)	
Diğer	4 (1,8)	0 (0)	4 (1,5)	

Tablo 2. Pandemi döneminde b/ts DMARD kesilmesi ve sonrasında tedaviye geri dönüş davranışları

	Alevlenme yok, b/ts DMARD devam (n=10)	Alevlenme var, b/ts DMARD devam (n=27)	Alevlenme var, b/ts DMARD switch (n=6)	Hasta istemiyor, b/ts DMARD kesildi (n=10)
Romatoid artrit (n=19)	5 (50)	10 (37,1)	2 (33,3)	2 (20)
Aksiyal spondiloartrit (n=23)	4 (40)	12 (44,4)	2 (33,3)	5 (50)
Periferik spondiloartrit (n=5)	1 (10)	2 (7,4)	1 (16,7)	1 (10)
Takayasu arteriti (n=2)	0 (0)	1 (3,7)	1 (16,7)	0 (0)
Behçet hastalığı (n=2)	0 (0)	1 (3,7)	0 (0)	1 (10)
Diğer (n=2)	0 (0)	1 (3,7)	0 (0)	1 (50)

Tablo 3. b/ts DMARD tedavisi alan hastalarımızdan COVID-19 enfeksiyonu geçiren hastaların tablosu

Hasta No	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek
Yaş	64	72	40	41	34
Tanı	RA	RA	AksSpA	GPA	Periferik SpA
b/ts DMARD Ara?	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
b/ts DMARD	Enbrel	Tofacitinib	Humira	Rituksimab	Golimumab
Kombine DMARD	Yok	Yok	Yok	Imuran	Salazopirin
Eş zamanlı Steroid	Var	Var	Yok	Var	Yok
PCR	Pozitif	Negatif	Pozitif	Pozitif	Pozitif
Toraks BT	Hafif-Orta	Orta-Ağır	Orta-Ağır	Orta-Ağır	Veri yok
Yatış Süresi	14	16	5	7	Evde
Sonlanım	İyileşme	İyileşme	İyileşme	İyileşme	İyileşme
Sonrasında b/ts DMARD	Devam	Stop	Devam	Veri yok	Devam

SS-022**Romatologlar tarafından yapılan kadavralarda ultrason kılavuzluğunda parotis bezi biyopsisinin değerlendirilmesi**

Güziye Nevsun İnanç¹, Sandrine Jousse Joulin², Kerem Yiğit Abacar¹, Leyla Cinel³, Esperanza Naredo⁴, Alojzia Hocevar⁵, Stephanie Finzel⁶, Lene Terslev⁷, Annamaria Iagnocco⁸, Petra Hanova⁹, Wolfgang A. Schmidt¹⁰, Gonca Mumcu¹¹, Ümit Şehirli¹², George A. Bruyn¹³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Rheumatology Department, Cavale Blanche Hospital and Brest Occidentale University, Brest, France

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Rheumatology, Joint and Bone Research Unit. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, Spain

⁵Rheumatology, University Medical Centre, Ljubljana, Slovenia

⁶Rheumatology and Clinical Immunology, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

⁷Centre for Rheumatology and Spinal Diseases, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

⁸Academic Rheumatology Centre, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy

⁹Institute of Rheumatology, Prague, Czech Republic

¹⁰Medical Center of Rheumatology, Immanuel Krankenhaus Berlin Buch, Berlin, Germany

¹¹Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul

¹³Rheumatology, Reumakliniek Lelystad, Lelystad, Netherlands

Giriş: Parotis bezi biyopsisinin tanısal doğruluğu, Primer Sjögren sendromu teşhisi için uygulandığında labiyal tükürük bezi biyopsisiyle karşılaştırılabilir ve ayrıca hastalık izlemi, tedavi yanıtı ve lenfoma gelişimi açısından da bilgi sağlar. Parotis bezi biyopsisinin potansiyel bir riski fasyal sinir hasarı iken, kesi alanındaki deri hissinde geçici değişiklik, bugüne kadar tanımlanmış ve kanıtlanmış tek komplikasyondur. Son yıllarda, tanısal kullanım amaçlı yüksek frekanslı (15-25 MHz) ultrason problemlerinin kullanıma sunulması ile küçük sinirlerin ve sinir fasiküllerinin görülmesi kolaylaşmıştır.

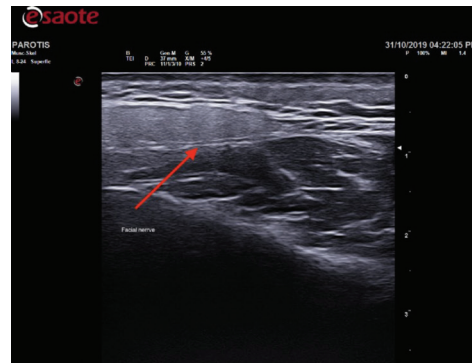
Amaç: OMERACT Sjögren US grubunun ultrason kılavuzluğunda parotis bezi iğne biyopsisi uygulamasının amacı, yüksek frekanslı (15-25 MHz) ultrason kılavuzluğunda fasyal sinir bölgesinden kaçınarak parotis bezi biyopsisinin güvenliğini belirlemektir.

Yöntem: Parotis biyopsisinden önce, sağlıklı deneklerde yüksek frekanslı ultrason problemleri (15-25 MHz) ile biyopsi için fasyal sinir içermeyen en uygun alan belirlendi (Şekil 1). Tükürük bezi ultrasonografisinde deneyime sahip 9 romatologdan her biri, core-biyopsi iğnesi kullanarak 2 farklı kadavradan toplam 4 parotis bezinden biyopsi yaptı. Biyopsiler 18 G core-biyopsi iğneleri ile yapıldı.

Bulgular: Toplam 36 patoloji preparatı, parotis bezi dokusu ile herhangi bir vasküler ve nöronal doku varlığı açısından uzman patoloj tarafından histolojik olarak değerlendirildi. Otuz altı patoloji preparatının %80'inde parotis bezi dokusu mevcuttu. Nöronal doku sadece 2 örnekte (%0,5) mevcuttu, bunlardan biri çok küçük miktarda tespit edildi. Vasküler doku da sadece 2'sinde (%0,5) mevcuttu.

Sonuç: Parotis bezinin, fasyal sinirin ultrasonografi ile tespit edilmediği bölgesinden yapılan iğne biyopsisinin tükürük bezi dokusu elde etmek için nispeten güvenli ve umut verici bir yöntem olduğunu gösterdik. Daha fazla biyopsi iğnesi alıştırmalarıyla da bu yöntem için el becerisi iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: OMERACT, parotis biyopsisi, Primer Sjögren sendromu, ultrasonografi



Şekil 1. Fasyal sinir, homojen nispeten hiperekoik parotis bezi (24 MHz probu ile donatılmış Esaote MyLab 9) içinde hiperekoik kenarlı, lineer tübüler benzeri hipoeikoik bir yapı olarak görünür.

COVID-19 ilişkili sitokin fırtınasında biyolojik ilaç tedavisi; tek merkez deneyimi

Ozan Cemal İçaçan, Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Sevil Yiğit, Selda Çelik, Cemal Bes

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: İlk olarak Aralık 2019'da, Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan pandemide, yeni tanımlanan Severe Acute Respiratory syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) etkenine bağlı gelişen pnömoni, koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak tanımlanmıştır. Bu hastalıkta klinik bulgular, asemptomatik hastalıktan ağır viral pnömonilere varan geniş spektrumda olabilmektedir. Bu hastalık ve/veya komplikasyonlarının tedavisinde, bazı romatizmal hastalıklarda uzun süredir kullanılmakta olan hidrosiklorokin, anakinra ve tocilizumab gibi ilaçlar verilmektedir. Bu hastalık her ne kadar viral bir etkene bağlı ortaya çıkmış olsa da, yol açtığı solunum yetersizliği, sitokin fırtınası gibi ciddi tablolarda sitokin baskılayıcı ilaçlar kullanılması, COVID-19 yönetiminde romatologlara önemli bir görev düşüğünü düşündürmektedir.

Yöntem: Çalışmamıza COVID 19 enfeksiyonuna bağlı sitokin fırtınası tablosu olan ve buna yönelik biyolojik ilaç olarak tocilizumab (TCZ) veya anakinra tedavisi alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemizde Romatoloji Kliniği'ne konsülte edilen toplam 57 hastaya biyolojik tedavi verilmişti. Elli beş hastaya TCZ (%96,4), 2 hastaya ise Anakinra tedavisi uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 54,3 idi. On biri kadın (%19,2), 46'sı ise erkek idi (%80,8). Kırk hastada (%70,1) uygulanan biyolojik tedavi sonrası klinik ve laboratuvar olarak iyileşme gözlemlendi ve eksterne edildiler. Üç hasta solunum yetmezliği nedeni ile dış merkez yoğun bakıma sevk edildi ve takipten çıktılar, 14 hasta ise (%24,5) biyolojik tedaviler uygulanmasına rağmen exitus oldu.

Sonuç: COVID-19'a bağlı ciddi pnömoni, ARDS gibi ağır tablolarda yoğun bir sitokin fırtınası olduğu kabul edilmektedir. Birçok sitokin seviyesi artarken özellikle IL-6 ağır pnömoni ile ilişkilidir ve adaptif immünite üzerine zararlı etkileri vardır. COVID-19'daki IL-6'nın aşırı ekspresyonu nedeniyle bu hastalara IL-6'yı bloke eden antisitokin tedavinin verilmesi gündeme gelmiştir ve bu tedaviler birçok ülkede verilmektedir. TCZ'nin sitokin fırtınası olan COVID-19 hastalarında etkinliği birtakım çalışmalarda gösterilmiş ve günümüzde uzun vadeli yeni çalışmalarda yürütülmektedir. Kliniğimizdeki veriler de görüleceği gibi COVID-19 ilişkili sitokin fırtınasında özellikle TCZ tedavisi literatürdeki sonuçlar ile uyumlu olarak etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, sitokin fırtınası, biyolojik tedavi

Erken dönem risk faktörlerinin juvenil idiyopatik artrit hastalığındaki rolü

Oya Köker¹, Ayten Aliyeva², Fatih Haşlak², Mehmet Yıldız², Amra Adroviç², Sezgin Şahin², Kenan Barut², Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Özgür Kasapçopur²

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Juvenil idiyopatik artrit (JİA), genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan ancak etiyojisi tüm yönleriyle aydınlatılmamış bir hastalık kompleksidir. Hastalık seyrininin bireyden bireye farklılık göstermesi dış faktörlerin etkisini kuvvetle düşündürmektedir. JİA tanılı hastalarımızda; annenin gebelik süreci, sosyodemografik ve sosyokültürel özellikler, anne sütü alma sürelerinin sorgulanması ve hastalık aktivite, hasar, remisyon zamanı, relaps sıklığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, 171 JİA tanılı hastanın ve 183 sağlıklı çocuğun ebeveynleri ile yüz-yüze anket uygulama yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların hastalıkla ilgili bilgileri rutin vizitleri esnasında ve geriye dönük olarak dosyalarından kaydedilmiştir. Sorgulanan çevresel faktörlerin, hastalıkla ilişkisi Juvenile Arthritis Disease Activity score (JADAS) 27, Wallace klinik inaktif hastalık kriterleri, Juvenile Arthritis Damage index (JADI) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızdaki JİA hastalarının (n=171) ortanca yaşı 13 (3-20) saptanırken, %59,1'i kızdı. Hastalık başlangıç yaşı 7 (1-16) yıldı. İlk remisyon zamanı 5 (1-17) aydı. Hastalık alt tip dağılımına göre anne sütü alma süresinde fark yoktu (p=0,97). Anne sütü almış ve hiç almamış olanlar arasında ilk remisyon zamanı yönünden sınırdaki fark (p=0,05) bulundu (Tablo 1). İnek sütü ile erken tanıştırılan (<12 ay) hastalarda relaps sıklığı yönünden anlamlı fark bulundu (p=0,019). Annelerin emzirme süreleri ve eğitim düzeyleri ile ilişkili olarak relaps sıklığı anlamlı farklılık gösterdi (sırasıyla p=0,01; p=0,03) (Tablo 2). Ayrıca okul-öncesi eğitim alan ve almayanlar arasında, remisyon girme zamanı ve relaps sıklığı yönünden anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,008; p=0,005). Hasta ve sağlıklı grup arasında anne sütü alma süreleri ve gestasyonel riskleri açısından anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla p=0,1; p=0,65). Ancak aile bireylerinde sigara içme oranı hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,03).

Sonuç: Anne sütü alma süresi, inek sütüne başlama zamanı ve annenin eğitim düzeyinin JİA relaps sıklığını etkilediği görülmektedir. Okul-öncesi eğitim remisyon zamanını ve relaps sıklığını değiştirmektedir. Bulgularımız, erken çocukluk dönemindeki ebeveyn tutumu ve beslenme durumunun hastalığın sürecindeki olası rolünü düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, çevresel faktörler, JADAS, juvenil idiyopatik artrit, relaps

Tablo 1. Erken dönem risk faktörleri ve juvenil idiyopatik artrit seyri

Çevresel Faktörler	Evet cevabı, n (%)	JADAS, (p)	JADI, (p)	Wallace Klinik İnaktivite Zamanı, (p)	Relaps Sayısı, (p)
Gebelikte sigara kullandınız mı?	41 (24)	0,2	0,72	0,13	0,63
Gebelikte majör bir hastalık geçirdiniz mi (enfeksiyon, otoimmün hastalık, vs.)?	14 (8,2)	0,2	0,4	0,97	0,92
Gebelikte hastalık nedeniyle ilaç kullandınız mı?	8 (4,7)	0,14	0,41	0,95	0,54
Anne sütü verdiniz mi?	165 (96,5)	0,76	0,43	0,05	0,94
12. aydan önce inek sütü içirdiniz mi?	21 (12,3)	0,5	0,36	0,54	0,01
Mama kullandınız mı?	85 (49,7)	0,11	0,22	0,59	0,86
Hayatın ilk yılında hastanede yattı mı?	28 (16,4)	0,27	0,83	0,22	0,46
Aşıları tam mı?	155 (90,6)	0,63	0,92	0,1	0,24
Kreşe gitti mi?	84 (49,1)	0,77	0,42	0,008	0,005
Evcil hayvan besliyor mu?	20 (11,7)	0,3	0,23	0,8	0,64
Hastalık sürecinde taşınma durumu?	15 (8,8)	0,11	0,42	0,92	0,32
Anne/baba/ağabey/abla sigara içen var mı?	107 (62,6)	0,11	0,71	0,8	0,93

JADAS27: Juvenile Arthritis Disease Activity score27, JADI: Juvenile Arthritis Damage index

Tablo 2. Ailenin sosyodemografik özellikleri ve juvenil idiyopatik artrit seyri

Çevresel Faktörler	JADAS, (p)	JADI, (p)	Wallace Klinik İnaktivite Zamanı, (p)	Relaps Sayısı, (p)
Anne gebelik yaşı	0,74	0,51	0,09	0,5
Babanın baba olma yaşı	0,3	0,64	0,24	0,67
Ailenin kaçınıcı çocuğu	0,15	0,41	0,6	0,23
Anne sütü alma süresi	0,16	0,3	0,67	0,013
Gelir seviyesi	0,6	0,63	0,68	0,23
Annenin eğitim düzeyi	0,58	0,63	0,23	0,03
Babanın eğitim düzeyi	0,9	0,62	0,52	0,18

JADAS27: Juvenile Arthritis Disease Activity score27, JADI: Juvenile Arthritis Damage index