

# Poster Sunumlar

(PS-001 — PS-030)

## PS-001

### Kolon perforasyonu sonrası tanı alan behçet sendromu

Cemal Gürbüz, Seyyid Bilal Açıköz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:** Behçet sendromu, tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve bilateral posterior veya panüveit ana belirtileriyle karakterize multisistem enflamatuvar bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem bulguları nadir görüldüğü Akdeniz kökenli hastalara kıyasla Japon ve Koreli hastalarda daha sık görülür. Vaskülitik ülserler en sık iliöçekal bölgede görülür; perforasyon ve kanama riski yüksektir. Behçet hastalığında venöz tutulum sıklıkla tromboz şeklindeyken, arteryel tutulum psödoanevrizma şeklindedir.

**Olgu:** Yirmi yedi yaşında erkek hasta 2009 yılında ateş karın ağrısı şikayetiyle başvurduğu acil serviste çekilen abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) çıkan kolonda perforasyon tespit edilmesi üzerine, hastaya çıkan kolona yönelik parsiyel kolektomi yapılmıştır. Kolon patolojisinde nekrotik zeminde ülsere lezyonlar tespit edilmiştir. Anamnezinde 1 yıldır ayda 1 kez olan oral aft, 1 yıl önce 1 kez olan ve skar bırakan genital ülser ve sırtında, kollarında akneiform lezyonları olduğu anlaşılmıştır. Altı aydır dönem dönem karın ağrısı ve diyare şikayeti olmuştur. Üveit ve tromboz öyküsü yoktur. Paterji testi negatif olarak değerlendirildi. Bu bulgularla hastaya Behçet sendromu tanısı koyuldu ve 1 mg/kg kortikosteroid, kolşisin ve azatiyopürin tedavisi başlandı. Steroid tedavisi azaltılarak kesildi. İki yıllık takip sonrası takipten çıkan hasta 2014 yılında sadece kolşisin tedavisi alırken kontrole geldi. Boyun venlerinde dolgunluk tespit edilen hastanın çekilen BT anjiyografilerinde juguler venlerde tromboz ve non-masif pulmoner tromboemboli tespit edildi. Hastaya yeniden kortikosteroid ve azatiyopürin başlandı. Hasta coumadinize edildi. Azatiyopürin gastrointestinal intolerans nedeniyle kesilerek siklosporin verildi. Hasta Anti-TNF- $\alpha$  ya da siklofosamid tedavisini kabul etmedi. Üç ay sonra kontrol anjiyografisinde hastanın vena cava superior damarının total tromboze olduğu görüldü. Hastaya adalimumab tedavisi başlandı. Altı yıldır adalimumab tedavisi altında hasta remisyonunda takip ediliyor.

**Sonuç:** Behçet sendromu genç erkeklerde daha ağır seyrederek ve oküler, nörolojik, vasküler bulgular erkeklerde daha sıktır. Behçet sendromundaki GİS ülserlerinde kanama ve perforasyon riski yüksektir ve acil cerrahi gerekebilir. Anti-TNF- $\alpha$  tedavisi ciddi komplikasyonların gelişmesini önlemek için özellikle genç hastalarda erken dönemde düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet, kolon perforasyonu, biyolojik tedavi

## PS-002

### Bağ dokusu ilişkili interstisyel akciğer hastalıklarının ilk basamak tedavisinde azatiyoprin ile siklofosamidin karşılaştırılması

Hasan Satış<sup>1</sup>, Mehmet Onut<sup>2</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Nuh Ataş<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Nilgün Demirci<sup>3</sup>, Dilek Yapar<sup>4</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Haluk Türkteş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Sehir Hastanesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bağ dokusu hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığının (CTD-ILD) tedavisi kolay olmamaktadır. Tedavi seçeneklerine ilişkin veriler esas olarak plasebo kontrollü olgu serilerinden gelmektedir. Bu konu ile ilgili immüno-supresif ilaçları karşılaştıran literatür sınırlıydı. Bu çalışmayla CTD-ILD'nin ilk basamak tedavisinde azatiyoprinin (AZA) rolünü tanımlamak ve siklofosamid (CYC) ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak referans hastanesinde, 2009-2019 yılları arasında romatoloji veya göğüs hastalıkları bölümü tarafından takip edilen tüm ILD hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Beş ana CTD grubu tanımlandı; sistemik skleroz (SSc), romatoid artrit (RA), primer Sjögren sendromu (pSS), enflamatuvar miyozit (IMS) ve otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni (IPAF). İndüksiyon tedavisi olarak AZA veya CYC ile tedavi edilen hastalar dahil edildi. Altı ayda tedaviye yanıtlar ve yan etkiler analiz edildi.

**Bulgular:** ILD tanısı alan 1351 hastadan 328'inde CTD-ILD vardı. Elli yedi hastaya AZA ve 79 hastaya CYC tedavisi uygulandı. AZA ile tedavi edilen hastalar, CTD-ILD'nin başlangıcında CYC ile tedavi edilen hasta grubuna kıyasla daha sınırlı hastalık ve ileri yaşa sahipti. CYC tedavisi ile 6. ayda FVC'de %2,41 artış, AZA tedavisinde ise öngörülen FVC'de %1,44 düşüş ile sonuçlandı (p=0,041). AZA, IMS ve IPAF gruplarında CYC ile benzer etkinliğe sahipti, ancak SSc, RA ve pSS ilişkili ILD tedavisinde CYC kıyasla sonuçları kötüydü. AZA ile en sık karaciğer transaminazlarında yükselme, bulantı ve kusma görülürken CYC grubunda sık enfeksiyon, bulantı ve kusma ana yan etkilerdi.

**Sonuç:** AZA tedavisi, hafif/sınırlı ILD ve IMS veya IPAF tanısı olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel akciğer hastalığı, bağ dokusu hastalığı, otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni, tedavi, azatiyoprin, siklofosamid

Tedavi gruplarına göre yanıt değerlendirilmesi			
	Azatiyoprin (n=43)	Siklofosamid (n=72)	p
İmuran Dozu mg/gün	101,78±32,22	n.a	
Kümülatif Siklofosamid dozu (mg)	n.a	8241±6190	
▲MMRC skoru (25;75)	0 (-1; 1)	0 (-1; 0)	0,031
▲FCV, mL (25;75)	0.01 (-0,27; 0,16)	0.06 (-0,68; 1,5)	0,091
▲FCV, predikte % (25;75)	-1 (-6; 3)	3 (-2,75; 5)	0,025
▲HRCT tutulum yüzdesi (25;75)	0 (-0,62; 1,25)	0 (-5; 0)	0,075
Orta-yüksek doz steroid kullanan hasta (%)	%65,1	%54,1	>0,05
İAH progresyonu gösteren hasta sayısı (%)	17 (%39,5)	11 (15,3)	0,013
5-yıllık sağkalm	%91	%95	>0,05
Hastalık alt tipine göre İAH progresyon görülen hasta oranları			
Skleroderma (n=43)	%60	%11,9	0,013
Romatoid artrit (n=16)	%62,5	%25	>0,05
Primer Sjögren sendromu (n=16)	%71,4	%11,1	0,035
Enflamatuvar Myozit (n=14)	%11,1	-	>0,05
IPAF (n=20)	%26,6	%23,1	>0,05

FVC: Zorlu vital kapasite, IPAF: Otoimmün özellikli interstisyel akciğer hastalığı, MMRC: Lodified medical research council skoru, İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı

### PS-003

#### Ailesel Akdeniz hastalarının yönetiminde hasta ve hekim perspektifi arasındaki uyumsuzluk

Hasan Satış, Reyhan Bilici Salman, Hakan Babaoğlu, Nuh Ataş, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) hastalarının ömür boyu tedavi görmeleri gereklidir. Bu, hasta ve hekim arasında dikkate değer bir iletişimi zorunlu kılar. Bununla birlikte, tedavi seçeneklerini etkileyen hastalığın öznel semptomları nedeniyle hastalık aktivitesini değerlendirmek her zaman kolay değildir. Bu çalışmada FMF'li hastalar ile hekimleri arasında tedavi yeterliliği konusunda bir tutarsızlık olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak bir referans merkezinde, FMF tanısı olup ve tedaviye uyumu mevcut bulunan ve en az altı aydır takiplerine düzenli gelen 471 hasta kesitsel olarak değerlendirildi. Demografik ve antropometrik veri, hastalığın özellikleri ve şiddeti, komplikasyonlar ve tedavi özellikleri ile hastanın karakteristikleri kaydedildi. Hastalara ve doktorlara tedavi yeterliliği soruldu ve cevapları birbirleriyle karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Dört yüz otuz dört (%92) hastanın, tedavi yeterlilikleri açısından olumlu ya da olumsuz olarak görüşleri, kendi hekimlerinin görüşlerine paraleldi. Plevrotik, kutanöz veya miyalji ataklarına sahip olmak, kolşisin intoleransı veya komorbitik hastalığın

bulunması, yoğun bir fiziksel çalışma gerektiren hastalarda hekimleri ile aralarında uyumsuzluk daha sık görüldü. Hekim bakış açısına göre tedavinin yetersiz olduğu düşünülen tedavi, komorbit hastalığı, kolşisin intoleransı veya kutanöz hastalığı olan hastalar tarafından daha sıklıkla yeterli olarak değerlendirilmiştir.

**Sonuç:** Hastaların ve hekimlerin tedavinin etkinliği konusundaki perspektifi çoğunlukla birbirleriyle uyumludur. FMF hastalarında doktor değerlendirmesi yerine hasta değerlendirmesi de hastalık yönetimi konusunda dikkate alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, tedavi uyumu, kolşisin

Hasta-hekim arasındaki tedavi konusundaki uyum durumu		
	Hastaya göre tedavi yeterli	Hastaya göre tedavi yetersiz
Doktora göre tedavi yeterli	329 (%94,8)	19 (%5,3)
Doktora göre tedavi yetersiz	18 (%5,2)	105 (%84,7)

### PS-004

#### Ailesel Akdeniz ateşi hastalarında komplikasyonlardan kaçınmak için hangisini sağlamak daha önemli: Lab remisyonu mu klinik remiyon mu?

Hasan Satış, Reyhan Bilici Salman, Hakan Babaoğlu, Nuh Ataş, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

**Amaç:** Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) hastalarının takibinde amiloidoz gelişimi en korkulan komplikasyondur. Hastaların önemli bir kısmında kolşisin ile tam remiyon sağlanmakla birlikte, kısmi remiyon sağlanan hastalardaki risk durumu net değildir. Bu çalışma ile klinik ya da laboratuvar olarak remiyonda olmayan FMF hastalarının özellikleri ve komplikasyon gelişme riskleri karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** Üçüncü basamak bir referans merkezinde, FMF tanısı olup ve tedaviye uyumu mevcut bulunan ve en az altı aydır takiplerine düzenli gelen 449 hasta kesitsel olarak değerlendirildi. Demografik ve antropometrik veri, hastalığın özellikleri ve şiddeti, komplikasyonlar ve tedavi özellikleri ile hastanın karakteristikleri kaydedildi. Klinik remiyon 6 ayda bir veya daha az atak geçirmek, lab remiyon ise C-reaktif protein değerinin takiplerde atak dönemleri dışında normal aralıkta olması olarak tanımlandı. İzole klinik/lab remiyonuna sahip hasta grupları komplikasyon gelişimi açısından birbirleri ve tam remiyon olan/olmayan grupla karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastalardan 260'ında (%58) tam remiyon sağlanmışken 59'u (%13) kolşisin dirençliydi. Kısmi remiyon sağlanan hastalardan, klinik remiyon 102 hastada (%22,7) lab remiyon da 28 hastada (%6,2) sağlanamamıştı. Amiloidoz gelişme riski tam remiyonda olmaya kıyasla; klinik remiyonda olmayan grupta 10,9 [%95 güven aralığı (GA) (2,2 -52), p=0,003] kat, lab remiyon olmayan grupta 21,4 (%95 GA (3,7-123), p=0,001) kat ve hiç remiyonda olmayan grupta 29,5

(%95 GA 6,2 -137, p=0,001) kat risk artışı ile ilişkili bulundu. Oto-enflamatuvar hastalık hasar indeksi (ADDİ)  $\geq 2$  olma riski de tam remisyondaki hastalara kıyasla sırası ile 3,9, 4,9 ve 5,2 kat artmış bulundu.

**Sonuç:** FMF hastalarında hem klinik remisyonu hem de laboratuvar remisyonunu sağlamak komplikasyon gelişimini önlemek için önemlidir. Lab remisyonu sağlanmadığında risk artışı klinik remisyon sağlamamaya göre daha fazla olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, amiloidoz, klinik remisyon, laboratuvar remisyon

## PS-005

### Sistemik lupus eritematozus hastasında bilateral optik nöropatiye bağlı görme kaybı: Olgu sunumu

Sibel Ösken<sup>1</sup>, Zeynep Kaya<sup>1</sup>, Eylem Güner Atasoy<sup>1</sup>, Sevdâ Aydın Kurna<sup>2</sup>, Eren Gözke<sup>3</sup>, Necati Çakır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

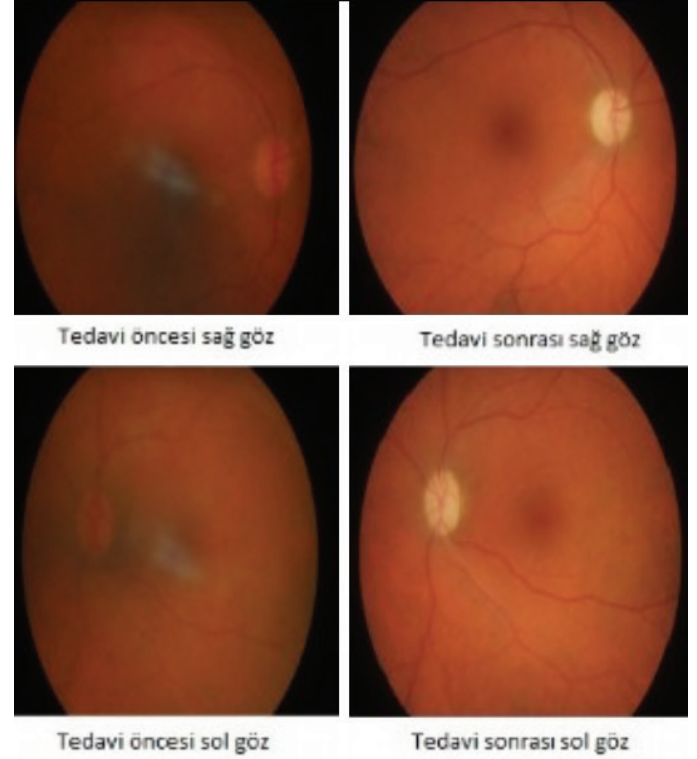
**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen birçok organ ve sistemi tutabilen kronik otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Santral sinir sistemi tutulumu %20-40 oranındadır. Optik sinir ya da optik kiazma tutulumu ise daha nadir olup %1 oranında görülür.

**Olgu:** Elli dokuz yaşında kadın hasta, on üç yıl önce el ve ayak eklemlerinde artrit, fotosensitivite, Raynaud fenomeni, trombositopeni ve ANA'lığı (+)(1/3200) ile SLE tanısı koyulmuş. Hastaya o dönemde prednizolon, hidroklorokin, nifedipin başlanmış. Nisan 2019'da trombositopeni nedeniyle romatoloji servisine yatırılarak; pulse steroid, trombosit süpsansiyonu/aferezi, IVIG, rituksimab, eltrombopag tedavileri uygulanandı, dirençli trombositopeni nedeniyle splenektomi yapıldı. Hastanın yatışı sırasında çekilen PA Akciğer grafilerinde kaviter lezyon tespit edilmesi üzerine ampirik olarak antifungal ve antibakteriyel başlandı, takiplerinde lezyon boyutunda artış saptanması nedeniyle antitüberküloz tedavi verildi. Dördüncü ay akciğer HRCT takiplerinde lezyonlarda yer ve boyut değişimi saptanması üzerine ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı SLE'ye sekonder organize pnömomi olarak raporlanması üzerine de hastanın antifungal ve antitüberküloz tedavileri kesilerek lupus tedavisine devam edildi. Takiplerinde bilateral görme azlığı gelişen hastada optik diskte solukluk bilateral nükleer katarakt başlangıcı ve bilateral grade 2 hipertansif retinopati saptandı. Görme kaybının progrese olması, görme mesafesinin azalması (1 metreden az) üzerine nöroloji ve göz ile rekonsülte edilen hastanın kraniyal MR'sinde patoloji tespit edilmedi. Göz dibi incelemesinde bilateral optik sinirlerde solukluk, maküladada atrofi saptandı (Figür 1). Görsel uyarılmış potansiyel (VEP) incelemesinde bilateral aksiyon potansiyeli alınamadı. Hastaya optik nöropati nedeniyle 3 kez olmak üzere 1 gram i.v. metilprednizolon uygulandı. Prednizolon 7,5 mg/gün ve rituksimab tedavi protokolüne devam eden hastanın son

kontrollerinde bilateral optik disk enflamasyonu gerilemiş olup minimal optik atrofi saptandı, görme mesafesinde artış tespit edildi. VEP incelemesinde p100 latansları normal sınırlarda, amplitüdüler düşük elde edildi.

**Sonuç:** SLE hastalarında gelişen görme bozukluklarının ayırıcı tanısında optik nöropati akılda tutulmalıdır, erken tanı ve tedavi ile olumlu sonuçlar elde edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, optik nöropati, nöro-oftalmolojik tutulum



Figür 1. Göz dibi bulguları

## PS-006

### Ankilozan spondiliti taklit eden omurga tutulumu: Alkaptonürlü bir olgu

Erdal Bodakçılı<sup>1</sup>, İbrahim Vasi<sup>2</sup>, Ebru Özden Yılmaz<sup>2</sup>, Esra Şendil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

**Amaç:** Alkaptonüri; homogentisik asit oksidaz enzim eksikliğine bağlı gelişen nadir görülen otozomal resesif geçen metabolik bir hastalıktır. Alkaptonüri pek çok sistemi etkileyebildiği gibi muskuloskeletal sistemle ilgili olarak omurgada ve periferik eklemlerde dejeneratif değişikliklere neden olur. Biz bu yazımızda ankilozan spondilit öntanısıyla yönlendirilen hastada alkaptonüri tanısı konularak spondiloartropati ayırıcı tanısında akılda bulundurulması gerektiğini düşünerek sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Elli üç yaşında kadın hasta polikliniğimize bel, kalça ağrısı ve sol dizinde şişlik olması ile başvurdu. Bel ağrısının yaklaşık 6 yıldır olduğu, bu zamana kadar ihtiyaç duyduğunda analjezik

ve miyorelaksan ilaçlar kullandığı ve kısmen fayda gördüğü öğrenildi. Sabah tutukluğu 5-10 dakika sürmekte olup, ağrıları dinlenmekle azalıyor. Sol dizindeki şişliğin ortalama 6 aydır olduğunu ve zaman zaman yürümekte zorlandığını belirtiyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgusunda idrarının bekletildiğinde siyahlaştığını ve çocukluğundan beri bu şikayetin olduğunu, iç çamaşırının zaman zaman idrar teması sonrası siyahlaştığını belirtti. Fizik muayenesinde; sağ kulak helikste, burunda ve her iki el baş parmak tırnağında mavi-siyah pigmentasyonu mevcuttu. Torakal kifoz hafif derecede artmış. Bel hareketleri her yöne kısıtlı ve ağrılı idi. Sol diz hareketleri ağrılıydı ve sol dizde sıvı vardı. Laboratuvarında akut faz reaktanları normal, RF ve HLA B27 testi negatifti. Sol dizden alınan sıvı non-enflamatuvar karakterdeydi. Hastanın idrar örneği 24 saat açıkta bekletildiğinde siyah rengini aldı ve idrarda homogenitistik asit pozitif saptandı. Radyografisinde intervertebral disklerde daralma, kalsifikasyonlar (Şekil 1), vertebra ön yüzlerinde osteofitik dejeneratif değişiklikler, sindesmotit ve marjinal subkondral skleroz tespit edildi. Sakroiliak eklemleri açıktı. Olguya okronotik spondiloz ve artropati tanısı konularak fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. On beş günlük tedavi sonrası semptomlarda gerileme gözlemlendi. Kalp kapak tutulumu açısından yapılan ekokardiyografisi normal idi. Semptomlarına yönelik gerektiğinde non-steroid antienflamatuvar ilaç tedavisi alması planlandı.

**Sonuç:** Spondiloartriti taklit etmesi nedeniyle ayırıcı tanıda; sakroiliak grafinin normal olması, sabah tutukluğunun kısa olması, ağrı karakterinin mekanik olması, deride pigmentasyonlar, lomber grafide yaygın disk kalsifikasyonu izlenen hastalarda okronozis düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Alkaptonüri, ankilozan spondilit, disk kalsifikasyonu, okronozis



**Şekil 1.** Disklerde kalsifikasyon ve vertebral aralıklarda daralma

## PS-008

### Gut ve Paget hastalığı birlikteliği; bir tesadüf mü?

Erdal Bodakçı<sup>1</sup>, İbrahim Vasi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

**Amaç:** Kemiğin paget hastalığı (PH), yaşlanan iskelette meydana gelen fokal bir kemik metabolizması bozukluğudur; hızlanmış bir kemik yapım-yıkım döngüsü ile karakterizedir. Hızlanmış kemik yapım- yıkımından kaynaklı artmış nükleik asit döngüsü görülebilmekte. Burada, gut tanısı olan ve daha sonra PH tanısı alan hastayı sunacağız.

**Olgu:** Elli beş yaşında erkek hasta 6 ay önce ayak baş parmağında artrit olması ile gut tanısı almış. Düzensiz ilaç kullanımı olan hastada son 6 ayda olan 4. gut atağı ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol kalça hareketleri kısıtlıydı. Sol ayak baş parmağında artrit vardı. Hastanın ürik asit 10,5 mg/dL (3,8-7,7) idi. Sol kalça ağrısı nedeniyle hastadan istenen pelvis grafisinde femuroasetabuler eklemda daralma, skleroz artışı, iliak kanatlarda yaygın sklerotik litik lezyonlar görüldü. Sklerotik litik lezyonların paget hastalığını düşündürmesi üzerine istenen serum alkalin fosfataz düzeyi 1160 u/L (40-150 u/L) olup yüksekti. Kalsiyum, fosfor, parathormon ve D vitamini normal aralıktaydılar. Hastaya yapılan tam kan, biyokimya, idrar incelemeleri ve protein elektroforezi, tümör markerleri normaldi. Osteoporozu yoktu. Yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde, sol femurda ve iliak kanatta aktivite tutulumu, vertebral kolonda yoğun artmış aktivite tutulumu saptandı. PH düşünüldü. Hastaya alendronat 70 mg/hafta, 1000 mg kalsiyum+880 IU D vitamini 1x1/gün, gut için kolşisin 2x1, indometazin 3x1 başlandı. Bu tedaviye 10 gün sonra allopurinol eklendi. Birinci ayın sonunda bakılan ürik asit değeri 6,7 mg/dL olması ve verilen tedavinin ürik asit değeri üzerindeki etkisini görebilmek için allopurinol stoplandı. Diyet önerilmedi. Üçüncü ay kontrolünde bel ve kalça ağrısının azaldığı, analjezik ihtiyacının 3-4 günde bir olduğunu belirten hastada ALP 380 u/L, ürik asit 7,0 mg/dL olup takip ve tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:** Gut ve Paget birlikteliği klinisyenler açısından gözden kaçabilen bir birliktelik olup, gut için atipik olan ağrılarda ALP çalışılması, Paget tanısı olan hastalarda da ürik asit düzeyine bakılarak bu iki hastalığın erken dönemde tanısı konulabilir. Paget tedavisi ile hiperürisemi de tedavi edileceğinden gereksiz ilaç alımı engellenmiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Paget hastalığı, hiperürisemi, gut

## PS-009

### Enflamatuvar bel ağrısının beklenmedik bir nedeni: Osteitis kondensans ilii

Sadettin Uslu

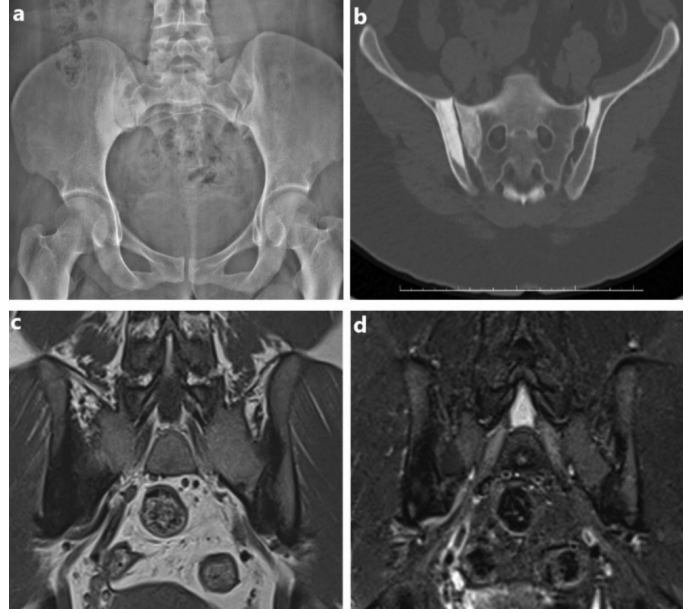
Ömer Halisdemir Üniversitesi, Bor Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Niğde

**Giriş:** Osteitis kondensans ilii (OKİ), bel ağrısına yol açan nadir nedenlerden biridir. OKİ prevalansı genel popülasyonda %0,9-2,5, ve doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde çoğunlukla kadınlarda bildirilmiştir. Biz de enflamatuvar bel ağrısı ile başvuran ve OKİ tanısı alan 35 yaşındaki bir kadın hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Otuz beş yaşında bir kadın 10 yıllık bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrı enflamatuvar karakterde olup, hasta bir saatten fazla sabah sertliği tariflemekteydi. Üçüncü hamileliğinden sonra şikayetlerinin arttığını ifade ediyordu. Hastanın kişisel, ailevi ve tıbbi geçmişi dikkate değer bir bulgu yoktu. Fizik muayenede FABER testi pozitif ve sakroiliak eklem üzerinde fokal hassasiyet vardı. Pelvik grafide sakroiliak eklemlerde skleroz görüldü (Şekil 1a). Bilgisayarlı tomografide bilateral sakroiliak eklemlerde periartiküler skleroz bulguları mevcuttu (Şekil 1b). Manyetik rezonans görüntülemesinde sakroiliak eklem periartiküler alanda düşük sinyal yoğunluğu tespit edildi (Şekil 1c, 1d). Laboratuvarında eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein seviyeleri normaldi ve HLA-B27 negatifti. OKİ tanısı konuldu ve hastaya non-steroid enflamatuvar ilaç ve fizik tedavi başlandı.

**Sonuç:** OKİ genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olması durumunda en sık mekanik karakterde ağrı izlenir, ancak hastalar nadiren istirahatte kötüleşen karakteristik özellikli enflamatuvar sırt ağrısının bazı özellikleri ve sabah tutukluğu ile başvurabilir. OKİ esas olarak radyolojik bir tanıdır. Sakroiliak ekleme komşu iliak kemik öncelikle etkilenir ve kendini üçgen şeklinde kemik sklerozu olarak gösterir. Sakroiliitin aksine, OKİ'de artiküler sınırlar sağlamdır ve eklem mesafesi korunmuştur. OKİ bel ağrısının benign bir nedenidir ve aksiyal spondiloartritir ayrırıcı tanısında düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Osteitis kondensans ilii, ankilozan spondilit, enflamatuvar bel ağrısı



**Şekil 1.** (a) Sakroiliak eklem grafide sakroiliak eklemlerin iliak sınırında skleroz; (b) Aksiyal bilgisayarlı tomografide her iki sakroiliak eklemlerde periartiküler skleroz; (c-d) T1 ve T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemelerde düşük sinyal yoğunluğu

## PS-010

### Sistemik skleroz hastalarında SARS-CoV-2 hastalığı (COVID-19): 4 olgu serisi

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

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

**Amaç:** İmmünoşüpresyon ve komorbiditelerin varlığı, otoimmün enflamatuvar romatolojik hastalığı (OİRH) olanlarda artmış ciddi enfeksiyon riski ile ilişkilidir. O nedenle SARS-CoV-2 hastalığının (COVID-19) immünoşüpresif tedavi almakta olan OİRH hastalarındaki sıklığı ve şiddeti dikkat çekici olmuştur. Biz de çalışmamızda sistemik skleroz (Ssk) tanısıyla takip edilen hastalarımızda COVID-19 enfeksiyonu sıklığını ve klinik özelliklerini belirlemeyi planladık.

**Yöntem:** Deri ve visseral organ tutulumundan bağımsız olarak 104 Ssk hastası telefonla aranarak, pandemi sürecinde poliklinik kontrolüne gelen 57 Ssk hastası da muayene sırasında anket çalışmasına davet edildi. Onay alındıktan sonra aşağıdaki sorular soruldu:

1. 01.03.2020 tarihi itibarı ile COVID-19 ile uyumlu ateş/öksürük, nefes darlığı/tat, koku kaybı/karın ağrısı, ishal şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

2. COVID-19 için örnek alındı mı, nasıl sonuçlandı?

3. Pozitif sonuçlandı ise hastaneye yatırıldınız mı, epikrizinizi bizimle paylaşabilirsiniz mi?

COVID-19 enfeksiyonu geçirenler klinikte daha detaylı değerlendirildi.

**Bulgular:** Dört Ssk hastasında COVID-19 enfeksiyonu görüldü. Tablo 1'de hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri tanımlanmıştır. Birinci, 2. ve 4. hastanın tipik COVID-19 bulguları mevcut idi (Tablo 2). İkinci ve 4. hastada nazofarengeal örnekte COVID-19 gerçek-zamanlı polimeraz zincir reaksiyon testi pozitif sonuçlandı. Birinci, 2. ve 3. hastanın Akciğer bilgisayar tomografisinde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular izlendi. Hastaların hiçbirinde sitokin fırtınası, tromboembolizm gelişimi veya vaskülopatide kötüleşme olmadı; mekanik ventilasyon ve/veya anti-sitokin tedavi ihtiyacı gelişmedi.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan 161 Ssk hastasından dördünde (%2,4) COVID-19 enfeksiyonu saptandı. İmmünoşüpresif kullanan Ssk hastaları arasında COVID-19 sıklığı öngörülenin aksine sık gözlenmedi. Olgularımız ciddi organ hasarı ve vasküler hasarda

kötüleşme olmadan iyileşti. İlk 3 Ssk olgusunda, öncesindeki ağır vaskülopatik seyire karşın, COVID-19 sürecinde olabilecek vasküler kötüleşmenin olmamasının öncesinde aldıkları spesifik vazodilatör tedavinin olumlu etkisi olabileceği düşünüldü. İki olgumuzda akciğer tutulumu olmasına rağmen solunum fonksiyonlarında olumsuz değişiklikler gözlemlenmedi. Ciddi deri ve viseral organ tutulumu olan Ssk hastalarında immünoşüpresif tedaviye uzun süre ara verilmesi hastalık progresyonuna neden olabilir. Elde olan veriler pandemi sürecinde Ssk hastalarında immünoşüpresif tedaviye ara verilmeden devam edilebileceğine dair görüş sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, immünoşüprese hasta, COVID-19 hastalığı

**Tablo 1.** COVID-19 hastalığı geçirmiş sistemik skleroz hastalarının klinik özellikleri

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
Yaş/Cinsiyet	58/K	40/K	52/K	48/K
Raynaud süresi/ Raynaud dışı sepyom süresi (yıl)	20/18	27/20	23/18	4/4
Sigara alışkanlığı	Yok	Yok	Yok	Ex smoker <2003 30 p/yıl
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	27	22	26	33
Diğer komorbiditeler	HT, KBH	Yok	Yok	Yok
Deri tutulumu	Sınırlı	Diffüz (mRSS: 16)	Diffüz	Sınırlı
Otoantikör profili	Anti-sentromer	Anti-scl70	Anti-scl70	Anti-sentromer
İnterstiyel akciğer hastalığı	Yok	Var	Var	Yok
Pulmoner hipertansiyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Periferik vasküler tutulum	Dijital ülserler	Dijital ülserler	Dijital ülserler	Yok
İmmünoşüpresifler	Yok	Mikofenolat Mofetil	Azatiyoprin (enfeksiyon nedeniyle ara verilmiş)	Metotreksat
Prednizon (mg/gün)	Yok	5 mg/gün	5 mg/gün	5 mg/gün
Spesifik vazodilatörler	Bosentan	Tadalafil	Sildenafil	Yok
ACE inhibitörleri ve/veya ARB	Yok	Yok	Kinapril	Yok

**Tablo 2.** Sistemik skleroz hastalarında COVID-19 enfeksiyonunun klinik özellikleri

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
İlk bulgular	Dispne	Ateş, baş ağrısı, miyalji, bulantı	Asemptomatik	Ateş, terleme, öksürük, halsizlik
RT-PCR	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif
Akciğer BT bulguları	Var	Var	Var	Yok
Lenfopeni	Var	Var	Yok	Yok
C-reaktif protein (mg/L)	30,3	60,54	16,96	80,85
Ferritin	Normal	Normal	Normal	147 g/L (10-120)
Troponin T	Kontrol edilmemiş	Normal	Normal	Normal
Hospitalizasyon	Var	Var	Yok	Yok
YBÜ'de hospitalizasyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Oksijen tedavisi	Var	Yok	Yok	Yok
Non-invazif/invazif mekanik ventilasyon	Yok	Yok	Yok	Yok
Tedavi	HCQ+ Azitromisin+ Favipravir+ Seftriakson	HCQ+ Azitromisin+ Oseltamivir	Levofloksasin	HCQ
Anti-stokin tedavi	Yok	Yok	Yok	Yok
Sonuç	Şifa ile taburcu	Şifa ile taburcu	Ayaktan takip	Ayaktan takip

RT-PCR: Gerçek-zamanlı polimeraz zincir reaksiyon, BT: Bilgisayarlı tomografi, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

## AA amiloidoza bağlı kronik böbrek yetmezliği ile presente olan yeni tanı ankilozan spondilit olgusu

Adem Ertürk

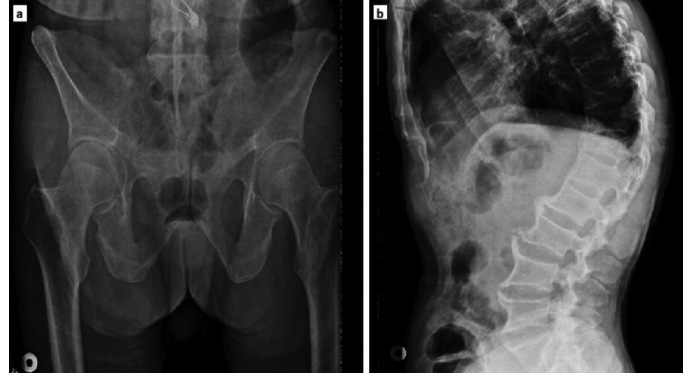
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Giriş:** AA tipi amiloidoz, süregelen enflamatuvar hastalıkların ve bazı süregelen enfeksiyonların geç dönem ve ciddi bir komplikasyonudur. Spondiloartritler, AA amiloidozun sık görülen nedenleri arasında yer alır. Burada AA amiloidoz etiyojisi araştırılırken tanı konulan ankilozan spondilit (AS) olgusu sunulacaktır.

**Olgu:** Altmış altı yaşında erkek hasta nefroloji bölümünde yapılan böbrek biyopsisinde AA amiloidoz saptanması üzerine romatolojik etiyojilerin araştırılması için tarafımıza yönlendirilmiş. Öyküsünde bilinen romatolojik hastalığı yoktu. Özgeçmişinde 10 yıldır HT ve kronik böbrek yetmezliği vardı. Yapılan romatolojik sorgulamasında enflamatuvar bel ağrısı yoktu, ancak gençlik yıllarında kronik bel ağrısının olduğunu, uzun zamandır bel ağrısının olmadığını ve aradan çok uzun süre geçtiği için bel ağrısının enflamatuvar veya mekanik karakterde olup olmadığını hatırlamıyormuş. Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) açısından özellik yoktu, ailesinde FMF veya böbrek yetmezliği öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde bilateral pretibial ödemi vardı. Periferik artit, entesit, daktilit yoktu. Modifiye Schober testi 6 cm'di. Göz muayenesinde hipertansif retinopasi saptanılmadı. Yapılan tetkiklerinde; glukoz: 102 mg/dL, sedimentasyon 65 mm/saat, C-reaktif protein 0,9 mg/dL, kreatinin 4,6 mg/dL, HLA-B27 negatif, ANA, antidsDNA, ENA paneli, ANCA, anti-glomerüler bazal membran antikoru negatif, C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Yirmi dört saatlik idrarda 6 gr/gün proteinürisi vardı, idrar direk bakısında aktif idrar sedimenti yoktu. FMF gen mutasyonu çalışmasında mutasyon saptanılmadı. Başvuru esnasında enflamatuvar bel ağrısı olmamasına rağmen gençlik yıllarında bel ağrısı olduğu için istenilen sakroiliak eklem grafisinde bilateral grade 4 sakroilit saptandı ve servikal-toarakal-lomber grafilerinde sindesmofitler saptandı. Hasta AS olarak değerlendirildi ve takibe alındı.

**Tartışma:** Kronik enfeksiyonların kontrol altına alındığı ülkelerde en önemli AA amiloidoz nedeni romatizmal hastalıklardır. AS hastalarındaki subklinik ve klinik AA amiloidoz sıklığı, sırasıyla %7 ve %1-1,5 olarak bildirilmiştir. AS'deki en sık böbrek tutulumu, AA amiloidozdur. AS'de amiloidoz gelişimi prognozu etkilemektedir ve amiloidoz ile ilişkili böbrek hastalığı, AS'deki mortaliteyi artıran bir nedendir. Türkiye'de AA amiloidozun en önemli nedeni FMF olsa da, aktif bel ağrısı olmasa bile daha önceki yaşlarında bel ağrısı şikayeti olan hastalarda AS akıldaki tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, kronik böbrek yetmezliği, AA amiloidoz



**Şekil 1.** (a) Pelvis A-P grafisinde bilateral grade 4 sakroilit. (b) Torakolomber lateral grafisinde sindesmofitler

## PS-012

### Sistemik lupus eritematozus tanılı hastada tüberküloz lenfadenopati, sakroileit ve psödotumor serebri: Olgu sunumu

Zeynep Kaya<sup>1</sup>, Sibel Ösken<sup>1</sup>, Eylem Atasoy Güner<sup>1</sup>, Eren Gözke<sup>2</sup>, Necati Çakır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Sistemik lupus eritematosus (SLE), pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz (TB) riskini artıran, kronik multisistem otoimmün bir hastalıktır. Bu olguda, SLE tanısı ile uzun süre steroid ve immünoöprese tedavi verilen hastanın takipleri sırasında ortaya çıkan ateş irdelenmiştir.

**Olgu:** Otuz bir yaşında kadın hasta 2008 yılında poliartrit, malar raş, fotosensitivite, proteinüri, coombs pozitif hemolitik anemi, ANA, anti-dsDNA, anti-SM pozitifliği ve kompleman düşüklüğü ile SLE tanısı almış. Hastaya pulse steroid devamında oral steroid, azatioprin ve hidrosiklorokin başlanmış. 2019'da nefrotik derecede proteinüri ile tekrar başvurdu. Renal biopsi sonrası pulse steroid uygulandı. Yatışının 4. gününde ateşi gelişen hastanın muayenesinde aksillar lenfadenopati dışında patoloji saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde yıllardır lenfadenopatisi mevcut olup 2015 ve 2017'de iki kez ince iğne biopsi yapılmış. Patoloji sonucu reaktif hiperplazi olarak yorumlanmış. Kültürleri negatif saptanan hasta odak açısından ayrıntılı değerlendirildi. Toraks BT'de sağ akciğerde konsolide alan görülmesi üzerine bronkoskopi yapıldı. Patolojide özellik gözlenmedi. Non-spesifik antibiyotik tedaviye yanıt vermeyen hastanın, eksizyonel lenf nodu biopsisi tekrarlandı. Patoloji kazeifiye granulatöz lenfadenit olarak raporlandı. Hastanın aynı dönemde başlayan sağ kalça ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede derin palpasyonla sağ sakroiliak ağrılı, lateral pelvik kompresyon ve Patrick testi pozitif saptandı. Kontrastlı sakroiliak MR'de sağ sakroiliak eklemde genişleme, efüzyon, kemik iliği ödemi ve L2-5 pleksit ile uyumlu olarak raporlandı. TB tedavisi ile ateşleri ve laboratuvar parametreleri geriledi. Tedavinin 1. ayında başağrısı ve kusma şikayetleri gelişti. Gözdibi incelemede papilödem saptandı. Kraniyal MR ve MR Venografide

patoloji gözlenmedi. Lomber ponksiyonda, BOS basıncı artmış (580mmH<sub>2</sub>O), hücre görülmedi. BOS biyokimyası Pseudotumor cerebri ile uyumlu saptandı. Asetazolamid başlandı. Hastanın tedavi ile baş ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleri geriledi.

**Sonuç:** Enfeksiyonlar, SLE hastalarında major morbidite ve mortalite nedenidir. TB ülkemizde endemik kabul edilen enfeksiyon nedenidir. Bu olguda SLE hastalarında, immün sistemin intrinsik yada ekstrinsik baskılanmasına sekonder gelişen TB enfeksiyonun önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus eritematozus, tüberküloz lenfadenopati, sakroileit, psödotumor serebri

### PS-013

#### Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında nadir bir hastalık: Erdheim-Chester Hastalığı

Nihal Lermi, Zeynep Yılmaz Bozkurt, Altuğ Güner, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

**Amaç:** Erdheim-Chester hastalığı (ECH), non-Langerhans hücreli histiositoz grubunda yer alan, genellikle 50-60 yaş erkeklerde görülen nadir bir multisistem bozukluğudur. İskelet sisteminde sklerotik lezyonlar, kalp ve dolaşım sistemi, santral sinir sistemi, hipofiz, solunum sistemi tutulumu görülebilir. Perinefrik dokuların infiltrasyonu hidronefroz, üretral daralmaya neden olabilir. Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında nadir bir sebep olan ECH düşündüğümüz olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yetmiş dokuz yaş erkek hasta, KOAH, koroner arter hastalığı tanıları olan hasta, son 2 aydır mevcut olan sık idrara çıkma, çok su içme, kilo kaybı ve subfebril ateş nedeniyle tetkik edilirken çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) retroperitoneal fibrozis tespit edilmesi nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Dış merkez BT'de simetrik yumuşak doku dansiteleri, retroperitoneal fibrozis ve her iki üreterde daralma nedeniyle hidronefroz saptanmıştı. Tetkiklerde Akş:195, Üre:41,5 mg/dL, Kreatinin:0,96 mg/dL, Potasyum:4,09 mmol/L, Sodyum:140 mmol/L, Kalsiyum:8,4 mg/dL, C-reaktif protein (CRP):126 mg/L, HbA1c:6,3 ve TSH:1,04 mU/L ve IgG4 düzeyi normal saptandı. Hastanın poliürik olması nedeniyle diabet insipidus düşünüldü ve sıvı kısıtlamasıyla idrar miktarı azaldı. Hastaya 3 gün 80 mg metilprednisolon sonrası prednisolon 30 mg/gün tedavisi verildi. Azatioprin 50 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde CRP 126 mg/l'den 3 mg/l'ye kadar geriledi. Yapılan üriner sistem USG'sinde her iki toplayıcı sistemde Grade 2-3 hidronefroz izlendi. Hidronefrozun gerilemesiyle, planlanan Double-j katateri takılmadı. Hipofiz manyetik rezonans görüntüleme (MRG) nörohipofizitle uyumlu geldi. Abdomen BT'de, Erdheim Chester tutulumunu temsil edebilen görünüm saptandı. İskelet Survey'de sağ iliak kanatta, bilateral femur distal, tibia proksimal metafizlerde ve sağ femurda boyun kesiminde sklerotik lezyonlar saptandı. BRAF geni V600 mutasyonu negatif sonuçlandı. Minimal plevral effüzyon saptandı, ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon izlendi. Hastanın kabul etmemesi nedeniyle histopatolojik tanı amaçlı örnek alınamadı.

**Sonuç:** Multisistemik tutulumla karakterize ECH'da kas-iskelet sistemi bulgularının yanı sıra nörolojik bulgular, diabetes insipidus gibi endokrin bozukluklar da görülebilir. Retroperitoneal fibrozis ayırıcı tanısında ECH da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Diabetes insipidus, Erdheim-Chester Hastalığı, iskelet sistemi, retroperitoneal fibrozis, sklerotik lezyonlar

### PS-014

#### Subkütan nodül ile prezente olan, yaşlı, erkek sarkoidoz olgusu

Zeynep Yılmaz Bozkurt, Nihal Lermi, Altuğ Güner, Belkis Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan, Hüseyin Ediz Dalkılıç

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa*

**Giriş:** Sarkoidoz, kronik, sistemik, non-kazeifiye granülomla karakterize, sıklıkla genç kadınları etkileyen bir hastalıktır. En sık solunum sistemini etkilerken olguların %25'inde kutanoz tutulum olur. Subkütan nodülle prezente olan yaşlı, erkek olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Altmış dört yaşında erkek hasta, dört aydır devam eden nefes darlığı, kaşıntı, 10 kilodan fazla kilo kaybı, dizde, ellerde, dirsekte, alnında 25'ten fazla deride sertlik sebebiyle başvurdu. Özgeçmişinde 8 yıldır konjestif kalp yetmezliği ve diabetes mellitus tanıları mevcuttu, soy geçmişinde özellik yoktu. On paket/yıl sigara içip 3 yıl önce bırakmıştı. Fizik muayenesinde tarif edilen bölgelerde çok sayıda, farklı çaplarda, deri renginde, ağrısız, deriye yapışık nodülleri dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde; üre 49 mg/dL, kreatinin 1,41 mg/dL, kalsiyum 11,5 mg/dL, total protein 7,3 gr/dL, albümin 3,9 gr/dL, parathormon 37,7 pg/mL, 24 saatlik idrarda kalsiyum 502 mg/24 saat, serum protein elektroforezinde poliklonal gammopati saptandı. Anjiotensin converting enzim 159 U/L (8-52), 25 - OH vitamin D 12,6 pg/mL saptandı. Serum ve idrar immün elektroforezinde monoklonal band oluşumu görülmedi. Karın ultrasonografisinde hepatosteatoz, her iki böbrek parankiminde hafif eksojenite artışı, yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde mediastinal tüm istasyonlarda en büyüğü subkarinal bölgede ön arka çapı 27 mm boyutunda olmak üzere multipl lenfadenopati, parankimde miliyer nodül, interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Göğüs hastalıkları tarafından bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. CD4/CD8 oranı: 5,3, BAL sitolojisinde; yüzey epitel hücreleri, alveoler makrofajlar, lenfositler izlendi. Yoğun yüzey epitel hücreleri nedeniyle hücre oranı verilemedi. Ekokardiyografisinde sarkoidozun kardiyak tutulumu görülmedi. Göz tutulumu yoktu. Nörolojik tutulum saptanmadı. Sarkoidoz tanısıyla 120 mg metilprednisolon intravenöz olarak başlandı. Tedaviyle nodüllerin büyüklüğünde dramatik bir gerileme olması üzerine doz kademeli olarak azaltılarak devam edildi.

**Sonuç:** Subkütan sarkoidoz nodülleri nadiren spontan kaybolabilirken gerilemeyen veya çok sayıda nodülü olan olgularda tedavide sistemik kortikosteroidler kullanılmaktadır. Literatüre göre sistemik kortikosteroid tedavisiyle 4-8 haftada lezyonlarda düzelme görülmektedir. Bizim olgumuz da sistemik kortikosteroid



tedavisine iyi cevap vermiş, ikinci haftada çok belirgin şekilde nodüller küçülmeye başlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, steroid, subkütan nodül



**Şekil 1.** Sarkoidoz subkütan nodül

## PS-015

### TNF inhibitörü ile erken tedavi, aktif AxSpA tanılı hastalarda daha yüksek yanıt oranlarıyla ilişkilidir

Semih Güllü<sup>1</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>, Elif Durak Ediboğlu<sup>2</sup>, Hüseyin Candan<sup>3</sup>, Gül Önen<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, İstatistik Bölümü, Veri Bilimi, İzmir

**Amaç:** Aksiyel spondiloartrit (aksSpA) tanılı hastalarda tümör nekroz faktör inhibitörü (TNFi) tedavilerine erken başlanmasının daha yüksek klinik yanıt oranlarına sahip olduğu öne sürülmekle birlikte bu konuyla ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmamızda birincil amaç erken hastalık döneminde (<5 yıl) tedavi edilen aksSpA hastalarında TNFi yanıtını ve ilaçta kalım oranlarını araştırmayı amaçladık. Çalışmamızdaki ikincil amacımız ise TNFi yanıtını öngördüren faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Semptomların başlamasından itibaren ilk beş yıl içinde TNFi tedavisine başlayan yetişkin aksSpA hastaları “Grup 1” olarak tanımlandı. TNFi tedavisine semptomlarından beş yıl sonra başlayan hastalar ise kontrol grubu olarak tanımlandı (Grup 2: 5-10 yıl ve Grup 3: 10 yıl). Altı, 12 ve 24 aylarda klinik yanıt ve ilaçta kalım oranları hesaplandı. Yirmi dört ayda TNFi sağkalımı üzerine etkili yanıt prediktörleri analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza toplam 392 aksiyel SpA (Grup 1: 94, Grup 2: 103 ve Grup 3: 195) hasta dahil edildi [(%69,8 erkek, 46,8±12,6 yıl, (%80,9, ankilozan spondilit (AS))]. Grup 1 hastaları, diğer gruplara kıyasla daha düşük başlangıç C-reaktif protein titreleri ve daha düşük HLA-B27 pozitifliğine ve daha genç olma eğilimindedi. İlaçta kalım oranları gruplar arasında benzerdi. Bu

bulgu, AS ve nr-axSpA hastaları ayrı ayrı analiz edildiğinde de benzer saptandı. Bununla birlikte, semptom süresine bakılmaksızın, ilaçta kalım oranları AS grubunda nr-axSpA’ya göre anlamlı olarak daha yüksekti. On ikinci ve 24. ayda ASAS40 yanıtları Grup 1’de Grup 3’e göre daha yüksek saptandı. Univariate analizde 24 ayda ASAS40’a ulaşma için prediktörler erken tedavi başlangıcı [Risk oranı (RO): 2,2] ve tanı anındaki yaş (RO: 0,96) olarak saptandı. Bununla birlikte, bazal ASDAS (RO: 1,5) değeri çoklu regresyondaki tek prediktör olarak saptandı.

**Sonuç:** 1- Erken hastalık seyrinde başlayan TNFi tedavisi ile 12 ve 24. ayda daha iyi ASAS40 yanıtları elde edildi, 2- TNFi zamanlaması (erken veya geç hastalık döneminde başlayan), ilaçta kalım oranlarını etkilememekte ve 3- Başlangıçtaki hastalık aktivitesi, 24 ayda ASAS40 yanıtına ulaşmada en önemli prediktördür.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, biyolojik tedavi, erken AksSpA, NrAksSpA, spondiloartrit, TNFi

**Tablo 1.** AksSpA tanılı hastaların demografik özellikleri ve klinik yanıt oranları

	İlk TNFi	Takip Süresi (ay)	İlk TNFi ilaçta kalım (ay)	p
	n(%)	Mean ± Se.	6 / 12 / 24	
<b>Hastalık Süresi, Hastalık</b>				
≤5 years, AS	35 (58,3)	92,55±9,38	93,2 / 86 / 75,6	0.203
≤5 years, NrAksSpA	11 (32,4)	47,51±8,59	91,2 / 64,6 / 58,3	
5-10 years, AS	24 (38,1)	79,31±8,51	92,1 / 81 / 61,7	
5-10 years, NrAksSpA	3 (15,8)	39,74±8,20	89,5 / 73 / 44,9	
≥10 years, AS	67 (39,4)	75,39±4,10	92,4 / 85,9 / 72,1	
≥10 years, NrAksSpA	8 (44,4)	61,92±12,73	88,9 / 66,7 / 61,1	
<b>Tanı</b>				
NrAksSpA	22 (31,0)	51,8±6,26	84,6 / 67,3 / 55,7	<0,001
AS	126 (43,0)	80,3±4,10	90,1 / 84,2 / 70,6	

Kaplan Meier Test; Log Rank (Mantel-Cox), Se.: Standard Hata

**Tablo 2.** Erken ve geç hastalık gruplarında ilk TNFi ilaçta kalım analizi

	≤5 yıl (A) (n=95)	5-10 yıl (B) (n=82)	≥10 yıl (C) (n=187)	p
Yaş (yıl)	39,95±12,99	44,94±11,0	51,01±11,39	<0,001
BASDAI (bazal)	51,07±19,99	56,25±18,24	54,37±20,03	0,133
Cinsiyet, Erkek	70 (73,7)	52 (63,4)	132 (70,6)	0,346
Tanı, AS	60 (63,8) <sup>c</sup>	63 (76,8) <sup>c</sup>	170 (90,4)	<0,001
CRP (bazal) (mg/dL)	10 (0 / 140)	9,75 (0,4 / 95)	13 (0 / 177)	0,049
HLA-B27 (+)	52 (54,7)	46 (56,1)	127 (67,9)	0,007
ASAS 20				
6. Ay	59 (64,1)	54 (70,1)	110 (62,5)	0,689
12. Ay	65 (74,7)	52 (72,2)	111 (64,2)	0,073
24. Ay	38 (70,4)	27 (56,3)	59 (54,6)	0,082
ASAS 40				
6. Ay	42 (45,7)	36 (46,8)	76 (42,7)	0,611
12. Ay	59 (68,6)	45 (62,5)	94 (55,0)	0,032
24. Ay	34 (63,0)	24 (50,0)	49 (45,4)	0,042
BASDAI-50				
6. Ay	50 (54,9)	46 (62,2)	93 (52,5)	0,568
12. Ay	53 (62,4)	42 (60,0)	104 (60,1)	0,788
24. Ay	35 (64,8)	28 (58,3)	66 (61,1)	0,738
ASDAS-CRP MI				
6. Ay	42 (46,2)	36 (48,0)	66 (37,3)	
12. Ay	40 (47,6)	38 (53,5)	83 (48,5)	
24. Ay	29 (53,7)	19 (38,8)	44 (40,7)	

OneWay ANOVA (Robust Statistic: Brown-Forsythe); Post Hoc Test: Tukey HSD, SD.: Standard deviation; Min., Minimum, Maks., Maksimum; n, sayı; AS, Ankilozan Spondilit; CRP, C reaktif protein; ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

## Eozinofilik fasiit tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

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

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

**Giriş:** Eozinofilik fasiit (EF), ilk olarak 1974 yılında Shulman tarafından tanımlanan nadir görülen, etiyopatogenezi tam aydınlatılmamış bir bağ dokusu hastalığıdır. Skleroderma benzeri deri değişiklikleri, periferik eozinofili, hipergamaglobulinemi ve yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ile karakterizedir.

**Amaç:** EF tanısı ile takip edilen hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde izlenen EF tanılı erişkin hastalar çalışmaya alındı. Hastaların deri ve iç organ tutulumları, kas-iskelet sistemi bulguları, laboratuvar testleri (akut faz reaktanları, immünolojik parametreler, protein elektroforezi vb.), manyetik rezonans görüntüleme ve biyopsi sonuçları ile kullandıkları tedavileri geriye dönük olarak incelendi.

**Bulgular:** Toplam altı hasta (dördü kadın) değerlendirildi. Hastaların medyan yaşı 58,9 (32-73) idi. Hastalardan üçü 2019 ilkbaharında arka arkaya başvurmuştu ve ikisinde kısa süre önce

ilaçlama yapılmış bahçe otlarıyla uğraştıktan hemen sonra ortaya çıkan ön kol ve alt ekstremitte distal bölgelerinde gelişen kızarıklık ve ödem öyküsü vardı. Daha sonra yakınmalar devam etmiş ve deride sertleşme ortaya çıkmıştı. Tüm hastaların üst ve alt ekstremitte distalindeki deride sertleşmesi varken üçünde ayrıca gövde de tutulum vardı. Hastaların hiçbirinde ellerde ödem veya deri sertliği, kas güçsüzlüğü yoktu. Sadece bir hastanın ayak bileğinde artrit vardı. İki hastada nöropati saptandı. Hastaların yarısı yutma güçlüğü tanımlamaktaydı. Medyan eritrosit sedimentasyon hızı 36 (2-55) mm/h iken medyan CRP değeri 11 (5-61) mg/L idi. İki hastada anti nükleer antikor testi pozitif iken, sadece bir hastada CENP-B sınırda pozitif saptandı. Hastaların üçünde bazalde periferik eozinofili vardı. Tüm hastaların kreatin kinaz düzeyleri normaldi. Hastaların ekstremitte MRG'leri fasiit ile uyumluydu. Alınan deri biyopsisinin derinliğine bağlı olarak hastaların yarısının patolojisi enflamatuvar fasiit ile uyumlu iken diğer yarısı dermal müsinöz birikim/morfea lehine raporlanmıştı. EF tanılı hastaların klinik ve demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Sonuç:** Bu olgu serisinin değerlendirilmesi ile elde edilen veriler, skleroderma taklitçisi, nadir görülen bu hastalığın etiyopatogenezi çevresel faktörlerin (enfeksiyon, toksik madde maruziyeti vb.) önemli bir rolü olduğunu düşündürmüştür. Hastaların periferik eozinofili görülmeden de başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik Fasiit, periferik eozinofili, skleroderma, toksik madde maruziyeti

**Tablo 1.** Eozinofilik fasiit tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
Cinsiyet/Yaş	E/59	K/65	K/58	E/73	K/32	K/58
Semptom yaşı	58	64	50	67	23	57
Deri tutulumu	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali, gövde	Üst ve alt ekstremitte distali	Üst ve alt ekstremitte distali	Üst ve alt ekstremitte distali
Raynaud fenomeni	-	-	-	-	-	+
Artrit	-	-	-	-	+	-
Miyopati	-	-	-	-	-	-
Nöropati	-	-	-	+	+	-
Disfaji	+	-	-	+	+	-
Toraks HRCT	Retiküler patern	Normal	Mozaik atenuasyon, mm'lik nodül	Mediastinal lenfadenopati	Mozaik atenuasyon, nodüler dansite	mm'lik nodüller
Ekokardiyografi	Normal	Papiller adele anomalisi, PAB:23	N/A	LVKH	Hafif TY, PAB:30	Orta MY, MD, orta TY, PAB:50
ANA	AMA benzeri boyanma (+++)	Negatif	Spindle fiber benzeri boyanma (++)	Negatif	Negatif	Negatif
ENA	CENP-B sınırda	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Romatoid Faktör	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
ESH (mm/h)	55	16	48	2	24	49
CRP (mg/L)	11	5	37	11	9	61
Eozinofil(10 <sup>3</sup> /uL)	0,8	2,1	1,6	0,5	0,4	0,1
Protein elektroforezi	Normal	N/A	N/A	IgG kappada şüpheli monoklonal gamapati*	N/A	Gama bölgesinde şüpheli görünüm*
MRG	+	+	+	+	+	+
Biyopsi	Enflamatuvar fasiit	Morfea ile uyumlu	Enflamatuvar fasiit	Enflamatuvar fasiit	Dermal müsinöz birikim	Morfea ile uyumlu
Tedavi	KS+Mtx	KS	KS+MMF	KS+Mtx	KS+HCQ+Mtx+Lef	KS+HCQ+Mtx

\*İleri incelemede hematolojik malignite saptanmadı. AMA: Anti mitokondriyal antikor, ANA: Anti nükleer antikor, CENP-B: Sentomer protein B, CRP: C-reaktif protein, ENA: Ekstrakte edilebilir nükleer antijen antikorları, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, HCQ: Hidroksiklorokin, HRCT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, KS: Kortikosteroid, Lef: Leflunomid, LVKH: Sol ventrikül konsantrik hipertrofisi, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, MD: Mitral darlık, Mtx: metotreksat, MY: Mitral yetersizlik, N/A: Mevcut değil, PAB: Pulmoner arter basıncı, TY: Triküspit yetersizliği

## PS-017

### Intravenöz iloprost ile tedavi edilen kemik iliği ödemi olgusu

Hasan Ulusoy, Ahmet Kıvanç Cengiz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Kemik iliği ödemi (KİÖ) ve avasküler nekroz (AVN) kemiğin nadir görülen akut ağrılı bir hastalığıdır. Kemiğin yetersiz kanlanması KİÖ ve AVN ile sonuçlanmaktadır. Hastalığın ileri evrelerinde medikal tedavi ve eklem koruyucu girişimler yetersiz olduğundan erken tanı ve tedavi eklem korunması ve sakatlığın önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Prospektif çalışmalarda iloprost tedavisinin KİÖ ve erken evre AVN olgularında progresyonu önleyebildiği bildirilmiştir.

**Olgu:** Otuz altı yaşında erkek hasta sol kalçasında 3-4 hafta önce başlayan, gece ve gündüz sürekli devam eden bir ağrı yakınmasıyla geldi. Hastanın öyküsünde romatolojik hastalıklar açısından bir özellik yoktu. Herhangi bir sistemik hastalık, ilaç kullanımı ya da travma öyküsü yoktu. Sol kalça eklem hareketi açık olmakla birlikte tüm yönlerde ağrılıydı. Diğer eklemlerde şişlik ya da hassasiyet yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 17 mm/h, C-reaktif protein 0,3 mg/dL, hemogram, rutin biyokimya ve idrar analizi normaldi. Otoantikörler (RF, anti-CCP, ANA, ANCA, anti-kardiyolipin ve anti-beta2-glikoprotein antikörler, lupus antikoaglanı) negatif bulundu. Akciğer grafisi normaldi. Sakroiliak eklemler manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile normal değerlendirildi. Sol kalça MRG'de femur başı ve boynu T1 görüntülerde hipointens, T2 görüntülerde ise hiperintens görüldü (Resim 1). Eklem içerisinde minimal effüzyon olmakla birlikte çevre yumuşak dokular normaldi. Bu bulgular ile hastaya KİÖ tanısı konularak konservatif tedavi planlandı; istirahat, kalçaya yük vermektan kaçınma ve analjezik olarak naproksen sodyum 750 mg/gün önerildi. Hastanın onamı alınarak ardışık 5 gün boyunca 40 µg/gün iloprost 500 mL serum fizyolojik içerisinde 8-12 saatte intravenöz olarak verildi. Bir ay sonraki kontrolde hastada gece ve istirahat ağrısının kalmadığı öğrenildi. Takip eden haftalarda hasta fiziksel aktivitelerinde de asemptomatik hale gelerek 2. ayda işine geri döndü. Hastanın 6 ay sonraki MRG görüntülerinde femur boynu ve femur başındaki KİÖ'nün tamamen iyileştiği görüldü (Resim 1).

**Sonuç:** Bu olgu intravenöz iloprost tedavisinin KİÖ ve erken evre AVN olgularında semptomatik ve fonksiyonel iyileşme yanında radyolojik bulguların gerilemesinde de etkili olabileceğine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kemik iliği ödemi, avasküler nekroz, iloprost



**Resim 1.** T2 yağ baskılı MRG görüntülerinde femur başı ve boynunda kemik iliği ödemi ile uyumlu hiperintens görünüm

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

## PS-018

### Ustekinumab kullanan psöriatrik artrit hastalarının COVID-19 pandemi sürecindeki kaygı düzeyleri ve tedavi kompliansı

Mert Öztaş, Melik Yiğit Bayındır, Serdal Uğurlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** COVID-19 pandemisi sürecinde immünosüpresif tedavi alan hastaların oluşabilecek enfeksiyon riski nedeniyle tedavi komplianslarının daha düşük olacağı öngörülmektedir. Hastaların bu süreçteki kaygı düzeyleri de tedavi kompliansını etkilemektedir. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen ustekinumab kullanan psöriatrik artrit hastalarının pandemi dönemindeki kaygı düzeyleri ve tedavi kompliansı değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Cerrahpaşa Romatoloji Polikliniği'ne son 6 ay içerisinde muayene olmuş ve ustekinumab ile takip edilen psöriatrik artrit hastaları çalışmamıza dahil edildi. Hastaların kaygı düzeylerini ölçmek için Beck Anksiyete ölçeği kullanıldı. Bu ölçek toplam 21 sorudan oluşan ve her bir sorunun 0 ile 3 arası puanlandığı bir anket olup 0-21 arası düşük, 21-35 arası orta, 35 üstünün yüksek kaygı düzeyi olarak değerlendirilmektedir. İlgili anket hastalara telefon vizitinde uygulanırken tedavi kompliansları da eş zamanlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplamda 15 hasta çalışmaya uygun bulunurken hastaların 12'sine (6K/6E) telefon ile ulaşıldı. Hastaların ortalama yaşı 51,1±14,5 yıl, ortanca ustekinumab kullanım süreleri 10 (IQR=6-15) ay idi. Hastaların 10'unda (%83,4) düşük düzeyde kaygı izlendi ve birer hastada orta ve yüksek düzey kaygı saptandı. Yüksek düzey kaygı tarifleyen 1 hasta (%8,3) pandemi süresince ustekinumab tedavisini kestiğini ve enfeksiyon riski nedeniyle ilacı kullanmak istediğini ifade etti. Kalan 11 hasta (%91,7) ise son 3 ay içerisinde ustekinumab tedavisini uyguladıklarını ifade ettiler.

**Sonuç:** Mevcut tedavisini kesen hastanın yüksek anksiyete tariflemesi bu durumun COVID-19 pandemisi süresince hastaların tedavi kompliansını etkileyeceği öngörülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, ustekinumab, psöriatrik artrit, kaygı

## Remisyonda nazofarenks kanseri sırasında ortaya çıkan dermatomyozit olgusu

Elif Dinçes Nas<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

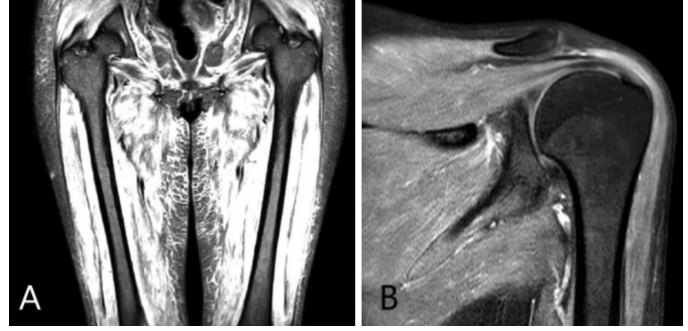
**Amaç:** Dermatomyozit (DM) kanser birlikteliğinde; genellikle DM tanısı sırasında veya DM tanısını takip eden ilk yıllarda kanser saptansa da, kanser sonrası da DM görülebilir. Adenokanserler %70 sıklıkta eşlik ederken nazofarenks kanseri batı toplumlarında nadirdir. Remisyonda nazofarenks kanseri ile takip edilen, deri tutulumu olmayan genç bir DM olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** On dokuz yaşında kadın hasta, 2019 Temmuz'da yürüyememe, kollarında ve bacaklarda güçsüzlük ile başvurdu. Başvurusundan 11 ay önce skuamoz hücreli nazofarenks karsinomu tanısı alan hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı. Mart 2019'da aldığı son kemoterapi sonrası başlayan bilateral bacaklarda, kollarında proksimal ve distal kaslarda güçsüzlük tarifliyordu. Yutma güçlüğü ve ağız kuruluğu radyoterapi sonrasında başlamıştı, aynı düzeyde devam etmekteydi. Deri döküntüsü veya nefes darlığı yoktu. Muayenesinde üst ve alt ekstremitte kas gücü proksimal 2/5, distal 3/5 düzeyinde, baş-boyun kasları normaldi. Deri ve diğer sistemler normaldi. Kreatin kinaz (CK): 703 U/L, LDH: 300 U/L, AST: 50 U/L, ALT: 16 U/L, CRP: 6,5mg/L (<5), ESR: 44 mm/sa, ANA: negatif.

**Bulgular:** Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide nazofarenksteki kitle hastalık başlangıcına göre tama yakın regreseydi, kaslarda FDG tutulumu yoktu. Boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kitle tam regreseydi. Kas MRG'de üst kol ve uyluk kaslarında aktif enflamasyonla uyumlu kontrastlanma mevcuttu (Resim 1). İğne EMG yaygın miyopatik tutulum ile uyumluydu. Deltoid kas biyopsisi "bazı liflerde anguler atrofi, perifasiküler atrofi ve bazofilik boyanma, seyrek dejenererejenere lifler; perifasiküler alanda perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu" bulgularıyla DM ile uyumlu görüldü. Üç gün pulse metilprednizolon, prednizolon 30 mg/gün, intravenöz immünglobulin başlandı. Birinci ayda kas gücü 4/5 ve CK, LDH, AST, akut faz değerleri normal düzeye geldi. Üçüncü ayda 15 mg/gün prednizolona düşüldüğünde kas gücü tamdı.

**Sonuç:** Çalışmalarda kanser ilişkili DM'nin ağır deri bulgularıyla ilişkisi bildirilmiştir. Batı coğrafyada gençlerde sık görülmeyen nazofarenks kanseri olması ve döküntü olmaması açısından olgumuz atıptı. Histopatolojiyle DM doğrulanmıştı. Kanser tanısının 8. ayında, remisyonda olmasına rağmen ortaya çıkması; tümör ve kas hücrelerinin ortak otoantijenlerine karşı immün reaksiyonun tetiklenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatomyozit, kanser, nazofarenks



**Resim 1.** T1 ağırlıklı MR kesitlerinde uyluk kaslarında (A) ve omuz çevresi kaslarında (B) kontrastlanma

## PS-020

### Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığı ve hastalığın şiddeti ile ilişkisi

Damla Karataş<sup>1</sup>, Zeynep Öztürk<sup>1</sup>, Deniz Çekiç<sup>2</sup>, Zübeyir Yurtsever<sup>2</sup>, Emel Gönüllü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya*

<sup>2</sup>*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

**Giriş:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), ateş, peritonit, plevrit, artrit atakları ve deri bulguları ile karakterize, herediter, otoenflamatuvar bir hastalıktır. Romatolojik hastalıklar dışındaki kronik hastalıklarda (hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalıkları...) depresyon ve anksiyetenin arttığına dair çalışmalar mevcuttur. FMF hastalarında depresyon ve anksiyetenin değerlendirildiği fazla çalışma yoktur. Bunlarda da birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur.

**Amaç:** FMF olan hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığını araştırmak ve FMF hastalık ağırlığı ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olup olmadığını saptamak.

**Yöntem:** Çalışmaya Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takipli olan 18 yaş ve üzeri 77 FMF hastası, kontrol grubu olarak da 18 yaş ve üzeri 78 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi için Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği kullanıldı. Beck depresyon ölçeğinde 9 ve altı normal, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta depresyon, 30-63 arası şiddetli depresyon olarak kabul edildi. Beck anksiyete ölçeğinde 0-8 arası normal, 8-15 arası hafif anksiyete, 16-25 arası orta anksiyete, 26 ve üstü şiddetli anksiyete olarak değerlendirildi. FMF hastalık ciddiyeti Pras skorlaması ile saptandı. Depresyon ve anksiyete skorları ki-kare testi ile karşılaştırıldı. 0,05'ten küçük bir p değeri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Depresyon prevalansı FMF hastalarında kontrol grubuna oranla önemli derecede yüksekti (sırayla H<sub>1</sub>K: normal: %24,7; 47,4, hafif depresyon: %40,3; %26,9, p=0,028, orta depresyon: %23,4; 19,2, p=0,028, şiddetli depresyon: %11,7; %6,4, p=0,028). Anksiyete prevalansı da FMF hastalarında kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksekti (sırayla H<sub>1</sub>K: normal: %23,4; %57,7, hafif anksiyete: %26, %20,5, p<0,001, orta anksiyete: %26; %15,4, p<0,001, şiddetli anksiyete: %24,7; %6,4; p<0,001). Depresyon, FMF hastalık ciddiyeti ile korele değildi (hafif depresyon: %44,2,

orta depresyon: %40,3, şiddetli depresyon: %15,6, p=0,645). FMF ciddiye ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı (p=0,005). Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç:** FMF hastalarında sağlıklı kontrollere göre hem depresyon ve hem de anksiyete sıklığında artış saptanmıştır. Hastalığı daha ağır olanlarda anksiyete sıklığı artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, depresyon, anksiyete, pras skorlaması

## PS-021

### Yaşlı ankilozan spondilit hastalarında kırık riski ve ilişkili faktörler

Nuh Ataş<sup>1</sup>, Burcu Candemir<sup>2</sup>, Murat Torgutalp<sup>3</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Ashlan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Hasan Satış<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Gülşah Atbiner Eroğlu<sup>4</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Osteopeni/osteoporoz ve kırıklar ankiloz spondilitte (AS) görülebilen önemli problemlerdir. Genç AS hastalarında bu problemler yoğun olarak çalışılmışken, yaşlı AS hastalarında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, yaşlı AS hastalarında kırık riski ve ilişkili faktörleri ve düşük kemik mineral yoğunluğu (KMY) sıklığını araştırdık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya 21 yaşlı (≥65 yaş) AS hastası ve 20 yaş/ cinsiyet olarak eşleştirilmiş kontrol grubu dahil edildi. Bütün AS hastaları modifiye New York kriterlerini karşılamaktaydı. KMY ölçümü için çift X-ışınlı absorpsiyometri, kırık riski hesaplanması için ise Kırık Riski Değerlendirme Aracı (FRAX) kullanıldı. Hastaların demografik, klinik ve radyografik özellikleri değerlendirildi. Biyolojik tedavi öyküsü ve osteoporoz ilişkili komorbid hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

**Bulgular:** Osteoporoz oranı yaşlı AS hastalarında %35, kontrol grubunda ise %4,8 idi (p=0,034). Düşük KMY (osteopeni ve/veya osteoporoz) oranı AS hastalarında (14/20, %70) femur boyun bölgesinde, kontrol grubuna (8/21, %38) göre daha yüksek iken (p=0,041), lomber vertebra ve total kalça ölçümlerinde belirgin fark görülmedi. Majör osteoporotik ve kalça kırık riski her iki grupta da benzer idi. C-reaktif protein (CRP), yaşlı AS hastalarında hem major osteoporotik (β: 0,969; güven aralığı %95 0,61-1,32; p=0,001) hem de kalça kırık riski (β:0,775; güven aralığı %95 0,47-1,08; p<0,001) için bağımsız bir risk faktörüydü.

**Sonuç:** Yaşlı AS hastalarında düşük KMY oranı yüksektir. CRP, 10 yıllık kırık riskinin bağımsız bir risk faktörü olup, yüksek CRP'li yaşlı AS hastalarında kırıklar için etkin önleyici stratejilerin geliştirilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, yaşlılık, kırık riski, CRP, kemik mineral yoğunluğu

## PS-022

### Kronik diz ağrısı ile gelen bir hastada bilateral tibial pseudofraktür

Hasan Ulusoy, Ahmet Kıvanç Cengiz

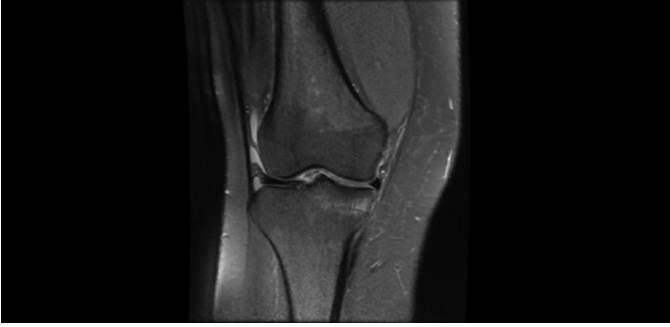
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Osteomalazi erişkinlerde yeni yapılan kemik matriksin yeterince mineralize olamaması ile karakterize bir bozukluktur. Klinik olarak yaygın kemik ağrısı, proksimal kas güçsüzlüğü, yürüme güçlüğü ve kırık riskinde artışa neden olur. Tipik radyolojik bulgu pseudofraktür (Looser's zone, Milkman lines) denilen kortikal kemikte radyolüsen bir hat ve bu hatta komşu yüzeylerde görülen sklerozdur. Sıklıkla simetrik olan bu pseudofraktürler yetmezlik kırıklarının bir türü olarak kabul edilir. Osteomalazinin en önemli nedeni vitamin D yetersizliğidir ve genellikle 12,5 nmol/L düzeylerinin altındaki D vitamini düzeylerinde görülür.

**Olgu:** Otuz altı yaşında bayan hasta bir yıldır devam eden yaygın vücut ağrısı ve son 3 aydır her iki dizinde ağrı ve yürüme güçlüğü şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik bakıda kalp, akciğer ve batin normal olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede özellik yoktu. Eklemelerde şişlik yoktu, diz eklem hareketleri açık ve ağrılıydı. Tibial kemikler palpasyonla oldukça hassastı. Laboratuvarında eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, hemogram ve idrar analizi normal sınırlardaydı. D vitamini 3,2 ng/mL, paratiroid hormon 118 IU/L, alkalen fosfat 167 IU/L, kalsiyum 8,8 mg/dL, fosfor 3,2 mg/dL olarak ölçüldü. Akciğer grafisi normal sınırlardaydı. Pelvis grafisinde sakroiliak eklemler ve kalça eklemleri normaldi. Ön-arka diz grafisinde eklem aralıkları ve periartiküler kemikler yapılar olağan görünümdeydi. Diz manyetik rezonans görüntülerinde her iki tibia proksimal medial korteksinde, kortikal kemiğe dik olarak seyreden radyolüsen lineer pseudofraktür hattı ve bu hat çevresinde ödem görüldü. D vitamini düzeyinin çok düşük olması ve bilateral simetrik pseudofraktürlerin görülmesiyle hastaya D vitamini yetersizliğine bağlı osteomalazi tanısı konularak 7 gün 50.000 IU/gün ve takiben ayda bir 50.000 IU D vitamini verildi.

**Sonuç:** Osteomalazi kronik ve yaygın ağrıya neden olarak sistemik hastalıklar ve fibromiyalji ile karışabilir. Bunun yanında lokalize kemik ve eklem ağrılarının neden olarak malignite, osteomyelit ve enflamatuvar artritleri taklit edebilir. Çok düşük D vitamini düzeyleri ve simetrik pseudofraktürlerin görülmesiyle tanı konur. Pseudofraktürler sıklıkla ilium, iskio-pubis, ilio-pubis, proksimal femur, tibia, fibula, radius, skapula ve kostalarda görülür.

**Anahtar Kelimeler:** Pseudofraktür, Looser's zone, Milkman lines, osteomalazi



**Resim 1.** Sağ diz T2 yağ baskılı görüntüde proksimal tibia medialinde kortekse dik seyreden radyolüsen pseudofraktür hattı ve çevresinde kemik ödemi.

## PS-023

### Nedeni bilinmeyen ateşin sıradışı bir nedeni: Pulmoner arteriyel anevrizma

Samet Karahan<sup>1</sup>, Şerife Emre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kayseri

**Amaç:** Nedeni bilinmeyen ateş (FUO), ateşin farklı ölçümlerde 38,3 °C üzerinde olması; ateşin 3 haftadan uzun sürmesi; hastanede bir hafta yatarak araştırmaya rağmen ateşin nedeninin bulunamamasıdır. Nötropenik durum ve  $\geq 10$  mg prednizon veya eşdeğeri kullanımı gibi durumlar dışlanmıştır. Enfeksiyonlar, gelişmekte olan ülkelerde FUO'nun en yaygın nedeni iken, gelişmiş ülkelerde FUO'nun en yaygın nedeni romatolojik hastalıklardır.

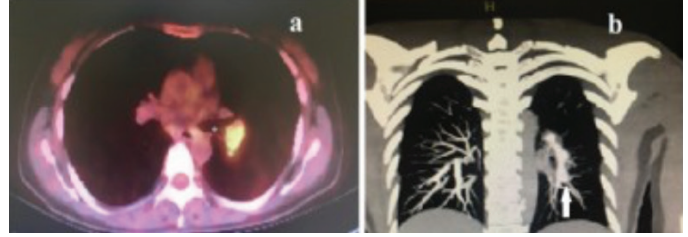
**Yöntem:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 42 yaşındaki bir kadında 38,6 °C ateş ve nonproduktif öksürük vardı. İlk olarak gitmiş olduğu aile hekimi tarafınca amoksisilin-klavulonat 7 gün kullanılmıştı. Dört haftalık enfeksiyon hastalıkları polikliniğine ve çeşitli antibiyotiklerle hastanede kalış süresine rağmen ateşi 39 derece civarında devam etti.

**Bulgular:** Romatolojik incelemeden sonra 10-12/yıl oral aft mevcuttu. Ancak onun dışında hastanın fotosensitivite, raş, raynaud fenomeni, sklerodaktili, kas güçsüzlüğü/ağrısı gibi herhangi bir bağ doku semptomu mevcut değildi. Malignite araştırılması için planlanan pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide (PET/BT) sol akciğer üst lob posterior, alt lob superior ve bazal segmentlerinde subplevral lokalize plöroparenkimal anormalliklerle konsolide alanlarda orta derecede artmış FDG tutulumu ( $SUV_{max}$ : 1,14) izlendi (Resim 1a). Hastanın detaylı romatolojik sorgusunda labia majörde genital ülser yaşamış olduğu öğrenildi ve ilgili alanda skar olduğu ortaya çıktı. Ayrıca hastanede yatışı esnasında damar yolu giriş yerlerinde ultrasonla iki kez doğrulanmış tromboflebit geliştirdi. Hastaya tekrarlayan oral aft, genital skar ve tromboflebit ile Behçet sendromu (BS) tanısı kondu. Sonrasında hastanın PET/BT'de glikoz uptake yüksekliği yapan alanın netleştirilmesi amacıyla girişimsel işlem planı yapıldı ve/fakat ilgili alanın Behçet ilişkili pulmoner anevrizma olması olasılığından dolayı çekilen BT anjiyografide sol ana pulmoner arterde 11 mm çapında 3 anevrizmatik dilatasyon izlendi (Resim 1b). Beş günlük steroid tedavisinden sonra hastanın akut faz reaksiyonları azaldı, tromboflebit iyileşti ve ateşi normal seviyeye

geriledi. Hastaya üç gün süreyle 1000 mg metilprednizolon verildi. Siklofosamid tedavisi de 6 kür olarak planlandı.

**Sonuç:** FUO nedenleri arasında BS oldukça nadirdir ancak diğer vaskülitlerle birlikte düşünülmesi gerekir ve BS'li bir hastada ateş, tromboembolizm/anevrizma da dahil detaylı bir araştırma sebebi olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, nedeni bilinmeyen ateş, pulmoner arteriyel anevrizma



**Resim 1.** a) PET/BT görüntüsü: Sol akciğer üst lob posteriorunda orta derecede artmış ( $SUV_{max}$ : 1,14) FDG tutulumu b) BT anjiyografi görüntüsü: Sol ana pulmoner arterde 3 anevrizmatik dilatasyon

## PS-025

### Ankilozan spondilit ilişkili AA amiloidozun sekukinumab ile başarılı tedavisi: üç hastalık olgu serisi

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Nevzat Koca<sup>1</sup>, Emin Oğuz<sup>2</sup>, Çiğdem Çetin<sup>1</sup>,  
Burak İnce<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>,  
Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

**Giriş:** AA amiloidoz tedavisi, altta yatan hastalığın patogenezinin bağlı olarak değişmektedir. Anti-tümör nekroz faktörleri (TNF) ankilozan spondilit (AS) ilişkili amiloidozun (ASAA) tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Sekukinumab, IL-17A monoklonal antikordur ve son yıllarda AS ve psöriyatik artrit tedavisinde kullanılmaktadır.

**Yöntem:** Yüz altmış üç hastayı içeren AA amiloidoz kohortumuzdan (biyopsi ile verifiye) AS tanısı olanlardan sekukinumab kullanan üç hasta saptandı ve verileri retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hasta 1: On dört yıldır periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısı olan 61 yaşında erkek hastaya metotreksat (MTX), NSAİİ ve sülfasalazin (SSZ) tedavilerine yanıtızsızlık nedeniyle 2016'da adalimumab (ADA) başlandı (klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir). Sırasıyla ADA, etanersept (ETA), sertolizumab (CZP) yanıtızsız olan hastaya üç yıl önce ASAA tanısı konularak infliksimab (INF) başlandı. INF primer yanıtızsızlık nedeniyle sekukinumaba (SEKU) geçildi. SEKU ile belirgin klinik ve laboratuvar yanıt alındı (Tablo 2).

**Hasta 2:** Altmış dokuz yaşında kadın hastaya, 2005'de periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısıyla SSZ, prednisolon, NSAİİ tedavileriyle izlenmekteyken ASAA gelişmesi üzerine ETA başlandı. On üç yıl ETA ile klinik ve laboratuvar sorunsuz izlenen

hastanın tedavisi iki yıl önce sekonder yanıtızlık nedeniyle INF ile değiştirildi. INF üçüncü ayında bilateral alt ekstremite kas güçsüzlüğü nedeniyle yapılan EMG demiyelinizan polinöropatiyle uyumlu bulundu. Anti-TNF ile ilişkili nöropati tanısı konularak INF kesildi. İntravenöz immünoglobulin (İVİG) ve SEKU başlanan hastanın üç ay sonra kas gücü normale dönünce IVIG kesildi. Hasta halen SEKU ile kas gücü normal, remisyonda ve proteinürisiz izlenmektedir (Tablo 2).

**Hasta 3:** Yirmi dört yıllık ülseratif kolit (ÜK) öyküsü olan ve SSZ kullanan 49 yaşında kadın hasta 2007'de periferik ve aksiyal tutulumlu AS tanısı konuldu. Dokuz yıl önce SSZ ve MTX yanıtızlık nedeniyle INF başlanan hastada sırasıyla INF, ADA, CZP tedavilerine yanıtızlık ve bu tedavilere rağmen ASAA

gelişti. Kreatinin progresif yükselen hastaya hemodiyaliz başlandı. Hemodiyaliz sonrası devam eden kinik ve laboratuvar aktivitesi nedeniyle SEKU ve azatioprin başlandı. SEKU sonrası klinik ve laboratuvar belirgin yanıt alındı, ÜK'de kötüleşme olmadı (Tablo 2).

**Sonuç:** ASAA'da literatürde sekukinumab ile ilgili veri olmamasına rağmen, spondiloartrit patogeneğinde önemli rolü olan IL-17'yi baskılamının ASAA'da etkili olabileceğini düşündük. Sekukinumab özellikle anti-TNF'lere dirençli ve/veya intoleran hastalarda yeni bir tedavi seğeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sekukinumab, ankilozan spondilit, AA amiloidoz

**Tablo 1.** Hastaların klinik karakterisitikleri ve laboratuvar bulguları

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Yaş (yıl)	61	69	49
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Kadın
AS başlangıçlı yaşı (yıl)	47	35	25
Amiloidoz tanı yaş (yıl)	57	50	46
Amiloidoz süresi (ay)	42	168	30
Soygeçmiş	özellik yok	AS iki kardeş Amiloidoz bir kardeş	özellik yok
HLA-B 27 durumu	pozitif	pozitif	bilinmiyor
MEFV durumu	negatif	negatif	M694V heterozigot
Amiloidozun organ tutulumu	GIS ve böbrek	Böbrek, karaciğer, kalp, kemik iliği	GIS, böbrek ve subkütan doku
Geçmiş biyolojik tedaviler (sırasıyla)	Adalimumab Etanersept Sertolizumab İnfliksımab	Etanersept İnfliksımab	İnfliksımab Adalimumab Sertolizumab
Sekukinumab süresi (ay)	15	18	24
Güncel tedavi	Sekukinumab 300 mg/ay MTX 15 mg haftalık	Sekukinumab 150 mg ay	Sekukinumab 150 mg/ay Azatioprin 50 mg/gün Kolşisin 0,5 mg/gün

AS: Ankilozan spondilit, GIS: Gastrointestinal sistem, MTX: Metotreksat

**Tablo 2.** Sekukinumab tedavisi sırasında klinik ve laboratuvar değişiklikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
CRP (mg/L)			
Önce	27	15	23
Sonra	2,4	4,5	2,8
ESH (mm/h)			
Önce	95	87	112
Sonra	47	27	24
Kreatinin (mg/dL)			
Önce	0,5	1,6	H/D
Sonra	0,5	1,3	H/D
Proteinüri (gr/gün)			
Önce	4,2	5,5	H/D
Sonra	2,4	0,9	H/D
Albümin (g/dL)			
Önce	2,7	2,5	3,1
Sonra	3,1	4,3	4,2
ASDAS			
Önce	4,1	1,6	4,6
Sonra	1,8	1,1	1,7

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimantasyon hızı, H/D: Hemodiyaliz, ASDAS: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru

## Ankilozan spondilit taklitçisi idiopatik hipoparatiroidili bir olgu

Gül Güzelant Özköse

*İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Giriş:** Kalsiyum metabolizma bozuklukları, kas-iskelet sistemi şikayetlerine yol açabilir. Hipoparatiroidili olgularda, ankilozan spondiliti (AS) ve diffüz idiopatik iskelet hiperostozisini (DISH) taklit edecek vertebral bulgular gözlenebilir.

**Olgu:** Bilinen hastalığı olmayan 51 yaşında erkek hasta bel, boyun, sırt ağrısı, boyun ve belde hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Ağrıları yaklaşık 3 yıldır devam eden hasta, non-steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ile ağrısının gerilemediğini ifade etmekteydi. Ortalama 20-30 dakika süren sabah tutukluğu eşlik etmekteydi. Ağrı karakteri mekanik ve enflamatuvar özellikleri bir arada bulundurmaktaydı. Hareketle ağrılarında artış, dinlenmekle azalma olduğunu belirtiyordu. Periferik artrit öyküsü yoktu. Fizik muayenede AS postürü mevcuttu. Torasik kifoz artmıştı, lomber bölge hareketleri tüm planlarda kısıtlıydı. El-yer mesafesi 18 cm, schober testi 2 cm, göğüs ekspansiyonu 2,5 cm'ydı. Laboratuvar incelemelerinde; hemogram parametreleri, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal aralıktaydı. C-reaktif protein 10,8 mg/Lt, sedimentasyon hızı 27 mm/s idi. Biyokimyasal parametrelerde göze çarpan bir hipokalsemisi mevcuttu. Kalsiyumu 6,2 mg/dL, fosforu 4,9 mg/dL, albümini 4,8 gr/dL, PTH'si 1,6 ng/Lt, D vitamini düzeyi ise 15,3 µg/Lt saptandı. Geçirilmiş bir tiroid-paratiroid cerrahisi yoktu. HLA-B27 negatifti. Radyografik incelemelerde; pelvis grafisinde sakroiliak eklem aralığı sağda normal olmakla birlikte solda sklerotik ve daralmıştı. Ayak lateral grafide bilateral kalkaneal spur saptandı. Torakolomber vertebralarda sindesmofitler gözlemlendi (Resim 1). Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde sakroiliak eklemler normaldi, aktif sakroiliit bulgusu yoktu. Hastada mevcut bulgularla ayrırcı tanıda idiopatik hipoparatiroidiye bağlı ligament kalsifikasyonu ve osteoproliferasyon düşünüldü. Akut hipokalsemide görülebilen semptomlar ve fizik muayene bulguları muhtemelen sürecin kronik olması nedeniyle saptanmadı. Endokrinoloji birimine tedavi ve takip için yönlendirildi. NSAİİ'ye yanıt vermeyen ağrıları için de fizik tedavi ve rehabilitasyon birimi ile konsülte edildi. AS açısından takibe alındı.

**Sonuç:** Hipoparatiroidiyle ilişkili spondiloartropatilerde klasik AS'den farklı olarak sindesmofitler çoğunlukla torakal-torakolumbal bölgede yerleşimlidir. Sakroiliit, genellikle II. dereceden daha ileri değildir, sakroiliak eklemlerde erozyon gözükmez. AS düşünülmesine rağmen başlangıç yaşı ve radyolojik özellikleri atipik olan, NSAİİ'ye iyi yanıt vermeyen hastalarda paratiroid bezi bozuklukları akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, paratiroid, diffüz idiopatik iskelet hiperostozisi



Resim 1. Hastanın direkt grafi görüntüleri

## PS-027

### COVID-19 kliniği ile başvuran anti-sentetaz sendromlu olgu

Erdal Bodakçı

*Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Eskişehir*

**Amaç:** COVID-19 hastalığı, ateş, öksürük, yaygın eklem ağrıları, tat ve koku kaybı gibi birçok semptom ile başvuran bir hastalık olup akciğer tutulumu ile birçok hastalığı taklit etmektedir. Anti-sentetaz sendromu myopati, artrit, raynaud, interstisyel akciğer tutulumu ile karakterize bir hastalıktır. Burada COVID-19 ön tanısıyla takip edilirken Anti-sentetaz sendromu tanısı alan hastayı sunacağım.

**Olgu:** Yetmiş üç yaşında kadın hasta 2 aydır olan kuru öksürüğünün artması, ara ara ateşinin 38 üzerinde çıkması ve eklem ağrıları ile acil servise başvurmuş. Burada COVID için çekilen tomografide alt loblarda yaygın buzlu cam alanları olması üzerine olası COVID-19 tanısıyla COVID servisine yatırılmış. Bilinen bir temas öyküsü yokmuş. İlk PCR tetkiki negatif. Sedim 65 mm/saat, CRP 45 mg/dL, CK 718 mg/dL saptanmış. Hastaya 5 günlük hidroksiklorokin ve azitromisin tedavisi verilmiş. Öksürükte azalma olmayan hastada, el eklemlerinde ağrı ve şişlik olması üzerine COVID açısından progresyon kabul edip Favipravir 5 günlük tedavi verilmiş. Daha sonra yapılan 2 PCR testinde negatif olması ve el bileği ile ayak bileğinde ağrı, şişliğin olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Sorgulamada öksürüğünün 2 aydır olduğunu, son günlerde arttığını, kollarda ve bacaklarda kuvvetsizliğinin olduğunu, yürümekte ve oturup kalkmakta zorlandığını belirtti. Muayenesinde her iki el bileğinde ve sağ ayak bileğinde artriti vardı. Omuzlarını kaldıramıyordu. Kas gücü üst ekstremitede 4/5, altta 3/5 idi. EMG'de üst ve alt ekstremitede yaygın MÜP'ler saptandı.



Serolojik testlerden anti-Jo1 pozitif, RF, anti-CCP, ANA testleri negatifti. Hastanın tomografisi tekrar değerlendirildi. Bilateral alt loblarda ince retiküler görünüm, buzlu cam opasiteleri ve yer yer fibrozis alanları olarak değerlendirildi. Yapılan kas biyopsisinde perimisyal enflamasyon, perifasiküler nekroz alanları görüldü. COVID-19 akut enfeksiyonunda görülmeyen fibrozislerin olması, EMG'de myopati olması, artrit ve Anti-Jo1 pozitifliği ile Anti-sentetaz sendromu düşünüldü. FVC 75, DLCO 72 idi. Malignite taramasında patoloji saptanmadı. Hastaya metilprednizolon 48 mg/gün, azatiyopurin 150 mg/gün başlandı. Üçüncü hafta kontrolünde öksürüğü azalmış. Kas gücü 5/5 ve CK değerleri normalleşmişti.

**Sonuç:** COVID-19 pandemisi ile birçok hastalık gözden kaçmakta ve geç tanı konulmakta. Özellikle akciğer tutulumu ile seyreden vaskülitler, myozitler, romatolojik hastalıklara eşlik eden akciğer tutulumları COVID-19 olarak değerlendirilmekte. Tedaviden fayda görmeyen hastalarda COVID dışı durumlar gözden geçirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, anti-sentetaz sendromu, akciğer tutulumu

## PS-028

### Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında anakinra tedavisinin uzun dönem güvenlik ve etkinliğinin değerlendirilmesi

Nuh Ataş<sup>1</sup>, Gülşah Atbiner Eroğlu<sup>2</sup>, Hülya Nur Sodan<sup>2</sup>, Beyza Olcay Öztürk<sup>2</sup>, Hakan Babaoğlu<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>, Hasan Satış<sup>1</sup>, Aslıhan Avanoğlu Güler<sup>1</sup>, Hazan Karadeniz<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), en sık görülen kalıtsal, otoenflamatuvar hastalıktır. Kolşisin, FMF tedavisinin ana ilacı olmakla birlikte, hastaların %10-20'si kolşisine yeterli yanıt vermemektedir. Anakinra, FMF tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, anakinranın uzun dönem etkinlik ve güvenliğini araştırdık.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışmaya Tel Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı almış ve ≥12 ay anakinra kullanan erişkin hastalar (>18 yaş) dahil edildi. Demografik özellikler, semptom başlangıç ve tanı yaşı, kolşisin direnci, persistan enflamasyon, MEFV gen mutasyonları, anakinra öncesi ve sonrası atak sıklığı, hastalık ilişkili yaşam kalitesi [10 cm, görsel analog skalası (VAS) ile] ve akut faz reaktanları (ESH: eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP: C-reaktif protein) değerlendirildi. Anakinra başlanma nedeni ve anakinra ilişkili yan etkiler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 76 FMF hastası (43 kadın, 33 erkek) dahil edildi. Ortalama yaş 37,2±12 yıl ve median hastalık süresi 14,5 (ÇAA: çeyrekler arası aralık, 10) idi. Medyan anakinra tedavi süresi 34 (ÇAA: 24) ay idi. 61 hastada M694V mutasyonu (36, %47,4 homozigot) mevcuttu. En sık anakinra başlanma endikasyonu kolşisin direnci ve proteinüri idi (Tablo 1). Anakinra öncesi

ortalama toplam atak sayısı 16/yıl, sonrası 4,5/yıl (p<0,001) idi. Anakinra öncesi median (ÇAA) VAS, 8 (2), ESH, 32 (30,75) mm/st, CRP, 24 (27,5) mg/L ve proteinüri, 2708 (4286) mg/gün iken, anakinra sonrası VAS, 2 (1,75), ESH, 12 (14) mm/st, CRP, 8 (10,75) mg/L ve proteinüri, 431,5 (2951) mg/gün (p<0,001, p<0,001 ve p=0,001, sırasıyla) idi. En sık görülen yan etki enjeksiyon yeri reaksiyonuydu. En ciddi yan etki 1 hastada görülen anafaksi idi. En sık kesilme nedeni ise yetersiz yanıtı (Tablo 2).

**Sonuç:** Anakinra FMF hastalarında uzun dönem tedavide etkili ve güvenli olmakla birlikte, anafaksi gibi ciddi yan etkiler de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz ateşi, anakinra, kolşisin, etkinlik

**Tablo 1.** Anakinra tedavisi alan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Hastalar (n=76)
Ortalama yaş (yıl)	37,2±12
Kadın/Erkek	43/33
Homozigot M694V mutasyonu	36 (47,4)
Heterozigot M694V mutasyonu	25 (32,9)
Semptom başlangıç yaşı, yıl	10 (12)
Ortalama tanı süresi, yıl	7,5 (13)
Hastalık süresi, yıl	14,5 (10)
Anakinra başlanma yaşı, yıl	29,5 (14,5)
Ateş	46 (60,5)
Peritonit	63 (82,9)
Plevrit	38 (50)
Artrit	63 (82,9)
Erizipel benzeri eritem	21 (27,6)
Miyalji	27 (35,5)
Febril miyalji	4 (5,5)
Anakinra öncesi kolşisin Doz, mg	1,7±0,4
Süre, ay	120 (138)
Anakinra tedavi süresi, ay	34 (24)
Anakinra başlanma endikasyonu	
Kolşisin direnci	45 (59,2)
Kolşisin tolere edememe	1 (1,3)
Kolşisin yan etkisi	4 (5,3)
Amiloidoz, proteinüri	25 (32,9)
Persistan enflamasyon	1 (1,3)

Değerler sayı, (%) ve medyan, (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir

**Tablo 2.** Anakinra ilişkili yan etkiler ve kesilme nedeni

Yan etkiler	n, %	Kesilme nedeni	n, %
Enjeksiyon yeri reaksiyonu	6 (7,9)	Remisyon	3 (3,9)
Deri döküntüsü	4 (5,3)	Yetersiz yanıt	11 (14,5)
Nötropeni	4 (5,3)	Gebelik	1 (1,3)
Karaciğer enzimlerinde artış	3 (3,9)	Yan etki	4 (5,3)
Anafaksi	1 (1,3)		

### COVID-19 pandemisinin immünosüpresif ilaç kullanan romatoloji hastalarında anksiyete üzerine etkisi

Tuğba İzci Duran, Seyyid Bilal Açıkgöz, Cemal Gürbüz, Ayşegül Uçar, Gökhan Yavuzbilge, Metin Özgen

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:** COVID-19 pandemisi, uluslararası endişe duyulan bir halk sağlığı acil durumudur. Tıbbi komorbiditesi olan hastaların enfekte olma olasılığının daha yüksek ve sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Genel popülasyonda salgınlara bağlı anksiyete düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 salgınının ilk aşamasında romatizmal kas iskelet hastalığı (RMD) olan ve immünosüpresif ilaç kullanan hastalarda COVID-19 salgınına bağlı anksiyete yaygınlığını tespit etmek ve anksiyeteye sebep olan risk ve koruyucu faktörleri tanımlamaktır.

**Yöntem:** On sekiz yaşından büyük, RMD'si olan ve düzenli immünosüpresif ilaç (biyolojik ilaç, sDMARD, csDMARD) kullanan 145 hasta ve 95 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. COVID-19 salgını ile ilgili soruları içeren anonim bir anket ve katılımcıların anksiyete düzeylerini ölçmek için Beck anksiyete envanteri (BAI) kullanıldı. Demografik veriler, mevcut RMD'si,

kullandığı immünosüpresif ilaç, COVID-19 hakkında bilgi ve endişeler, COVID-19 hakkındaki bilgileri nereden öğrendiği gibi ek bilgiler toplandı.

**Bulgular:** Hastaların %42,1'i kullandıkları ilaç nedeniyle salgının endişe yarattığını bildirdi ve hastaların %33,8'i endişelerini orta ve şiddetli olarak derecelendirdiler. Hastaların BAI skorları 4 (0-52) ve sağlıklı kontrollerin BAI skorları 3 (0-18) olarak saptandı. BAI skorlarına göre hastaların %16,5'i orta ile şiddetli anksiyete belirtileri göstermiştir. İmmünosüpresif ilaç kullanan hastaların %38,6'sında anksiyete saptanırken kontrol grubunun %18,9'unda anksiyete mevcuttu. Gruplar karşılaştırıldığında hasta grubunun anksiyetesi anlamlı yüksek saptandı ( $p=0,001$ ). Hasta ve kontrol gruplarında kadın cinsiyet daha fazla anksiyete belirtileri göstermektedir ( $p<0,005$ ). Ayrıca hasta grubunda eğitim düzeyi yüksek olanlarda anksiyete daha düşük saptandı ( $p=0,039$ ).

**Sonuç:** Kadın cinsiyet ve immünosüpresif ilaç kullanan hastalarda anksiyete düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Bu süreçte riskli grupta yer alan bu hastaların yanlış bilgilerden kaçınmasını sağlamalı, hastalar tek tek bilgilendirilerek tedavi ekibine güvenmeleri sağlanmalıdır. Anksiyeteleri yüksek olan bu hasta grubu için çevrimiçi veya akıllı telefon tabanlı psikoeğitim ve psikolojik müdahaleler sağlanması düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Beck anksiyete envanteri, coronavirus, COVID-19, immünosüpresif, romatizmal kas iskelet hastalığı