



XXI. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

29 Eylül-3 Ekim 2021

Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-24)

SS-01

Enflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastaların spondiloartrit taramasında ipuçları var mı?

Bayram Farisoğulları¹, Onur Keskin², Burcu Usta³,
Gözde Kübra Yardımcı¹, Erkan Parlak², Taylan Kav²,
Ömer Karadağ¹, Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olan hastalarda en sık görülen ekstra-intestinal bulgu olan spondiloartrit (SpA) sorgulanması ve hastaların romatoloji kliniğine sevk edilmesi erken tanı ve tedavi yönetimi açısından önemlidir. İBH hastalarına DETAIL anket sorgulaması yapılarak SpA'yı erken teşhis etmeyi ve her soru için valide edilmiş çalışma ile karşılaştırmayı amaçladık.

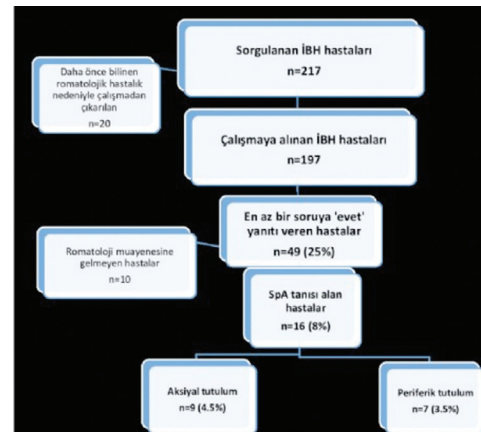
Yöntem: Mart 2019-Eylül 2020 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Gastroenteroloji Kliniği'ne rutin kontrol için başvuran İBH hastalarına kas-iskelet sistemi semptom sorgulaması yapıldı. Bu amaçla altı sorudan oluşan valide edilmiş DETAIL sorgulaması yapılarak en az 1'ine 'evet' yanıtı veren hastalar HÜ Romatoloji Kliniği'nde fiziki muayene, laboratuvar, görüntüleme ile SpA açısından değerlendirildi. DETAIL sorgulamasında artrit tespiti için yer alan her bir soru için sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer, negatif prediktif değer, Likelihood oranı (LR) hesaplandı.

Bulgular: Çalışmada 217 İBH hastası değerlendirildi. Daha önceden bilinen romatolojik hastalığı olan 20 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 197 hastanın 49'u (%24) DETAIL sorgusunda en az bir soruya olumlu yanıt verdi. Bu hastaların 39'u (%20) romatoloji kliniğinde değerlendirildi ve 16'sına (%8,1) SpA

(aksiyal tutulum: 9, periferik tutulum: 7) tanısı konuldu (Şekil 1). DETAIL sorgulamasındaki 6 sorudan 5'ini iki hasta, 4'ünü beş hasta, 3'ünü on bir hasta, 2'sini on hasta ve 1'ini on bir hasta 'evet' olarak yanıtladı. Altı sorudan oluşan DETAIL sorgulamasında, SpA'dan etkilenen hastaları ayırt etmede en iyi performans ikinci ve dördüncü sorulardı (sırasıyla pozitif LR 2,9 ve 1,57) (Tablo 1).

Sonuç: DETAIL sorgulamasında en az bir soruya 'evet' yanıtı veren İBH hastalarının %41'ine SpA tanısı konmuştur. Özellikle el ya da ayak parmağının şiş, sosis gibi görüldüğünü (ikinci soru) veya en az 3 aydır bel ağrısının olduğunu (dördüncü soru) söyleyen hastalarda, SpA tanısı konma olasılığı daha yüksek görünmektedir. Valide edilmiş çalışmanın aksine enflamatuvar bel ağrısı parametrelerini sorgulayan beşinci ve altıncı sorularda SpA tanısı alma olasılığı gözlenmedi. Sonuç olarak DETAIL anketi SpA'nın saptanması için yararlı bir tarama aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartrit, kas-iskelet semptom sorgulama, DETAIL anketi



Şekil 1. Çalışmadaki İBH hastalarının dağılım şeması

Tablo 1. Çalışmamızdaki DETAIL sorgulamasının sensitivite, spesifite, Likelihood oranı, pozitif ve negatif prediktif değerlerinin valide edilmiş çalışma ile karşılaştırılması

Sorular	Sensitivite (%)		Spesifite (%)		Pozitif prediktif değer (%)		Negatif prediktif değer (%)		Pozitif Likelihood oranı		Negatif Likelihood oranı	
	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma	Çalışmamız	Diğer çalışma
1. Hiç el ya da ayak parmak ekleminizde ve/veya herhangi bir ekleminizde başka bilinen bir neden olmadan ağrı ve şişlik oldu mu?	68,8	69,6	34,8	67,7	42,3	41	61,5	87,3	1,05	2,16	0,9	0,45
2. El ya da ayak parmağınız şiş, sosis gibi göründü mü?	12,5	27,4	95,7	89,2	66,7	45,1	61,1	79,2	2,9	2,55	0,91	0,81
3. Topuklarınızda ağrı oldu mu?	43,6	45,1	56,5	86,3	41,2	51,6	59,1	82,9	1,01	3,3	0,99	0,64
4. Hiç travma olmaksızın en az 3 ay süren bel ağrınız oldu mu?	75	77,4	52,2	73,4	52,2	48,4	75	90,9	1,57	2,9	0,48	0,31
5. Sabah ve/veya dinlendikten sonra egzersiz ile düzelen bel ağrınız var mı?	43,6	82,3	56,5	67,7	41,2	45,1	59,1	92,2	1,01	2,5	0,99	0,26
6. Bel ağrısı nedeniyle geceleri uyanıyor musunuz?	18,8	54,9	78,3	85,4	37,5	54,9	58,1	85,4	0,87	3,7	1,04	0,53

SS-02

Ankilozan spondilit hastalarında secukinumab ilaçta kalımı: HÜR-BİO gerçek yaşam verileri

Berkan Armağan¹, Levent Kılıç², Bayram Farisoğulları², Gözde Kübra Yardımcı², Emre Bilgin², Ertuğrul Çağrı Bölek², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Umur Kalyoncu²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında tümör nekroz faktör inhibitörlerinin (TNFi) ilaçta kalımı birçok çalışmada araştırılmış olmasına rağmen secukinumabın ile ilgili çalışma nispeten azdır. Gerçek yaşam verilerine dayanan bu çalışmamızda AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı ve bunu etkileyebilecek prediktif faktörleri, kesilme nedenleri ve advers olayları değerlendirmeyi amaçladık.

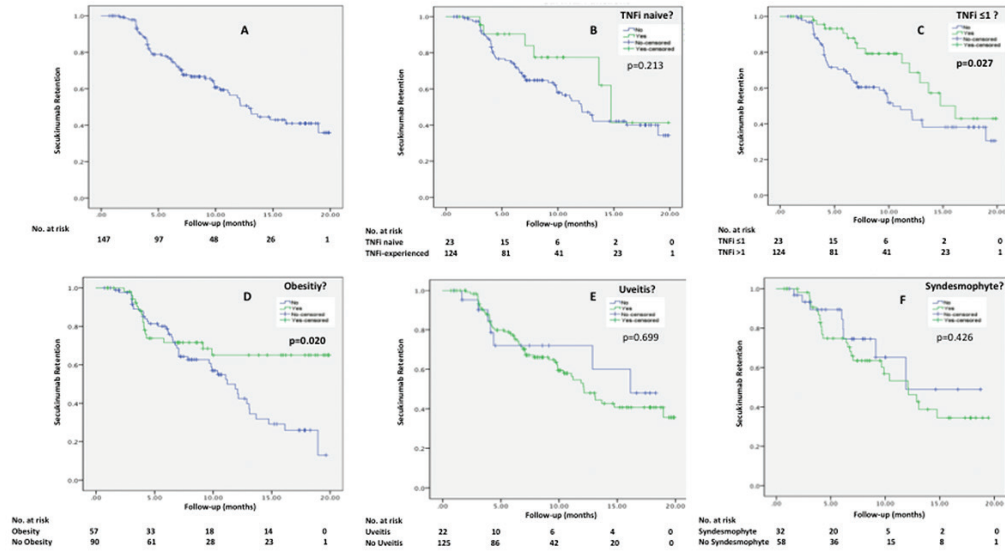
Yöntem: Secukinumab Türkiye'de Mayıs 2018'de onaylanmıştır ve Ocak 2020'ye kadar HÜR-BİO veri tabanında kayıtlı, AS tanısı nedeniyle en az bir kür tedavi alan 147 hastayı değerlendirdik. Demografik ve klinik veriler tıbbi kayıtların gözden geçirilmesi, poliklinik görüşmesi ve fiziki muayene yoluyla elde edildi. İlaçta

kalım oranları Kaplan-Meier, prediktif faktörler ise lojistik regresyon analizi ile belirlendi. İlaç kesilme nedenleri ve advers olaylar da değerlendirildi.

Bulgular: AS hastalarının demografik, klinik özellikleri ile tedavilerinin TNFi kullanımına göre karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Secukinumabın genel ilaçta kalımı 12. ayda %55 idi ve ayrıca TNFi kullanımı, obezite, üveit ve sindesmotitlerin varlığında ilaçta kalım grafikleri Şekil 1'de gösterilmiştir. ≤ 1 TNFi tedavisi almış ve obezitesi olan hastaların ilaçta kalım oranları olmayanlara göre daha yüksekti (%68 vs. %46, $p=0,027$ ve %65 vs. %45, $p=0,020$, sırasıyla). İlaçta kalımın prediktif faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmesi Tablo 2'de gösterilmiştir. Secukinumab tedavi kesilmesinin en sık nedeni %46 ile ilaç etkisizliği idi. Hepatit B veya tüberküloz reaktivasyonu ise hiçbir hastada gözlenmedi.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerimize göre AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı iyi ve güvenilir olan bir biyolojik ajandır. Obez olan ve daha önce birden fazla TNFi kullanımı olmayan AS hastalarında secukinumab ilaçta kalımı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. Kişiselleştirilmiş bir tedavi stratejisi için obezitesi olan AS hastalarında bulgularımız dikkate alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, ilaçta kalım, secukinumab, obezite



Şekil 1. Secukinumab ilaçta kalım Kaplan-Meier grafikleri. A: Secukinumab genel; B: TNFi-naif vs. TNFi-deneyimli; C: ≤1 TNFi vs. >1 TNFi; D: Obez vs. Non-obez; E: Üveit vs. non-üveit; F: Sindesmofitvar vs. sindesmofit yok

Tablo 1. Ankilozan spondilit hastalarında TNFi kullanımına göre demografik, klinik ve tedavi ilişkili özelliklerin karşılaştırılması

	Toplam n=147	TNFi-naif n=23	TNFi-IR n=124	p*	≤1 TNFi n=50	>1 TNFi n=97	p**
Yaş, yıl, ortalama (SD)	44,0 (9,9)	45,5 (11,2)	43,7 (9,7)	0,431	44,0 (9,8)	44,0 (10,1)	0,726
Kadın, n (%)	83 (56)	7 (31)	76 (61)	0,006	22 (44)	61 (63)	0,029
Hastalık süresi, aylar, medyan (IQR)	108 (48-156)	72 (12-132)	120 (60-156)	0,028	84 (36-144)	120 (60-156)	0,034
Hastalık süresi ≥5 yıl, n (%)	102 (69)	12 (52)	90 (73)	0,051	30 (60)	72 (74)	0,076
VKİ (kg/m ²), ortalama (SD)	28,6 (5,4)	28,7 (4,7)	28,6 (5,4)	0,946	27,9 (4,9)	29,0 (5,5)	0,333
Obezite, n (%)	56 (39)	8 (35)	48 (39)	0,680	17 (34)	39 (41)	0,407
Hipertansiyon, n (%)	31 (21)	7 (31)	24 (20)	0,232	10 (20)	21 (22)	0,816
Diabetes mellitus, n (%)	16 (11)	0	16 (13)	0,068	0	16 (17)	0,001
Sigara içme öyküsü, n (%)	85 (58)	14 (61)	71 (57)	0,747	31 (62)	54 (56)	0,462
Klinik özellikler ve laboratuvar							
Sindesmofit, n (%)	32/90 (36)	8 (67)	24 (31)	0,023	16 (59)	16 (25)	0,002
Bambu omurga görünümü, n (%)	15/90 (17)	6 (50)	9 (12)	0,001	8 (30)	7 (11)	0,031
Üveit öyküsü, n (%)	12 (15)	5 (22)	17 (14)	0,321	12 (24)	10 (10)	0,027
Psoriasis, n (%)	3 (2)	0	3 (2)	1	0	3 (3)	0,209
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	32/99 (32)	4 (27)	28 (33)	0,611	8 (25)	24 (36)	0,282
BASDAI, medyan (IQR)	59 (46-71)	54 (43-75)	60 (46-71)	0,645	55 (39-71)	60 (48-71)	0,201
BASFI, medyan (IQR)	51 (34-67)	53 (24-62)	51 (34-69)	0,547	46 (27-61)	56 (37-70)	0,066
Ağrı VAS, medyan (IQR)	70 (60-90)	70 (56-90)	70 (60-85)	0,931	70 (50-90)	70 (60-83)	0,663
Bel ağrısı (BASDAI 2), medyan (IQR)	60 (40-80)	55 (40-80)	60 (40-80)	0,989	50 (23-80)	70 (40-80)	0,096
Sabah tutukluğu (BASDAI 6), medyan (IQR)	50 (20-75)	50 (24-55)	50 (20-75)	0,963	40 (16-50)	50 (25-80)	0,090
ESR, mm/st, medyan (min-maks)	20 (9-44)	21 (9-31)	20 (9-45)	0,964	22 (10-45)	20 (9-44)	0,451
CRP, mg/dL, medyan (min-maks)	0,8 (0,4-2,2)	0,7 (0,5-2,4)	0,9 (0,4-2,2)	0,625	1,3 (0,5-2,2)	0,7 (0,3-2,2)	0,214
Tedaviye bağlı özellikler							
Secukinumab kesilmesi, n (%)	61 (42)	6 (26)	55 (44)	0,102	14 (28)	47 (49)	0,017
Secukinumabın kesilmesinin nedenleri							
- Etkisizlik, n (%)	28 (46)	1 (17)	27 (49)	0,101	6 (43)	22 (47)	0,754
- Advers olay, n (%)	7 (12)	-	7 (13)		1 (7)	6 (13)	
- Diğerleri, n (%)	26 (43)	5 (83)	21 (38)		7 (50)	19 (40)	

*TNFi-naif ve TNFi-IR gruplarının karşılaştırması. **≤1 TNFi ve >1 TNFi gruplarının karşılaştırması.

VKİ: Vücut kitle indeksi, TNFi-IR; TNFi Deneyimli

Tablo 2. İlaçta kalımın prediktif faktörlerinin univariate ve multivariate analizi

Değişkenler	Enter yöntemi			Backward: LR yöntemi		
	HR	%95 GA	p	HR	%95 GA	p
Demografik						
Yaş (yıl)	0,63	0,96-1,35	0,628			
Kadın	0,77	0,44-1,02	0,377			
Hastalık süresi ≥5 yıl	0,89	0,49-1,60	0,630			
Sigara içmemek	0,62	0,36 -1,06	0,083	0,63	0,37-1,07	0,090
Ailede SpA öyküsü	0,90	0,52-1,55	0,726			
Klinik özellikler						
Obezite	0,50	0,25-0,99	0,047	0,45	1,09-3,62	0,008
Tedaviler						
TNFi-IR (vs. naïf)	0,98	0,33-2,93	0,980			
TNFi >1 (vs. ≤1 TNFi)	2,14	1,02-4,59	0,049	1,99	1,09-3,62	0,024

SS-03

Aksiyal spondiloartritli hastalarda servikal stabilizasyon egzersizlerinin servikal pozisyon hatasına etkisinin incelenmesi: Randomize kontrollü çalışma

Hande Ece Öz¹, Gözde Duran², Deniz Bayraktar³, Mete Kara¹, Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Vücut bölümlerinin uzaydaki konumlarının bilinmesini ifade eden propriyosepsiyon hissi hareketlerin optimal olarak gerçekleşmesi, vücut algısının oluşturularak yaralanmaların önlenmesi ve dengenin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Aksiyal spondiloartritli (axSpA) hastalarda servikal pozisyon hatasının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğunu, diğer bir deyişle servikal propriyosepsiyon hissini axSpA'lı hastalarda azaldığını daha önce göstermiştik. Bununla birlikte, servikal propriyosepsiyonu geliştirme açısından servikal stabilizasyon egzersizlerinin etkinliği farklı popülasyonlarda gösterilmiştir. Bu

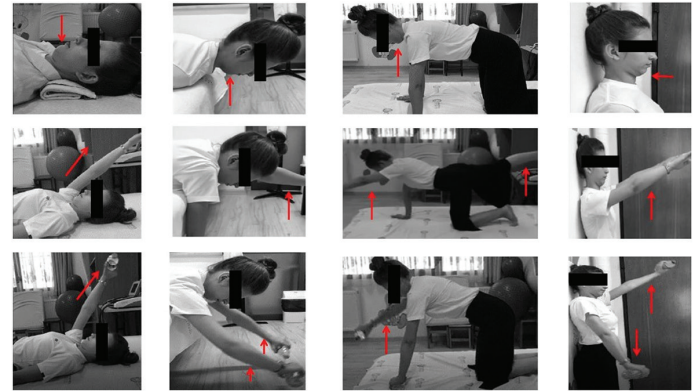
araştırmanın amacı, axSpA'lı hastalarda servikal stabilizasyon egzersizlerinin servikal pozisyon hatasına etkisini incelemektir.

Yöntem: ASAS axSpA sınıflama kriterlerine göre axSpA olarak sınıflanan 39 hasta egzersiz [n=20, 11 erkek (%55)] ve kontrol grubu [n=19, 12 erkek (%63)] olmak üzere rastgele iki gruba ayrıldı. Tüm hastalar fiziksel özellikler, hastalık aktivitesi (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi), fonksiyonel durum (Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi) ve spinal hareketlilik (Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi) açısından değerlendirildi. Servikal pozisyon hatası; fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve lateral fleksiyon yönlerinde değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler başlangıçta ve altı hafta sonra (tedavi bitiminde) yapıldı. Egzersiz grubu altı haftalık ilerleyici ev temelli servikal stabilizasyon egzersiz programı (Resim 1) uygularken, kontrol grubuna herhangi bir egzersiz müdahalesi uygulanmadı. Egzersize uyumu ve ilerlemeyi kontrol etmek için ücretsiz bir yazılım ve platformlar arası mesajlaşma servisi aracılığıyla metin mesajları ve video talimatları haftalık olarak hastalara iletildi.

Bulgular: Başlangıçta, egzersiz ve kontrol gruplarının demografik, fiziksel ve hastalıkla ilgili özellikleri gruplar arasında benzerdi (p>0,05, Tablo 1). Altı hafta sonra, egzersiz grubunda tüm yönlerde servikal pozisyon hatasında istatistiksel anlamlı iyileşmeler gözlenirken (p<0,05, Tablo 2), kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadı (p>0,05, Tablo 2).

Sonuç: Altı haftalık ev tabanlı servikal stabilizasyon egzersiz programı, axSpA'lı hastalarda bozulmuş servikal propriyosepsiyon duyusunu iyileştirme açısından yararlıdır. Böylece azalmış propriyosepsiyon ile ilişkili denge kaybını tersine çevirme veya hareketlerin kalitesini artırma sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, egzersiz, propriyosepsiyon



Resim 1. Servikal stabilizasyon egzersiz örnekleri

Tablo 1. Başlangıçta grupların karşılaştırılması

	Egzersiz grubu (n=20) Medyan (IQR 25/75)	Kontrol grubu (n=19) Medyan (IQR 25/75)	p
Yaş (yıl)	40,5 (36,0/52,5)	44,0 (39,0/49,5)	0,496*
Boy (cm)	168,5 (160,0/176,5)	175,0 (168,5/178,5)	0,214*
Vücut ağırlığı (kg)	78,5 (67,0/91,5)	84,0 (70,0/90,0)	0,687*
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	27,5 (24,5/30,2)	26,8 (23,6/29,3)	0,569*
Erkek cinsiyet (n, %)	11 (%55)	12 (%63)	0,605**
Hastalıkla ilgili özellikler			
Semptomların başlangıcından itibaren geçen süre (yıl)	14,5 (9,0/20,0)	11 (7,0/14,0)	0,403*
Tanıdan itibaren geçen süre (yıl)	9,0 (4,0/11,5)	6,0 (3,0/7,0)	0,113*
BASDAI (skor)	2,0 (1,0/3,3)	1,8 (1,3/2,5)	0,687*
BASMI Tragus-Duvar mesafesi (skor)	2,0 (1,0/3,2)	2,0 (1,0/3,2)	0,945*
BASMI servikal rotasyon (skor)	2,0 (1,6/3,1)	2,0 (1,4/3,2)	0,708*
BASMI toplamı (puan)	2,9 (1,7/4,1)	2,3 (1,8/3,1)	0,127*
BASFI (skor)	1,8 (0,6/2,9)	1,2 (1,0/2,2)	0,496*
Servikal propriyosepsiyon hatası			
Fleksiyon (o)	4,9 (2,2/7,0)	6,3 (3,5/7,3)	0,444*
Ekstansiyon (o)	4,5 (3,3/6,4)	5,5 (4,5/7,3)	0,247*
Sağa rotasyon (o)	5,2 (3,0/8,9)	6,4 (4,3/9,0)	0,513*
Sola rotasyon (o)	4,3 (2,5/5,0)	5,4 (3,5/7,9)	0,084*
Sağ lateral fleksiyon (o)	4,9 (3,3/6,8)	5,9 (3,6/8,4)	0,531*
Sol lateral fleksiyon (o)	4,3 (2,1/6,7)	3,8 (2,4/5,6)	0,857*

*Mann-Whitney U testi, **Ki-kare testi.

IQR 25/75: Ceyrekler arası aralık 25/75, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, o: derece, p<0,05

Tablo 2. Grup içi servikal eklem pozisyon hatalarındaki değişiklikler

	Tedavi öncesi Medyan (IQR 25/75)	Tedavi sonrası Medyan (IQR 25/75)	p*
Egzersiz grubu (n=20)			
Fleksiyon (o)	4,9 (2,2/7,0)	2,8 (1,7/3,8)	0,033*
Ekstansiyon (o)	4,5 (3,3/6,4)	3,1 (1,8/4,8)	0,040*
Sağa rotasyon (o)	5,2 (3,0/8,9)	3,7 (1,9/4,7)	0,006*
Sola rotasyon (o)	4,3 (2,5/5,0)	2,8 (2,2/3,3)	0,017*
Sağ lateral fleksiyon (o)	4,9 (3,3/6,8)	2,3 (1,8/3,7)	0,009*
Sol lateral fleksiyon (o)	4,3 (2,1/6,7)	2,0 (1,5/3,4)	0,010*
Kontrol grubu (n=19)			
Fleksiyon (o)	6,3 (3,5/7,3)	5,2 (3,8/7,0)	0,856
Ekstansiyon (o)	5,5 (4,5/7,3)	4,1 (3,3/8,2)	0,809
Sağa rotasyon (o)	6,4 (4,3/9,0)	5,5 (3,0/8,5)	0,472
Sola rotasyon (o)	5,4 (3,5/7,9)	5,0 (3,5/7,2)	0,778
Sağ lateral fleksiyon (o)	5,9 (3,6/8,4)	4,3 (2,7/7,7)	0,717
Sol lateral fleksiyon (o)	3,8 (2,4/5,6)	4,9 (2,9/5,7)	0,904

*Wilcoxon işaretli sıralar testi.

IQR 25/75: Ceyrekler arası aralık 25/75, o: derece

SS-04**Aksiyal spondiloartritli hastalarda tümör nekroz faktör inhibitörlerine karşı anti-ilaç antikor gelişimi ile ilişkili faktörler: İki yıllık takip çalışması**

Elif Durak Ediboğlu¹, Dilek Solmaz¹, Gökhan Kabadayı¹, Mustafa Özmen¹, Kübra Kaya², Muhammet Çınar³, Gökhan Sargın⁴, Gülen Hatemi⁵, Ömer Karadağ⁶, Gülay Kınıklı⁷, Önay Gerçik⁸, Umut Kalyoncu⁶, Sedat Yılmaz³, Taşkın Şentürk⁴, Gökhan Keser⁹, Fiğen Yargucu⁹, Ayşe Cefle¹⁰, Didem Kozacı², Bünyamin Kısacık¹¹, Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gühane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁰Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

¹¹Gaziantep Medikal Park Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) sakroiliak eklemler ve omurganın yanı sıra periferik eklemleri ve entezis bölgelerini etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tümör nekroz faktör inhibitörleri (TNFi), yüksek hastalık aktivitesine sahip hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bazı hastalar tedavi başlangıcında yanıtız iken bir grup hastada tedavi sürecinde ilaç yanıtını kaybedebilir. Anti-ilaç antikorları (ADA) ilaca yanıtızlık ya da etki kaybında rol oynayabilir. Bu çalışmanın amacı axSpA hastalarında iki yıllık takip boyunca TNFi bağlı ADA gelişimini ve bununla ilişkili faktörleri ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu gözlemsel çok merkezli çalışmaya son iki hafta içinde yeni bir TNFi reçetesi olan ASAS sınıflama kriterlerine göre axSpA tanısı alan 180 [116 erkek, ortanca yaş (IQR) 44,5 (14,5) yıl] hasta dahil edildi. Klinik değerlendirmeler ve serum örnekleri başlangıçta ve 12 haftada bir kaydedildi. Serum ilaç düzeyleri ve ADA'lar tek bir merkezde ELISA yöntemi ile ölçüldü. ADA'nın zaman içinde gelişimi normal dağılıma uymayan verilerinde longitudinal değerlendirmesine izin veren bir analizi yöntemi (GEE) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmadaki hastaların kullandıkları TNFi'leri etanercept (%32,2), adalimumab (%27,2), infliksimab (%20) ve golimumab (%20,6) idi. 172 hastanın 12. haftada, 121 hastanın 52. haftada, 73 hastanın 104. haftada serum örnekleri mevcuttu. BASDAI, ASDAS-CRP ve CRP düzeyleri başlangıç (0.hafta)

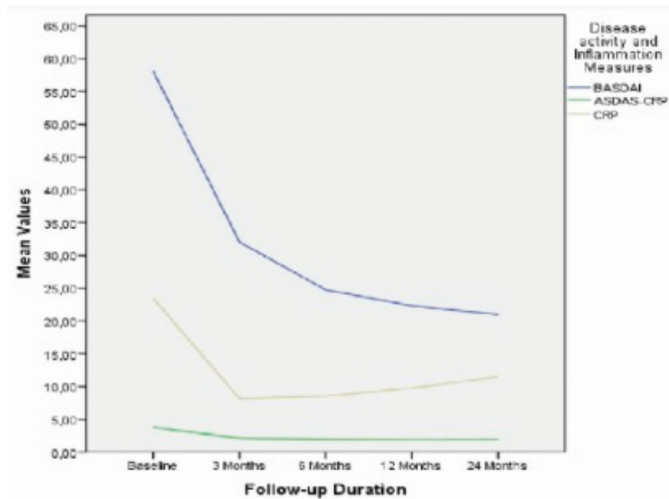
değerlerine göre üçüncü aydan itibaren anlamlı şekilde azaldı (Şekil 1). Longitudinal analizde; hastanın yaşı ve TNFi tipinin yanı sıra BASDAI, ASDAS, serum CRP düzeyleri ve yan etki gelişmesi ve ilacın kesilmesinin ADA gelişimi ile ilişkili olduğu bulundu. ADA'nın gelişimi ile bağımsız ilişki(ler)yi belirlemek için iki longitudinal çok değişkenli model oluşturuldu; bir aktivite ölçüsü olarak (a) ASDAS ile, (b) BASDAI ve CRP seviyeleri ile ve tüm değişkenlerin bağımsız olarak ADA'nın longitudinal gelişimi ile ilişkili olduğu görüldü (Tablo 1). Adalimumab antikorları, daha düşük serum ilaç seviyeleri ile ilişkiliydi.

Sonuç: Bu iki yıllık takip çalışmasının sonuçları TNFi tedavisine karşı ADA gelişiminin, axSpA'lı hastalarda yüksek hastalık aktivitesi, advers olayların gelişimi ve tedavinin kesilmesi ile ilişkili olduğunu ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, tümör nekroz faktör inhibitör, anti-ilac antikor

Tablo 1. ADA gelişimi ile ilişkili faktörler

	Model 1			Model 2		
	B	95% CI	P	B	95% CI	P
Yaş (yıl)	-0.061	-0.109; -0.012	0.015	-0.058	-0.107; -0.010	0.018
TNFi Tedavisi						
ETN	-1.981	-4.369; -0.134	0.104	-2.475	-4.791; -0.076	0.036
ADA	1.438	-0.002; 0.407	0.073	1.275	-0.119; -0.160	0.064
INF	1.550	3.010; 3.102	0.050	1.255	2.666; 2.629	0.073
GOL	0*			0*		
Adevers olay, (yok)	-0.824	-1.451; -0.198	0.010	-0.835	-1.461; -0.208	0.009
TNFi tedavi kesilmesi	1.289	0.043; 2.534	0.043	1.248	-0.075; 2.571	0.065
BASDAI	0.035	0.015; 0.055	0.001			
CRP	0.020	-0.035; 0.005	0.008			
ASDAS-CRP				0.852	0.466; 1.238	0.000



Şekil 1.

SS-05

Biyolojik tedavi alan psöriyatik artrit hastalarında enflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliği: HÜR-BİO gerçek yaşam verisi

Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertuğrul Çağrı Bölek, Emre Bilgin, Emine Duran, Gizem Ayan, Zehra Özsoy, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Spondiloartrit hastalarında eklem dışında üç önemli tutulum mevcuttur: Psoriasis, üveit ve enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH). Psöriyatik artrit hastalarında da İBH görülebilmektedir ve İBH'sı olan PsA hastalarının klinik özellikleri henüz kapsamlı olarak değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada bDMARD alan bir PsA kohortunda PsA hastalarına eşlik eden İBH sıklığını ve bu hastaların klinik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı (HUR-BIO) 2005 yılından bugüne 469 PsA hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, hastalık aktivite parametreleri HÜR-BİO veri tabanından alındı. İBH tanısı kolonoskopik bulgular ve uyumlu patoloji bulguları ile konuldu.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 469 PsA (%70 kadın) hastasının ortalama (\pm SS) yaşı $47,7 \pm 12,7$ yıl, medyan (ÇAA) hastalık süresi 7 (3-11) yıldır. Üç hastada ülseratif kolit (ÜK) ve 7 hastada Crohn hastalığı (CH) olmak üzere 469 hastanın 10'unda (%2,1) İBH saptandı (Tablo 1). PsA ve İBH birlikteliği olan hastaların (\pm SS) ortalama yaşı $53,3 \pm 10,1$ ve ortalama hastalık süresi $9,2 \pm 6,1$ yıldır. PsA ve İBH birlikteliği olan 10 hastanın 6'sı PsA tanısından önce İBH tanısı almıştı, 4 hastada ise PsA tanısı önce konulmuştu. Hastalar ortalama $3,7 \pm 2,8$ yıl takip edilmişti ve 4 hastada çoğunlukla primer yanıtızsızlık nedeniyle bDMARD değişimi yapılmıştı. PsA ve İBH birlikteliği olan 2 hastanın bDMARD tedavisi izlemde kesilmişti (1 hastada fistülizan CH ve 1 hastada ilaç ilişkili SLE nedeniyle). Son vizitte DAPSA skoruna göre hastaların %44'ü düşük hastalık aktivitesine, %56'sı orta hastalık aktivitesine sahipti. PsA ve İBH birlikteliği olan hastalarda sakroiliit (%70) ve ciddi kalça tutulumu (%20) sıklığı.

Sonuç: Yapılan geniş çalışmalarda PsA hastalarında İBH sıklığı %3,3 civarında bildirilmiştir. Tek merkezli çalışmamızda PsA hastalarının %2,1'inde İBH birlikteliği mevcuttu ve bu oran literatürle benzerdi. PsA hastalarında İBH birlikteliği özellikle anti IL-17 gibi tedavilerin planlamasında önemli bir faktör olup, klinisyenler bu birlikteliğin farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, komorbidite

Tablo 1. Psöriyatik artrit ve enflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliği olan hastaların özellikleri

Yaş (yıl) / cinsiyet	Hastalık süresi (yıl)	İBH alt tipi	Sakroiliit	Son vizitteki tedavi
61/E	16	Crohn hastalığı	(+)	Azatioprin, kortikosteroid
50/E	5	Ülseratif kolit	(+), kalça	Adalimumab, kortikosteroid
59/K	3	Ülseratif kolit	(+)	Sertolizumab, metotreksat
40/K	10	Ülseratif kolit	Yok	Adalimumab, metotreksat
71/E	19	Ülseratif kolit	Yok	İnfliksımab
62/E	13	Crohn hastalığı	(+), kalça	Azatioprin, sülfasalazin, kortikosteroid
50/K	1	Ülseratif kolit	Yok	Adalimumab, kortikosteroid
59/E	12	Crohn hastalığı	(+)	Sekükinumab, flurbiprofen
45/K	9	Ülseratif kolit	(+)	Adalimumab, metotreksat, kortikosteroid
36/K	5	Ülseratif kolit	(+)	İnfliksımab, metotreksat, kortikosteroid

SS-06

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastaları ile AAA+Aksiyel spondiloartrit birlikteliği olan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Murat Kiracı¹, Emre Bilgin², Emine Duran², Bayram Farisoğulları², Ertuğrul Çağrı Bölek², Gözde Kübra Yardımcı², Zehra Özsoy², Güllü Sandal Uzun², Banu Balcı Peynircioğlu³, Ömer Karadağ², Ali Akdoğan², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Ali İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu², Levent Kılıç²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ateş ve serozit ataklarıyla seyreden, otozomal resesif kalıtılan, otoenflamatuvar bir hastalıktır. Yetişkinlerde AAA ve aksiyel spondiloartrit (axSpA) birlikte görülme sıklığı %0,5-7,5 arasındadır. AAA'nın SpA için tetikleyici bir faktör veya sakroiliitin AAA'nın bir özelliği olup olmadığı tartışma konusudur. Çalışmanın amacı; AAA+axSpA birlikteliği olan hastalar ile AAA olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Hacettepe Hastanesi veritabanında ICD-10 (E85.0) koduna göre 9630 AAA hastası tespit edildi. Bu hastaların 241'ine ICD-10 (M45) koduna göre birlikte axSpA tanısı girilmişti. AAA tanısı Tel-Hashomer kriterleri ile; axSpA tanısı Modifiye New York (mNY) kriterlerine göre sakroiliak radyografide sakroiliit varlığı ile veya ASAS kriterlerine göre MR görüntülemeye aktif

sakroiliit varlığı ile doğrulandı. Bu kriterlere göre 136 hastanın AAA+axSpA olduğu doğrulandı ve çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak FiCA veritabanına kaydedilen, merkezimizde takipli, axSpA tanısı olmayan 231 AAA hastası analize dahil edildi. Her iki gruptaki hastaların demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Bulgular: AAA+axSpA grubuna 136, AAA grubuna 231 hasta dahil edildi. AAA+axSpA grubunda 114 (%83,8) hastada mNY kriterlerine göre radyografik sakroiliit vardı; servikal mSASSS medyan 0 (min-maks, 0-36), lomber mSASSS medyan 4'tü (min maks, 0-36), 33 (%27) hastada sindesmofit vardı. Yirmi altı (%19,1) hastada radyolojik olarak gösterilmiş enflamatuvar kalça hastalığı saptandı ve bu hastaların 12'sine (%8,8) total kalça replasmanı yapılmıştı. AAA hastalarında AAA semptom başlangıç ve tanı yaşı daha erkendi; ancak AAA+axSpA grubunda semptom ve hastalık süreleri daha uzundu (Tablo 1). AAA hastalarında plörit sıklığının AAA+axSpA grubuna göre daha yüksek olması dışında (p=0,003), AAA semptom ve bulgu sıklığı her iki grupta benzerdi. Amiloidoz AAA+axSpA grubunda daha sıkı (%6,6 vs. %1,7; p=0,014). İki yüz yetmiş üç hastanın *MEFV* gen analiz sonuçları mevcuttu. AAA+axSpA grubunda homozigot M694V mutasyonu daha sıkı (%39,8 vs. %28,9; p=0,02).%28,9; p=0,02).

Sonuç: AAA+axSpA birlikteliği artmış amiloidoz riski ile ilişkili görünmektedir. İkinci bir hastalığın enflamatuvar yükü ve homozigot M694V mutasyonunun artmış prevalansı bu riski açıklayabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, aksiyel spondiloartrit, amiloidoz

Tablo 1. AAA hastaları ile AAA+axSpA birlikteliği olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik ve klinik bulgular	AAA+axSpA (n=136)	AAA (n=231)	p değeri
Cinsiyet (kadın), n (%)	73 (53,7)	156 (67,5)	0,05
AAA semptom başlangıç yaşı [yıl, medyan (25-75)]	12 (5-20)	10 (6-18)	0,046
Semptom süresi [yıl, medyan (25-75)]	24 (18-32)	20 (14-29)	0,007
AAA tanı yaşı [yıl, medyan (25-75)]	24 (13-33)	20 (11-30)	0,10
Hastalık süresi [yıl, medyan (25-75)]	16 (10-22)	13 (7-17)	<0,001
AAA semptom ve bulgular, n (%)			
Ateş	128 (94,1)	204 (88,3)	0,067
Karın ağrısı	123 (90,4)	217 (93,9)	0,21
Plörit	31 (22,8)	87 (37,7)	0,003
Perikardit	3 (2,2)	2 (1,0)	0,34
Artrit	64 (47,1)	92 (39,8)	0,17
Erizipel benzeri eritem	24 (17,6)	38 (16,5)	0,77
Enflamatuvar bel ağrısı, n (%)	92 (67,6)	26 (11,3)	<0,001
Enflamatuvar bağırsak hastalığı, n (%)	6 (4,4)	4 (1,7)	0,12
AAA aile öyküsü, n (%)			
Birinci veya ikinci derece akrabada	66 (48,5)	137 (59,8)	0,04
Birinci derece akrabada	48 (35,8)	97 (42,0)	0,24
İkinci derece akrabada	25 (18,7)	86 (37,2)	<0,001
Son 1 yıl içinde atak sayısı, medyan (min-maks)	1 (0-12)	1 (0-10)	0,13
Amiloidoz, n (%)	9 (6,6)	4 (1,7)	0,014
M694V mutasyonu (n=273)			
Pozitif (1 veya 2 allel)	91 (80,5)	120 (75,0)	0,28
Homozigot	45 (39,8)	43 (28,9)	0,02

SS-07

İmmünoşüpresif tedavi kullanan hastalarda COVID-19 aşısına karşı gelişen antikor düzeyi yanıtının, aşılardan normal popülasyonla ve enfeksiyonu geçirerek antikor yanıtı oluşturmuş hasta grubu ile karşılaştırılması

Özlem Unay Demirel¹, Demet Yalçın², Muhammed Mert Sonkaya³, Işıl Ezgi Uluşık³, Olida Çeçen³, Erkan Ceylan⁴, Yavuz Furuncuoğlu³, Osman Kara⁵, Deniz Sema Maktav Çelikmen³, Timuçin Avcı⁶, Fulya Coşan⁷

¹Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁷Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: SARS-CoV-2 enfeksiyonuna karşı aşılama çalışmaları immünoşüpresif tedavi (İS) kullanan grupta Mart 2021'de başlamıştır. Bu çalışmada İS kullanan hastalarda COVID-19 aşısına karşı gelişen antikor düzeyi yanıtının, aşılardan sağlıklı popülasyonla ve enfeksiyonu geçirerek antikor yanıtı oluşturmuş hasta grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, Romatoloji polikliniğinden takip edilmekte olan ve İS tedavi alan, COVID-19 enfeksiyonu geçirmemiş, 2 doz aşı olmuş 67 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak İS tedavi almayan ve 2 doz aşı olmuş 129 hasta dahil edilmiştir. Enfeksiyon ile oluşan antikor yanıtını değerlendirmek amacıyla enfeksiyonu geçirmiş, henüz aşı olmamış, PCR pozitifliği üzerinden 1-3 ay geçmiş 229 hasta alınmıştır. SARS-CoV-2 anti-Spike antikor analizi Abbott-Architect-ci8200 otoanalizöründe kemilüminesan mikropartikül immünassay (CMIA) yöntemi ile yapılmıştır.

Bulgular: İS kullanan grup ile İS kullanmayan grup arasında aşı sonrası antikor düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,131, medyan: 543,4 ve 332,3 sırasıyla). İS kullanan aşı grubunda anti-Spike antikor düzeyleri, enfeksiyon ile bağışıklık kazanmış gruba göre yüksek bulunmuştur (p=0,000, medyan: 543,4 ve 58,8 sırasıyla). İnaktif virüs aşısı ile mRNA aşısı karşılaştırıldığında mRNA aşısı ile oluşan antikor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (p=0,000, medyan: 312,4 ve 5751,7, sırasıyla). Romatoloji hastalarının ilaç kullanımına göre anti-Spike antikor düzeyleri değerlendirmesinde, metotreksat, leflunomid, steroid, anti-TNF, tofacitinib kullanan hastalarda kullanmayanlara göre fark saptanmamıştır. Rituksimab kullanma öyküsü olan hastalarda antikor düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,000, medyan: 7,1 ve 492,9, sırasıyla). Rituksimab (1-6 kür) kullanmış ve son ilaç dozu üzerinden 8-24 ay geçmiş olan hastaların tümünde antikor yanıtı yetersiz bulunmuştur.

Sonuç: İS kullanan romatoloji hastalarında rituksimab kullanımı dışında aşı sonrası oluşan antikor düzeyleri, İS kullanmayan grup ile benzer bulunmuştur. Aşı ile oluşan antikor düzeyleri, enfeksiyon ile oluşanlara göre yüksek bulunmuştur. mRNA aşısı ile oluşan antikor yanıtı, inaktif virüs aşısına göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Rituksimab kullanma öyküsü olan hastalar düşük antikor yanıtı açısından değerlendirilmelidir. *Bu araştırma Bahçeşehir Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi desteği ile yürütülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, aşı sonrası antikor yanıtı, immünoşüpresif tedavi, anti-Spike antikor, rituksimab

Aynı tablonun iki farklı yüzü: Sistemik juvenil idiyopatik artrit ve erişkin başlangıçlı Still hastalığı

Oya Köker¹, Selma Sarı², Murat Bektaş², Ahmet Gül²,
Nuray Aktay Ayaz¹

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

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Farklı yaş dağılımı gösteren ancak benzer moleküler ve klinik yönleri doğrultusunda tek antitenin ayrı yansımaları olarak kabul edilen sistemik juvenil idiyopatik artrit (SJİA) ve erişkin başlangıçlı Still hastalığının (EBSH) klinik ve laboratuvar özelliklerinin yanı sıra, mevcut sınıflandırma kriterlerinin karşılaştırılması, tanımsal ve ayrımsal niteliklerinin belirlenmesi planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda sırasıyla SJİA ve EBSH tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Merkezimizde tanı konulmuş, düzenli takibi bulunan hastaların medikal bilgileri 1 Nisan-1 Temmuz 2021 tarih aralığını kapsayan süre zarfında dosya kayıtlarından ve hastane

Tablo 1. Çalışma evreninin karakteristik özelliklerinin karşılaştırılması

	SJİA (n=82)	EBSH (n=134)	
Demografik ve klinik özellikler	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet (K)	42 (51,2)	94 (70,1)	0,006
Ateş	81 (98,8)	121 (90,3)	0,019
Boğaz ağrısı	17 (20,7)	76 (58,9)	0,0001
Döküntü	56 (68,3)	83 (63,8)	0,554
Artralji	78 (95,1)	122 (91,0)	0,300
Artrit	63 (76,8)	88 (65,7)	0,094
Monoartrit	14 (20,0)	4 (5,3)	
Oligoartrit	28 (40,0)	20 (26,3)	0,010
Poliartrit	28 (40,0)	52 (68,4)	
Lenfadenopati	24 (29,3)	55 (44,0)	0,041
Organomegali	32 (39,0)	46 (36,8)	0,771
Serozit	23 (28,0)	17 (13,1)	0,011
Monosiklik	25 (%30,5)	61 (%50,8)	
Polisiklik	22 (%26,8)	48 (%40,0)	0,0001
Persistan	35 (%42,7)	11 (%9,2)	
MAS	32 (39,0)	15 (11,5)	0,0001
Tekrarlayan MAS	11 (13,4)	0	
Amiloidoz	0	4 (3,4)	0,301
Geliş tetkikleri	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	p
Lökosit	17645 (3400-29120)	13670 (3800-38500)	0,174
Nötrofil	14600 (2000-24600)	10900 (1400-36100)	0,512
C-reaktif protein	130 (28-388)	138 (18-481)	0,301
Sedimentasyon	76 (12-140)	98 (14-202)	0,0001
Ferritin (giriş değeri)	1232 (118-67873)	1244 (24-121158)	0,717
Ferritin (en üst değeri)	2350 (310-115000)	5255 (2-98963)	0,809

SJİA: Sistemik juvenil idiyopatik artrit, EBSH: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, MAS: Makrofaj aktivasyon sendromu

veri tabanından, on beş yıllık geriye dönük analizle incelenmiştir. Demografik verileri ve hastalığa özgü klinik ve laboratuvar bilgileri, komplikasyonlar, tedavi geçmişleri kayıtlardan incelenip kaydedilmiştir. Hastaların tanı süreçlerindeki başlangıç verileri doğrultusunda sınıflandırma kriterlerinin uyumu ve etkileşimi karşılaştırmalı olarak Cohen'in kappa katsayısı (K) ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sistemik JİA tanılı hastaların yaş ortalaması 12,6±4,5 (2-18) yıl iken; EBSH tanılı hastaların yaş ortalaması 46,9±15,1 (20-45) yıldır. Tanı yaşlarının ortalaması SJİA için 83±48,2 (6-180) ay; EBSH için 38,5±15,2 (7-78) yıl; hastalık sürelerinin ortancası SJİA için 65 (6-190) ay; EBSH için 90 (1-660) ay olarak saptandı (p=0,009). Çalışma evreninin tanı süreçlerindeki klinik ve laboratuvar özellikleri, hastalıkların seyrine dair bilgiler karşılaştırmalı olarak Tablo 1'de sunulmuştur. Her iki hastalık ve ortak komplikasyonları makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) için tanımlanmış sınıflandırma kriterlerinin değerlendirilmesi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sistemik JİA ve EBSH farklı yaş grubunu hedef alan aynı antite olarak düşünülmesine rağmen, çalışmamızda tanısal süreçte gözlenen semptom ve bulguların sıklığı ve hastalık seyri farklılık göstermiştir. Mevcut kriterlerin her iki hastalığın tanımlanması açısından birbirlerine uyumu düşük bulunmuştur. Ancak SJİA için önerilen PRINTO kriterleri EBSH tanılı hastalarda güçlü uyum göstermiştir. Tanısal süreci zorlayıcı olabilen bu hastalıkların ilişkisinin tüm yönleriyle aydınlatılabilmesi, kriterlerin uyum ve gücünün belirlenmesi erken tanı sağlayarak, olumsuz sonuçların önüne geçebilir. Bu doğrultuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, makrofaj aktivasyon sendromu, sınıflandırma kriterleri, sistemik juvenil idiyopatik artrit

Tablo 2. Sistemik juvenil idiyopatik artrit, erişkin başlangıçlı Still hastalığı ve makrofaj aktivasyon sendromu için tanımlanmış sınıflandırma kriterlerinin değerlendirilmesi

Kriterler	K	ICC	Yamaguchi	Fautrel	Cush	ILAR	PRINTO	MAS-2016
Fautrel			0,18/0,19					
SJİA			0,655					
EBSH			0,58/0,58					
			0,050					
Cush			0,30/0,40	0,32/0,42				
SJİA			0,0001	0,0001				
EBSH			0,40/0,49	0,44/0,49				
			0,0001	0,0001				
ILAR			0,23/0,25	0,11/0,10	0,21/0,22			
SJİA			0,003	0,003	0,035			
EBSH			0,22/0,29	0,17/0,19	0,38/0,38			
			0,001	0,0001	0,749			
PRINTO			0,38/0,38	0,43/0,43	0,30/0,40	0,34/0,38		
SJİA			1,00	0,791	0,0001	0,003		
EBSH			0,47/0,49	0,50/0,51	0,60/0,68	0,53/0,56		
			0,002	0,185	0,0001	0,001		
HLH-2004			-	-	-	-		0,82/0,95
SJİA			-	-	-	-		0,0001
EBSH			-	-	-	-		0,04/-0,32
			-	-	-	-		0,0001

p: Mc-Nemar, K: Cohen'in kappa katsayısı, ICC: Sınıf içi korelasyon katsayısı, SJİA: Sistemik juvenil idiyopatik artrit, EBSH: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, ILAR: International Association of Rheumatology Associations, PRINTO: Pediatric Rheumatology International Trials Organization, HLH-2004: Hemofagositik Lenfositik Lenfositik Lenfositik Lenfositik Lenfositik Tanı Kriterleri, MAS-2016: Makrofaj Aktivasyon Sendromu-2016 Tanı Kriterleri

Tek merkez antifosfolipid sendromu kohortunda Budd Chiari sendromlu hastaların özellikleri ve prognozu

Akın Işık¹, Ömer Uludağ¹, Çiğdem Çetin², Yasemin Şahinkaya², Ahmet Gül², Lale Öcal², Murat İnanç², Bahar Artım Esen²

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Budd Chiari sendromu (BCS) hepatik venöz drenajının obstrüksiyonuyla ortaya çıkar. Çalışmamızda kliniğimizin APS kohortundaki BCS'li hastaların özelliklerini ve prognozunu belirlemeyi amaçladık.

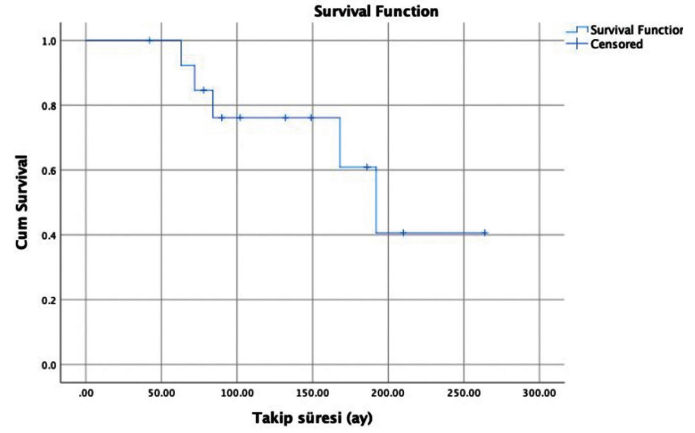
Yöntem: APS kohortunda BCS geliştiren hastalar belirlenerek özellikleri analiz edildi; sağkalımları belirlendi.

Bulgular: Demografik, klinik ve görüntüleme bulguları Tablo 1 ve 2'dedir. Kohortta (n=235) 14 BCS tespit edildi. Başvuru bulguları karın ağrısı (%71,4), asit (%42,9), karaciğer enzim yüksekliği (%21,4), karın ön duvarında kollateral (%14,3) ve sitopeniydi (%7,1). En sık etkilenen damar hepatik vendi (%85,7). Yüzde 50'sinde üçlü pozitif antifosfolipid antikor (aPLA) profili mevcuttu. Kalıtsal trombofili açısından 7 hasta taranmış, 2'si Faktör V Leiden heterozigot bulunmuştu. Kriter dışı bulgulardan en sık trombositopeni (%50), hemolitik anemi (%35,7), kalp kapak tutulumu (%28,6), böbrek tutulumu (%21,4) vardı. Bir hasta gebelikte, 2'si post-partum erken dönemde BCS geliştirmişti. En sık komplikasyon batın içi şant (%92,9) takiben asit (%50), varis (%42,9) ve hepatik ensefalopatiydi (%14,3). İmmünsüpresif (SLE+) ve antikoagülan tedavilerin yanı sıra diüretikçe refrakter asiti olan 1 hastada transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TIPS) uygulanmış, 10 senelik takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmemişti. BCS geliştiği sırada antikoagülan kullanan 6 hastadan 1'inin inefektif, ikisinin 2-2,5 INR'si olduğu, üçünün tedavi dozu düşük moleküler ağırlıklı heparin kullandığı saptandı. Yedi sekonder APS'nin ikisinde BCS sırasında hastalık aktivitesi mevcuttu. Kaybedilen 5 hastadan 1'inin renal biyopsi sonrası masif kanama, 4'ünün abdominal kaynaklı sepsis nedeniyle kaybedildiği belirlendi. Beş, 10 ve 20 yıllık sağkalım sırasıyla %92,

%76 ve %40 idi (Şekil 1). Tromboz riskini gösteren modifiye global antifosfolipid sendrom skoru (aGAPSS) ve APS hasar skoru (DIAPS) BCS'li hastalarda diğer venöz trombozlulara göre daha yüksekti (p<0,05).

Sonuç: BCS APS zemininde gelişebilir, ilk prezentasyonu olabilir ve mortalitesi yüksektir. Özellikle antikor profili yüksek riskli olan hastalarda abdominal şikayetler ve karaciğer enzim yüksekliği BCS'yi düşündürmelidir. BCS'de gelişen intraabdominal enfeksiyon önemli bir ölüm nedenidir. Etkin antikoagülasyon sağlanması ve SLE eşlik edenlerde hastalık kontrolü önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, Budd Chiari sendromu, mortalite, prognoz, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. BCS'li hastalarda Kaplan Meier sağkalım grafiği

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Cinsiyet (K) n (%)	9 (64,3)
SLE, n (%)	7 (50)
BCS tanısı sırasında yaş (yıl, ort ± SS)	31,2±12,2
Takip süresi (ay, ort ±SS)	130,8±65,5
BCS öncesi vasküler tromboz, n (%)	11 (78,6)
BCS öncesi gebelik morbiditesi, n (%)	5 (55,5)

BCS: Budd Chiari sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematozus, SS: Standart sapma

Tablo 2. Klinik ve radyolojik özellikler

Hasta no	Venöz	Arteriyel	Hepatik ven	Splenik ven	Portal ven	VCI	Renal ven	SMV	Sirotik görünüm	Sol lob hipertrofisi	SM	HM	Kollateral varlığı
1	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+
2	Retinal ven	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
3	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
4	Retinal ven	-	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+
5	DVT, pulmoner emboli, popliteal ven	Intrakardiyak	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	DVT, yüzeysel femoral ven, popliteal ven	Serebrovasküler	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-
7	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+
8	DVT, antekubital ven	Serebrovasküler	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+
9	DVT, vena cephana magna, pulmoner emboli	Mikrovasküler (gut)	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
10	-	Bilateral common iliak arter	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+
11	DVT, pulmoner emboli	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
12	-	Sağ renal arter	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	+
13	DVT	Serebrovasküler	+	-	+	+	-	-	+	+	+	-	+
14	DVT	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+

DVT: Derin ven trombozu, HM: Hepatomegali, SM: Splenomegali, SMV: Superior mezenterik ven, VCI: Vena cava inferior

SS-10

Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide saptanan özefageal dilatasyonun sistemik sklerozda ilişkili olduğu faktörler

Yeşim Erez¹, Ali Karakaş¹, Semih Güllü¹, Erkan Yılmaz², Fatoş Önen¹, Merih Birlik¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Özefageal tutulum, en sık görülen sistemik skleroz (SSk) bulgularından biridir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) saptanan özefageal dilatasyonun SSk hastaları için tipik bir bulgu olduğu ve pulmoner fibrozis gibi SSk tutulumları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bazal Toraks YÇBT’de saptanan

özefageal dilatasyonun SSk klinik bulguları ile olan ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Bölümü veri tabanına kayıtlı SSk hastaları alındı. Demografik verileri, klinik özellikleri ve tıbbi öyküleri retrospektif kaydedildi. Bazal toraks YÇBT görüntülemeleri Pietz ve arkadaşlarının önerileri doğrultusunda değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 233 SSk hastası (kadın: 206 erkek: 27, ortalama yaş 59,9±12,7, diffüz SSk: 71) alındı. Ortanca izlem süresi 73 (1-272) ay idi. Bazal toraks YÇBT’de 60 (%25,8) hastada özefageal dilatasyon saptandı. Dilate özofagus saptanması ile cinsiyet, SSk alt tipi ve overlap sendrom arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. Ayrıca artrit sıklığı, pulmoner fibrozis gelişimi, pulmoner hipertansiyon gelişimi YÇBT’de özefageal dilatasyon olan ve olmayan grup için benzer bulundu. Özefageal dilatasyon saptanan hastalarda izlemde dijital ülser ve telenjektazi gelişiminin daha fazla olduğu görüldü (Tablo 1). Modified Rodnan

Skin Score (mRSS) ile özefageal dilatasyon arasında pozitif korelasyon bulundu ($p=0,004$).

Sonuç: Toraks YÇBT'nin özefageal dilatasyon açısından değerlendirilmesi klinik pratikte kolay ve hızlı bir yöntemdir. Bu çalışma, özefageal dilatasyon ile dijital ülser ve telenjektazi gelişimi arasında ilişki olduğu yönünde neticelenmiştir. Tanı anında YÇBT'de saptanan dilate özofagus başta dijital ülser gelişimi olmak üzere deri tutulumunun yaygınlığı açısından öngördürücü olabilir.

Anahtar Kelimeler: Dilate özofagus, YÇBT, sistemik skleroz

Tablo 1. Demografik ve klinik veriler ve dilate özofagus ilişkili faktörler

		Dilata özofagus var (n=60)	Dilate özofagus yok (n=173)	p
Yaş, yıl	59,9±12,7	59,9±12,2	60,1±12,6	>0,05
mRSS	5	8	5	0,03
	n (%)	n	n	
Kadın	206 (88,4)	53	149	>0,05
Sigara kullanımı	79 (33,9)	19	60	>0,05
Diffüz Ssk	71 (31,4)	23	44	>0,05
Overlap sendromu	33 (14,1)	8	25	>0,05
Pulmoner fibrozis	118 (51,3)	42	76	>0,05
Artrit	80 (34,3)	23	56	>0,05
Telenjektazi	156 (66,9)	48	105	0,039*
Dijital ülser	87 (37,3)	34	51	0,001*
Scl-70 pozitifliği	89 (38,1)	28	59	>0,05
Anti-sentromer pozitifliği	75 (32,1)	15	59	>0,05

SS-11

Sistemik sklerozis ilişkili dijital ülserin tanımı ve tedavisinde Türkiye Romatoloji Derneği ulusal önerileri

Duygu Temiz Karadağ¹, Yasemin Yalçinkaya², Ali Akdoğan³, Ashıhan Avanoğlu⁴, Cemal Bes⁵, Merih Birlik⁶, Ayşe Çefle¹, Mustafa Erdoğan⁵, Gülen Hatemi⁷, Ozan Cemal İçaçan⁸, Murat İnanç², Nevsun İnanç⁹, Süleyman Serdar Koca¹⁰, Orhan Küçükşahin¹¹, Metin Özgen¹², Alper Sarı¹³, Ali Şahin¹⁴, Soner Şenel¹⁵, Abdurrahman Tufan⁴, Serdal Uğurlu⁷, Figen Yargucu¹⁶, Servet Yolbaş¹⁷, Vedat Hamuryudan⁷

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁷İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Yozgat Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yozgat

⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁰Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

¹⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

¹⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erciyes

¹⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁷İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Amaç: Dijital ülserler (DÜ) sistemik sklerozis (SSk) hastalarında şiddetli ağrıya ve fiziksel engelliliğe yol açar. Bu çalışmada, SSk ilişkili DÜ'nün tanımı ve tedavi önerileri konularında Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) ulusal tedavi önerilerinin hazırlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Aralık 2020 tarihinde TRD üyelerinden 23 romatologdan oluşan bir komitenin katılımı ile yapılan ilk toplantıda önerilerin kapsamı tartışıldı. Tedavi önerilerine DÜ'nün tanımı, sınıflaması ve risk faktörlerinin tanımlanması ile başlanması kararlaştırıldı. DÜ gelişiminin önlenmesi için genel yaklaşımlar, aktif DÜ tedavisi ve tekrarlayan DÜ'lerin tedavileri konularına yer verilmesi planlandı. Konuların ve araştırma sorularının belirlenmesinin ardından 5 yardımcı araştırmacı (fellow) tarafından sistematik literatür taraması yapıldı. Önerilerin oluşturulmasında standart EULAR tedavi önerileri geliştirme prosedürleri izlendi. Kanıt düzeyinin belirlenmesinde Oxford sistemi kullanıldı. Sonuçlara dayanarak DÜ'ye yaklaşım ve tedavi önerilerini oluşturmak için 13 soru üretildi. Soruların yanıtları üçüncü toplantıda tartışıldı ve öneriler için ön uzlaşıya varıldı.

Bulgular: Literatür taramasında elde edilen çalışmaların sonuçları ve uzmanların görüşleri bir araya getirilerek dijital ülser ile ilgili tanımlar yapıldı; dijital ülserlerin nasıl sınıflandırılacağı ve kategorize edileceği ve risk altında olan hasta grupları belirlendi. Dijital ülserlerin önlenmesi ve tedavisi için farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri, eşlik eden pulmoner arteriyel hipertansiyonu olan hastalarda öncelikle tercih edilecek tedavi modaliteleri, antibiyotiklerin ve anti-agreganların tedavideki yeri, yara bakımı ve ağrı kontrolü için uygulanacak yöntemler, sempatektomi, botulinum toksini ve cerrahi girişimler, ve tüm bu tedavi modaliteleri ile gelişebilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonlara yaklaşım ile ilgili öneriler hazırlandı. Her bir önerinin kanıt düzeyi belirlendi ve oylamaya sunulmasına karar verildi.

Sonuç: Güncel kanıtlara dayanarak hazırlanmış SSk ilişkili DÜ önerilerinin, bu hastaların bakımını üstlenen romatologlara ve

diğer branşlardaki hekimlere yol gösterecek nitelikte, klinikte yararlı bir rehber olacağı düşünülmektedir.

Finansal Destek: Bu çalışma Abdi İbrahim firmasının koşulsuz desteği ile hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik sklerozis, dijital ülser, tedavi

SS-12

Ailevi Akdeniz Ateşi olan hastalarda genotip-fenotip korelasyonu ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki

Fatma Tuncer, Neslihan Gökçen, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), fenotipik heterojenite ile kendini gösteren monogenik otoenflamatuvar hastalıktır. Genotip-fenotip korelasyonu henüz net olarak belirlenmemiştir. Bu çalışmada, AAA hastalarında genotip-fenotip ilişkisi ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif-kesitsel bir çalışmadır. Kliniğimizde AAA ile takipli hastaların demografik ve klinik verileri tarandı. Hastalık şiddeti, PRAS hastalık şiddet skorlaması ile hesaplandı.

Bulgular: Üç yüz elli dört AAA hastasının 212'si (%59,9) kadın ve 142'si (%40,1) erkekti. Taranan tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Spondiloartrit, bağ doku ve vaskülit birlikteliği olan hastalar dışlandıktan sonra, 289 AAA hastası analize alındı. Hastalar genotiplerine göre 3 gruba ayrıldı (grup 1: M694V homozigot, grup 2: M694V-diğer, grup 3: diğer-diğer). On dört hastanın gen analizi yoktu. On altı (%5,5) hastanın gen analizinde mutasyon saptanmazken 34 hasta (%11,8) grup 1'de idi. Yüz elli iki (%52,6) hasta grup 2'de iken 73 hasta (%25,3) grup 3'de yer aldı. Genotip-fenotip ilişkisine bakıldığında, yaş, semptom başlama yaşı, tanı yaşı ve kolşisin dozları açısından gruplar arasında istatistiksel farklar bulundu (Tablo 2). PRAS hastalık şiddet skorlaması da gruplar arasında farklılık gösterdi ($p<0,001$). Pairwise post-hoc analizde, grup 1'de mutasyon saptanmayan hastalara göre, grup 1'de grup 3'e göre ve grup 1'de grup 2'ye göre daha yüksek PRAS skorları saptandı ($p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$, sırasıyla).

Sonuç: Bu çalışmada, M694V homozigot mutasyon varlığının yüksek hastalık şiddeti ile yakından ilişkili olduğu saptandı. Ayrıca M694V homozigot hastalarda, semptom başlama yaşı ile tanı yaşı diğer gruplara göre daha erkendi, artrit ve erizipel benzeri eritem daha sıkı.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, M694V mutasyonu, PRAS skoru

Tablo 1. Çalışma grubunda genotip-fenotip ilişkisi

	Mutasyon yok (n=16)	Grup 1 (n=34)	Grup 2 (n=152)	Grup 3 (n=73)	P
Yaş (yıl) (a)	29,5 (25,0-36,5)	29,5 (22,0-38,3)	37,0 (27,5-45,0)	37,0 (28,0-44,0)	0,008
Semptomların başlama yaşı (yıl) (a)	17,0 (11,3-24,0)	9,5 (7,0-16,0)	18,0 (10,0-27,0)	19,5 (10,0-30,0)	0,001
Tanı yaşı (yıl) (a)	25,5 (18,0-34,5)	16,0 (9,8-23,0)	27,0 (18,0-36,5)	28,0 (20,0-37,5)	<0,001
Tedaviden önceki atak sıklığı (a)	3,0 (2,0-6,0)	6,0 (2,0-12,0)	6,0 (2,0-7,5)	4,5 (2,0-7,5)	0,411
Atak süresi (saat) (a)	72,0 (48,0-96,0)	72,0 (48,0-72,0)	72,0 (48,0-72,0)	48,0 (48,0-90,0)	0,749
Kolşisin doz (mg) (a)	1,5 (1,0-1,5)	1,5 (1,5-2,0)	1,5 (1,0-1,5)	1,5 (1,0-1,5)	0,002
PRAS hastalık şiddeti skoru (a)	5,0 (4,0-6,0)	8,0 (7,0-10,0)	6,0 (4,0-8,0)	5,0 (4,0-6,0)	<0,001
Klinik bulgular (b)					
Ateş	15 (93,8)	26 (76,5)	116 (76,3)	54 (74,0)	0,404
Karın ağrısı	14 (87,5)	30 (88,2)	136 (89,5)	66 (90,4)	0,979
Artrit	2 (12,5)	16 (47,1)	50 (32,9)	15 (20,5)	0,013
Artralji	10 (62,5)	26 (76,5)	106 (69,7)	46 (63,0)	0,496
Plevral effüzyon	7 (43,8)	14 (41,2)	44 (28,9)	26 (35,6)	0,360
Perikardiyal effüzyon	0	0	3 (2,0)	1 (1,4)	0,795
Proteinüri	1 (6,3)	5 (14,7)	13 (8,6)	4 (5,5)	0,444
Amiloidoz	0	2 (5,9)	2 (1,3)	2 (2,7)	0,365
Erizipel benzeri eritem	1 (6,3)	17 (50,0)	45 (29,6)	9 (12,3)	<0,001
Aile öyküsü	6 (37,5)	23 (67,6)	99 (65,1)	41 (56,2)	0,104
Tedavi (b)					
Kolşisin	16 (100,0)	34 (100,0)	150 (98,7)	71 (97,3)	0,659
Anakinra	1 (6,3)	0	2 (1,3)	1 (1,4)	0,378
Kanakinumab	0	1 (2,9)	1 (0,7)	1 (1,4)	0,666
GCS	0	5 (14,7)	3 (2,0)	4 (5,5)	0,008
Kolşisin direnci (b)	1 (6,3)	1 (2,9)	3 (2,0)	2 (2,7)	0,773

(a) Medyan (interquartile range), Mann-Whitney U test (b) n (%), Ki-kare, Bonferroni düzeltmesine göre $p<0,013$

Tablo 2. Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri	
Yaş (yıl) (a)	36,0 (27,0-44,0)
Semptomların başlama yaşı (yıl) (a)	18,0 (10,0-25,3)
Tanı yaşı (yıl) (a)	26,0 (17,8-35,0)
Tedaviden önceki atak sıklığı (a)	4,5 (2,0-6,0)
Tedaviden sonraki atak sıklığı (a)	0 (0)
Atak süresi (saat) (a)	72,0 (48,0-72,0)
Klinik bulgular (b)	
Ateş	280 (79,1)
Karın ağrısı	312 (88,1)
Artrit	122 (34,5)
Artralji	258 (72,9)
Plevral effüzyon	124 (35,0)
Perikardiyal effüzyon	6 (1,7)
Proteinüri	36 (10,2)
Amiloidoz	11 (3,1)
Erizipel benzeri eritem	96 (27,1)
Aile öyküsü	214 (60,5)
Tedavi (b)	
Kolşisin	349 (98,6)
Anakinra	4 (1,1)
Kanakinumab	3 (0,8)
GCS	36 (10,2)
Kolşisin direnci (b)	7 (2,0)
Komorbidite (b)	
Hipertansiyon	24 (6,8)
Diabetes mellitus	10 (2,8)
Kronik böbrek hastalığı	11 (3,1)
Tiroid hastalığı	7 (2,0)
Spondiloartropati	36 (10,2)
Bağ doku hastalığı	14 (4,0)
Kalp hastalığı	2 (0,6)
Behçet hastalığı	12 (3,4)
Vaskülit	4 (1,1)
PRAS hastalık şiddeti skoru (a)	6,0 (4,0-8,0)
(a) Medyan (interquartile range), b n (%)	

SS-13

Takayasu arteritinde gerçek yaşam verilerinde biyolojik tedaviler: Tümör nekroz faktör inhibitörleri ve tosilizumab alan hastaların karşılaştırılması

Fatma Alibaz Öner¹, Sema Kaymaz Tahra², Özün Bayındır³, Ayten Yazıcı⁴, Burak İnce⁵, Kübra Kalkan⁶, Nilüfer Alpay Kanitez⁷, Sinem Burcu Kocaer⁸, Nazife Şule Yaşar Bilge⁹, Ahmet Omma¹⁰, Elif Durak¹¹, Can Ilgın¹², Servet Akar¹¹, Timuçin Kaşifoğlu⁹, Fatoş Önen⁸, Hakan Emmungil⁶, Murat İnanç⁵, Ayşe Cefle⁴, Kenan Aksu³, Gökhan Keser³, Haner Direskeneli¹

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

²Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁵İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

⁷Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁸Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹⁰Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹¹Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti tanımlı hastalarda TNF inhibitörleri ve tosilizumabın (TCZ), tedavi etkinliği ve güvenliliğinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamız çok merkezli ve retrospektif olarak planlandı. Konvansiyonel immünosüpresif (IS) tedavilere dirençli ve biyolojik tedavi alan Takayasu arteritli hastalar dahil edildi. Takip süresince elde edilen klinik, laboratuvar ve görüntüleme verileri kaydedildi. TNF inhibitörleri ve TCZ remisyona elde etme oranları, glukokortikoid (GK) doz azaltımı ve ilaçta kalım yönünden karşılaştırıldı. Doktor global değerlendirme (PGA) aktif hastalık tanımında altın standart olarak kullanıldı. Ayrıca Kerr (NIH) ve ITAS 2010 aktivite skorları da kaydedildi. PGA'ya göre aktif hastalık, hastalık ilişkili sistemik semptom ve iskemi bulgularının varlığı veya akut faz yanıtında artış olarak değerlendirildi. Komplet remisyona tedavinin üçüncü ayında yeni gelişen semptom ve bulgunun olmayışı, normal akut faz yanıtı ve GK dozunun ≤10 mg/gün prednizolon olması olarak tanımlandı. Parsiyel remisyona tanımı ise tedavinin üçüncü ayında PGA, akut faz yanıtı ve GK dozunda başlangıca göre en az %50 azalma olarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 113 (K/E: 98/13) hasta dahil edildi. Tüm takip süresince toplam 173 biyolojik tedavi (77 infliksimab, 49 TCZ, 33 adalimumab, 9 sertolizumab, 3 rituksimab, 1 ustekinumab ve 1 anakinra) uygulaması yapılmıştı. TCZ 23 hastada, TNF inhibitörleri 88 hastada birinci basamak biyolojik tedavi olarak tercih edilmişti. TCZ ve TNF inhibitörlerinin komplet/parsiyel remisyona oranları tedavinin üçüncü ayında ve takip sonunda benzerdi. GK dozunun azaltılabildiği (≤4 mg) veya kesilebildiği hasta oranları benzerdi (TNF inhibitörleri vs. TCZ: %78 vs. %59, p=0,125). İlaçta kalım oranları TNF inhibitörlerinde %56, TCZ grubunda %57 idi (p=0,22). Eşlik eden IS kullanımının ilaçta kalım üzerine etkisi olmadığı görüldü (HR =0,78, %95 GA =0,42-1,43, p=0,42).

Sonuç: Takayasu arteritinde TNF inhibitörleri ve tosilizumab tedavilerinin etkinlik, güvenlilik sonuçları ve ilaçta kalım oranları benzer görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, biyolojik tedavi, tosilizumab, TNF inhibitörleri, ilaçta kalım

Tablo 1. Takayasu arteriti hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Tüm grup (n=111)	Birinci basamak TNF inhibitörü (n=88)	Birinci basamak tosilizumab (n=23)	p
Güncel yaş, yıl	35,7±11,2	36,4±10,8	33,0±12,4	0,06
Semptom başlangıç yaşı, yıl	25,6±9,1	25,4±8,3	26,7±12,1	0,51
Tanı yaşı, yıl	28,2±9,8	28,2±8,9	28,2±13,1	0,21
Cinsiyet, kadın, n (%)	98 (88)	76 (86)	22 (95)	0,29
Hata anjiyografik sınıflaması, tip 5, n (%)	45 (40)	37 (42)	8 (35)	0,86
Birinci basamak biyolojik tedavi süresi, ay	21 (1-370)	24 (1-370)	18 (1-81)	0,048
Geçmiş IS sayısı, medyan	2 (0-5)	2 (1-4)	2 (0-5)	0,42
Eşlik eden IS kullanımı, n (%)	70 (63)	57 (65)	13 (57)	0,42
Bazal hastalık aktivitesi				
PGA, aktif hastalık, n (%)	91 (98)	72/73 (99)	19/19 (100)	0,60
Kerr, aktif hastalık, n (%)	91 (98)	71/73 (97)	20/20 (100)	0,45
ITAS2010	5 (0-21)	5 (3-9)	9 (0-12)	0,67
Birinci basamak biyolojik tedavi ile remisyona, herhangi bir zamanda, n (%)	90 (81)	73 (83)	17 (74)	0,13
Remisyona kadar geçen süre, ay	3 (1-35)	3 (1-35)	3 (1-12)	0,79
IS: İmmünesüpresif				

Tablo 2. TNF inhibitörleri ve tosilizumab tedavi sonuçlarının karşılaştırılması

	Bazal vizit	p	Tedavinin üçüncü ayı	p	Son vizit	p
Komplet remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	-	16/52 (30)	0,34	28/61 (50)	0,75
	Tosilizumab	-	3/16 (18)		9/18 (50)	
Parsiyel yanıt, n (%)	TNF inhibitörleri	-	21/52 (40)	0,84	15/61 (25)	0,20
	Tosilizumab	-	8/16 (50)		2/18 (11)	
PGA remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	1/73 (1)	32/56 (57)	0,60	34/48 (71)	0,058
	Tosilizumab	0/19 (0)	7/18 (39)		5/12 (42)	
Kerr remisyona, n (%)	TNF inhibitörleri	2/73 (3)	43/59 (73)	0,45	53/72 (74)	0,74
	Tosilizumab	0/20 (0)	12/19 (63)		14/20 (70)	
ESH, mm/s	TNF inhibitörleri	42 (10-120)	18 (2-80)	0,85	19 (2-103)	0,06
	Tosilizumab	46 (11-109)	8 (4-112)		9 (2-118)	
CRP, mg/L	TNF inhibitörleri	35 (17-62)	11 (6-22)	0,22	9 (6-79)	0,54
	Tosilizumab	34 (14-98)	17 (8-118)		20 (6-72)	
GK dozu, mg/d	TNF inhibitörleri	16 (6-32)	4 (0-16)	0,01	4 (0-40)	0,14
	Tosilizumab	20 (8-32)	8 (4-16)		4 (0-32)	
GK dozunda azalma, mg/d	TNF inhibitörleri	-	5 (0-60)	0,064	6 (0-64)	0,054
	Tosilizumab	-	12 (0-24)		16 (0-30)	
GK doz artışı, n (%)	TNF inhibitörleri	-	1/56 (2)	0,59	8/53 (15)	0,79
	Tosilizumab	-	0 (0)		2/16 (13)	
VDI	TNF inhibitörleri	2 (2-3)	-	0,21	2 (2-7)	0,15
	Tosilizumab	0 (0-5)	-		0 (0-5)	

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, GK: Glukokortikoid, VDI: Vaskülit hasar indeksi

ANCA-ilişkili vaskülit ve kanser ilişkisi: Yumurta-tavuk paradoksu?

Elif Ediboğlu¹, Rızacan Kardaş², Ertuğrul Çağrı Bölek², Reşit Yıldırım³, Denizcan Güven⁴, Sadettin Kılıçkap⁴, Ömer Dizdar⁴, Melek Yalçın Mutlu⁵, Ozan Cemal İçaçan⁵, Gizem Ayan², Emre Bilgin², Nazife Şule Yaşar Bilge³, Levent Kılıç², Timuçin Kaşifoğlu³, Cemal Bes⁵, Servet Akar¹, Ömer Karadağ²

¹İzmir Katip Celebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Eskişehir

Amaç: Vaskülit hastalarında kanser gelişimi; kronik enflamasyon, ilaç sitotoksitesi ve paraneoplastik mekanizmalarla ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada kanser öyküsü olan erişkin ANCA-ilişkili vaskülit (AAV) hastalarının klinik ve demografik karakteristiklerinin incelenmesi planlanmıştır.

Yöntem: Türk Vaskülit Çalışma Grubu'nun (TRVaS) çok merkezli e-veritabanının kullanıldığı bu çalışmada 1 Ağustos 2021 tarihine kadar kayıtlı 553 AAV tanılı hastaların arasından çalışmaya özgü hazırlanan kanser bilgi formu doldurulan 433'ünün (%78,3) verileri değerlendirildi. Göreceli risk, AAV hastaları arasında melanom dışı deri kanseri haricindeki kanser olgu sayısının genel popülasyon için beklenen olgu sayısına oranıyla hesaplanan standart insidans oranı (SIR) kullanılarak ölçüldü. Beklenen olgu sayısı, ölçülen kişiyılların Türkiye'deki kanser insidansıyla çarpılmasıyla hesaplandı. Kanser insidansları, GLOBOCAN 2020 tahminlerinden elde edildi.

Bulgular: Toplam 15 hastada kanser öyküsü mevcuttu (%3,5). Bu hastaların 6'sı AAV tanısı öncesi, 9'u AAV tanısı sonrası kanser tanısı almıştı. Kanser tanılarının dağılımı; akciğer (n=3), mesane (n=3), baş-boyun (n=3), kolon (n=2), endometrium (n=1), lenfoma (n=1), tiroid (n=1) ve malign mezenkimal tümördü (n=1). AAV ile birlikteliği bulunan kanser olgularının hemen hepsi lokalize evrede saptanmıştı (14/15) (Tablo 1). Kanser öyküsü olan hastalar, kanser öyküsü olmayanlara kıyasla daha ileri yaşlı olup hastaların çoğunluğu erkekti, siklofosfamid kullanımı ve dozları benzerdi. Kanser tanısı olan hastaların %90'ında sigara öyküsü mevcuttu. Tanıdan sonra kanser gelişen AAV hastalarının analizinde, AAV hastalarında kanser riskinin genel popülasyona kıyasla 2 katın üzerinde olduğu bulundu (SIR: 2,09; %95 GA: 1,02-3,84; p=0,045).

Sonuç: Türk AAV hastaları, Avrupa kohortlarına benzer şekilde kanser gelişimi için artmış bir riske sahiptir. AAV tanısı sonrası kanser gelişen hastalarda, siklofosfamid kullanımı ile kanser riski arasında ilişki saptanamazken sigara kullanımının fazla olduğu görüldü. Kayda değer sayıda hastanın vaskülit tanısı öncesi kanser tanısı olması dikkati çekse de olgu sayısının kısıtlı olması nedeniyle nedensellik (paraneoplastik sendrom veya insidental birliktelik) hakkında yorum yapılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: ANCA-ilişkili vaskülitler, kanser, siklofosfamid, vaskülit

Tablo 1. Kanser öyküsü olan AAV tanılı hastaların dağılımı ve karakteristikleri

Vaka No	AAV Alt grup	Yaş ve Cinsiyet	Sigara İzne Durumu (Herhangi bir zamanda)	Siklofosfamid kullanımı	Kanser Tanısı	Kanser Yaygınlığı	Zamanlama	Vaskülit Tanısından Kansere Kadar Geçen Süre (Ay)	Sağlık durumu
1	GPA	67, E	Yok	N/A	Kolon	Lokalize	AAV'den Önce	-102,3	Ekstuz (Kanser ilişkili değil)
2	GPA	44, K	Yok	N/A	Endometrium	Lokalize	AAV'den Önce	-47,5	Sağ
3	GPA	69, E	Var	N/A	Mesane	Lokalize	AAV'den Önce	-46,6	Ekstuz (Kanser ilişkili değil)
4	uAAV	61, E	Var	N/A	Akciğer (SCC)	Lokalize	AAV'den Önce	-23,1	Sağ
5	GPA	69, E	Yok	N/A	Dudak (SCC)	Lokalize	AAV'den Önce	-21,7	Ekstuz (Kanser ilişkili değil)
6	GPA	43, E	Yok	N/A	Malign Mezenkimal Tümör	Lokalize	AAV'den Önce	-18,7	Sağ
7	EGPA	69, E	Var	Var	Akciğer (SCC)	Lokalize	AAV'den Sonra	6,2	Ekstuz (Bilinmiyor)
8	GPA	69, E	Var	Yok	Larinks	Lokalize	AAV'den Sonra	7,0	Sağ
9	EGPA	52, E	Var	Var	Dudak (SCC)	Lokalize	AAV'den Sonra	11,2	Sağ
10	MMA	67, E	Var	Var	Mesane	Lokalize	AAV'den Sonra	24,0	Sağ
11	GPA	73, E	Var	Yok	Akciğer (Adenokanser)	Lokal ileri veya Metastatik	AAV'den Sonra	34,0	Ekstuz (Kanser ilişkili)
12	GPA	64, E	Yok	Var	Kolon	Lokalize	AAV'den Sonra	59,6	Ekstuz (Bilinmiyor)
13	GPA	66, K	Var	Var	Tiroid	Lokalize	AAV'den Sonra	84,0	Sağ
14	GPA	53, E	Var	Yok	Marjinal Zon Lenfoma	Lokalize	AAV'den Sonra	109,3	Sağ
15	GPA	73, E	Var	Yok	Mesane	Lokalize	AAV'den Sonra	323,9	Sağ

SS-15

IgG4-ilişkili hastalık klinik fenotipleri için 2019 ACR/ EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerinin kullanılabilirliği

Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Emre Bilgin¹, Emine Duran¹, Gizem Ayan¹, Zehra Özsoy¹, Gül Sandal Uzun¹, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Ömer Karadağ²

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

²Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

Amaç: IgG4-ilişkili hastalık (IgG4-İH) tanısı için klinik, radyolojik, serolojik ve histopatolojik verilerin korelasyonu gereklidir ve ACR/ EULAR 2019 yılında bu verileri içeren yeni bir sınıflandırma kriteri yayınlamıştır. Aynı zamanda, IgG4-İH için dört farklı hastalık fenotipi tanımlanmıştır. Bu çalışmada IgG4-ilişkili hastalığın klinik fenotipleri için 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerinin geçerliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜVAM) prospektif veritabanına kayıtlı ve IgG4-İH için 2011 tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edildi. HÜVAM veri tabanından hastaların demografik, klinik özellikleri, laboratuvar, serolojik, radyolojik verileri ve eğer varsa histopatolojik bulguları incelendi ve 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri tüm hastalar için değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 92 IgG4-İH (E/K: 47/45) hastası dahil edildi. Hastaların %61'inde birden fazla organ tutulumu vardı ve ortalama tutulan organ sayısı 2 idi. Hastaların ortalama serum IgG4 düzeyi 179 (89-368) mg/dL idi. Hastaların büyük bir kısmında retroperitoneal fibrozis/periaortitis (RA) (%40) mevcuttu. Diğer fenotipler azalan sırayla baş boyun fenotipi (%24), Mikulicz ve sistemik (MS) fenotipi (%16) ve daha az olarak pankreato-hepato-bilier (PHB) (%11) şeklinde idi. Hastaların %9'u ise sınıflandırılmayan fenotipe sahipti. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar 2019 ACR/

EULAR sınıflandırma kriterlerinin dahil olma koşuluna sahipti. Ancak bu hastaların 42'sinin (%45,6) 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerini karşılamadığı belirlendi. Bu hastaların 7'si en az bir dışlama kriterine sahipti ve 41'i yeterli dahil olma puanını karşılamıyordu. Elli (%54,3) hasta ortalama (SS) 29,3 (7,3) puan ile ≥ 20 puan olarak sınıflandırma kriterlerini karşılamaktaydı. Mikulicz ve sistemik fenotipi, pankreato-hepato-bilier fenotipi ve retroperitoneal fibrozis/periaortit fenotipi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 2019 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini daha yüksek oranda karşılamaktaydı.

Sonuç: Tek merkezli kohortumuzda retroperitoneal fibrozis/periaortit fenotipi daha yaygınken pankreato-hepato-bilier ve Mikulicz ve sistemik fenotipi daha az sıklıkla mevcuttu. Hastaların yarısına yakını 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterlerini karşılamamaktaydı. IgG4-İH klinik fenotiplerinin yeni sınıflandırma kriterlerini karşılamasındaki bu heterojenitenin klinik ve ilaç çalışmalarında dikkate alınması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: IgG4-ilişkili hastalık, 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterleri, Mikulicz ve sistemik fenotip, retroperitoneal fibrozis/periaortit, pankreatit

Tablo 1. IgG4-ilişkili hastalık klinik fenotipleri için 2019 ACR/EULAR IgG4-İH sınıflandırma kriterleri

	Retroperiton ve aorta (n=37)	Baş ve boyun (n=22)	Mikulicz ve sistemik (n=15)	Pankreato-hepato-bilier (n=10)	Sınıflandırılmayan (n=8)	P
Cinsiyet, kadın, n (%)	67.6	31.8	46.7	50.0	37.5	0.091
Yaş, ortanca (IQR) (yıl)	60 (50-67)	56 (33-66)	61 (31-69)	48 (41-70)	45 (32-55)	0.129
IgG4 düzeyi, ortanca (IQR) (mg/dl)	202 (132-370)	119 (61-299)	335 (66-660)	210 (86-625)	144 (77-264)	0.628
2019ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri puanı, ortanca (IQR)	23 (12-31)	18 (15-25)	23 (19-36)	24 (8-29)	15 (4-20)	0.037*
2019ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri sağlama, n (%)	57	45	73	60	25	0.474

IQR: Çeyreşler arası aralık, IgG4: Immünooglobülin G4, IgG4-İH: Immünooglobülin G4 ilişkili hastalık, ACR: American College of Rheumatology, EULAR: The European Alliance of Associations for Rheumatology

SS-16

Paraneoplastik artrit serisi ve anti-CCP sıklığı

Mehmet Ali Balcı¹, Samet Alkan², Bünyamin Kısacık³

¹Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

²Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

³Gaziantep Medikal Park Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Paraneoplastik artrit, tümörün kendisi ya da metastazı ile ilişkili olmayan, salınan peptid, hormon gibi durumların neden olduğu bir tablodur. Sıklıkla malignite tanısından önce ortaya çıkmaktadır. Her türlü artrit tablosunu yapmakla birlikte sıklıkla mono-oligo artrite neden olmaktadır. Burada paraneoplastik artritli 92 hastamızın eklem bulguları ve anti CCP pozitifliği oranlarını araştırdık. Ayrıca artrit olmayan malignite hastaları ve erken romatoid artrit hastalarının verilerini karşılaştırdık.

Yöntem: Çalışma 4 gruptan oluşmaktaydı. 1. grup (n=92): Paraneoplastik artritli (PA) hastalar. 2. grup (n=102): Artriti olmayan malignite hastaları. 3. grup (n=69): Erken romatoid artrit (ERA) hastaları. 4. grup (n=84): Sağlıklı kontrol grubu. Hastaların tanı, semptom süresi, romatoid faktör (RF), anti-siklik

sitrüline peptid (anti-CCP), anti-nükleer antikor (ANA), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) ve laktat dehidrojenaz (LDH) verileri kayıt edildi.

Bulgular: ERA hastalarında belirgin poliartirit mevcuttu. PA grubunda ise belirgin mono-oligoartrit hakimdi. Solid tümörler içerisinde akciğer ve meme kanseri daha sık olarak karşımıza çıkmışken, hematolojik malignite grubunda lenfoma daha sık olarak saptandı. Paraneoplastik artrit hastalarında, artrit gelişmeyen malignite hastalarına göre anlamlı olarak Anti-CCP pozitifliği saptandı.

Sonuç: Şu anki olgu sayısı ile literatürün en geniş paraneoplastik artrit serisini ve ilk defa bakılan paraneoplastik artrit hastalarındaki anti-CCP oranlarını burada sunduk. PA gelişen malignite hastalarında artrit daha sık olarak saptandı. Meme ve akciğer kanseri ile lenfoma paraneoplastik artrit gelişen en sık malignite grubu olarak dikkat çekmekteydi.

Anahtar Kelimeler: Paraneoplastik artrit, Anti-CCP, RF

SS-17

Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan aydınlatılmış onam formlarının Türkçe okunabilirlik düzeyleri: Tanımlayıcı bir çalışma

Gökhan Tazegül¹, İbrahim Ethem Ay²

¹Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Afyonkarahisar Sandıklı Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Afyonkarahisar

Amaç: Aydınlatılmış onam, bir hastanın kendi özgür seçimine dayanarak belirli bir müdahalenin kendisine yapılmasını kabul veya ret etmesidir. Bu hasta-hekim iletişim süreci, bir iyi hekimlik koşuludur; etiğin temel ilkelerinden özerklik ilkesine dayanır ve yasal bir zorunluluktur. Hastanın aydınlatılması için, bilgilerin sade ve anlaşılır bir dil ile açıklanması ve hasta tarafından anlaşılır olması gerekir. Bu çalışmada, artritler, Ailevi Akdeniz ateşi, Behçet hastalığı, üveit, enflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi, iç hastalıkları ve tüm yan dalları, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi bir çok tıbbi branşı ilgilendiren romatolojik hastalıklarda, Türkiye Romatoloji Derneği tarafından kullanılan aydınlatılmış onam formlarının, Türkçe okunabilirlik düzeylerinin saptanması ve eğitim düzeyi üzerinden okunabilirliğin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye Romatoloji Derneği tarafından yirmi altı farklı ilaç için hazırlanmış aydınlatılmış onam formları, Bezirci-Yılmaz tarafından üretilen bilgisayar yazılımı yardımıyla, Ateşman ve Bezirci-Yılmaz tarafından geliştirilen okunabilirlik ölçütleri ile değerlendirilmiştir. Okunabilirlik düzeyleri ilköğretim (1.-8. sınıf), lise (9.-12. sınıf), lisans eğitimi (13.-16. sınıf) ve lisansüstü eğitim (16. sınıf üzeri) olarak dört ana grupta değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ateşman Okunabilir Ölçütü'ne göre aydınlatılmış onam formlarının okunabilirlik puanı ortanca 44,2 (minimum 29,3 - maksimum 51,2) idi. Bu puanlara göre, okunabilirlik düzeyi en az 11. ve 12. sınıf, ortanca 13. ve 14. sınıf düzeyinde eğitim gerektirmektedir. Bezirci-Yılmaz Okunabilir Ölçütü'ne göre ise aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliği ortanca 14 yıl eğitim

(minimum 10 - maksimum 19 yıl) gerektirmektedir. Her iki okunabilirlik ölçütüne göre de tüm formlar en az lise, ortanca lisans düzeyinde eğitim gerektirmektedir.

Sonuç: 2017 UNESCO verilerine göre ülkemizde bir kişi ortalama 8,27 yıl eğitim düzeyine sahiptir. 2020 TÜİK verilerine göre 25 yaş üstü nüfusun sadece %20'si yüksek okul ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Bu veriler dikkate alındığında, kullanımı önerilen aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliği ciddi derecede düşüktür. Mevcut yazılı aydınlatılmış onam formlarının okunabilirliğinin artırılması hem hekimlerin tıbbi kötü uygulamalardan korunması açısından, hem de hasta hakları ve etik değerler açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgilendirilmiş onam, okunabilirlik, onam formları, romatoloji

SS-18

Vasküler Behçet hastalığı: Türkiye ve Fransa'da iki büyük kohortun karşılaştırılması

Fatma Alibaz Öner¹, Mathieu Vautier², Aysun Aksoy¹, Adrien Mirouse², Alexandre Le Joncour², Patrice Cacoub², David Saadoun², Haner Direskeneli¹

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

²Sorbonne Üniversitesi, Pitié-Salpêtrière Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji Kliniği, Paris, Fransa

Amaç: Vasküler tutulum, Behçet hastalarının (BH) yaklaşık %40'ını etkiler ve mortalitenin temel sebebidir. Akdeniz bölgesi ülkelerinde BH sık görülmesine rağmen, majör organ tutulumunun farklı toplumlarda karşılaştırılması ile ilgili veri yetersizdir. Bu çalışmadaki amacımız, vasküler BH'nin Türkiye ve Fransa hasta kohortlarını hastalık prezentasyonu, seyir ve tedavi yaklaşımları açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza Paris Sorbonne Üniversitesi Pitié Salpêtrière Hastanesi İç Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji biriminden takipli 131 hasta ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü vaskülit kliniğinde takipli 160 hasta olmak üzere toplam 291 BH tanılı hasta (ortalama yaş: 41,2±11,3, kadın/erkek: 63/228) dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve demografik verileri retrospektif olarak dosyalarından alınmıştır.

Bulgular: Klinik ve demografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Türk hastalarda sigara içiciliği, pozitif aile öyküsü, HLA-B51 pozitifliği daha yüksekken; Fransız grupta nörolojik tutulum daha sık görülmüştür (p<0,05). Hastalar medyan 77 ay takip edilmiş ve toplam 562 vasküler tutulum öyküsü saptanmıştır [440 venöz (%78,3), 115 arteriyel (%20,5), 7 kardiyak trombus (%1,2)] (Tablo 2). Hastaların %29'unda (79 hasta) ilk vasküler olay BH tanısından önce meydana gelmiştir. İlk relaps 130 (%44,7) hastada medyan 24,5 (1-276) ay sonra gerçekleşmiştir (TR: 74/46,3%, FR: 56/42,7%, p=0,56). İlk vasküler olay immünosüpresif (IS) kullanan hastaların 24'ünde (%34,3) gerçekleşirken, yalnız antikoagulan (AK) alan hastaların 41 (%75,9), AK+IS kullanan hastaların 55'inde (%36,2) saptanmıştır. İlk vasküler olay sonrası tek başına antikoagulan kullanan hastalarda, sadece IS yada IS+AK kullananlara kıyasla relaps oranı anlamlı yüksektir (p=0,001). İlk vasküler olay sonrası

verilen IS tedaviler >10 mg prednizolon, konvansiyonel IS, TNF inhibitörleri olarak gruplandırıldığında her üçü de IS almayan hastalarla karşılaştırıldığında relaps riskini azaltır (p<0,005), fakat kendi arasında relaps açısından fark saptanmadı (prednizolon >10 mg: %45,2, konvansiyonel IS: %34,5, TNF inhibitörleri: %43,8; p>0,05). Multivariate lojistik regresyon analizinde de IS kullanımı vasküler relapsı azaltan tek faktör olarak tespit edildi [Risk oranı: 0,021 (0,03-0,159, %95 GA) p=0,000].

Sonuç: İki farklı akdeniz ülkesinden hastaların yaklaşık yarısında, iki yıl içinde vasküler relaps gelişmekte ve IS ile relaps riski azalmaktadır. Bu çalışmada AK tedavinin IS tedaviye eklenmesinin relaps üzerine ek katkısı saptanmadı. Sonuçlarımız IS tedavinin erken kesilmesinin takipte yüksek relapsa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, vasküler, immünosüpresif

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri

	Tüm hastalar n=291	Türk hastalar n=160	Fransız hastalar n=131	p
Erkek, %	228, %78,4	132, %82,5	96, %73,3	0,064
Tanı yaşı (yıl, n=281)	29,1±8,8	29,3±8,1	28,8±9,7	0,590
İlk vasküler olay sırasındaki yaş (n=274)	30,9±9	32±9,1	29,4±8,8	0,016
Sigara, % (n=165)	%55,2	%63	%43,1	0,016
Aile öyküsü, % (n=215)	%21,9	%29,2	%7	0,001
HLA B51 pozitifliği, % (n=113)	%45,1	%64	%39,8	0,041
Paterji pozitifliği, % (n=172)	%52,9	%60,4	%21,2	0,000
Göz tutulumu, %	%41,6	%38,8	%45	0,285
Nörolojik tutulum, %	%24,1	%13,8	%36,6	0,000
Gastrointestinal tutulum, %	%2,9	%3,1	%2,4	0,999

Tablo 1. Vasküler tutulum dağılımları

Venöz tutulum lokalizasyon/yeri	Türk hastalar (n=160)	Fransız hastalar (n=131)	p
Süperfisial venöz tutulum	23, %8,5	13, %4,5	0,059
Alt ekstremité derin ven trombozu	142, %52,2	105, %36,2	0,000
İnferior vena kava trombozu	5, %1,8	25, %8,6	0,000
Budd Chiari sendromu	2, %0,7	14, %4,8	0,004
Serebral ven trombozu	23, %8,5	43, %14,8	0,025
Diğer venöz tutulumlar	10, %3,7	20, %6,9	0,095
Arter tutulum lokalizasyon/tip			
Pulmoner anevrizma	3, %1,1	2, %0,7	0,677
Pulmoner trombus	49, %18	28, %9,7	0,000
Aort anevrizma/trombus	4, %1,5	4, %1,4	0,999
Diğer (retinal, koroner, periferik)	6, %2,2	19, %4,8	0,113

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda hastalık aktivitesinin tayini ve takibinde serum ve idrar Galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1'in biyobelirteç olarak rolü

Şafak Mirioğlu^{1,2,3}, Suzan Çınar², Ömer Uludağ³, Erdem Gürel³, Sibel Vareli³, Yasemin Özlük⁴, Işın Kılıçaslan⁴, Yasemin Yalçınkaya³, Halil Yazıcı⁵, Ahmet Gül³, Murat İnanç³, Bahar Artım Esen³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; İstanbul Üniversitesi Aziz Sançar Deneysel Tıp ve Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

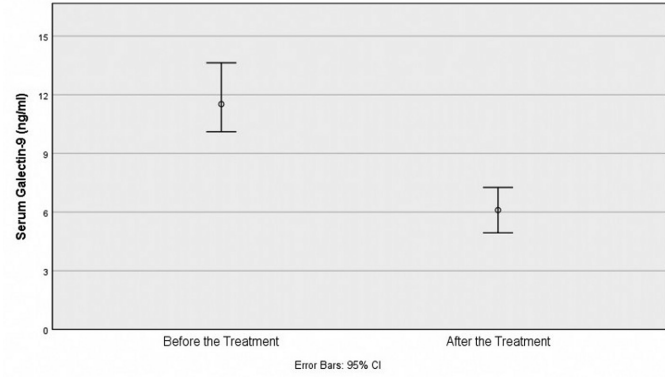
Amaç: İnterferon imzasıyla ilişkili proteinler olan galektin-9, interferon ile uyarılabilir protein-10 (IP-10) ve sialoadhezin (SIGLEC-1) sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı hastalarda hastalık aktivitesini yansıtabilecek aday biyobelirteçlerdir. Bu çalışmada, SLE'li hastalarda serum ve idrar galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1 seviyeleriyle hastalık aktivitesinin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Altmış üç aktif SLE'li hasta (31 renal, 32 ekstrarenal) çalışmaya dahil edildi. Otuz inaktif SLE'li hasta (15 renal, 15 ekstrarenal) ile 32 sağlıklı gönüllü kontrol grupları olarak seçildi. Serum (s) ve idrar (i) galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1 düzeyleri ELISA ile ölçüldü, idrar seviyeleri idrar kreatinin sonuçlarına göre normalize edildi.

Bulgular: Gruplar cinsiyet ve yaş yönünden benzerdi. Yüz iki katılımcı (%81,6) kadındı ve medyan yaş 33'tü (28-44,5). Proliferatif lupus nefriti (LN) (sınıf III/III+V ve IV/IV+V) aktif renal SLE'li 22 hastada izlendi (%70,9); 6 hastada saf sınıf V (%19,3), 3 hastada sınıf 2 (%9,7) LN saptandı. sIP-10, iIP-10, sGalektin-9 ve iSIGLEC-1 aktif SLE grubunda inaktif SLE'ye kıyasla daha yüksekti (sIP-10 p=0,046, iIP-10 p<0,001, sGalektin-9 p=0,031, iSIGLEC-1 p=0,006); ancak iGalektin-9 ve sSIGLEC-1 düzeylerinde fark saptanmadı (iGalektin-9 p=0,180, sSIGLEC-1 p=0,699) (Tablo 1). Galektin-9, IP-10 ve SIGLEC-1'in serum ve idrar seviyeleri aktif renal ve ekstrarenal SLE hastaları arasında farklı bulunmadı. sIP-10, iIP-10 ve iSIGLEC-1 SLE Hastalık Aktivite İndeksi ile (SLEDAI) koreleydi. Tüm biyobelirteçler 63 aktif SLE'li hastanın 41'inde (%65) medyan 8 (5-22,5) aylık tedavinin ardından tekrar değerlendirildi. Bu değerlendirmede hastalık aktivitesinin ilk ölçümlere göre belirgin olarak azaldığı tespit edildi, SLEDAI 10'dan (6-15,5) 2'ye (0-4) gerilemişti. Aktif hastalık sırasındaki ölçümlere kıyasla, remisyon sırasındaki sGalektin-9 düzeylerinin önemli ölçüde düştüğü görüldü (p<0,001) (Şekil 1). iGalektin-9, sIP-10 ve iSIGLEC-1'de tedaviden sonra geriledi, ancak istatistiki açıdan anlamlı değildi.

Sonuç: sIP-10, iIP-10, sGalektin-9 ve iSIGLEC-1 SLE'de hastalık aktivitesiyle ilişkilidir. Hiçbiri aktif renal hastalığı aktif ekstrarenal hastalıktan ayırt edememiştir. sGalektin-9 tedaviye yanıt takibinde faydalı bir biyobelirteç olabilir (İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje no: TSA-2019-34218).

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, biyobelirteç, hastalık aktivitesi



Şekil 1. Kırk bir aktif SLE'li hastada tedaviden önce ve sonra serum galektin-9 düzeyleri

Tablo 1. Biyobelirteçlerin serum ve idrar düzeyleri

Biyobelirteç	Aktif SLE (n=63)	İnaktif SLE (n=30)	Sağlıklı kontrol (n=32)
sGalektin-9 (ng/mL)	11,73 (7,52-14,15)	8,66 (7,51-10,02)	5,61 (4,56-6,6)
sIP-10 (pg/mL)	279,4 (147,5-430,3)	173,4 (142,2-247,9)	74,3 (58,8-103)
sSIGLEC-1 (pg/mL)	181,2 (157,8-213,9)	182,5 (169,9-203,1)	258,3 (179-602)
iGalektin-9 (ng/mL)	8,83 (4,07-18,11)	11,54 (7,03-15,07)	10,63 (5,55-17,4)
iIP-10 (pg/mL)	34,4 (15,9-73,9)	20,8 (9,9-53,3)	12,2 (1,8-25,7)
iSIGLEC-1 (pg/mL)	321 (236,3-370,9)	297,6 (247,7-371)	290 (205,1-323,5)
iGalektin-9 (ng/mgKre)	15,5 (9,60-32,05)	11,41 (8,78-19,54)	13,57 (11,27-22,08)
iIP-10 (pg/mgKre)	73,4 (40,9-136,9)	26,1 (18,1-55,1)	16,4 (5-32,5)
iSIGLEC-1 (pg/mgKre)	619,6 (389,4-1056,5)	393,2 (248,6-715,8)	425,6 (264,7-925,9)

Sistemik lupus eritematozusta hastalık ilişkili hasar COVID-19 enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkiler

Çiğdem Çetin¹, Numune Aliyeva¹, Übeyde Ayşe Gülseren², Ege Sinan Torun¹, Selma Sarı¹, Ömer Uludağ², Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

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

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

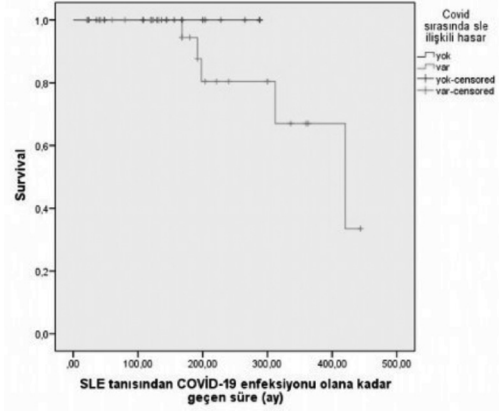
Amaç: Enfeksiyon SLE hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Yöntem: SLE'li 1000 hastanın bilgisine telefonla ve halk sağlığı yönetim sisteminden ulaşıldı ve COVID-19 geçirenler belirlendi. Veri tabanındaki SLE kümülatif klinik ve laboratuvar özellikleri, immünoşüpresif tedavileri ve hasar (SDI) bilgileri kaydedildi ve güncellendi. COVID-19 enfeksiyonu sırasındaki hastalık aktivitesi (SLEDAI-2K) (≥ 4 aktif hastalık) ve klinik/laboratuvar bulgular belirlendi.

Bulgular: COVID-19 geçiren 74 hasta vardı. Elli sekiz verisi tam hasta çalışmaya alındı. %89,7'si kadın, ortalama yaş 44 ± 12 yaşında lupus nefriti, %24'ünde APS vardı. %86'sında sürüntü PCRları pozitif. %72,4'üne toraks BT çekilmişti. Bunların %62'sinde COVID-19 parankim tutulumu vardı. Öksürük ve nefes darlığı en sıkı. Yüzde 38 hasta hospitalize edilmişti. Ortalama hospitalizasyon süresi $10,6 \pm 5,5$ gündü. Bunların %24'ünün oksijen terapisi (12 nazal kanül, 2 yüksek akımlı) ihtiyacı olmuştu. Yatış yapılan 4 hastanın yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip ihtiyacı olmuş, 2'si invaziv mekanik ventilatör altında kaybedilmişti. Ortalama YBÜ yatış süresi $5,5 \pm 4,5$ gündü. COVID-19 geçirenlerde mortalite oranı %8,6 idi. Enfeksiyon sırasında ortalama SLEDAI-2K $1,4 \pm 2,3$ 'tü. Hastaların %18'sinde SLEDAI-2K skoru ≥ 4 idi. Aktif ve inaktif hastalar arasında hospitalizasyon, YBÜ yatışı ve ölüm açısından fark görülmedi. Hastaların %46,6'sında SLE ilişkili organ/sistem hasarı vardı; ortalama SDI $1,5 \pm 2,3$ 'tü. Hasarlı grupta COVID-19 nedeniyle ölüm ve pnömoni daha fazlaydı ($p < 0,05$) (Grafik 1). Ölenlerin hasar skoru daha yüksekti ($p < 0,001$). Hastaların %10,3'ü enfeksiyon öncesindeki 6 ayda rituksimab (Rtx) almıştı. Rtx alan hastalarda hospitalizasyon, dispne ve O_2 ihtiyacı daha fazlaydı ($p < 0,05$). Pnömoni Rtx alanlarda, PCR pozitifliği olmayanlarda daha yüksekti ($p < 0,05$). COVID-19 sırasında steroid dışı immünoşüpresif kullanan hastaların tümünün ilaçlarına devam edildiği, %78'inde steroid ve %81'inde hidroklorokin kullanıldığı belirlendi. %70'inde antiviral, 29'unda antibakteriyel, 3'ünde gelişen makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) nedeniyle biyolojik ajan kullanıldığı belirlendi. İki hastada COVID-19 ile derinleşen, birinde yeni ortaya çıkan trombositopeni nedeniyle IVIG kullanıldı. Yeni tromboz yoktu.

Sonuç: SLE hastalarında, hastalık ile ilişkili hasar COVID-19 enfeksiyonuna bağlı ölümler açısından önemli bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, COVID-19, hasar



Grafik 1. Hasarı olan ve olmayan SLE hastalarında COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle mortalite

SS-21

Sistemik lupus eritematozus sınıflandırma kriterlerinin (1997, 2012, 2019) performanslarının tek merkezli kohort hastalarında karşılaştırılması: 2019 ACR/EULAR kriterleri ne getirdi?

Ege Sinan Torun¹, Erdem Bektaş², Fatih Kemik², Murat Bektaş¹, Çiğdem Çetin¹, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

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

Amaç: 1997 ACR, 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık ve özgüllükleri farklı popülasyonlarda ve farklı klinik koşullarda değişkenlik gösterebilmektedir. Çalışmamızın amacı, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında sınıflandırma kriterlerinin performanslarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: SLE hastalarının ve kontrol grubunun tıbbi kayıtları incelenmiş ve hastaların sınıflandırma kriterlerini doldurup doldurmadıkları araştırılmıştır. Klinik tanı (en az 6 aylık takip süresi ile beraber) altın standart olarak kabul edilmiştir. ANA pozitif SLE hastalarında ve kontrollerde alt grup analizi yapılmıştır. 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterlerini karşılamayan SLE hastaları ve her iki kriteri de karşılayan kontrol hastaları ayrıca incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 392 SLE hastası ve 294 kontrol hastası (48 farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı, 51 Sjögren hastalığı, 43 idiopatik enflamatuvar miyopati, 50 sistemik skleroz, 52 primer antifosfolipid sendromu, 15 romatoid artrit, 15 psöriatik artrit ve 20 ANCA ilişkili vaskülit) çalışmaya dahil edilmiştir. Tablo 1, üç sınıflama kriterinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerlerini göstermektedir. Tablo 2, üç sınıflama kriterinin yalnızca ANA pozitif SLE hastaları ve kontrollerdeki performansını ortaya koymaktadır. SLE tanısı ile izlenmekte olan 11 hasta 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterlerini karşılamamaktadır. Dokuz Sjögren sendromu, 5 antifosfolipid sendromu, bir dermatomyozit ve bir sistemik skleroz hastası ise her iki sınıflandırma kriterini de karşılamaktadır.

Sonuç: SLE kohortumuzda her üç kriter seti de yeterli özgüllüğe sahip olmakla birlikte 1997 ACR kriterlerinin duyarlılığı ve negatif prediktif değeri yetersizdir. Klinik olarak SLE tanısı düşünülen bazı olgular yeterli sayıda kriteri karşılamadığı için 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterleri tarafından SLE olarak sınıflandırılmamıştır. En çok Sjögren hastalığı ve antifosfolipid sendromu tanımlı hastalar 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR kriterleri tarafından SLE olarak sınıflandırılmaktadır. 2019 EULAR/ACR ve 2012 SLICC kriterlerinin performansı birbiriyle karşılaştırılabilir düzeydedir, ancak yalnızca ANA pozitif hastalar ve kontroller değerlendirmeye alındığında her iki kriter setinin özgüllüğü %90'ın altına düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: ACR 1997, EULAR/ACR 2019, sınıflandırma kriterleri, sistemik lupus eritematozus, SLICC 2012

Tablo 1. 1997 ACR, 2012 SLICC ve 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri

	SLE +	SLE -	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer
1997 ACR	+ 308 - 84	15 279	%78,6	%94,9	%95,4	%76,9
2012 SLICC	+ 357 - 35	26 268	%91,1	%91,2	%93,2	%88,4
2019 EULAR/ACR	+ 368 - 24	28 266	%93,8	%90,5	%92,9	%91,7

Tablo 2. ANA pozitif SLE hastalarında ve kontrol grubunda 1997 ACR, 2012 SLICC, 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri

	SLE +	SLE -	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer
1997 ACR	+ 305 - 78	14 175	%79,6	%92,6	%95,6	%69,1
2012 SLICC	+ 353 - 30	23 166	%92,2	%87,8	%93,9	%84,7
2019 EULAR/ACR	+ 368 - 15	28 161	%96,1	%85,2	%92,9	%91,5

SS-22

SLE risk olasılık indeksi (SLERPI): Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığında SLE'yi tanımlayabilir mi?

Hakan Apaydın¹, Serdar Can Güven¹, Berkan Armağan¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Hatice Ecem Konak¹, Bünyamin Polat¹, Ebru Atalar¹, Özlem Karakaş¹, Bahar Özdemir¹, Mehmet Akif Eksin¹, Ahmet Omma¹, Orhan Küçükşahin², Abdulsamet Erden¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

Amaç: Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı (FBDH), sistemik bir otoimmün hastalığın belirti ve semptomlarının varlığına rağmen, tanımlanmış bağ doku hastalıkları (BDH) için herhangi bir

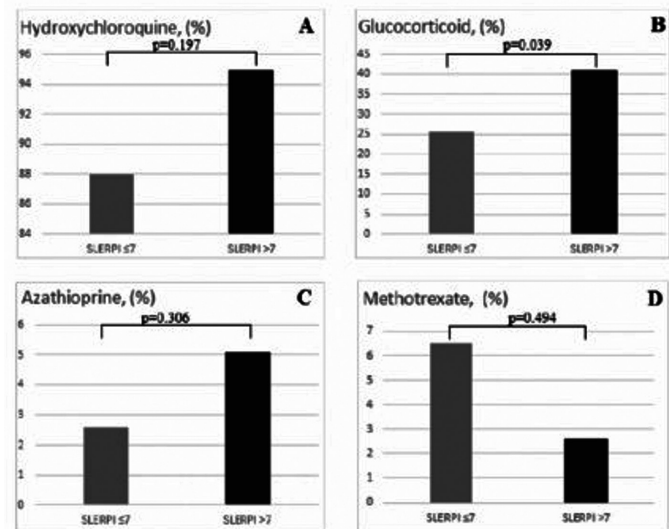
sınıflandırma kriterini karşılamayan durumları tanımlamaktadır. Yakın zamanda sistemik lupus eritematozusun (SLE) erken teşhisine ve tedavisine yardımcı olmak için makine öğrenimi tabanlı yeni bir indeks olan SLE risk olasılık indeksi (SLE risk probability index, SLERPI) geliştirildi. Bu çalışmada, mevcut SLE klasifikasyon kriterlerini karşılamayan FBDH hastalarında SLERPI ile SLE tanımlanıp tanımlanamayacağını araştırdık.

Yöntem: FBDH için sınıflandırma kriterlerini karşılayan ama diğer tanımlanmış sistemik bağ dokusu hastalığı için herhangi bir sınıflandırma kriterini karşılamayan 422 hasta çalışmaya dahil edildi. Her hastada SLERPI skorlandı ve >7 puanı olan hastalara SLE ve ≤7 puan olan hastalar ise SLE olmayan hastalar olarak gruplandırıldı. SLE olan ve olmayan hastalar hastalık özellikleri, aldıkları tedaviler ve SLERPI parametreleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %89,8'i kadın, ortalama yaşı 48 (20) yıl ve ortanca takip süresi 24 (21) aydı. Kohortta en sık görülen klinik bulgu artraljiydi (n=344, %81,5) (Tablo 1). SLERPI'ye göre 7'nin üzerinde puan olarak SLE olan toplam hasta sayısı 39 (%9,2) olup, sadece ANA pozitif olan 369 hasta değerlendirildiğinde 39 hastanın (%10,6) SLERPI puanı >7 olduğu belirlendi. SLERPI kriterleri açısından karşılaştırıldığında, malar/makülopapüler döküntü (p<0,0001), alopesi (p<0,0001), mukozal ülser (p<0,0001), artrit (p=0,012), trombositopeni/otoimmün hemolitik anemi (p<0,0001), proteinüri >500 mg/24 saat (p=0,001), ANA pozitifliği (p=0,009), düşük C3-C4 (p=0,002) ve immünojenik bozukluklar (p<0,0001) SLE grubunda daha fazla olarak saptandı (Tablo 2). SLE grubundaki hastaların çoğunluğu hidroklorokin (n=37, %94,9) ve glukokortikoid (n=16, %41,6) alıyordu ve glukokortikoid kullanımı istatistiksel olarak yüksekti (p=0,039) (Şekil 1).

Sonuç: 2019 EULAR/ACR ve 2012 SLICC kriterlerinin artan duyarlılığına ve özgüllüğüne rağmen, SLERPI ile %10 FBDH hastasının SLE olarak tanımlanabileceğini görmekteyiz. SLERPI, romatologların SLE hastalarını daha erken dönemde tanımasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: ACR, EULAR, SLICC, sistemik lupus eritematozus, SLE risk olasılık indeksi, farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı



Şekil 1. Non-SLE (SLERPI ≤7) ve SLE (SLERPI >7) gruplarının hidroklorokin, glukokortikoid, azatiopürin ve metotreksat tedavileri açısından karşılaştırılması

Tablo 1. FBDH'li 422 hastanın özellikleri ve SLERPI skoru >7 ile SLERPI ≤7 olan FBDH hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	SLERPI skoru >7, n=39 n (%)/medyan (IQR)	SLERPI skoru ≤7, n=383 n (%)/medyan (IQR)	Tüm hastalar n=422 n (%)/medyan (IQR)	p
Kadın	34 (89,7)	345 (89,8)	379 (89,8)	0,988
Yaş (yıl)	42 (25)	49 (19)	48 (20)	0,026
Tanı yaşı (yıl)	38 (26)	46 (20)	45 (21)	0,013
Takep süresi (ay)	24 (21)	24 (21)	24 (21)	0,726
Semptom veya bulgu				
Artralji	35 (89,7)	309 (80,7)	344 (81,5)	0,165
Kserostomi	19 (48,7)	194 (50,8)	213 (50,6)	0,806
Kseroftalmi	18 (47,4)	184 (48,2)	202 (48,1)	0,925
Fotosensitivite	23 (59)	107 (27,9)	130 (30,8)	<0,0001
Raynaud	10 (25,6)	85 (22,2)	95 (22,5)	0,623
Artrit	15 (38,5)	79 (20,6)	94 (22,3)	0,011
Alopesi	19 (48,7)	54 (14,1)	73 (17,3)	<0,0001
Düşük veya ölü doğum	5 (12,8)	28 (7,3)	33 (7,8)	0,224
Schirmer <5 Mm	3 (7,7)	28 (7,3)	31 (7,3)	0,931
Mukozal ülser (burun veya sert damak)	6 (15,4)	21 (5,5)	27 (6,4)	0,016
Malar döküntü	12 (30,8)	9 (2,3)	21 (5)	<0,0001
Ateş	2 (5,1)	18 (4,7)	20 (4,7)	0,706
Livedo retikularis	1 (2,6)	13 (3,4)	14 (3,3)	1
Lökopeni	2 (5,1)	12 (3,1)	14 (3,3)	0,377
Dermografizm	2 (5,1)	9 (2,3)	11 (2,6)	0,27
Serozit	3 (7,7)	4 (1)	7 (1,7)	0,02
Trombositopeni	7 (17,9)	1 (0,3)	8 (1,9)	<0,0001
İnterstitial akciğer hastalığı	0 (0)	6 (1,6)	6 (1,4)	1
Telenjektazi	0 (0)	5 (1,3)	5 (1,2)	1
Ürtiker	0 (0)	5 (1,3)	5 (1,2)	1
Hipokomplementemi	6 (15,4)	11 (2,9)	17 (4)	0,02
Hiperglobulinemi	1 (2,6)	12 (3,1)	13 (3,1)	1
Serolojik bulgular				
Anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği	39 (100)	330 (86,2)	369 (87,4)	0,009
SS-A/Ro	3 (7,7)	61 (15,9)	64 (15,2)	0,241
Anti RNP	1 (2,6)	34 (8,9)	35 (8,3)	0,232
Romatoid faktör	0 (0)	29 (7,6)	29 (6,9)	0,094
SS-B/La	2 (5,1)	21 (5,5)	23 (5,5)	0,926
Anti-dsDNA	3 (7,7)	15 (3,9)	18 (4,3)	0,226
Anti-Sm	1 (2,6)	19 (5)	20 (4,7)	1
Anti SCL-70	1 (2,6)	16 (4,2)	17 (4)	1
Anti-Jo-1	0 (0)	16 (4,2)	16 (3,8)	0,382
Anti-Centromere	1 (2,6)	15 (3,9)	16 (3,8)	1
Anti-PM/SCL	0 (0)	10 (2,6)	10 (2,4)	0,6
SLERPI skoru	8,5 (1,5)	4 (2)		<0,0001
SLERPI skoru >7			39 (9,2)	

Tablo 2. FBDH'li hastaların SLERPI kriterlerine göre değerlendirilmesi

SLE risk olasılık endeksi (SLERPI) kriterleri	SLERPI skoru	SLERPI skoru >7, n=39 n (%)	SLERPI skoru ≤7, n=383 n (%)	p
Malar veya makülopapüler döküntü	3	12 (30,8)	10 (2,6)	<0,0001
Subakut kutanöz lupus eritematozus veya diskoid lupus eritematozus	2	0 (0)	3 (0,8)	1
Alopesi veya saç dökülmesi	1,5	19 (48,7)	54 (14,1)	<0,0001
Mukozal ülser	1	19 (48,7)	79 (20,6)	<0,0001
Artrit	2	15 (38,5)	80 (20,9)	0,012
Serozit	1,5	3 (7,7)	7 (1,8)	0,056
Lökopeni	1,5	2 (5,1)	12 (3,1)	0,377
Trombositopeni veya otoimmün hemolitik anemi	4,5	8 (20,5)	0 (0)	<0,0001
Nörolojik bozukluklar	1,5	0 (0)	0 (0)	-
Proteinüri >500 mg/24 saat	4,5	3 (7,7)	0 (0)	0,001
Anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği	3	39 (100)	330 (86,2)	0,009
Düşük C3 ve C4	2	6 (15,4)	11 (2,9)	0,002
İmmünolojik bozukluklar (herhangi biri: Anti-dsDNA, anti-Sm, antifosfolipid antikorları)	2,5	13 (33,3)	47 (12,3)	<0,0001
İnterstitial akciğer hastalığı	-1	0 (0)	6 (1,6)	1

SS-23

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda klinik özelliklerin ve prognozun hastalık başlangıç yaşı ile ilişkisi

Didem Şahin Eroğlu¹, Buğu Bulat², Mustafa Kader², Emine Gözde Aydemir Gülöksüz¹, Mehmet Levent Yüksel¹, Tahsin Murat Turgay¹, Gülay Kımıklı¹, Aşkın Ateş¹

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

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

Amaç: Hastalık tanı yaşına göre sistemik lupus eritematozus (SLE) hastaları arasında klinik manifestasyonlar ve mortalite arasındaki farkların saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza 2010-2020 yılları arasında bölümümüze başvurmuş, SLICC 2012 sınıflama kriterlerini karşılayan 539 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hastane sistemi ve dosyalar üzerinden retrospektif olarak tarandı. Hastalar çocukluk çağı (<15 yaş), erişkin (16-49 yaş) ve geç başlangıçlı (>50 yaş) SLE olmak üzere 3 farklı gruba ayrıldı. Yaşa göre sınıflandırılmış gruplarda 5 ve 10 yıllık sağkalımı tahmin etmek için log rank testleri ile Kaplan-Meier eğrilerini kullandık.

Bulgular: Beş yüz otuz dokuz hastadan 22'si (%4,1) çocukluk çağı başlangıçlı, 428'si (%79,4) erişkin başlangıçlı ve 89'u (%16,5) geç başlangıçlı idi. Ortalama SLE tanı yaşı 34,6±14,3 yıl idi. Hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında malar raş çocukluk

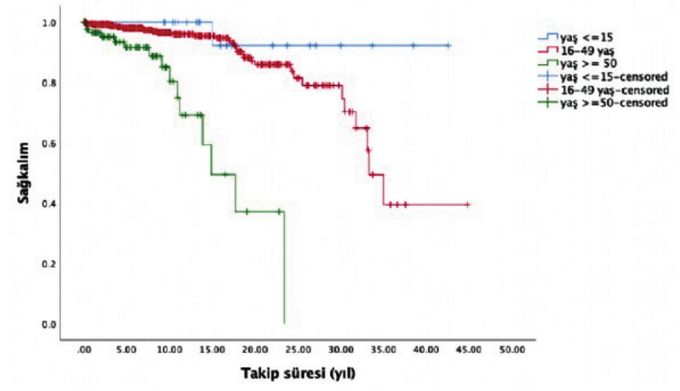
çağı başlangıçlı hastalarda anlamlı şekilde daha sık olarak bulundu (%59,1 vs. %39,7 vs. %25,8, p=0,006). Sinoviyal tutulum da istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte yine çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda daha sıklıkla idi. Organ tutulumları karşılaştırıldığında ise çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda renal tutulum gelişimi anlamlı olarak daha sık idi, buna karşılık hematolojik ve nörolojik tutulum oranları üç grupta benzerdi (Tablo 1). Ancak hematolojik tutulum açısından alt grup analizi yapıldığında hemolitik anemi, çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda, erken ve geç başlangıçlı hastalara göre daha sık olarak saptandı. Ortanca 9,0 yıl sonunda 48 (%8,9) hasta eks olmuştu. Tüm kohortta 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %97 ve %95 idi. Tüm nedenlere bağlı mortalite açısından hastalar değerlendirildiğinde geç başlangıçlı SLE'li hastalarda sağkalım diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü (log rank <0,001, Şekil 1).

Sonuç: Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda renal tutulum ve hemolitik anemi gibi daha ağır immüno-supresif tedavi gerektiren tutulumların çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda daha sık görüldüğünü göstermiş olduk. Buna karşılık geç başlangıçlı SLE'li hastalarda mortalitenin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık. Bu durum hızlanmış ateroskleroz ve yaşlanma ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: SLE, tanı yaşı, klinik özellikler, mortalite

Tablo 1. Yaş gruplarına göre hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tüm kohort (n=539)	≤15 yaş (n=22)	16-49 yaş (n=428)	≥50 yaş (n=89)	p değeri
Erkek cinsiyet, n (%)	61 (11,3)	1 (4,5)	49 (11,4)	11 (12,4)	0,57
Ateş, n (%)	65 (12,1)	4 (18,2)	51 (11,9)	10 (11,2)	0,66
Akut kutanöz lupus, n (%)	318 (59,0)	15 (68,2)	255 (59,6)	48 (53,9)	0,41
Malar raş, n (%)	206 (38,2)	13 (59,1)	170 (39,7)	23 (25,8)	0,006
Fotosensitivite, n (%)	252 (46,8)	10 (45,5)	204 (47,7)	38 (42,7)	0,69
Kronik kutanöz lupus, n (%)	64 (11,9)	2 (9,1)	52 (12,1)	10 (11,2)	0,89
Oral veya nazal ülser, n (%)	129 (23,9)	3 (13,6)	108 (25,2)	18 (20,2)	0,31
Alopesi, n (%)	117 (21,7)	7 (31,8)	95 (22,2)	15 (16,9)	0,27
Raynaud fenomeni, n (%)	101 (18,7)	1 (4,5)	88 (20,6)	12 (13,5)	0,065
Sinovit, n (%)	270 (50,1)	16 (72,7)	212 (49,5)	42 (47,2)	0,088
Serozal tutulum, n (%)	84 (15,6)	4 (18,2)	63 (14,7)	17 (19,1)	0,55
Renal tutulum, n (%)	202 (37,5)	18 (81,8)	164 (38,3)	20 (22,5)	<0,001
Hematolojik tutulum, n (%)	293 (54,4)	12 (54,5)	232 (54,2)	49 (55,1)	0,98
Trombositopeni, n (%)	127 (23,6)	6 (27,3)	105 (24,5)	16 (18,0)	0,38
Hemolitik anemi, n (%)	109 (20,2)	9 (40,9)	85 (19,9)	15 (16,9)	0,039
Nörolupus, n (%)	136 (25,2)	7 (31,8)	114 (26,6)	15 (16,9)	0,12



Şekil 1. Yaş gruplarına göre sağkalım grafiği

SS-24

Biyopsiyle gösterilmiş lupus nefriti kohortunda renal prognozu belirleyen klinik ve histopatolojik özellikler

Sibel Varelcı¹, Erdem Gürel¹, Şafak Mirioğlu², Yasemin Özlük³, Işın Kılıçaslan³, Halil Yazıcı⁴, Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Mahdume Lale Öçal¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

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

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Lupus nefritinde (LN) iyileşen sağkalıma rağmen nüks ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) sıklığıdır. Çalışmamızda LN kohortumuzda prognozla ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

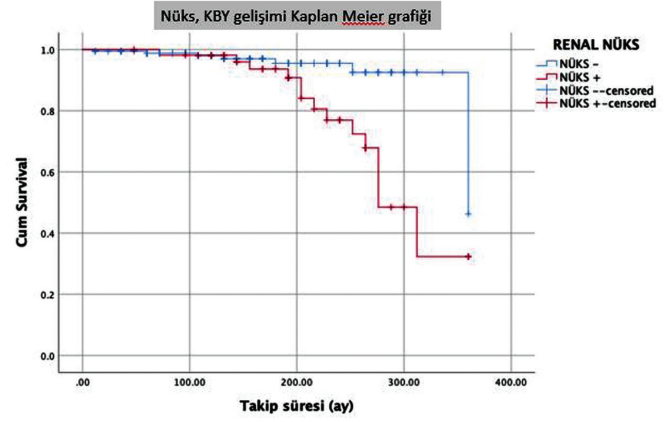
Yöntem: Lupus polikliniğimizden takipli, biyopsi ile doğrulanmış LN'si olan hastalardan verileri tam 235 hasta değerlendirildi. Klinik, laboratuvar ve biyopsilerinin histopatolojik özellikleri ile nüks ve KBY gelişimi arasındaki ilişki araştırıldı; sağkalım belirlendi.

Bulgular: Kohortun %84'ü kadın, ortalama tanı yaşı 29'du. SLE-LN arası ve LN ortalama süreleri sırasıyla 20±41 ve 163±85 aydı. ISN/RPS 2003 sınıflandırmasına göre en sık sınıf 4 (%46) takiben sınıf 5 (%22) nefrit vardı. En sık prezentasyon nonnefrotik proteinüri ve aktif idrar sedimentiydi (%56). Yüzde 55'inin azatiyoprin (AZA), %25'inin mikofenolatmofetil (MMF) idamesindeyken nüks ettiği saptandı (p<0,001). SLE ve LN arasındaki süre 5 yıldan kısa olanlarda nüks %20, uzun olanlarda %42 idi (p=0,007). Nükslerde serözit, antikardiyolipin (aKL) IgM ve biyopsi parametrelerinden glomerüler hiperselülerite sıklığı fazlaydı (p<0,05). İndüksiyonda siklofosamid alanların (n182) 43'ünde, MMF alanların (n14) 1'inde nüks saptandı. Çoklu analizde 5 yıldan sonra LN olması ve idamede AZA'nın nüks riskini arttırdığı saptandı (p=0,001). Nükslerin %24'ünde, etmeyenlerin %4'ünde KBY gelişmişti (p<0,05) (Şekil 1). Nüks sayısının riski değiştirmediği belirlendi. Başlangıç GFR düşüklüğü, idamede AZA; biyopside interstisyel enflamasyon, fibröz kresent, interstisyel fibrozis varlığı, yüksek kronisite (K) indeks (I) skorları

KBY gelişimi için risk faktörüydü ($p<0,05$). Rebiyopsi yapılan 29 hastanın 23'üne nüks nedeniyle biyopsi yapılmış ve 4'ünde KBY gelişmişti. Bu hastaların rebiyopsilerinde KI skoru ve interstisyel enflamasyon şiddeti ilk biyopsilerine göre fazlaydı ($p<0,05$). Rebiyopsilerde sınıf değişim oranı %30'du. Bunların %80'inde majör tedavi değişikliği yapılmış ve %90'ında remisyona elde edilmişti. Kohortta 5, 10 ve 20 yıllık sağkalım sırasıyla %99, %98 ve %93'tü. KBY ve nüks olanlarda sağkalım azalma eğiliminde olsa da olmayanlara göre anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Nüks, biyopside interstisyel enflamasyon ve fibröz kresent varlığı KBY için riski artırmaktadır. Özellikle geç dönem LN'lerinde nüksün daha sık olduğu dikkate alınmalı, idamede AZA yerine MMF tercih edilmeli, indüksiyon tedavisinde de ilk seçenek olabilmelidir. Rebiyopsi böbrek prognozu konusunda bilgi verebilir ve tedavide yönlendirici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, prognoz, histopatoloji



Şekil 1. Nüks, KBM gelişimi Kaplan Meier grafiği