

# Seçilmiş Poster Sunumlar

(SP-001 — SP-024)

## SP-001

### İdiyopatik enflamatuvar miyopatilerde İİM alt grupların ve otoantikör profilinin belirlenmesi

Anna Abbasgholizadeh<sup>1</sup>, Emin Oğuz<sup>2</sup>, Rabia Deniz<sup>1</sup>, Ayşe Engin<sup>3</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>2</sup>, Ahmet Gül<sup>2</sup>, Günnur Deniz<sup>3</sup>, Murat İnanç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

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

<sup>3</sup>*İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Miyozit ilişkili ve miyozit spesifik otoantikörlerin MİA ve MSA İİM hastalarında dağılımını, klinik, tedavi ve takip açısından değerini belirlemek.

**Yöntem:** İİM tanısı ile izlenmekte olan ve 2017 EULAR/ACR kriterlerini karşılayan 69 hasta ve 10 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri dosyalarından elde edildi. Periferik kandan ayrılan serumlar -80 derecede saklandı. İmmünblot yöntemiyle Mi-2 alpha, Mi-2 beta, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 miyozit otoantikörlerinin varlığı Euroimmun kit kullanılarak belirlendi.

**Bulgular:** İİM hastalarının 47'si %68 kadın, ortalama yaş 52,97±14,04; kontrol grubunun 4'ü %40 kadın, ortalama yaş 31,7±5,85 idi. Otoantikörlerden anti-Jo1: 20%29, anti-Ro52: 20 hastada %29, anti-TIF1g: 10 %14,5, Anti-Mi2b: 6 %8,7, anti-MDA5: 4 %5,8, anti-Pmscl75: 4 %5,8, anti-SRP: 4%5,8, anti-NXP2: 2 %2,9, anti-SAE1: 2 %2,9, anti-Pmscl100: 2%2,9, pozitif olarak saptandı. Anti-Mi2a, Ku, Pl12, Ej, Oj otoantikörleri hiçbir hasta veya kontrolde pozitif bulunmadı. Anti-Mi2b pozitif hastalarda deri tutulumu fazla iken; antisentetaz dışı/anti-Ro52 pozitif olan 30 hastada, interstisyel akciğer hastalığı İAH ve artrit sıklığının daha az saptandığı, deri bulgularının daha baskın olduğu gösterilmiştir. Antisentetaz grubu otoantikör varlığında görüldüğü gibi tek başına anti-Ro52 pozitifliğinde de sıklıkla deri bulgularına akciğer tutulumu eşlik etmektedir. Disfaji ve deri bulgularının anti-Ro52'den sonra en sık gözlemlendiği ikinci otoantikör TIF1g olarak saptanmıştır. Malignite varlığında 9 hastadan 2'sinde %22,2TIF1g pozitifdir. Anti-SRP pozitif olan 4 hastadan birinde çoklu immünoşüpresif tedaviye direnç, bir hastada malignite izlendi. Kalsinozis ile seyreden 4 hastadan 2'sinde anti-NXP2 antikör pozitifliği saptandı. Toplam 4 hastada anti-MDA5 otoantikör pozitifliği saptandı. Bu olgularda heliotrop raş, gottron papülü ve V belirtisi anlamlı olarak sık saptandı. Anti-MDA5 pozitifliği olan olguların yarısında İAH izlendi.

**Sonuç:** İİM hastalarında MSA otoantikörler içinde en sık saptadığımız antikör, anti-Jo1 idi. MİA otoantikörler içerisinde en sık saptanan anti-Ro52 idi. MİA ve MSA'ların İİM hastalarında

araştırılması erken tanıda ve hastalığın organ tutulumu, klinik seyri, tedavi ve izlenmesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar, miyopati, otoantikör

## SP-002

### İdiyopatik enflamatuvar miyopati hastalarında pozitron emisyon tomografisi ile kas tutulumu değerlendirilebilir mi? 34 hastanın değerlendirilmesi

Murat Bektaş<sup>1</sup>, Emine Gökür Işık<sup>2</sup>, Emin Oğuz<sup>3</sup>, Fatih Kemik<sup>4</sup>, Anna Abbasgholizadeh<sup>4</sup>, Burak İnce<sup>1</sup>, Zeynep Gözde Özkan<sup>2</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Lale Öcal<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>3</sup>*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van*

<sup>4</sup>*İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** İdiyopatik enflamatuvar miyozit (İİM) hastalarında kas tutulumunun saptanmasında elektromiyografi (EMG) ve kas MRG gibi tanı yöntemleri kullanılmaktadır. İİM hastalarında malignite taraması için F-18 FDG PET/BT kullanılmaktadır ve bu yöntem miyozit değerlendirmesinde de faydalı olabilir.

**Amaç:** Bu çalışmada İİM hastalarında malignite taraması için yapılan PET/BT incelemelerinde kas tutulumunun değerlendirilmesi ve klinik parametreler ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2017 EULAR-ACR sınıflandırma kriterlerini yerine getiren ve aktif dönemde PET/BT yapılan İİM hastaları çalışmaya alındı. PET/BT ile kas tutulumu karaciğer, mediastinal vasküler yapılar (mediastinum) ve lomber longus kası (LLM) ile karşılaştırıldı. Tanısal doğruluğu daha yüksek olan mediastinum FDG uptake'ine göre tek ve çok değişkenli analizler yapıldı.

**Bulgular:** PET/BT sonuçları olan 34 hasta (çalışma grubu) ve İİM dışı 14 malignite tanılı hasta (kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. İİM hastalarının medyan hastalık süresi 12 aydı. İİM ve kontrol grubunda karaciğer, mediastinum ve LLM tutulumları benzerdi; kontrol grubuna göre proksimal ve distal üst ekstremitede (sırasıyla p=0,001, p<0,001) ve proksimal ve distal alt ekstremitede (sırasıyla p=0,003, p<0,001) daha şiddetli kas tutulumu gözlemlendi. Pozitif kas tutulumlarının duyarlılığı ve özgüllüğü karaciğer, mediastinum ve LLM tutulumlarına göre sırasıyla %37,1 ve %100, %65,7 ve %92,9, %91,4 ve %7,1 idi (Tablo 1). Yüksek CK, LDH ve CRP düzeyleri (sırasıyla p=0,026, p=0,028 ve p=0,032) ve pozitif kas MR (p=0,04; OR: 4,1) PET/BT kas tutulumuyla ilişkili bulundu. PET/BT pozitifliği ile kas MR bulguları arasında uyum görüldü (κ=0,412; p=0,04) (Tablo 2). İİM (DM vs PM) ve otoantikör alt grupları, PET/BT pozitifliğiyle

ilişkili bulunmadı. Çok değişkenli analizde, yüksek CRP ( $p=0,017$ , GA %95: 1,03-1,36, OR: 1,18) ve LDH ( $p=0,029$ , GA %95: 1,001-1,017, OR: 1,01) düzeyleri PET/BT pozitifliği ile ilişkiliydi. Bazal kas gücü ( $r=-0,411$ ,  $p=0,04$ ) ile kas tutulumu şiddeti ters korelasyon göstermekteydi.

**Sonuç:** Aktif İİM hastalarda medyan PET/BT ile kas tutulumu kontrol grubuna göre belirgindir ve karaciğer ve mediastinuma göre artış anlamlıdır. Bazal LDH ve CRP düzeyleri FDG değerleri ile korelasyon göstermektedir. PET/BT’de kas tutulumu için en iyi tanısal doğruluk mediastinal vasküler yapılar göre bulunmuştur. PET/BT, İİM hastalarında kas aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik enflamatuvar miyozit, PET/BT, kas tutulumu, CK

**Tablo 1.** İİM ve kontrol grubu arasında PET/BT bulgularının karşılaştırılması

Klinik değişkenler	İİM (n=34)	Kontrol grubu (n=14)	p değeri
Karaciğer (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	3,1 $\pm$ 1,2 (0,38-7,30)	3,6 $\pm$ 0,55 (2,6-4,6)	0,14
Mediastinum (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	2 $\pm$ 0,85 (0,3-5,2)	2,1 $\pm$ 0,36 (1,4-2,8)	0,7
Lumbal longus kası (LLM) (SUV-maks) (ortalama $\pm$ SS; range)	1,28 $\pm$ 0,6 (0,15-2,7)	1,13 $\pm$ 0,3 (0,7-1,6)	0,4
Proksimal üst ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,7	1,15	0,001*
Distal üst ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,7	1,2	0,036*
Proksimal alt ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,8	1,3	0,003*
Distal alt ekstremite (SUV-maks) (medyan)	1,9	1,2	<0,001*
Kas PET/BT pozitifliği (n, %)			
Karaciğer uptake göre	13 (37,1)	0	0,01† (OR: 7,1)
Mediastinum uptake göre	23 (65,7)	1 (7,1)	<0,001† (OR: 13,7)
LLM uptake göre	32 (91,4)	13 (92,9)	0,9

İİM: İdiyopatik enflamatuvar miyozit, SS: Standart sapma, SUV-maks: Standartlaştırılmış alım değeri-maksimum, PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi, LLM: Lumbal longus kası \*Mann-Whitney U testi, † Fischer’s exact testi

**Tablo 2.** PET/BT bulgularına göre İİM’li hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin tek değişkenli analizi

Klinik ve laboratuvar değişkenler	Pozitif PET-BT	Negatif PET-BT	p değeri
Tanı			
Dermatomyozit	15 (60)	10 (40)	0,2
Polimiyozit	7 (87,5)	1 (12,5)	
Kas güçsüzlüğü			
Evet	17 (77)	5 (23)	0,4
Hayır	5 (63)	3 (38)	
EMG			
Miyozitle uyumlu	15 (78,9)	4 (21,1)	-0,047** (p=0,8)
Miyozitle uyumlu değil	5 (83,3)	1 (16,7)	
Malignite			
Evet	7 (70)	3 (30)	1
Hayır	16 (70)	7	
Pozitif kas MR			
Evet	16 (88,9)	2 (11,1)	0,412** (OR: 4,1) (p=0,04)
Hayır	3 (50)	3 (50)	
Pozitif kas biyopsisi			
Evet	8 (88,9)	1 (11,1)	0,418** (p=0,1)
Hayır	2 (50)	2 (50)	
Bazal CK düzeyi (U/L) (medyan)	1264	115	0,026*
Bazal LDH düzeyi (U/L) (medyan)	589	301	0,028*
Bazal ESH düzeyi (mm/sa) (medyan)	22	22	0,6
Bazal CRP düzeyi (mg/L) (medyan)	11	2	0,032*

† Fischer’s exact testi, \*Mann-Whitney U testi, \*\*kappa testi SS: Standart sapma, CK: Kreatinin kinaz, ESH: Eritrosit sedimantasyon oranı, CRP: C-reaktif protein, MR: Manyetik rezonans görüntüleme

## SP-003

### Sistemik lupus eritematozus hastalarında COVID-19 enfeksiyonunun seyri ve hastalık alevlenmesi ile ilişkisi

Cansu Akleylek<sup>1</sup>, Ayten Yazıcı<sup>2</sup>, Öznur Sadioğlu Çağdaş<sup>2</sup>, Selime Ermurat<sup>3</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>4</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>5</sup>, Selda Çelik<sup>6</sup>, Derya Kaşkari<sup>7</sup>, Burcu Yağız<sup>8</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

<sup>4</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>5</sup>İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>6</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>7</sup>İstanbul Başkent Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>8</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyon

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında enfeksiyonlar en sık ölüm nedenlerinden birini teşkil etmektedir. Lupusta hem SARS-CoV-2'nin reseptörü olan *angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2)* geninin yüksek oranda ekspres edilmesinin, hem de hastaların birçoğunda gözlenen artmış Tip 1 interferon sinyalinin COVID-19'un seyrini etkileyebileceği düşünülmektedir. Viral enfeksiyonların lupus alevlenmesine yol açabilmesi nedeniyle COVID-19'un hastalık seyri üzerine etkisi de bir başka merak konusudur. Çalışmamızın amacı COVID-19 gelişen SLE hastalarında enfeksiyon seyrini ve hastalık alevlenmesi riskini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Retrospektif dizayn edilen çok merkezli gözlemsel çalışmaya, Ocak 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında COVID-19 geçiren, 1997 ACR kriterlerine göre SLE tanısı almış 70 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ile COVID-19 seyirleri kaydedildi. Lupus hastalık aktivitesi, COVID-19 enfeksiyonu öncesi ve 1-6 ay sonrasında SLEDAI-2K kayıtları kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların (K/E: 64/6) ortalama yaşları 42,2±12 yıl idi. Majör organ tutulumu 51 (%73) hastada mevcuttu, 62 hasta hidrosiklorokin, 43 kortikosteroid, 41 immünosüpresif ve 5 biyolojik ilaç kullanıyordu. Hastaların yarısının eşlik eden komorbiditesi mevcuttu. COVID-19 tablosu, 49 (%70) hastada evde takip edilebilen hafif bulgular ile izlenirken, 21 (%30) hastada hastane yatışı gerektiren pnömoni [16 (%22) hastada oksijen desteği gereksinimi] tablosu gözlemlendi ve 1 (%1,4) hasta kaybedildi. COVID-19 seyrini etkileyen faktörlerin analizinde yaş (p=0,001) ve steroid kullanımının (p=0,003) hastanede yatış gerektiren hastalık tablosu gelişimi ile ilgili bağımsız risk faktörleri olduğu tespit edildi. COVID-19 enfeksiyonu öncesi SLEDAI-2K skoru 4 (IQR: 1,5-6) saptandı, bu skorlamaya göre 17 (%24) hasta inaktif, 34 (%48,5) hafif aktif, 10 (%14) orta aktif, 6 (%8,5) yüksek aktif ve 3 (%4) çok yüksek aktif idi. COVID-19 sonrası 80. gün

(IQR:60-90) yapılan değerlendirmede; 14 (%20) hastada SLEDAI-2K skoruna göre alevlenme olduğu görüldü.

**Sonuç:** Çalışmamızda COVID-19'un lupus hastalarının %30'unda hastane yatışı gerektirdiğini ve bunun yaş ve steroid kullanımı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan enfeksiyon sonrası hastaların %20'sinde lupus alevlenmesine rastlanmıştır. COVID-19 ve hastalık alevlenmesi ilişkisinin daha geniş ölçekli çalışmalarla irdelenmesi gerekli görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, hastalık aktivitesi, sistemik lupus eritematozus

## SP-004

### Sistemik sklerozis hastalarında pulmoner fibrozisin akciğer bilgisayarlı tomografi görüntülerinde makine öğrenmesi ile yöntemi kullanılarak saptanması

Duygu Temiz Karadağ, Özgür Çakır, Senar Şan, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

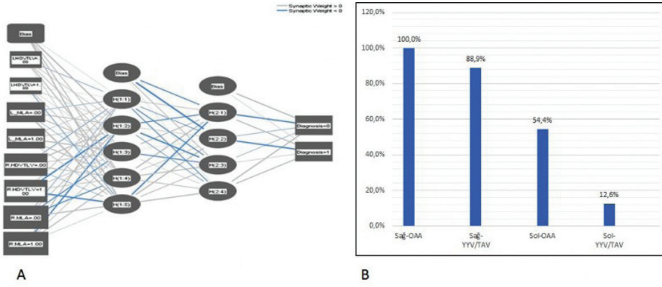
**Amaç:** Sistemik sklerozis (SSk) ilişkili pulmoner fibrozis (PF) SSk'ya bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. PF'nin yaygınlığı prognozu belirleme ve tedaviye karar verme açısından önemlidir. YÇBT görüntülerde fibrozisin tanınması ve yaygınlığının saptanması günümüzde radyolog tarafından yapılan semi-kantitatif görsel değerlendirilmeye dayanmaktadır. Ancak, görsel değerlendirme, tecrübe gerektiren ve değerlendiriciler arasında yüksek değişkenlik gösteren bir yöntemdir. Çalışmamızın amacı, makine öğrenmesi yöntemi ile kantitatif BT parametrelerini kullanarak SSk hastalarında PF'yi saptayacak bir model geliştirmektir.

**Yöntem:** SSk hastalarının (94 PF olmayan ve 41 PF olan) YÇBT görüntüleri Vitrea® Advanced Visualization yazılımı ile analiz edildi. Sağ ve sol akciğerler için ortalama akciğer atenüasyonu (OAA), skewness, kurtosis, akciğer hacmi, düşük-, orta- ve yüksek-yoğunluklu akciğer volümleri akciğer atenüasyon eğrisi kullanılarak elde edildi. PF olan ve olmayan SSk hastalarını ayırmada en yüksek önemliliğe sahip değişkeni bulmak ve tahminlemek için test edilen modeller arasından en başarılı Neural Network (Multilayer Perceptron) bulundu ve analizde kullanıldı. Optimizasyon algoritması için Gradien descent, hidden layer aktivasyon fonksiyonu olarak Hyperbolic tangent, output Layer aktivasyon fonksiyonu olarak identity kullanıldı. Training set seçimi için Mini-Batch yöntemi kullanılmış olup %70 Training set %30 Testing set olarak ayarlandı.

**Bulgular:** Ortalama sağ ve sol akciğer atenüasyonu, sağ ve sol sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü PF olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı olarak farklı saptandı (p<0,001). Bu parametrelerin kullanıldığı Neural Network analizi sonucu oluşturulan model PF olmayan hastaları %85,7 ve PF olanları %87,5 oranında doğrulukla tespit etti. Kullanılan parametrelerden sağ OAA %100 (en yüksek) ve sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümünün %12,6 (en düşük) oranlarında modeli desteklediği saptandı.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucu, SSK hastalarında kantitatif yöntemle elde edilen parametrelerin SSK hastaları arasında PF olan ve olmayan grubu yüksek doğrulukla ayırabildiğini göstermiştir. Makine öğrenmesine dayanan bu yöntem, değerlendiriciler arasında değişkenliğin yüksek olduğu semi-kantitatif görsel değerlendirme yönteminin kısıtlılıklarının önüne geçerek SSK'da PF'nin yüksek doğrulukla saptanmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, pulmoner fibrozis, bilgisayarlı tomografi, makine öğrenmesi



**Figür 1.** Makine öğrenmesi sırasında kullanılan Neural Network yönteminin şematik gösterimi ve Neural Network (Multilayer Perceptron) analizinde kullanılan değişkenlerin modele katkısı (A) Hidden layer activation function: hyperbolic tangent; output layer activation function: identity; (B) modelde kullanılan parametreler

**Tablo 1.** PF olan ve olmayan hastaların akciğer BT ölçümlerinin karşılaştırılması

	PF yok n=94	PF var n=41	p
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	-806±65,2	-740±80	<0,001
Sağ akciğer skewness	2,33±0,73	2,01±0,69	0,009
Sağ akciğer kurtosis	8,75±5,02	7,49±5,20	0,042
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	420±446	254±308	0,042
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	1377±441	987±451	<0,001
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	494±177	625±215	<0,001
Sağ total akciğer volümü	2292±578	1866±581	<0,001
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	-789±64,5	-719±74,4	<0,001
Sol akciğer skewness	1,93±0,60	1,48±0,53	<0,001
Sol akciğer kurtosis	6,38±3,09	4,54±2,10	<0,001
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	367±383	221±271	0,037
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	1170±433	805±402	<0,001
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	526±251	620±289	0,028
Sol total akciğer volümü	2053±631	1646±592	<0,001

**Tablo 2.** Pulmoner fibrozisi tahmin etmekte kullanılan kantitatif BT parametreleri

Değişkenin önemi	Örneklem (Holdout)	Predicted		
		PF yok	PF var	Percent Correct
Bağımsız değişken	Normalize önem			
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	%100,0 Training (%70)	49	17	%74,2
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü	%88,9	PF yok 7	18	%72
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	%54,4	PF var %61,5	%38,5	%73,6
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü/total akciğer volümü	%12,6	Overall Percent		
	Testing (%30)			
PF yok		24	4	%85,7
PF var		2	14	%87,5
Overall percent		%59,1	%40,9	%86,4

## SP-005

### Günlük pratikte polimiyaljiya romatika tanısında 2012 ACR/EULAR PMR kriterlerinin kullanılabilirliği ve ultrasonografinin yeri

Güllü Sandal Uzun, Emre Bilgin, Gözde Kübra Yardımcı, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Umut Kalyoncu, Ş. Şule Arpaş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Ömer Karadağ

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

**Amaç:** Muskuloskeletal ultrasonografi (MUS), günlük romatoloji pratiğinde birçok hastalıkta kullanılmaktadır. 2012 ACR/EULAR provizyonel Polimiyaljiya Romatika (PMR) sınıflandırma kriterlerinde, ek kriter olarak ultrasonografik bulgular da yer almaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde takipli PMR hastalarının tanısında MUS'un yerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜVAM) prospektif veritabanına kayıtlı PMR tanılı hastalar dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve varsa MUS bulguları kaydedilerek 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırma kriterlerini karşılama durumları incelendi.

**Bulgular:** HÜVAM veri tabanına kayıtlı toplam 94 PMR tanılı hastanın 18'i, 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırmasının zorunlu 4 kriterin ait verilerin eksikliği nedeniyle çalışmadan dışlandı. Analize dahil edilen 76 hastanın [kadın:52 (%68,4)] ortalama tanı yaşı 67 (±7,7) yıl idi. On dokuz (25%) hastada dev hücreli arterit PMR'ye eşlik ediyordu. MUS dışı zorunlu 4 kriter üzerinden değerlendirildiğinde 46 (%60,5) hasta sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. 19 DHA+PMR hastasının ise sadece 4 (%21,0) tanesi sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. MUS



toplam 14 (%18,4) hastada yapılmıştı. DHA+PMR hastalarının sadece 2'sinde (%10,5), izole PMR hastalarının 12'sinde (%21,1) MUS yapıldığı görüldü (Tablo 1). MUS yapılan 14 hastanın 9'u sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu ve MUS kriteri ile ek olarak sadece 1 hastanın daha kriterleri sağladığı görüldü. İzole PMR ve PMR+DHA grupları arasındaki kriterleri incelediğimizde sabah tutukluğunun anlamlı olarak izole PMR grubunda fazla idi. (<0,001) İzole PMR grubundaki hastaların 2012 ACR/EULAR provizyonel PMR sınıflandırma kriterlerini karşılama sıklığı PMR+DHA grubundaki hastalara göre anlamlı oranda yüksekti (<0,001).

**Sonuç:** PMR kohortumuzdaki hastaların %61'u zorunlu 4 kriter gere sınıflandırma kriterlerini karşılamaktaydı. DHA+PMR hastalarında ise bu oran çok daha düşüktü. MUS PMR hastalarının dörtte birinden azında kullanıldığı ve DHA birlikteliğinde bu oranın daha da düşük olduğu görüldü. Omuz ve kalça US, bölgesel anatomik zorluklar ve bu konuda yetersiz eğitim/tecrübe nedeniyle daha az yapılmış olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Polimiyalji romatica, ACR/EULAR 2012 kriterleri, dev hücreli arterit

Tablo 1. PMR hastalarının demografik, klinik ve ultrasonografi özellikleri	
Parametreler	
Yaş, yıl *	67 (7,7)
PMR+DHA **	19 (25)
Konstitüsyonel semptomlar (N=70)**	57 (81)
Sabah tutukluğu $\geq$ 45 dk (N=64)**	57 (89)
Kalça ağrısı veya eklem hareket kısıtlılığı (N=63)**	57 (90)
RF/ACPA negatifliği (N=65)**	60 (92)
Diğer eklem tutulumu yokluğu (N=42) **	38 (90)
Laboratuvar testleri*	
• Sedimentasyon (mm/saat)	55,7 (26)
• CRP (mg/dL) (IOR)	3,1 (1,1-23,2)
• Lökosit (/mm <sup>3</sup> )	8,9 (2,4)
• Hb (gr/dL)	12,5 (1,5)
• Trombosit ( $\times 10^3$ /mm <sup>3</sup> )	301 (148)
MUS sonuçları (N=19)**	
• Normal	4 (28,6)
• Bilateral Omuz (sinovit, bursit veya tendinit)	5 (35,7)
• Unilateral omuz+kalça (sinovit, bursit veya tendinit)	5 (35,7)
* ortalama ( $\pm$ standart sapma)	
** n (%)	
DHA: Dev hücreli arterit, PMR: Polimiyalji romatika	

**Tablo 2.** İzole PMR ve DHA+PMR hastalarının demografik ve klinik özelliklerini karşılaştırılması

	İzole PMR (n=57)	PMR +DHA (n=19)	p
Tanı Yaşı	65,7 (6,3)	68,7 (7,9)	0,13
Cinsiyet, kadın	36 (63,2)	16 (84,2)	0,09
Sabah tutukluğu $\geq$ 45 dk (N=64)	51 (96,2)	6 (54,5)	<0,001
Kalça ağrısı veya eklem hareket kısıtlılığı (N=63)	48 (90,6)	9 (10,0)	0,96
RF/ACPA negatifliği (N=65)	46 (93,9)	14 (87,5)	0,40
Diğer eklem tutulumu yokluğu (N=41)	35 (94,6)	3 (75,0)	0,27
2012 kriterlerini karşılama	42 (73,7)	4 (21,1)	<0,001
MUS			
• Normal	4		
• Bilateral omuz	4		
• Unilateral omuz+kalça	4	2	

## SP-006

### Sistemik sklerozis ilişkili interstisyel akciğer hastalığında tedavi yanıtını izlemede bilgisayarlı tomografiye dayalı yeni parametreler

Duygu Temiz Karadağ, Özgür Çakır, Fatma Tuncer, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

**Amaç:** İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), Sistemik sklerozis (SSk) hastalarında sık görülen ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Günümüzde, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) SSk-İAH'nin tanısında, tedaviye karar vermede ve tedavinin takibinde kullanılan başlıca yöntemdir. Çalışmamızın amacı, bilgisayarlı tomografi görüntülerini otomatik yazılımlarla analiz ederek SSk-İAH nedeniyle immüno-supresif tedavi verilen hastaların takibinde kullanılacak yeni kantitatif parametreleri araştırmaktır.

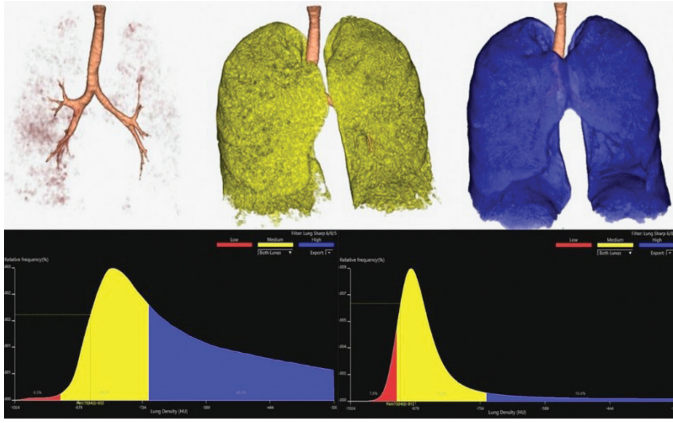
**Yöntem:** Çalışmaya SSk-İAH nedeniyle tedavi gören 78 SSk hastasının içerisinde tedavinin başlangıcında ve takipleri sırasında YÇBT ve solunum fonksiyon testi sonuçlarına ulaşılabilen 35 hasta dahil edildi. Hastaların YÇBT görüntüleri Vitrea® Advanced Visualization yazılımı ile analiz edildi. Akciğer atenuasyon eğrisi kullanılarak sağ ve sol akciğerler için ortalama akciğer atenuasyonu (OAA), düşük-, orta- ve yüksek-yoğunluklu akciğer volümleri, akciğer hacimleri, düşük dansite (DD) indeksi ve yüzde dansite 15 (YD15) elde edildi. Elde edilen parametrelerin zaman içerisindeki değişimi ve SSk-İAH hastalarında tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılan FVC ve DLCO testleri ile arasındaki ilişki incelendi.

**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların %82,9'u kadın, %63'ü diffüz deri tutulumlu, hastalık süresi  $8,13 \pm 5,96$  yıl ve ortalama yaş  $53,8 \pm 9,96$  idi. Takip FVC, DLCO ve tüm BT parametrelerinde (fibrozis yaygınlık skoru dışında) tedavi öncesine göre bir değişim saptanmadı. Başlangıç ve takipte DLCO'nun BT parametrelerinden hiçbirisi ile korelasyon göstermediği, ancak FVC'nin hem başlangıçta hem de takipte sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü, sağ ve akciğer hacmi,

sağ ve sol akciğer ortalama atenüasyonu ve fibrozis yaygınlığı ile ilişkili olduğu saptandı. Ayrıca takip FVC ile sağ/sol düşük-yoğunluklu akciğer volümleri, DD indeksi ve YD 15 arasında başlangıçta olmayan bir korelasyon ortaya çıktığı görüldü.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucunda, tedavi altındaki SSk-İAH hastalarında hem başlangıç hem de takip FVC ile anlamlı korelasyon gösteren kantitatif YÇBT parametreleri saptanmıştır. Sonuçlarımız, SFT gibi hasta kooperasyonundan ve semi-kantitatif görsel değerlendirmeye dayanan fibrozis yaygınlık skoru gibi değerlendiriciler arasındaki değişkenlikten etkilenmeyen objektif parametrelerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik sklerozis, interstisyel akciğer hastalığı, bilgisayarlı tomografi



**Figür 1.** Akciğer segmentasyonu ve atenüasyon eğrileri

**Tablo 1.** Tedavinin başlangıç ve takipte ayında takip parametrelerindeki değişim

	Başlangıç	Takip	p
FVC	86,3±16,7	79,7±13,9	0,198
DLCO	58,8±27,3	50,5±13,9	0,300
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	160±326	178±328	0,308
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	1331±677	1377±600	0,448
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	555±199	508±161	0,136
Sağ akciğer hacmi	1491±817	1554±699	0,453
Sağ akciğer DD indeksi	7,39±12,2	9,09±15,2	0,313
Sağ akciğer YD15	125±51,2	108±41,3	0,084
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	136±323	192±413	0,108
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	1103±584	1110±484	0,670
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	491±171	482±217	0,238
Sol akciğer hacmi	1240±708	1302±602	0,335
Sol akciğer DD indeksi	7,96±13,1	10,9±18,2	0,188
Sol akciğer YD15	121±55,3	107±48	0,166
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	-702±140	-742±67	0,061
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	-713±91,6	-733±72	0,130
Fibrozis yaygınlık skoru	29,9±13,7	35,8±13,2	<0,001

*Düşük dansite indeksi, DD indeksi; yüzde dansite 15, YD15*

**Tablo 2.** Başlangıç ve takip parametrelerin FVC ve DLCO ile BT parametrelerinin ilişkisi

	FVC		Takip		DLCO		Takip	
	Başlangıç		Başlangıç		Başlangıç		Başlangıç	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Sağ düşük-yoğunluklu akciğer volümü	0,291	0,213	0,656	0,002	-0,108	0,624	0,002	0,994
Sağ orta-yoğunluklu akciğer volümü	0,604	0,005	0,571	0,009	0,263	0,226	0,259	0,245
Sağ yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	-0,617	0,004	-0,416	0,068	-0,197	0,367	-0,208	0,352
Sağ akciğer hacmi	0,613	0,004	0,735	<0,001	0,205	0,348	0,350	0,110
Sağ akciğer DD indeksi	0,255	0,278	0,571	0,009	-0,138	0,532	-0,59	0,110
Sağ akciğer YD15	-0,337	0,146	-0,659	0,002	0,013	0,952	-0,118	0,602
Sol düşük-yoğunluklu akciğer volümü	0,263	0,262	0,658	0,002	-0,151	0,490	0,007	0,976
Sol orta-yoğunluklu akciğer volümü	0,586	0,007	0,390	0,090	0,248	0,250	0,337	0,125
Sol yüksek-yoğunluklu akciğer volümü	-0,605	0,005	-0,401	0,080	-0,73	0,742	-0,150	0,506
Sol akciğer hacmi	0,643	0,002	0,645	0,002	0,146	0,507	0,381	0,080
Sol akciğer DD indeksi	0,110	0,645	0,612	0,004	-0,191	0,383	-0,50	0,826
Sol akciğer YD15	-0,330	0,156	-0,664	0,001	0,065	0,769	-0,119	0,599
Sağ ortalama akciğer atenüasyonu	-0,769	<0,001	-0,791	<0,001	-0,203	0,341	-0,329	0,135
Sol ortalama akciğer atenüasyonu	-0,813	<0,001	-0,735	<0,001	-0,187	0,381	-0,255	0,247
Fibrozis yaygınlık skoru	-0,741	<0,001	-0,485	0,030	-0,326	0,120	-0,547	0,008

## SP-007

### Primer sjögren sendromu olan hastalarda tükürük bezlerinin OMERACT ultrasonografi puanlarının tükürük akış hızı ile ilişkisi

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Kerem Abacar<sup>2</sup>, İmren Aydın Tatlı<sup>3</sup>, Filiz Türe Özdemir<sup>3</sup>, Meral Yay<sup>4</sup>, Farida Fortune<sup>5</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

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

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

<sup>5</sup>Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; primer Sjögren sendromu (pSS) olan hastalarda, tükürük akış hızı ile tükürük bezlerinin Outcome Measures in Rheumatology ultrasonografi (OMERACT US) puan ilişkisinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırmaya, 58 pSS'li hasta (K/E: 54/4; yaş ort.: 52,49±11,9 yıl) katıldı. Hastaların uyarılmış ve uyarılmamış tükürük akış hızları ile parotis ve submandibuler tükürük bezlerinin OMERACT US puanları (0: normal-3 puan: yoğun homojenite kaybı) çift-kör olarak değerlendirildi. Uyarılmamış tükürük akış hızlarına göre, "Ağız Kuruluğu" olan ( $\leq 0,1$  mL/dak; n=22) ve "Tükürük Akış Hızı Azalan" (n=36) ( $>0,1$  mL/dak-  $<0,4$  mL/dak) gruplar tanımlandı. "Ağız Kuruluğu"nu yansıtan en iyi OMERACT US puanının belirlenmesi için ise ROC analizi yapıldı.

**Bulgular:** Parotis (2,15±2,29) ve submandibuler (3,06±1,91) tükürük bezlerinin OMERACT US puanlarının, uyarılmamış (0,41±0,55 mL/dak) ve uyarılmış (1,05±0,87 mL/dak) tükürük akış hızları ile ilişkili olduğu belirlendi (p<0,05). "Ağız Kuruluğu" olan hastalarda parotis (sağ: 2,0±1,05; sol: 2,0±1,0) ve submandibular bezlerin (sağ: 2,15±0,79, sol: 2,24±0,76) OMERACT US puanlarının, "Tükürük Akış Hızı Azalan" gruba göre (parotis: 0,55±0,86; 0,58±0,88; submandibuler: 1,18±0,87; 1,16±0,86) yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,000). ROC analizinde; "Ağız Kuruluğu" olan grup için, OMERACT US puanının "2" olmasının sınır değeri belirlendi (parotis: AUC: 0,834, submandibuler: AUC: 0,781). OMERACT US puanının  $\geq 2$  olma oranı, sağ ve sol parotis bezlerinde %72,7 (n=16) ile %77,3 (n=17) olarak belirlendi. Submandibular bezlerde bu oranın solda %77,3 (n=17), sağda ise %72,7 (n=16) olduğu görüldü. "Tükürük Akış Hızı Azalan" hastalarda ise bu oranların sağ ve sol parotis bezlerinde %19,4 (n=7) ile %22,2 (n=8) olduğu, submandibular bezlerde ise solda %27,8 (n=10), sağda %25 (n=9) olduğu da görüldü. "Ağız Kuruluğu" olan grupta bezlerde tutulum oranlarının "Tükürük Akış Hızı Azalan" gruptan yüksek olduğu saptandı (p=0,000).

**Sonuç:** "Ağız Kuruluğu" olan hastaların tükürük bezlerinin OMERACT US puanlarının "2 puan ve üzerinde olma" oranı yüksekti ve bezlerin benzer şekilde etkilendiği görüldü. "Tükürük Akış Hızı Azalan" hastalarda ise submandibular bezlerin öncelikli olarak süreçten etkilenebildiği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Primer sjögren sendromu, OMERACT US, tükürük akış hızı

## SP-008

### Eritrosit sedimentasyon hızını 100 ve üzerine çıkararak romatolojik hastalıklar

Zehra Özsoy<sup>1</sup>, Emre Bilgin<sup>1</sup>, İmdat Eroğlu<sup>2</sup>, Seren Aksun<sup>2</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Geçmiş dönemde yapılan bir çalışmada ESH  $\geq 100$  mm/sa üzerinde olan hastaların büyük çoğunluğunu enfeksiyon (%33), malignite (%17) ve enflamatuvar hastalıklar (%14) oluşturmaktaydı. Bununla birlikte, son dönemde değişen tanı ve tedavi dinamiklerinin bu dağılıma nasıl etki ettiği önemli bir araştırma sorusudur.

**Yöntem:** Bu retrospektif bir çalışmada Hacettepe Üniversitesi Hastanesi veri tabanını kullanılmıştır. 2015-2020 yılları arasında ESR  $\geq 100$  olan yatan/ayaktan hastalar belirlendi. Bu hastalar içinden romatolojik tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar 3 gruba ayrıldı: yeni tanı romatizmal hastalık, tanıli romatizmal hastalığın alevlenmesi veya romatizmal hastalığı olan bir hastada gösterilmiş enfeksiyon. Romatizmal hastalık tanısı, tedavi eden hekimin görüşü, tıbbi öykü, laboratuvar, görüntüleme testleriyle doğrulandı. Romatolojik tanıları: enflamatuvar artritler, vaskülitler, bağ doku hastalıkları ve Still hastalığı olarak sınıflandırıldı.

**Bulgular:** ESH  $\geq 100$  ile başvuran 2.442 hasta saptandı. Bu hastalardan romatolojik tanısı doğrulanan toplam 311 (%12,7) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 204'ü (%65,5) kadın, ortalama yaşları 52,0±17,5'ti. 86 (%27,7) hasta yeni tanı, 111 (%35,7) hasta hastalık aktivasyonu ve 114 (%36,6) hasta enfeksiyon grubuna dahil edildi. Romatolojik tanı gruplarından en sık enflamatuvar artritler [180 (%57,9)] saptanırken, vaskülitler [73 (%23,5)], bağ doku hastalıkları [44 (%14,1)] ve Still hastalığı [14 (%4,5)] takip etmektedir. Yeni tanı grubunda vaskülitler [41 (%47,7)] ön plandayken, hastalık aktivasyonu ve enfeksiyon grubunda enflamatuvar artritler ağırlıklıydı [sırasıyla 92 (%82,9), 61 (%53,5)]. Enflamatuvar artritlerin içinde en sık romatoid artrit [96/180 (%53,3)], vaskülitler içinde en sık büyük damar vaskülitleri ve/veya PMR [39/73 (%53,4)], bağ dokusu hastalıkları içinde en sık SLE [22/44 (%50,0)] saptanmıştır. Diğer dikkat çekici nokta bağ doku hastalıkları grubunda büyük bir hasta grubunun [28/44 (%63,6)] takipte ortaya çıkan enfeksiyon nedeniyle çalışmaya dahil olmasıdır. Çalışmaya dahil olan 14 Still hastasının 9'unda (%64,3) tanı anında ESR  $\geq 100$  olması da dikkat çekicidir.

**Sonuç:** FUE'ya benzer şekilde ESH  $\geq 100$  olan hastalarda romatolojik hastalıklar malignite ve enfeksiyonlardan sonra yer almaktadır. Vaskülitler özellikle yeni tanı konulan hastalar arasında önemli yer tutarken, enflamatuvar artritler takipte hastalık alevlenmesi veya enfeksiyon gelişen grupta önemli yer tutmaktadır. Ayrıca, bağ dokusu hastalığı grubunda seyirde gelişen enfeksiyonlar ön plana çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Eritrosit sedimentasyon hızı, enflamatuvar artritler, vaskülit, alevlenme, enfeksiyon

**Tablo 1.** Yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ile başvuran romatolojik hastalıkların dağılım ilişkisi

Romatolojik Hastalıklar	Tüm Hastalar n = 311	Yeni Tanı Romatolojik Hastalıklar N = 86 (%27,7)	Romatolojik Hastalık Aktivasyonu n = 111 (%35,7)	Romatolojik Hastalıkta Enfeksiyon n = 114 (%36,6)	p*
<b>Kadın, n (%)</b>	204 (65,5)	56 (65,1)	85 (76,6)	63 (55,3)	<b>0,003</b>
<b>Yaş, (ort ±SS), yıl</b>	52,0 ± 17,5	53,4 ± 17,7	48,1 ± 17,5	54,5 ± 16,7	<b>0,014</b>
<b>İnflamatuvar Artritler</b>	180 (57,9)	27 (31,3)	92 (82,9)	61 (53,5)	<b>&lt;0,001</b>
Romatoid artrit	96 (30,9)	13 (15,1)	56 (50,5)	27 (23,7)	
Gut-kristal artrit	13 (4,2)	5 (5,8)	2 (1,8)	6 (5,3)	
Spondiloartrit	58 (18,7)	8 (9,3)	30 (27,0)	20 (17,5)	
JIA	4 (1,3)	0	2 (1,8)	2 (1,8)	
AAA	9 (2,9)	1 (1,2)	2 (1,8)	6 (5,3)	
<b>Vaskülit ve ilişkili Hastalıklar</b>	73 (23,5)	41 (47,7)	11 (9,9)	21 (18,4)	<b>&lt;0,001</b>
BDV + PMR	39 (12,5)	25 (29,1)	7 (6,3)	7 (6,1)	
AAV	18 (5,8)	7 (8,1)	2 (1,8)	9 (7,9)	
Diğer KDV	3 (1,0)	0	0	3 (2,7)	
Poliarteritis nodoza	3 (1,0)	2 (2,3)	1 (0,9)	0	
Behçet sendromu	3 (1,0)	1 (1,2)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Romatoid vaskülit	1 (0,3)	1 (1,2)	0	0	
IgG4-ilişkili hastalık	5 (1,6)	5 (5,8)	0	0	
Serebral Vaskülit	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
<b>Bağ Dokusu Hastalıkları</b>	44 (14,1)	9 (10,4)	7 (6,3)	28 (24,5)	<b>&lt;0,001</b>
SLE	22 (7,0)	5 (5,8)	5 (4,5)	12 (10,5)	
Sistemik skleroz	7 (2,2)	1 (1,2)	1 (0,9)	5 (4,4)	
Sarkoidoz	5 (1,6)	2 (2,3)	0	3 (2,6)	
Sjogren sendromu	3 (1,0)	0	0	3 (2,6)	
Miyozit	2 (0,6)	0	0	2 (1,8)	
Overlap sendromu	1 (0,3)	0	1 (0,9)	0	
Relapsing Polikondrit	2 (0,6)	1 (1,2)	0	1 (0,9)	
Retro. fibrozis	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
Granulomatos Mastit	1 (0,3)	0	0	1 (0,9)	
<b>Erişkin Still Hastalığı</b>	14 (4,5)	9 (10,5)	1 (0,9)	4 (3,50)	<b>0,03</b>

AAA: Ailesel Akdeniz ateşi, AAV: ANCA asosiy vaskülit, BDV: Büyük damar vaskülit, JIA: Juvenil idiyopatik artrit, KDV: Küçük Damar Vaskülit, PMR: Polimiyalji romatika, SLE: Sistemik lupus eritematozus

\*p değerleri tek grupta Ki-kare testi ile hesaplanmış olup hastalık grupları içinde çalışma gruplarının (yeni tanı, alevlenme ve enfeksiyon) sıklıkları karşılaştırılmıştır. Yüzdeler, sütun yüzdesidir.

## SP-009

### Psöriazisli hastalarda psoriatik artrit tarama araçlarında kullanılan parametrelerin performansı: Sistematik literatür taraması

Gizem Ayan<sup>1</sup>, Gerçek Can<sup>2</sup>, Murat Bektaş<sup>3</sup>, Ayşe Özdede<sup>4</sup>, Neslihan Akdoğan<sup>5</sup>, Başak Yalıcı Armağan<sup>5</sup>, Eda Öksüm Solak<sup>6</sup>, Serkan Yazıcı<sup>7</sup>, Gülen Hatemi<sup>4</sup>, Esra Özsoy Adışen<sup>8</sup>, Nilgün Atakan<sup>9</sup>, Emel Bülbül Başkan<sup>7</sup>, Murat Borlu<sup>6</sup>, Burhan Engin<sup>10</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>4</sup>, Murat İnanç<sup>3</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>4</sup>, Savaş Yaylı<sup>11</sup>, Umur Kalyoncu<sup>1</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>7</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

<sup>8</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>9</sup>Dermatoimmünoloji ve Allerji Derneği Başkanı

<sup>10</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>11</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Psöriatik artrit (PsA), farklı hastalık belirtilerine sahip heterojen bir hastalıktır. Psöriazisli hastalarda PsA taraması için çeşitli araçlar geliştirilmiştir ve her biri çalışma popülasyonuna bağlı olarak performans açısından farklılıklar göstermektedir. PsA için optimal bir tarama aracı hala karşılanmamış bir ihtiyaçtır. Bu çalışmada mevcut PsA tarama araçlarının her bir parametresinin performansının belirlenmesi hedeflenmiştir.

**Yöntem:** PubMed’de 15 Ağustos 2020’ye kadar “psoriatic arthritis” anahtar kelimesini kullanarak sistematik bir literatür araştırması gerçekleştirildi. Başlık ve özetlerin 2 bağımsız araştırmacı tarafından taranmasının ardından, bir tarama testini bildiren İngilizce tam metinler belirlendi ve uyumsuzluklar üçüncü bir araştırmacı tarafından çözüldü. Tarama testinin her bir parametresinin duyarlılığı (Sn) ve özgüllüğünü (Sp) bildirilen çalışmalar dahil edildi. Hastalık domainleri şu şekilde gruplanmıştır; eklemler, daktilit, bel ağrısı, entezit, deri-tırnak tutulumu, sabah tutukluğu, fonksiyon, tedavi ve diğer. Hastalık domainleri açısından Sn VEYA Sp %80 olan maddeler analize alınmıştır.

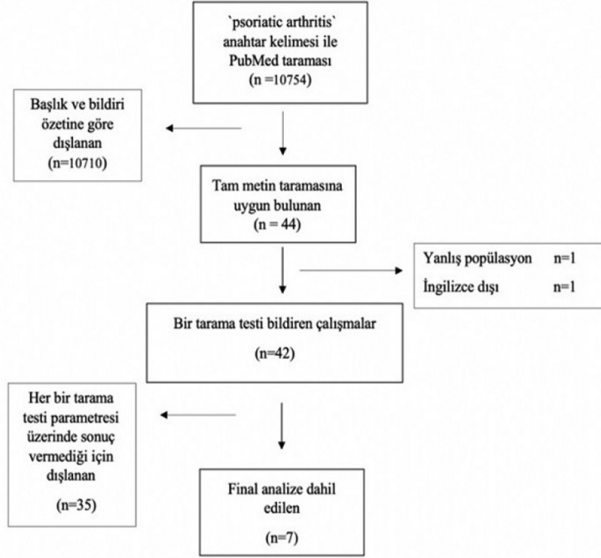
**Bulgular:** 10.754 referans arasında bir PsA tarama testini içeren 44 çalışma belirlendi ve 6 farklı aracın her bir parametresini performansını bildiren 7 çalışma dahil edilmiştir (Figür 1). Domainler için 32 farklı soru belirlenmiştir (Tablo 1). Domainler içerisinde eklemler (n=8), daktilit (n=5) ve fonksiyon (n=4) en fazla soruya sahiptir. Duyarlılığı %80’in üzerinde olan soruların dağılımı şu şekildedir; eklemler (n=2), daktilit (n=1), entezit (n=1), sabah tutukluğu (n=1), diğer (n=1). Özgüllüğü %80’in üzerinde olan soruların dağılımı şu şekildedir; eklemler (n=7), daktilit (n=4), fonksiyon (n=4), bel ağrısı (n=2), entezit (n=2), sabah tutukluğu



(n=2), deri-tırnak tutulumu (n=1), diğer (n=1). Hem duyarlılığı hem de özgünlüğü %80 üzeri olan daktilit ile ilgili bir soru belirlenmiştir.

**Sonuç:** Ülkemiz için geliştirilecek psöriazis hastalarını tarama sorgulamasında aday sorular bu literatür taraması ile belirlenmiştir. Farklı domain'lerde soruların duyarlılıkları göreceli olarak daha düşükken, özgünlükleri kabul edilir düzeyde bulunmuştur. Özellikle periferik eklemler, daktilit, fonksiyon, bel ağrısı ve entezit için olası aday sorular belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriazis, psöriatik artrit, tarama, tanı



**Figür 1.** Sistematik literatür taraması akış şeması

**Tablo 1.** Her parametrenin duyarlılık ve özgüllüğü

DOMAIN	PARAMETRE	Duyarlılık	Özgüllük
EKLEMLER	El bilekleriniz ve el parmaklarınız şişer mi 1,2		
	Eklemlerinizi ağrır mı 1,2		
	Hiç eklem veya eklemlerinizi şişlik oldu mu 7	42,1-78,9	96,4-97,2
	Ayaklarınız ve ayak bilekleriniz ağrır mı 1,2	100	69,6-71,8
	Geçmişte eklem ağrısı veya şişliği öykünüz var mı 3	73,6	96,4
	Dirsekleriniz ve kalçanız ağrır mı 1,2	63,2-68,4	78,5-94,4
	Eklemlerimde şişlik oluşur 6	87,6	55,4
	Eklemlerimde sıcaklık hissedirim 6	15,7-36,8	94-94,4
		42	85
		40	82
DAKTİLİT	El parmaklarınızdan birinde 3 günden fazla şişlik ve ağrı olur mu 1,2		
	Hiç el veya ayak parmaklarınızdan birinde ya da herhangi bir ekleminizde herhangi bir nedene bağlı olmaksızın komple şişlik ve ağrı oldu mu 1,2,5	19-78,9	19-97,2
	El veya ayak parmaklarınızın sisos görüntüsüne benzer şekilde şiştiğini farkettim 4	63,1-89,5	67-87,3
	Ara sıra el veya ayak parmaklarınızın sisos görüntüsüne benzer şekilde şişer 5,6	55,3	90,9
		46-54,1	79-82,3
BEL AĞRISI	Sırtım ağrır, hareketle daha iyi ve geceleri daha kötü olur 4	61,7	87,9
	Geceleri bel ağrısı nedeni ile uyanır mısınız 1,2,5	21,1-54,1	74,1-92,9
ENTEZİT	Topuklarım ağrır ya da bazen şişer 4	80,8	67,2
	Hiç topuk ağrınız oldu mu 5,7	26,3-66,6	72,9-96,4
	Aşil tendonunuz şişer mi 1,2	5-15,8	96-100
DERİ-TIRNAK	El ya da ayak tırnaklarınızda delikler veya çukurlar var mı 7	36,8	91
SABAH TUTUKLUĞU	Sabahları ellerinizde 30 dakikadan uzun süren tutukluk hisseders misiniz 1,2	47,4-52,6	91-95,8
	Sabah tutukluğunuz var mı 3	89,2	51
	Sabahları benim için günün en kötü zamanıdır 6	46	80
FONKSİYON	Eklem problemlerim kişisel bakımımı yapma kabiliyetimi etkiledi, örneğin kıyafet giymek, dış fırçalamak 6	38	85
	Günün herhangi bir zamanında en iyi hareket kabiliyetine erişmek benim için birkaç dakika sürer 4	65,9	92,7
	Araba ya da otobüse binip inmekte zorluk yaşıyorum 6	46	87
	Parmaklarıma yüzük takmak ya da saat takmakta zorluk yaşıyorum 6	23	82
TEDAVİ	Son 3 ayda, eklem ağrınız için haftada 2'den fazla antienflamatuvar ilaç kullandınız mı 1,2	42,1-63,2	89,2-94,4
	Ağrı kesici ilaçları 2 aydan fazladır almaktayım 4	63,8	86,7
DİĞER	Psöriatik artritiniz var mı 3	88,8	75,6
	Hiç bir doktor size artritiniz olduğunu söyledi mi 5,7	52,6-54,1	72,9-96,4

1 EARP (Maejima et al. 2016), 2 EARP (Lajevardi et al. 2020), 3 A novel, short, and simple screening questionnaire (Garg et al. 2015), 4 STRIPP (Burlando et al. 2020), 5 SiPAS (Salaffi et al. 2017), 6 PASE (Oyur et al., 2014), 7 PEST (Lajevardi et al. 2020)

## Aksiyal spondiloartritli hastalarda egzersiz bariyerleri ve egzersizle ilgili algılanan yararların hastalık ilişkili faktörler ile ilişkisi

Devrim Can Saraç<sup>1</sup>, Deniz Bayraktar<sup>1</sup>, Derya Özer Kaya<sup>1</sup>, Gözde Duran<sup>2</sup>, Emre Alp Akatay<sup>3</sup>, Elif Durak Ediboğlu<sup>4</sup>, Sercan Gücenmez<sup>5</sup>, Mustafa Özmen<sup>4</sup>, Dilek Solmaz<sup>4</sup>, Servet Akar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Kronik enflamatuvar bir hastalık olan aksiyal spondiloartrit (axSpA) yönetiminde egzersiz gibi tedavilerle elde edilen kazanımların devamlılığını sağlamak açısından egzersizin uzun vadede sürdürülmesi önemlidir. axSpA'lı hastalarda egzersizin yararlı etkileri yönünde birçok kanıt olmasına rağmen, egzersizle ilgili bariyerler ve destekleyiciler yeterince çalışılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, axSpA'lı hastalarda egzersiz yapmanın önündeki engelleri ve egzersizle ilgili algılanan sağlık yararlarının hastalık ilişkili faktörler ile ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** ASAS axSpA sınıflama kriterlerine göre 126 axSpA hastası [79 (%63) erkek, medyan (IQR) yaş: 43,0 (38,0/53,0) yıl] çalışmaya dahil edildi. Egzersizle ilgili algılanan bariyer ve yararlar; Egzersiz Bariyerleri/Yararları Ölçeği (Exercise Barriers and Benefits Scale-EBBS) kullanılarak incelendi. EBBS, bariyerler skoru, yararlar skoru ve toplam skor olmak üzere üç farklı şekilde hesaplandı. Ek olarak, fiziksel özellikler (yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi), fonksiyonel durum (Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi; BASFI), hastalık aktivitesi (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi; BASDAI), spinal hareketlilik (Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; BASMI), emosyonel durum (Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği; HAD), ASAS-sağlık indeksi (Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index; ASAS-HI) ve hareket korkusu (Tampa Kinezyofobi ölçeği) değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalarımızın temel demografik ve hastalık ilişkili karakteristikleri Tablo 1'de özetlendi. Hastalık aktivitesi (BASDAI) bu çalışmada egzersiz bariyerleri veya destekleyicileri ile ilişki göstermedi ( $p>0,05$ ), ancak, axSpA hastalarımızın tüm EBBS skorları; fonksiyonel durum, ASAS-HI, depresyon ve hareket korkusu ile anlamlı düzeyde ilişkili bulundu ( $p<0,05$ , Tablo 2). Spinal mobilite ile EBBS'nin bariyerler skoru ve toplam skor arasında anlamlı ilişki gözlemlendi ( $p<0,05$ , Tablo 2). Egzersiz bariyerleri ve yararları skorları ile en güçlü ilişkili olan parametre hareket korkusu olarak saptandı.

**Sonuç:** Sonuçlarımıza göre axSpA'lı hastalarda hastalık aktivitesi egzersiz açısından engel olmadığı gibi kolaylaştırıcı bir rol de oynamıyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte, hastaların hareket etme konusunda endişeleri, fonksiyonları ve sağlık algıları egzersiz ilişkili algılarını belirliyor olabilir. Hastaların egzersize uyumu

değerlendirilirken bu parametrelerin göz önünde bulundurulması ve uygun düzenlemelerin yapılması uygun olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Egzersiz, spondiloartrit, bariyerler

**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve hastalık ilişkili karakteristikleri**

n=126	Medyan (IQR 25/75)
Cinsiyet (kadın/erkek)	47/79
Yaş (yıl)	43,0 (38,0/53,0)
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	26,6 (23,9/30,1)
EBBS egzersiz bariyerleri	30,0 (28,0/32,0)
EBBS egzersiz yararları	59,0 (55,0/66,0)
EBBS toplam skor	89,5 (83,8/96,0)
BASDAI (skor)	2,2 (1,0/3,9)
BASMI (skor)	2,9 (1,6/4,6)
BASFI (skor)	2,0 (0,7/3,5)
ASAS-HI (skor)	6,0 (2,1/8,6)
HAD-anksiyete (skor)	6,0 (3,0/9,0)
HAD-depresyon (skor)	5,0 (1,0/10,0)
TAMPA (skor)	39,0 (35,0/43,0)

n: sayı, VKI: Vücut kitle indeksi, kg: kilogram, m: Metre, IQR 25/75: Çeyrekler arası aralık 25/75, EBBS: Egzersiz bariyerleri/yararları ölçeği, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, ASAS-HI: Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index, TAMPA: Tampa Kinezyofobi ölçeği

**Tablo 2. Aksiyal spondiloartritli hastalarda egzersiz bariyerleri ve egzersizle ilgili algılanan yararların hastalıkla ilişkili parametreler ile ilişkisi**

n=126	Egzersiz bariyerleri	Egzersiz yararları	EBBS toplam skoru
BASDAI (skor)	rho=0,133 p=0,139	rho=0,053 p=0,553	rho=0,092 p=0,303
BASMI (skor)	rho=0,219 p<0,014*	rho=0,133 p=0,139	rho=0,189 p=0,034*
BASFI (skor)	rho=0,189 p=0,034*	rho=0,177 p=0,048*	rho=0,192 p=0,031*
ASAS-HI (skor)	rho=0,237 p=0,008*	rho=0,223 p=0,012*	rho=0,255 p=0,004*
HAD-anksiyete (skor)	rho=0,202 p=0,023*	rho=0,195 p=0,029*	rho=0,214 p=0,016*
HAD-depresyon (skor)	rho=0,274 p=0,002*	rho=0,265 p=0,003*	rho=0,311 p<0,001*
TAMPA (skor)	rho=0,381 p<0,001*	rho=0,296 p=0,001*	rho=0,354 p<0,001*

$p<0,05$ , \*: Spearman sıra korelasyon katsayısı, n: sayı, EBBS: Egzersiz Bariyerleri/Yararları Ölçeği, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi; HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, ASAS-HI: Assesment of SpondiloArthritis International Society Health index, TAMPA: Tampa Kinezyofobi ölçeği

## SP-011

### Yaş ve cinsiyetleri eşitlenmiş romatoid artrit, psöriyatik artrit ve spondiloartrit hastalarında vücut kitle indeksleri ve obezite oranları benzerdir

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, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu, Ali İhsan Ertenli

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

**Amaç:** Geniş hasta serilerinde psöriyatik artrit (PsA) hastalarında obezitenin, romatoid artrit (RA) ve spondiloartrit (SpA) gibi diğer enflamatuvar hastalıklara göre daha sık olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, obezite sıklığı yaşla artmaktadır ve bu hastalıklar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından ciddi farklılıklar mevcuttur. Bu çalışmada biyolojik tedavi başlangıcından önce, cinsiyet ve yaş uyumlu enflamatuvar artrit hastalarında obezite sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı) 2005 yılından bugüne 5635 enflamatuvar artrit hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Biyolojik tedavi öncesinde ve izlemde RA, SpA ve PsA hastalarının demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bilgileri bu veri tabanına kaydedilmektedir. Bu çalışmada HUR-BIO veri tabanına kayıtlı tüm hastaların ve sonrasında yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiş hastaların vücut kitle indeksleri (VKİ) ve obezite (VKİ:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) oranları karşılaştırıldı. Tanıya göre vücut kitle indekslerindeki değişiklikler araştırılırken iki yönlü ANOVA ve ANCOVA testleri kullanılarak yaşın ve cinsiyetin etkisi değerlendirildi. Grupların yaş ve cinsiyet farklarına göre seçimi propensity skoru kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** 5.059 hastanın (1.834 RA, 2741 SpA ve 484 PsA) bDMARD öncesi boy ve kilo verilerine ulaşıldı ve analiz edildi (Tablo). Çalışmaya dahil edilen RA hastalarının %72,3'ü seropozitif. HLA-B27, SpA hastalarının %64,7'sinde ve PsA hastalarının %22,9'unda pozitif. Tüm hastalar değerlendirildiğinde, obezite hastaların oranı RA ve PsA hastalarında SpA hastalarına göre önemli ölçüde yüksekti (Tablo). Kadın cinsiyet ve ileri yaş VKİ'si anlamlı olarak artırmaktaydı ( $p < 0,001$ ) (Figür). Hasta grupları yaş ve cinsiyet açısından eşitlendiğindeyse, RA, SpA ve PsA hastalarında görülen vücut kitle indeksi farkı ortadan kalkmıştır (Tablo).

**Sonuç:** RA ve PsA hastalarında obezite daha sık bildirilmesine rağmen, bu farklılığın ortaya çıkmasında enflamatuvar artrit alt gruplarından ziyade yaş ve cinsiyet temel faktörler gibi gözükmektedir. Bu nedenle, biyolojik kayıt kütüklerinde obezite bir risk faktörü olarak değerlendirilirken yaş ve cinsiyet göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, spondiloartrit, psöriyatik artrit, vücut kitle indeksi, obezite

**Tablo : Romatoid artrit, spondiloartrit ve psöriyatik artrit hastalarının biyolojik tedavi öncesinde demografik özellikleri ve vücut kitle indeksleri**

	RA	SpA	PsA	p	
<b>bDMARD alan tüm hastalar</b>	<b>N</b>	1834	2741	484	
	<b>Kadın, n (%)</b>	1470 (80.2)	1257 (45.9)	334 (69.0)	<b>0.000*</b>
	<b>Yaş, yıl*</b>	52.9±13.4	43.1±11.4	47.4±12.2	<b>0.000*</b>
	<b>Hastalık süresi, yıl*</b>	11 (7-17)	8 (5-13)	7 (3-12)	<b>0.000*</b>
	<b>Vücut kitle indeksi, kg/m<sup>2</sup>*</b>	29.6 ± 6.5	27.7 ± 5.4	29.2 ± 5.8	<b>0.000*</b>
	<b>Obezite, n (%)</b>	811 (44.2)	815 (29.7)	199 (41.1)	<b>0.000*</b>
<b>Yaş ve cinsiyet uyumlu hastalar</b>	<b>N</b>	481	483	484	
	<b>Kadın, n (%)</b>	315 (65.7)	324 (67.1)	334 (69.0)	0.545
	<b>Yaş, yıl*</b>	47 (36-59)	48 (39-57)	47 (38-56)	0.691
	<b>Hastalık süresi, yıl*</b>	10 (6-15)	5 (5-13)	7 (3-12)	<b>0.000*</b>
	<b>Vücut kitle indeksi, kg/m<sup>2</sup>*</b>	28.5 ± 6.1	28.5 ± 5.8	29.2 ± 5.8	0.150
	<b>Obezite, n (%)</b>	183 (38.0)	176 (36.4)	199 (41.1)	0.316

\* Ortalama  $\pm$  S.S. \* Ortanca (ÇAA) RA: Romatoid artrit SpA: Spondiloartrit PsA: Psöriyatik artrit

## SP-012

### Psöriyatik artrit hastalarında mortalite, zaman içindeki değişiklikler ve COVID-19'un etkisi: Çok merkezli psoriyatik artrit kayıt kütüğü (PsART-ID) sonuçları

Abdülşamet Erden<sup>1</sup>, Gizem Ayan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>3</sup>, Sibel Bakırcı<sup>4</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>5</sup>, Esen Kasapoğlu Gunal<sup>6</sup>, Atalay Doğru<sup>7</sup>, Özün Bayındır<sup>8</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>9</sup>, Cem Özışler<sup>10</sup>, Servet Akar<sup>3</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>11</sup>, Emine Figen Tarhan<sup>12</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>13</sup>, Ahmet Omma<sup>14</sup>, Emel Gönüllü<sup>15</sup>, Fatih Yıldız<sup>16</sup>, Emine Duygu Ersöz<sup>17</sup>, Muhammed Çınar<sup>18</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>19</sup>, Seval Pehlevan<sup>20</sup>, Serpil Ergülü Eşmen<sup>21</sup>, Sema Yılmaz<sup>22</sup>, Tuncay Duruöz<sup>23</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>24</sup>, Sibel Zehra Aydın<sup>25</sup>, Umut Kalyoncu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

<sup>5</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

<sup>6</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>7</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

<sup>8</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>9</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>10</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>11</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

<sup>12</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

<sup>13</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>14</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>15</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

<sup>16</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van

<sup>17</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

<sup>18</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

<sup>19</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>20</sup>Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>21</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

<sup>22</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>23</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>24</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

<sup>25</sup>Ottawa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ottawa

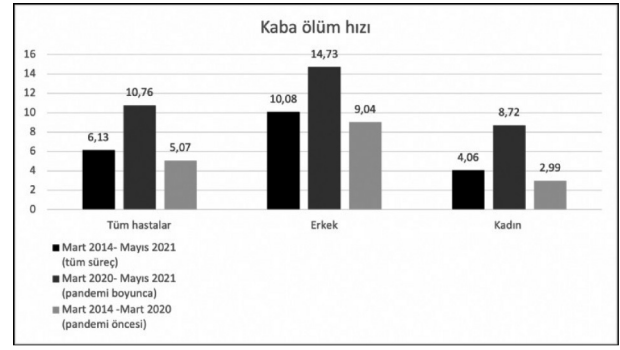
**Amaç:** Pandemi sürecinde romatolojik hastalıkların mortalite oranlarında artış olup olmadığı konusunda net bir bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada PsA kohortunda pandemi öncesi ve sonrası dönemdeki mortalite oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2014 yılında ilk hasta alımı yapılan prospektif, çok merkezli, web tabanlı PsART-ID'den (Psoriatik Artrit Kaydı-Uluslararası Veri Tabanı), sadece Türkiye'den kayıtlı olan hastalar analiz edildi. Pandemi öncesi (kayıtların başlangıcından itibaren - Mart 2014-Mart 2020) ve pandemi sırasında (Mart 2020-Mayıs 2021) herhangi bir nedenden dolayı ölümler, ölüm bildirim sisteminden temin edildi. Ölüm nedenleri arasında COVID-19 nedeniyle ölümler ayrıca analize dahil edildi. TÜİK verileri kullanılarak 1000 kişi-yılı başına genel tabakalı ölüm oranları hesaplandı. Kaba ölüm oranı pandemi öncesi, pandemi sırası ve tüm periyod için ve standardize ölüm oranı (SMR) pandemi öncesi için belirlendi.

**Bulgular:** Ortalama (SD) yaşı 51,7 (12,6) ve hastalık süresi 11,4 (6,7) yıl olan ve takip süresi 6,2 (0,9) olan 1216 PsA hastası (%65,1 kadın) çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Toplam, 46 ölüm (26 erkek) gözlemlendi. Erkek hastalar hayatta kalmayan grupta daha sıkı (%56,5'e karşı %34, p=0,002). En sık ölüm nedenleri kardiyovasküler ve enfeksiyonlardı (Tablo 2). Pandemi döneminde 6 hasta COVID-19 nedeniyle kaybedildi. Pandemi döneminde, pandemi öncesine göre pulmoner nedenlerle kayıp daha sıkı. SMR, pandemi öncesinde 0,95 (0,61-1,49) idi. Pandemi öncesi genel kaba ölüm hızı 5,07 iken, pandemi döneminde 10,76 idi (Figür).

**Sonuç:** PsA hastalarında genel ölüm hızı toplum ile benzer olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre artmış bir mortalite sıklığı vardır. Pandemi döneminde, öncesine göre yaklaşık 2 kat artmış bir kaba ölüm hızı mevcuttur. Pandemi döneminde genel popülasyondaki ölüm hızındaki artış halen bilinmediği için, PsA'da saptanan ölüm hızındaki artışı hastalık ile ilişkilendirmek şu aşamada mümkün değildir. Pandemi dönemindeki genel ölüm hızı açıklandıktan sonra daha ileri yorum yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psoriatik artrit, mortalite, pandemi, COVID-19



**Figür.** Mortalite oranlarının zaman içerisinde değişimi

**Tablo 1.** Sağlık durumuna göre klinik özellikler ve sonuç ölçütleri\*

	Tüm grup n=1216	Yaşayan hastalar n=1170	Ölen hastalar n=46	p**
Erkek, n (%)	424 (34,8)	398 (34)	26 (56,5)	0,002
Yaş, ortalama (SS), yıl	51,7 (12,6)	51,4 (12,5)	59,6 (12,5)	<0,0001
PsA tanı sırasında yaş, ortalama (SS), yıl	40,4 (13,1)	40 (12,9)	49,3 (12,9)	0,003
Psöriazis tanı sırasında yaş, ortalama (SS), yıl	30,8 (14,8)	30,5 (14,7)	37,2 (16,2)	<0,0001
PsART-ID takip süresi (yıl)	6,4 (0,6)	6,4 (0,5)	3,92 (3,8)	<0,0001
PsA süresi, yıl	9,3 (6,4)	9,3 (6,5)	8,2 (9,2)	0,028
Psöriazis süresi, yıl	18,3 (15,5)	18,3 (15,4)	18,7 (22,1)	0,768
Eğitim süresi, yıl	8 (6)	8 (7)	5 (3)	0,004
Vücut kitle indeksi	27,6 (6,3)	27,7 (6,3)	29,3 (6,1)	0,181
Şiş eklem sayısı (0-66)	1 (3)	1 (3)	2 (4)	0,092
Hassas eklem sayısı (0-68)	2 (6)	2 (6)	3 (5)	0,172
BASFI (0-100)	16 (40)	15 (40)	26,5 (44)	0,572
Hasta global değerlendirmesi (VAS) (0-100)	40 (50)	40 (50)	50 (70)	0,522
Hekim global değerlendirmesi (VAS) (0-100)	30 (50)	30 (50)	30 (50)	0,656
Yorgunluk (VAS) (0-100)	40 (55)	40 (52)	40 (70)	0,448
Ağrı (VAS), (0-100)	50 (50)	50 (50)	50 (40)	0,039
HAQ-DI, (0-3)	0,75 (1)	0,75 (1)	1 (1,1)	0,218
ESR mm/saat	21 (26)	20 (26)	34 (22)	0,002
CRP mg/L	4 (11,3)	4 (10,3)	8,5 (17)	0,018
En az bir komorbidite varlığı, n (%)	584 (48)	543 (46,3)	41 (89,1)	<0,0001
Hipertansiyon varlığı, n (%)	264 (21,7)	239 (20,5)	25 (54,3)	<0,0001
Metabolik sendrom varlığı, n (%)	138 (11,3)	125 (10,7)	13 (28,3)	<0,0001
Koroner arter hastalığı varlığı, n (%)	45 (3,7)	32 (2,7)	13 (28,3)	<0,0001
Diabetes mellitus varlığı, n (%)	170 (13,9)	153 (13,1)	17 (37)	<0,0001
Depresyon varlığı, n (%)	204 (16,8)	192 (16,5)	12 (26,1)	0,088
Hiperlipidemi varlığı, n (%)	215 (17,6)	196 (16,8)	19 (41,3)	<0,0001
Hiperürisemi varlığı, n (%)	79 (6,5)	71 (6,1)	8 (17,4)	0,002
Serebrovasküler hastalık varlığı, n (%)	14 (1,2)	13 (1,1)	1 (2,2)	0,421

VAS; görsel analog skala, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık

\* Aksi belirtilmedikçe değerler medyan (IQR) olarak verilmiştir.

\*\*p değeri yaşayan ve ölen hastalar için verilmiştir



**Tablo 2.** Ölüm nedenleri ve güncel tedaviler

Ölüm sebepleri n (%)	Tüm hastalar, n=46	Pandemi öncesi, n=31	Pandemi süresince, n=15
Kardiyak sebepler	23 (50)	15 (48,3)	8 (53,3)
Enfeksiyon	23 (50)	15 (48,3)	8 (53,3)
Pulmoner sebepler	12 (26)	2 (6,5)	10 (66,6)
Maligniteler	11 (23,9)	9 (29)	2 (12)
Renal sebepler	6 (13)	5 (16,1)	1 (6)
Hepatobiliyer sebepler	5 (10,8)	4 (12,9)	1 (6)
İntihar/Trafik kazası/Travma/Bilinmeyen	5 (10,8)	5 (16,1)	-
Tedavi ajanları n (%)			
Metotreksat	27 (58,6)	18 (58,1)	9 (60)
Sülfasalazin	10 (21,7)	7 (22,6)	3 (20)
Hidroksikolorokin	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)
Leflunomid	10 (21,7)	8 (25,8)	2 (13,3)
Steroid	18 (39,1)	8 (25,8)	10 (66,8)
Golimumab	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)
Etanersept	2 (4,3)	2 (6,5)	-
İnfliksımab	2 (4,3)	-	2 (13,3)
Tedavi almayan	4 (8,6)	2 (6,5)	2 (13,3)

### SP-013

#### İlerleyici akciğer tutulumu olan sistemik skleroz hastalarında anti-fibrotik tedavi kullanımı: Nintedanib kullanan hastaların klinik özellikleri ve güvenilirlik verileri

Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Shirkhan Amikishiyev<sup>1</sup>, Numune Aliyeva<sup>1</sup>, Züleyha Bingöl<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Gülfer Okumuş<sup>2</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Multispesifik tirozin kinaz inhibitörü nintedanib, sistemik skleroz (SSk) ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (İAH) kullanılmaya başlanan anti-fibrotik bir tedavidir.

**Amaç:** Standart immünoşüpresif tedaviye dirençli ve anti-fibrotik tedavi endikasyonu koyulan ilerleyici SSk-İAH olgularının klinik özelliklerinin belirlenmesi ve nintedanibin erken güvenlik verilerinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan, ilerleyici akciğer tutulumu nedeniyle nintedanib tedavisi verilen 15 SSk-İAH hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** SSk hastalarının klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Medyan yaş 49 (35-72), Raynaud fenomeni süresi medyan 8 yıl (1-30) ve Raynaud dışı bulgu süresi 4 yıl (1-21) olarak saptandı. Bu hasta grubunda İAH'nin, Raynaud semptomu itibarıyla medyan 2 (0,5-20) yıl ve Raynaud dışı bulgu itibarıyla medyan 1 (0,5-11) yıl içinde geliştiği gözlemlendi. İAH saptanmadan önce; yaygın deri tutulumu nedeniyle 7 hasta metotreksat, 1

hasta siklofosamid (SF) tedavisi almıştı. İAH saptandığında ilk tedavi olarak 6 hastaya SF, 5 hastaya mikofenolat mofetil (MMF) ve 4 hastaya azatioprin verilmişti. Anti-fibrotik tedavi öncesi medyan FVC %56 (39-67) ve DLCO %44 (20-67) idi. Nintedanib tedavisi öncesi 14 hasta (%93,3) ≥2 İS kullanmıştı. İAH saptamasından anti-fibrotik tedavi başlanmasına kadar geçen süre medyan 6 yıl (2-11) idi. Medyan 7 ay (2-18 ay) süreyle kullanılan nintedanib tedavisi 9 hastada MMF ile 6 hastada ise rituksımab-MMF ile kombine olarak verilmişti. Nintedanib kullanımı ile ilgili istenmeyen etkiler Tablo 2'de özetlendi. Bir hasta tedavinin başlangıcından 9 ay sonra küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle kaybedildi.

**Sonuç:** Nintedanib tedavisi, ön planda yaygın deri tutulumlu, anti-Sc170 pozitif olan ve uzun süreli İS tedavilere rağmen ilerleyici SSk-İAH hasta grubumuzda kullanılmaktadır. Nintedanib öncesi İS alma süresi medyan 5 yılın üzerindedir. Hastaların yarısında ön planda gastrointestinal sistemle ilgili istenmeyen etkiler görülmüş ve doz azaltmak gerekmiştir. Nintedanib İS tedavisine rağmen ilerleyici İAH olan SSk hastalarında kullanım güçlüklerine karşın uygun bir tedavi seçeneği olabilir ancak etkinliğinin değerlendirilmesi için uzun süreli gözlem verileri gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, nintedanib

**Tablo 1.** SSk-İAH hastalarının klinik ve serolojik özellikleri

	n (%)
Kadın/erkek	12 (80)/3 (20)
Klinik	
Yaygın deri tutulumu	13 (86,7)
Sınırlı deri tutulumu	2 (13,3)
Sinovit	3 (20)
Dijital ülser	8 (53,3)
Transtorasik ekokardiyografi -PAB >30 mmHg	5 (30)
Gastrointestinal tutulum	10 (76,9)
Seroloji	
ANA	13 (86,7)
Anti-Sc170	10 (66,7)
İmmünoşüpresif geçmişi	
Siklofosamid	8 (53,3)
Mikofenolat mofetil	14 (93,3)
Azatioprin	7 (46,7)
Metotreksat	6 (40)
Ritüksımab	6 (40)
Düşük doz steroid	15 (100)

**Tablo 2.** SSK-İAH hastalarında nintedanib tedavisi sırasında gözlenen istenmeyen etkiler

Nintedanib	SSK-İAH (n=15)
İstenmeyen etki n (%)	8 (53,3)
Diyare	5 (30)
Bulantı/kusma	1 (6,7)
Karın ağrısı	3 (20)
Kilo kaybı	3 (20)
Yorgunluk	2 (13,3)
Öksürükte artış	3 (20)
Enfeksiyon (*pnömoni)	3 (20)
Transaminaz yüksekliği	4 (26,7)
Malignite	1 (7,1)
İstenmeyen etki nedeniyle doz azaltma	7 (46,7)
İstenmeyen etki nedeniyle ara verme	2 (13,3)

## SP-014

### Tek merkez lupus nefriti kohortunda tedavi yanıtları

Erdem Gürel<sup>1</sup>, Sibel Vareli<sup>1</sup>, Yasemin Özlük<sup>2</sup>, Işın Kılıçaslan<sup>2</sup>, Halil Yazıcı<sup>3</sup>, Yasemin Yalçinkaya<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>, Mahdume Lale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Lupus nefritinde (LN) mevcut tedaviler ideal değildir. Çalışmamızda LN'li hastalarımızın tedavi yanıtlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Biyopsi ile doğrulanmış LN'li 235 hastanın tedavi yanıtları ACR/EULAR renal yanıt ve European consensus kriterleri kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** İndüksiyonda en sık kullanılan ajan siklofosamid (CyC) (%82,5), takiben mikofenolat mofetildi (MMF) (%5,7). Proliferatif (P)LN'de CyC, membranöz (M)LN'de MMF indüksiyon tedavisinde birinciydi (p<0,05). Rituksimab (Rtx) 2 hastada (PLN) MMF ile kombine uygulanmıştı. İntravenöz immünglobülin 7 (PNL), plazmaferez 4 (trombotik mikroanjyopati) hastada uygulanmıştı. Altıncı ve 12. ayda %80 ve 89 tam yanıt (TY), %12 ve 7 parsiyel yanıt (PY) ve %8 ve 4 yanıtız (NR) vardı. Altıncı ayda NR 16 PLN'linin 5'ine Rtx, 1'ine kalsinörin inhibitörü (CNİ) başlandı, 4'ünde TY elde edildiği; 12. ayda NR olan 5 hastanın 4'üne Rtx, 1'ine CNİ başlandı ve 4'ünde yanıt geliştiği saptandı. MLN'de 6. ayda NR olanların (n=4) 2'sinde, 12. ayda NR olanların (n=3) 2'sinde Rtx + CNİ ile yanıt alınmıştı. Biyopside lökosit eksüdasyonu ve glomerüler hiperselüleritenin tam yanıt olasılığını artırdığı belirlendi (p<0,05). Elli beş nüksün %70'i PLN, %18'i MLN idi. PLN'de nüksün tedavisi CyC (%47) takiben Rtx idi (%31). Nüks tedavisinde hastaların %75'inde yanıt, %10'unda yanıtızlık, %15'inde kronik böbrek yetersizliği (KBY) gelişimi vardı. MLN nüks tedavisinde %70 yanıt, %20 yanıtızlık, %10 KBY gelişimi saptandı. İndüksiyonda CyC alanların %23'ü, MMF alanların

%7'si; idamede azatiyoprin alanların %32'si, MMF alanların %11'i nüks etmişti (p<0,001). Nükslerde %24 ekstrarenal, %7 serolojik aktivite mevcuttu. Nüksü olan ve serolojik aktivitesi olmayan rebiyopsilerde AI yüksekti. Başlangıç ve nüks indüksiyonunda CNİ verilen 13 hastanın tamamı 12. ayda remisyona girmişti (%70 MLN). Rtx verilen 31 hastanın %74'ünde yanıt, %23'ünde KBY, %3'ünde enfeksiyon nedeniyle ölüm gerçekleşmişti.

**Sonuç:** PLN ve MLN'de MMF indüksiyon ve idame tedavisinde başarılı bir ilaçtır. İndüksiyon tedavisine yanıtızlarda veya nükslerde Rtx ve CNİ etkili olsa da daha iyi tedavilere gereksinim vardır. Histopatoloji aktivitenin gösterilmesinde önemlidir ve tedavi yanıtını öngörmede yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, tedavi yanıtı, prognoz, indüksiyon tedavisi, nüks tedavisi

### Lupus Nefriti Kohortu Genel Özellikler

Özellikler	Değer
Cinsiyet, kadın, n (%)	197 (89,8)
SLE tanı yaşı, ortalama ± SS	28,7±10,8 (10-58)
Juvenil başlangıç n (%)	32 (13,6)
Hastalık süresi, ay, ortalama ±SS	169,4±85 (12-396)
Renal tutulum süresi, ay, ortalama ± SS	150,2±83,6 (12-396)
SLE tanısı ile renal tutulum arası süre, ay ortalama ± SS	19,9±41,6 (0-228)
Takip süresi, ay, ortalama ± SS	162,7±85 (12-360)
Ölüm, n (%)	10 (4,3)

## SP-015

### ANCA ilişkili vaskülitlerde akciğer tutulumu HRCT bulgularının bağ doku hastalığı ve idiyopatik pulmoner fibrozis tutulumu bulgularından farkı var mıdır?

Elif Durak Ediboğlu<sup>1</sup>, Şebnem Karasu<sup>2</sup>, Cesur Gümüş<sup>2</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>3</sup>, Tuğçe Ekici<sup>2</sup>, Haluk Cinaklı<sup>1</sup>, Esra Erpek<sup>1</sup>, Eda Otman Akat<sup>1</sup>, Gülay Alp<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AAV) küçük ve orta çaplı damarlarda nekroz ve enflamasyona neden olan bir grup hastalıktır. Akciğerler AAV'lerde sıklıkla tutulan organlardır. Sık görülen akciğer tutulumları nodül/kavite, alveolar hemoroji ve interstiyel akciğer hastalığı (İAH) olmakla birlikte vaskülitlerdeki İAH'ye benzer bulgular bağ doku hastalıklarında (BDH) da görülebilmektedir. AAV pulmoner tutulum tipleri ve AAV ilişkili İAH ile ilgili giderek artan bu verilere karşın İAH'nin diğer görüldüğü durumlardan İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) ve BDH'deki klinik ve radyolojik bulguları karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle biz bu çalışmada AAV'de pulmoner HRCT tutulum paternleri ile İPF ve BDH'nin tutulumlarının klinik ve radyolojik özelliklerinin değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2014-2021 yılları arasında Romatoloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde değerlendirilmiş tanı sırasında anormal HRCT'si olan 45 AAV, 49 İPF ve 53 BDH tanılı hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. HRCT'leri toraks radyologu tarafından hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri ile tanıları bilinmeksizin Fleishner Society Kılavuzu'na göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Hasta grupları arasında yaş ve cinsiyet farklılıkları görülmüştür. AAV hastalarında erkek cinsiyet oranı %57,8 ortalama (SD) yaş 57,2 (14,9) bulunmuştur (Tablo 1). HRCT tutulumları değerlendirildiğinde her üç grupta interlobular septal kalınlaşma, retikülasyon, balpeteği, bronşiektazi, nodül, kavite ve konsolidasyonun anlamlı farklı olduğu görüldü (Tablo 2). Hastalık patterni olarak değerlendirildiğinde AAV'lerde UIP patterni diğer iki hastalık grubuna göre anlamlı düşükken pulmoner hemoraji her iki hastalık grubuna göre daha yüksek oranlardaydı. NSIP patterni ise AAV ve BDH tanılı hastalarda benzer oranda olduğu görüldü (Tablo 2).

**Sonuç:** Pulmoner hemoraji, kavite/nodül AAV'nin pulmoner tutulumunu düşündürülen önemli bulgular olmasının yanı sıra AAV'li hastalarda İPF ve romatolojik hastalıkların akciğer tutulumlarına benzer bulgularının gözlenebileceği, özellikle de NSIP patternine sahip hastalarda romatolojik hastalık ayırıcı tanısında AAV'nin de önemli olduğu akıld tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, idiyopatik pulmoner fibrozis, Bağ doku hastalığı, pulmoner tutulum, radyolojik bulgular

## SP-016

### ANCA-ilişkili vaskülit hastalarının demografik ve klinik özellikleri: Türk vaskülit çalışma grubu (trvas) çok merkezli ulusal veri tabanı sonuçları

Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Elif Ediboğlu<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>

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

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

**Amaç:** Granülomatöz polianjiit (GPA), mikroskopik polianjiit (MPA) ve eozinofilik granülomatöz polianjiit (EGPA); ANCA ilişkili vaskülit (AAV) ile aynı nozoloji altında sınıflandırılmasına rağmen, aralarında sadece klinik özellikler açısından değil coğrafik dağılım olarak da farklılıklar bulunmaktadır. Bu durumun daha iyi tanımlanması için dünyanın farklı bölgelerinden elde edilen verilerin ortaya konması gereklidir. Türk Vaskülit Çalışma Grubu (TRVaS) Çok merkezli veri tabanı, Avrupa ve Asya'nın kesişme noktasında bulunan Türkiye'nin yeni kurulmuş bir web-tabanlı veri tabanıdır. Bu çalışmada, Türk erişkin AAV hastalarının demografik ve klinik özelliklerini belirlenmesi ve diğer ülkelerle kıyaslanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 1 Ağustos 2021'e kadar ülke çapında 12 merkez (Şekil 1) tarafından REDCap tabanlı elektronik veri tabanına kaydedilen 3.068 hasta arasında 553 AAV hastası çalışmaya alındı. Demografik veriler, hastalık özellikleri ANCA durumları ve klinik bulgular ile eksitus durumları incelendi.

**Bulgular:** AAV'nin en sık görülen klinik alt tipi, GPA (n=339, %61,3) idi ve bunu sırasıyla MPA (n=83, %15) EGPA (n=74, %13,4) ile sınıflandırılmamış-AAV (uAAV; n=57 %10,3) izlemekteydi. GPA grubunda erkek cinsiyet baskın iken, EGPA'da kadınların sıklığı biraz daha yüksekti. PR3-ANCA/MPO-ANCA pozitifliği GPA için %80,6/%15,7, MPA için %2,6/%94,9 ve EGPA hastaları için %26,3/%52,6 idi. MPA ve sınıflandırılmamış AAV hastaları hastalık başlangıcında daha ileri yaşlardaydılar ve belirgin bir cinsiyet baskınlığı yoktu (Tablo 1). MPA ve sınıflandırılmamış AAV hastalarında mortalite daha yüksek olarak izlendi.

**Sonuç:** Türk Vaskülit Çalışma Grubu'nun çok merkezli e-veritabanı olan (TRVaS) verilerine göre ülkemizde en sık görülen AAV, GPA olup bunu MPA ve EGPA izlemektedir. Türkiye Avrupa ve Asya arasında yer alsın bile, tümü beyaz ırk kökenli popülasyonumuzdaki AAV hastalarının önemli demografik bulguları ve klinik özellikleri Avrupa kohortlarıyla benzerlik göstermektedir. TRVaS çalışma grubuna yeni dahil edilen göğüs hastalıkları, allerji ve nefroloji kliniklerinin iş birlikleri ile gerçek yaşamı daha fazla yansıtacak verilerin elde edileceği beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Vaskülit, ANCA-ilişkili vaskülitler, organ tutulumu, veri kütüğü, kayıt sistemi

Tablo 1. Hasta gruplarının demografik ve klinik bulguları

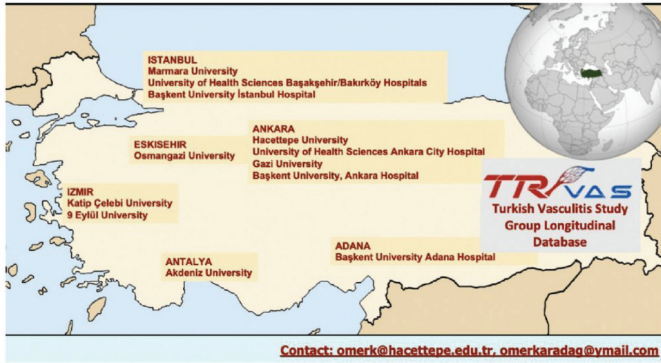
	ANCA ilişkili vaskülit (n=45)	Bağ Doku Hastalığı (n=53)	İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (n=49)	p
Cinsiyet, erkek (n) (%)	26 (57.8)	15 (28.3)	37 (75.5)	<0.001
Yaş (yıl) ortalama (SD)	57.2 (14.9)	62 (12.3)	72.2 (9.2)	<0.001
Tanı, (n) (%)				
GPA	23 (51.1)			
MPA	22 (48.9)			
Skleroderma		26 (49.1)		
Romatoid Artrit		22 (41.5)		
Sjögren Sendromu		3 (5.7)		
UBDH		2 (3.8)		

Tablo 2. AAV, BHH ve İPF hastalarında HRCT tutulumları

	AAV (n=45)	BDH (n=53)	İPF (n=49)	p
Parankimal Tutulum n(%)				
Buzlu cam	28 (62.2)	41 (77.4)	31 (63.3)	0.95
Interlobular septal kalınlaşma	13 (28.9)	11 (20.8)	3 (6.1)	0.004
Peribronkovasküler kalınlaşma	6 (13.3)	15 (28.3)	6 (12.2)	0.85
Retikülasyon	35 (77.8)	48 (90.6)	49 (100)	<0.001
Balpeteği	10 (22.2)	25 (47.2)	39 (79.6)	<0.001
Bronşiektazi	11 (24.4)	33 (62.3)	41 (83.7)	<0.001
Nodül	13 (28.9)	6 (11.3)	2 (4.1)	0.024
Kavite	8 (17.8)	1 (1.9)	0	<0.001
Konsolidasyon	27 (60)	3 (5.7)	6 (12.2)	<0.001
Mozaik atenuasyon	4 (8.9)	9 (17)	5 (10.2)	0.87
Amfizem	5 (11.1)	7 (13.2)	6 (12.2)	0.87
Lenfadenopati	4 (8.9)	8 (15.1)	2 (4.1)	0.40
Hastalık patterni n (%)				
UIP	7 (15.6)	25 (47.2)	39 (79.6)	<0.001
Probable UIP	2 (4.4)	8 (15.1)	5 (10.2)	0.38
İndetermine UIP	4 (8.9)	7 (13.2)	3 (6.1)	0.63
NSIP	11 (24.4)	12 (22.6)	0	0.001
Pulmoner hemoraji	6 (13.3)	0	0	0.001

**Tablo 1.** AAV hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	GPA (n=339, %61,3)	MPA (n=83, %15)	Sınıflandırılmayan (n=57, %10,3)	EGPA (n=74, %13,4)
Tanı yaşı, Yıl (Ort ± SS)	48,8±15,8	58,6±13,1	55,3±15,1	46,7±15,1
Hastalık süresi, Ay (Ortanca, ÇAA)	47,0 (IQR: 73,0)	24,5 (IQR: 39,0)	14,0 (IQR: 41,0)	36,5 (IQR: 55,0)
Erkek, %	200 (%59,0)	40 (%48,2)	27 (47,4%)	38 (%51,4)
PR3+% / MPO+% *ELISA sonucu erişilebilen	%80,6/%15,7	%2,6/%94,9	%11,1/%77,7	%26,3/%52,6
Konstitüsyonel semptomlar	%81,4	%63,9	%49,1	%81,1
Mukokütanöz	%26,3	%14,5	%14,0	%28,4
Kas-iskelet	%44,5	%34,9	%8,8	%21,6
Göz	%20,1	%4,8	%7,0	%9,5
KBB	%63,1	%7,2	%3,5	%71,6
Solunum	%72	%69,9	%14,0	%82,4
KVS genel	%3,8	0	%1,8	%14,0
Kardiyak	%2,1	0	%1,8	%12,2
Vasküler	%2,1	0	0	%4,1
GIS	%6,2	%2,4	%1,8	%9,5
Renal ve genitoüriner	%61,1	%88,0	%84,2	%18,9
SSS	%4,1	0	%1,8	%6,8
PSS	%11,8	%12,0	%1,8	%33,8
Mortalite	42/322 (%13,0)	15/78 (%19,2)	9/56 (%16,1)	5/74 (%6,7)

**Şekil 1.** Türk Vaskülit Çalışma Grubu kayıtlarına (TRVAS) katılan merkezler**SP-017****İnfliksımab kullanan Behçet sendromu hastalarında tedavide kalım ve tedavi kesilme nedenleri**

Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Nur Beyza Tükek<sup>2</sup>, Sıtkı Safa Taflan<sup>2</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>3</sup>, Didar Uçar<sup>3</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Uğur Uygunoğlu<sup>4</sup>, Aksel Siva<sup>4</sup>, Zekayi Kutlubay<sup>5</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Sebhattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

<sup>3</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>5</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** İnfliksımab (IFX) kullanan Behçet sendromu (BS) hastalarında tedavide kalım oranını ve tedaviyi bırakma nedenlerini saptamayı ve IFX tedavisi kesildikten sonraki klinik seyirlerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2004-2020 yılları arasında IFX başlanan BS hastalarının dosyaları; demografik özellikler, IFX kullanım nedenleri ve süresi, IFX kesilme nedenleri ve kesilmesini takriben nüks açısından incelendi.

**Bulgular:** İki yüz seksen iki hastanın (220 erkek, ortalama IFX başlama yaşı: 35±5,3) IFX başlama endikasyonları üveit (n=137), vasküler tutulum (n=86), parankimal santral sinir sistemi tutulumu (n=40), gastrointestinal tutulum (n=10), artrit (n=12), mukokütanöz tutulum (n=6), venöz ülser (n=5) ve sekonder amiloidoz (n=1) idi. 15 hastada tedaviyi gerektiren birden fazla tutulum vardı. Ortanca 52 aylık (ÇAA:30-88) takip sonunda, 134 (%48) hasta ortanca 36 ay (ÇAA: 13-58) takip süresince halen IFX alırken, 142 (%50) hastada IFX tedavisi kesilmiş, ve 6 hastaya ulaşamamıştı. Tedavi kesilme nedenleri 27 (%19) hastada remisyon, 43'ünde (%30) yan etki, 33'ünde (%23) etkisizlik, 31'inde (%22) hasta uyum eksikliği, 4'ünde gebelik ve 4'ünde ameliyat öncesi hazırlık idi. IFX kesilmesini gerektiren yan etkiler; infüzyon reaksiyonu (n=20), enfeksiyon (n=8), hepatotoksisite (n=4), malignite (n=4), palmoplantar psoriasis (n=3), liken planus (n=1), ilaca bağlı lupus (n=1), dalak enfarktüsü (n=1) ve sol kalp yetmezliği (n=1) idi.



Remisyon nedeniyle IFX tedavisi kesilen 27 hastanın 5'inde (%18) 4, 21, 26, 29, 38 ve 46 ay sonra nüks görüldü, 22 hastada ise ortanca 35 aylık (ÇAA: 24-68) takip süresince nüks gözlenmedi. Biri IFX alırken, 5'i kesildikten sonra olmak üzere 6 ölüm görüldü. Ölüm nedenleri akciğer adenokarsinomu (n=2), parankimal santral sinir sistemi tutulumu (n=2), ve pulmoner hipertansiyona bağlı sağ kalp yetmezliği (n=2) idi.

**Sonuç:** IFX, BS hastalarının çoğunda organ ve yaşamı tehdit eden belirtilerin tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılmaktadır ve uzun vadede ilaçta kalım oranı %48'dir. Remisyon nedeniyle IFX tedavisi kesilebilen %10 oranında hasta dışında yan etki, hasta uyumu eksikliği ve etkisizlik nedeniyle hastaların %38'inde uzun süre ilaçta kalım mümkün olamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, infliksimab, tedavide kalım

## SP-018

### Ailevi Akdeniz Ateşi'nde enflamatuvar romatizmal hastalık varlığında amiloidoz sıklığı: Tek merkez retrospektif bir kohort çalışması

Müge Aydın Tufan

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

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); kendi kendini sınırlayan tekrarlayan ateş, serozit ve artrit atakları ile seyreden, oto-enflamatuvar bir hastalıktır. AAA, klasik klinik bulgular dışında çeşitli enflamatuvar hastalıklarla birliktelik gösterebilir. AAA'lı hastalarda sekonder amiloidoz varlığı prognozu belirleyen en önemli faktördür. Çalışmamızda, AAA'lı hastalarda eşlik eden enflamatuvar hastalık varlığının amiloidoz için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Tel-Hashomer tanı kriterlerini karşılayan 251 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik, laboratuvar, radyolojik bulguları ve tedavilerini içeren veriler, hastaların tıbbi kayıtlarından geriye dönük olarak elde edildi.

**Bulgular:** İki yüz elli bir AAA tanımlı hastanın 70'inde (%28) eşlik eden enflamatuvar hastalık tespit edildi. Sekonder amiloidoz, enflamatuvar hastalığı olanlarda %5,7 iken, enflamatuvar hastalığı olmayanlarda %2,2 oranında tespit edildi (p=0,004) (Tablo 1). AAA'lı hastalara eşlik eden enflamatuvar hastalıklar ise sırasıyla spondiloartropati (SpA) n=46 (%18,3), enflamatuvar bağırsak hastalığı n=8 (%3,2), Behçet hastalığı n=4 (%1,6), psöriasis ve SpA n=3 (%1,2), IgA vaskülitisi/Henoch-Schönlein purpurası n=3 (%1,2), sistemik skleroz n=3 (%1,2), enflamatuvar barsak hastalığı ve SpA n=2 (%0,8) ve poliarteritis nodosa (PAN) n=1 (%0,4) idi.

**Sonuç:** Çalışmamızda enflamatuvar hastalığın eşlik ettiği AAA'lı hastalarda amiloidoz prevalansı artmıştır. Bu nedenle, klinisyenlerin özellikle inatçı enflamasyonu olan hastalarda, eşlik eden enflamatuvar hastalıklar açısından dikkatli olması gerekmektedir. AAA'lı hastalarda enflamatuvar başka bir hastalığın varlığı, amiloidoz gelişimi için bir risk faktörü olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, amiloidoz, spondiloartropati

**Tablo 1.** Enflamatuvar hastalık eşlik eden ve etmeyen AAA hastalarının özellikleri

	Enflamatuvar hastalık olanlar (n=70)	Enflamatuvar olmayanlar (n=181)	p
Yaş (yıl)***	40 (18-65)	37 (19-78)	0,64
Cinsiyet (kadın)*	46 (65,7)	114 (63,0)	0,68
Tanı anındaki yaş***	27 (5-63)	28 (3-72)	0,71
Atak-tanı süresi**	5,8±6,7	7,7±8,9	0,12
İlk atak yaşı***	21 (2-54)	20 (1-54)	0,61
Ateş*	44 (63)	123 (68)	0,45
Karın ağrısı*	52 (74,3)	159 (87,8)	0,01
Eklem ağrısı*	63 (90)	115 (63,5)	0,00
Göğüs ağrısı*	8 (11,4)	38 (21)	0,10
Deri tutulumu*	11 (15,7)	12 (6,6)	0,04
Myalji*	18 (25,7)	20 (11)	0,00
Amiloidoz*	4 (5,7)	4 (2,2)	0,004
CRP, mg/L***	3,6 (1-149)	3,3 (1-154)	0,36
ESH, mm/sa***	10,5 (2-82)	10,5 (1-118)	0,71
Fibrinojen, gr/L**	3,4±1,3	3,2±1,1	0,14
Amiloid A, mg/L***	2,6 (0,1-6,8)	3,3 (0,4-346)	0,41
MEFV gen varlığı*	53 (75,7)	111 (61,3)	0,06
M694V homozigot*	8 (11,4)	17 (9,4)	0,96

\*n (%), \*\*Mean±SD, \*\*\*Medyan (min-maks).

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

## SP-019

### Romatoid artritli hastalarda biyolojik tedavi öncesinde geçen süre psöriyatik artrit hastalarına göre üç kat daha uzundur: HUR-BIO gerçek yaşam verileri

Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Ertugrul 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, Umur Kalyoncu

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

**Amaç:** Romatoid artrit (RA) ve psöriyatik artrit (PsA) hastalarında biyolojik DMARD'lar öncesinde sentetik DMARD'ların (özellikle metotreksat) kullanımı önerilmektedir. Bu çalışmada RA ve PsA hastalarında, ilk biyolojikDMARD (bDMARD) başlangıcına kadar kullanılan sentetik DMARD'ların ve hastalık süresinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı (HUR-BIO) 2005 yılından bugüne 2070 RA ve 520 PsA hastasının kaydedilmiş olduğu prospektif ve tek merkezli kayıt kütüğüdür. Bu veritabanına hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, bDMARD öncesinde aldığı tedaviler kaydedilmekte ve hastalar prospektif olarak izlenmektedir. Bu çalışmaya yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiş RA ve PsA hastaları dahil edildi, ve her iki grupta tanıdan biyolojik tedavi başlanana kadar geçen süre ve kullanılan csDMARD'lar değerlendirildi. RA ve PsA hastalarının

yaş ve cinsiyetlerinin eşitlenmesi propensity skoru kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ve cinsiyetleri eşitlenmiş 481 RA ve 482 PsA hastası dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi ve bDMARD öncesi kullandığı tedaviler Tablo 1’de verilmiştir. RA’lı hastaların %72,8’i seropozitif. RA hastalarının %56,3’ünde ve PsA hastalarının tamamında ilk seçilen bDMARD anti-TNF tedavilerdi. RA’lı hastaların tamamı, PsA hastalarının ise 450’si (%93,4) bDMARD öncesi csDMARD kullanmıştı. Metotreksat her iki hastalık için de kullanılan temel csDMARD’dı. RA hastaları metotreksat, leflunomid, sülfasalazin, hidroksiklorokin de içeren tüm csDMARD’ları ve kortikosteroidleri PsA hastalarına göre daha sık kullanmıştı. RA ve PsA hastalarında, biyolojik tedavi başlanana kadar geçen ortalama süre sırasıyla 55 ve 18,5 aydı (p<0,001) (Tablo 1).

**Sonuç:** HUR-BIO gerçek yaşam verilerine göre, RA hastaları bDMARD öncesi çok daha fazla ve uzun süreli csDMARD kullanmıştı. bDMARD kullanan enflamatuvar artrit hastalarında, tanıdan bDMARD başlanmasına kadar geçen süre PsA hastalarında (18 ay), yaklaşık 3 kat daha uzun olan RA hastalarına göre daha kısaydı. İki hastalık grubundaki bu farklılık, csDMARD’ların RA ve PsA hastaları üzerindeki etki gücünün farklı olması ile açıklanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, psöriyatik artrit, csDMARD, bDMARD

**Tablo 1.** İlk biyolojik tedavi öncesinde RA ve PsA hastalarının demografik özellikleri ve kullanmış oldukları sentetik DMARD’lar

	RA (n=481)	PsA (n=482)	P
Kadın, n (%)	319 (66.3)	332 (68.9)	0.218
Yaş, yıl (ortalama±SS)	48.2 ± 13.5	47.4 ± 12.2	0.332
Hastalık süresi, yıl*	10 (6-16)	7 (3-12)	0.000
Semptom başlangıcından hastalık tanısına kadar geçen süre, yıl*	0 (0-1)	1 (0-4)	0.000*
Hastalık tanısından bDMARD başlangıcına kadar geçen süre, ay*	55 (24-115)	18.5 (8-58)	0.000*
Semptom başlangıcından bDMARD başlangıcına kadar geçen süre, ay*	70 (35-151)	48 (20-124)	0.000*
Metotreksat			
Her hangi bir dönemde, n (%)	400 (83.3)	373 (77.5)	0.015
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	251 (52.2)	230 (47.7)	0.093
Hidroksiklorokin sülfat			
Her hangi bir dönemde, n (%)	292 (60.8)	170 (35.3)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	262 (54.5)	99 (20.5)	0.000*
Leflunomid			
Her hangi bir dönemde, n (%)	237 (49.4)	129 (26.8)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	160 (33.3)	96 (19.9)	0.000*
Sülfasalazin			
Her hangi bir dönemde, n (%)	353 (73.5)	265 (55.1)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde, n (%)	156 (32.4)	146 (30.3)	0.259*
Kortikosteroidler			
Her hangi bir dönemde, n (%)	419 (87.3)	281 (58.4)	0.000*
bDMARD başlandığı dönemde n (%)	335 (69.6)	187 (38.8)	0.000*

RA: Romatoid artrit, PsA: Psöriyatik artrit \*Ortanca (ÇAA)

## SP-020

### Behçet sendromunda hospitalizasyon sebepleri

Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Ayşe Selcen Pala<sup>2</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Huri Özdoğan<sup>1</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Hospitalizasyon nedenleri, hastalıkların seyri ve tedaviye bağlı yan etkiler hakkında önemli bilgiler sağlayabilir. Biz de bu çalışmada Behçet sendromlu (BS) hastaların hospitalizasyon nedenlerini ve sonuçlarını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2002 ile Aralık 2019 arasında kliniğimizde yatış kayıtlarını inceledik ve BS tanısı olanları belirledik. Bu hastaların kayıtları, demografik ve klinik özellikler, hospitalizasyon nedenleri ve sonuçları açısından gözden geçirildi. Hospitalizasyon nedenlerini BS ile ilişkili (organ tutulumu) ve BS ile ilişkili olmayan (tedavi komplikasyonu veya diğerleri) olarak ikiye ayırdık.

**Bulgular:** Üç yüz otuz BS hastası (%75 erkek, ortalama yaş 37,7±11,4 yıl) 18 yıl boyunca toplam 456 kez hastaneye yatırıldı. Ortalama hastalık süresi 10,8±8,8 yıldır. İki yüz doksan bir (%64) hasta, kortikosteroidli veya kortikosteroidsiz immünosüpresif kullanmaktaydı ve bunların 72’si (%16) biyolojik tedavi altındaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 12,7±10,7 gündü. Hospitalizasyon nedenleri 259 hastada (%57) BS ile ilişkili iken 191 (%42) hastada BS ile ilişkili değildi. Altı hasta aynı anda hem BS hem de BS ile ilişkili olmayan nedenlerle hospitalize edildi. En sık nedenler, BS ile ilişkili nedenlerde vasküler tutulum (n=169, %64) ve BS dışı nedenlerde enfeksiyonlardı (n=64, %32) (Tablo 1). BS ile ilişkili nedenlerle hastaneye yatırılan hastalar daha genç (35,2±10,6 - 41,1±11,7, p<0,001), ortalama hastalık süreleri (8,5±7,5 - 13,6±9,4 yıl, p<0,001) ve hastanede yatış süresi daha kısaydı (11,6±8,6 - 14,0±12,9 gün p=0,03). BS ile ilişkili olmayanlarda ise daha az sıklıkta immünosüpresif ± kortikosteroid kullanımı vardı (%59 vs. %70, p=0,02). Cinsiyet dağılımı (203 E/62 K - 143 E/54 K) ve biyolojik ajan kullanımı (%15-17) açısından gruplar arasında fark yoktu. Üç hasta hastanede yatarken öldü. Sebepler sırasıyla pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği idi.

**Sonuç:** BS hastaları arasında hospitalizasyonun önde gelen nedenleri vasküler tutulum ve enfeksiyonlardı. Erkek cinsiyet baskınlığı, erkeklerde BS’nin nispeten şiddetli seyrinin altını çizmektedir. Retrospektif olması ve sadece romatoloji ünitesinde yatan hastaların dahil edilmesi bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, vasküler tutulum, enfeksiyon

**Tablo 1.** Behçet sendromu ile ilişkili olan ve ilişkili olmayan hospitalizasyon nedenlerinin karşılaştırılması ve dağılımı

	BS ile ilişkili nedenler (n=195)*	BS ile ilişkili olmayan nedenler (n=170)*
Hastaneye yatış sayısı**	265 (%58)	197 (%43)
Cinsiyet	203 E/62 K	143 E/54 K
Ortalama yaş†	35,2±10,6	41,1±11,7
Ortalama hastalık süresi‡	8,5±7,5	13,6±9,4
Ortalama hastaneye yatış süresi (gün)‡	11,6±8,6	14,0±12,9
İmmünsüpresif ve/veya kortikosteroid kullanımı§	154 (%59)	134 (%70)
Biyolojik ve/veya kortikosteroid kullanımı	40 (%15)	33 (%17)
Hospitalizasyon sebepleri (her bir yatış için)***	Vasküler tutulum (n=169, %64) Pulmonar arter (n=64, %24) Derin ven trombozu (n=39, %15) Budd-Chiari sendromu (n=24, %9) Vena cava inf. trombozu (n=19, %7) Periferik arter (n=15, %6) Vena cava sup. trombozu (n=14, %5) Aorta (n=14, %5) Koronar arter (n=4, %2) Nörolojik tutulum (n=50, %19) Parankimal (n=37, %14) Dural sinus trombozu (n=13, %5) GI inv. (n=18, %7) Eklem tutulumu (n=12, %5) Mukokutanöz tutulum (n=10, %4) Göz tutulumu (n=8, %3) Diğerleri (n=8, %3)	Non-spesifik enfeksiyon (n=64, %32) Pnömoni (n=17, %8) Tüberküloz (n=8, %4) Üriner sistem enfeksiyonu (n=7, %4) Gastroenterit (n=4, %2) Osteomyelit (n=3, %2) Septik artrit (n=3, %2) Aspergilloz (n=2, %1) Nokardiya (n=1, %1) Salmonella (n=1, %1) Diğerleri (n=18, %9) Enfeksiyon dışı ilaç yan etkileri (n=29, %15) İnterferon (n=10, %5) Azatioprin (n=7, %4) Siklosporin (n=5, %3) Steroid (n=3, %2) TNF antagonistleri (n=3, %2) IVIg (n=1, %1) Ek romatolojik hastalık (n=17, %9) Renal hastalık (n=16, %8) Kardiyovasküler hastalık (n=12, %6) Avasküler nekroz (n=4, %2) Maligniteler (n=11, %6) Diğerleri (n=40, %20)

<sup>†</sup>p<0,001, <sup>‡</sup>p=0,03, <sup>§</sup>p=0,02, \*p<0,001.

\* Bazı hastalar birden fazla kez ve hem BS ilişkili hem de BS ile ilişkili olmayan nedenlerle farklı zamanlarda hastaneye yatırılmıştır.

\*\*Altı hasta aynı anda hem BS ile ilgili hem de BS ile ilgili olmayan nedenlerle hastaneye yatırılmıştır.

\*\*\*Bazı hastaların birden fazla BS ile ilişkili ve/veya BS ile ilgili olmayan yatış nedenleri vardı.

## SP-021

### Biyolojik ajan tedavisi kullanmakta olan romatoloji hastalarının pandemi döneminde ilaç kullanım davranışlarının ve etkilerinin incelenmesi

Muhammed Mert Sonkaya<sup>1</sup>, Osman Kara<sup>1</sup>, Cafer Adıgüzel<sup>1</sup>, Erkan Ceylan<sup>2</sup>, Fulya Coşan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medical Park Göztepe Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

**Amaç:** Biyolojik ajan tedavileri, romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatik artrit (PSA) hastalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. COVID-19 pandemisi tüm dünyada yeni ve bilinmeyen bir olgu olarak karşımıza çıkmış, viral enfeksiyon tecrübeleri ve kılavuzlar referansı ile hastalar bilgilendirilmiştir. Her hasta ilaç kullanım davranışı konusunda kendi seçimini yapmıştır. Bu çalışmada pandemi döneminde hastaların ilaç kullanım davranışlarını ve hastalık aktivitesine olan etkilerini araştırmak hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya Mart 2020'den önce biyolojik ajan tedavisi (bDMARD) veya targeted sentetik DMARD (tsDMARD) kullanmakta olan ve pandemi sonrası 18 aylık süre içinde tekrar başvurmuş olan 130 hasta [K/E: %62,3/37,7; ortalama yaş: 45,54±13,47 (20-89)] dahil edildi. Hastaların verileri, biyolojik tedavi kullanım öyküsü, COVID-19 geçirme durumu, hastalık aktivasyon durumu ve tedaviye yanıt açısından retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların %49,2'sini RA, %35,4'ünü AS ve %13,8'ini PSA hastaları; %1,5'ini Behçet hastalığı ve Takayasu arteriti oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların %0,8'i infliksimab, %10,8'i etanercept, %25,4'ü golimumab, %3,1'i sertolizumab, %30,8'i adalimumab, %3,8'i tosilizumab, %14,6'sı rituksimab ve %3,8'i tofacitinib kullanıyordu. Tüm grupta hastaların %60,6'sı tedaviye devam etti, %26'sı doz aralarını açtı ve %13,4'ü ilaç kullanımını kesti. Tedaviye devam edenlerin %49,2'sinde, doz arasını açanların %33,33'ünde, ilaç kullanımını kesenlerin %83,3'ünde aktivasyon görüldü. Bu gruptaki hastaların %28,5'inde ilk 3 ayda, %57,1'inde ilk 6 ayda, %99'unda 13 ay içinde aktivasyon görüldü. Hastaların tedavilerine tekrar başladıktan sonra tekrar düşük hastalık aktivitesine ulaşıldı. Tüm grupta COVID-19 geçirme oranı %13,8 olarak bulundu. Bu hastaların %45,5'i ayaktan, %55,5'i hastanede izlendi. COVID-19 geçiren hastaların %22,2'si YBÜ'de izlendi ve 2 hasta kaybedildi. Hastaların kullandıkları ilaçlara göre ilaçta kalımı ve sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Pandemi sürecinde ilaçlarını kesen hastaların çoğunda aktivasyon olmuş ve hastalar tekrar ilaç kullanımına geri dönmüşlerdir. Bu veriler remisyon sağlanmadan ilaç azaltımı veya kesilmesi durumlarında aktivasyon oranlarının yüksek olacağını göstermektedir. Pandemi döneminde ilaç doz azaltımı veya kesilmesi konusunda büyük sayılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik ajan doz azaltımı, biyolojik ajan kullanımının kesilmesi, biyolojik ajan tedavileri, COVID-19, tedavide kalım

**Tablo 1.** Hastaların kullandıkları ilaçlara göre ilaçta kalımı ve etkileri

	İnf	Eta	Ada	Ser	Goli	Tosi	Sec	Rit	Tofa
Hasta sayısı	1	14	40	4	33	5	9	19	5
Yüzde	0,8	10,8	30,8	3,1	25,4	3,8	6,9	14,6	3,8
Hastalık									
RA	0	5	15	2	15	4	0	19	5
AS	0	6	16	2	15	0	6	0	0
PSA	1	3	8	0	3	0	3	0	0
Diğer			1			1			
Tedavide kalım									
Tedaviye devam	1	9	13	3	22	4	6	14	5
Doz azaltma	0	2	18	1	5	0	2	5	0
Kesme	0	2	9	0	6	1	1	0	0
Aktivasyon	1	11	7	2	17	4	3	6	3
COVID-19 durumu									
COVID-19 öyküsü	0	1	3	2	5	0	0	4	3
Hastane yatış oranı	0	0	0	1	2	0	0	4	3
YBÜ oranı	0	0	0	0	2	0	0	1	1
Eksitus	0	0	0	0	1	0	0	0	1

İnf: İnfliksımab, Eta: Etanercept, Ada: Adalimumab, Ser: Sertolizumab, Goli: Golimumab, Tosi: Tosilizumab, Sec: Secukinumab, Rit: Rituximab, Tofa: Tofacitinib\*.

\*tsDMARD

## SP-022

### Entezit ilişkili artrit hastalarında ILAR ve ASAS sınıflandırma kriterlerinin performanslarının değerlendirilmesi

Ümmüşen Kaya Akca, Erdal Atalay, Seza Özen

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

**Amaç:** Entezit ilişkili artrit (EİA), bazı önemli farklılıklar olsa da, yetişkinlerdeki ankilozan spondilitin eş değeri olarak kabul edilir. EİA'da çocuklarda ILAR (International League of Associations for Rheumatology) sınıflama kriterleri kullanılırken erişkinlerde ise aksiyel ve periferik spondiloartrit (SpA) için ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) sınıflandırma kriterleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada ILAR ve ASAS sınıflandırma kriterlerinin duyarlılıklarını ve özgüllüklerini değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Bölümü'nde Ocak 2005-Eylül 2020 tarihleri arasında EİA tanısıyla izlenen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kontrol grubu olarak oligoartiküler juvenil idiyopatik artrit (JİA) (n=146), poliartiküler JİA (n=55) ve psoriatik artritli (n=20) hastalar çalışmaya alındı.

**Bulgular:** Çalışmaya 108 EİA (%73,1 erkek) ve 221 kontrol hastası (%25,8 erkek) dahil edildi. EİA ve kontrol hastaları için tanı anındaki medyan yaş sırasıyla 12,5 ve 4,0 yıldır (p<0,001). Kontrol grubunda tanı anında ve takipte artrit daha sık izlenirken (her ikisi için p<0,001) EİA grubunda hem tanıda hem de takipte entezit, sakroiliak eklem hassasiyeti ve enflamatuvar bel ağrısı daha sık izlendi (tümü için p<0,001). İnsan lökosit antijeni (HLA)-B27'nin varlığı ve yüksek C-reaktif protein seviyeleri EİA grubunda daha

yaygındı. Sakroiliak görüntülemeye EİA hastalarının tanı anında %70,1'inde takipte ise %78'inde sakroileit ile uyumlu bulgu vardı. ILAR ve ASAS aksiyel ve periferik SpA kriterlerinin tanı anında duyarlılıkları sırasıyla %74,0, %21,3 ve %85,1 iken, takipte sırasıyla %82,4, %35,1 ve %92,5'e yükseldi. Özgüllükleri hem tanıda hem de takipte sırasıyla %100, %99,1 ve %90,9 idi.

**Sonuç:** ASAS periferik SpA kriterlerinin hem tanıda hem de takipte en yüksek duyarlılığa sahip olduğunu saptadık. Diğer yandan, ASAS aksiyel SpA kriterlerinin performansı diğerlerine göre daha düşük olmasına rağmen, EİA'da aksiyel tutulumun erken saptanması için kullanılması avantaj sağlayabilir. Her üç sınıflandırma kriterinin de duyarlılıkları takip sırasında artmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, sınıflandırma kriteri

## SP-023

### Juvenil idiyopatik artritli hastalarda üveit gelişimine neden olan risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Pakize Nilüfer Akpınar Tekgöz<sup>1</sup>, Elif Çelikel<sup>1</sup>, Fatma Aydın<sup>1</sup>, Zahide Tekin<sup>1</sup>, Tuba Kurt<sup>1</sup>, Müge Sezer<sup>1</sup>, Cüneyt Karagöl<sup>1</sup>, Serkan Coşkun<sup>1</sup>, Melike Mehveş Kaplan<sup>1</sup>, Serkan Özmen<sup>2</sup>, Banu Acar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Amaç:** Juvenil idiyopatik artrit (JİA), çocukluk çağında en sık görülen ve hareket kısıtlılığına neden olarak yaşam kalitesini etkileyen, kronik enflamatuvar artrit nedenidir. Hastalığın öncesinde veya seyri sırasında uveadaki enflamasyon nedeniyle üveit gelişebilir. JİA ilişkili üveit (JİA-Ü) en sık oligoartiküler tipte,



kronik anterior üveit formunda görülür. ANA pozitifliği ve erken yaş bilinen risk faktörlerindedir. Genellikle asemptomatik kliniğe sahiptir ve ciddi komplikasyonlara neden olur. Bu çalışmada amaç, JİA seyrinde üveit gelişimine ve tekrarlamasına neden olabilecek risk faktörlerini belirlemektir.

**Yöntem:** 2005-2020 yılları arasında JİA tanısı alan, üveit gelişen ve gelişmeyen hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Juvenil artrit hastalık aktivite skoru 27 (JADAS-27), artrit ve üveit geliştiğinde ayrı ayrı hesaplandı.

**Bulgular:** Yüz yirmi altı JİA hastasından 26'sında (%13,3) üveit tespit edildi. JİAÜ hastaların 19'u (%73) oligoartiküler tipteydi. Üveiti olan hastalardaki ortalama artrit başlama yaşı, üveit olmayan hastalara göre daha düşüktü ( $p=0,015$ ). JİAÜ olan hastalarda metotreksat ve biyolojik tedavi kullanım oranı daha yüksekti ( $p<0,001$ ,  $p=0,038$ ). Oligoartiküler tip tekrarlayan üveit ile ilişkili bulundu ( $p=0,021$ ). Tekrarlayan üveiti olan grupta artrit ve üveit başlama yaşı, tekrarlamayan gruptakilere göre daha düşüktü ( $p=0,041$ ,  $p=0,002$ ). Ortanca JADAS27 skoru, üveitin tekrarladığı hastalarda daha düşük bulundu ( $p=0,038$ ). Ortanca metotreksat kullanım süresi ve biyolojik tedaviye başlayana kadar geçen süre, tekrarlayan grupta daha uzundu ( $p=0,013$ ,  $p=0,045$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak "erken yaş", üveit gelişiminde ve tekrarlamasında önemli bir risk faktörüdür. Bununla beraber düşük hastalık aktivitesinde de üveit gelişme riski bulunmaktadır. Oftalmolojik taramanın düzenli yapılması, üveitin erken tanınarak tedavi edilmesini sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Juvenil idiyopatik artrit, üveit, pediatrik, yaş, hastalık aktivitesi

## SP-024

### COVID-19 pandemisinin çocukluk çağı romatizmal hastalık tanı sıklıkları üzerine etkisi

Ümmüşen Kaya Akca<sup>1</sup>, Erdal Atalay<sup>1</sup>, Müşerref Kasap Cüceoğlu<sup>1</sup>, Zeynep Balık<sup>1</sup>, Seher Şener<sup>1</sup>, Yasemin Özsüreki<sup>2</sup>, Özge Başaran<sup>1</sup>, Ezgi Deniz Batu<sup>1</sup>, Yelda Bilginer<sup>1</sup>, Seza Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pandemisinin ve virüsün bulaş hızını düşürmek için uygulanan kısıtlamaların çocukluk çağı romatizmal hastalıkları üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada pandeminin çocukluk çağı romatizmal hastalık tanı sıklıkları ve tanı dağılımları üzerine etkisini sunmayı amaçlıyoruz.

**Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji bölümüne Şubat 2016-Mart 2021 tarihleri arasında başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Belirtilen dönemlerde yeni romatolojik hastalık tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Herhangi bir romatolojik hastalık için pandemi öncesi dönemdeki (Şubat 2016-Mart 2020) yıllık tanı oranları pandemi yılındaki (Mart 2020-Mart 2021) oranlar ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmada 32,333 hastanın kayıtları incelendi. Pandemi döneminde yıllık ortalama hasta sayısında %42 azalma mevcuttu (7,060 hasta/yıla karşı 4,090 hasta/pandemi yılı). Takip vizitleri ( $n=25,156$ ) çıkarıldıktan sonra yaş ortalaması  $8,64\pm 4,84$  yıl olan 7,177 çocuk hasta (3,679 kız, %51,2) çalışmaya dahil edildi. Beş yıllık dönemde, 2,717 hastaya 2,818 yeni romatizmal hastalık tanısı konulmuştu. Pandemi döneminde ise 345 hasta 353 romatizmal hastalık tanısı almıştı. Pandemi öncesi dönemde en sık tanı konulan hastalık Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ( $n=695$ , %28,1) iken, pandemi döneminde çocuklarda multisistem enflamatuvar sendrom (MIS-C) ( $n=68$ , %19,2) en sık izlenmişti. Pandemi öncesi dört yıl ile karşılaştırıldığında, pandemi döneminde AAA ( $p<0,001$ ), IgA vaskülit (IgAV) ( $p<0,001$ ), makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ( $p=0,032$ ), klasik Kawasaki hastalığı (KH) ( $p=0,018$ ) ve akut romatizmal ateş (ARA) ( $p=0,005$ ) tanısı alan hasta sayılarında anlamlı azalma saptandı. Juvenil idiyopatik artrit, otoimmün hastalıklar, nadir otoenflamatuvar hastalıklar ve diğer vaskülitlerin ise pandemi öncesi dönem ile kıyaslandığında tanı sıklıkları arasında anlamlı fark yoktu.

**Sonuç:** Pandemi yılı boyunca romatoloji pratiğinde en yaygın izlenen hastalıkların tanı yüzdesi anlamlı farklılık göstermedi. Diğer yandan, ARA, IgAV, klasik KH ve MAS tanılarındaki anlamlı azalma, patojenlerin bu hastalıkların patogeneziindeki ve/veya hastalığı tetikleyici rollerine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Koronavirüs hastalığı-2019, çocuk, romatizmal hastalıklar, tanımlar