

XXII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

26-30 Ekim 2022

Poster Sunumları

(PS-001 — PS-165)

PP-001

Romatoid artrit hastalarında kırılabilirlik ve hastalık aktivasyonu arasındaki ilişki

Ahmet Karataş, Emine Erdoğan, Rabia Pişkin Sağır, Mustafa Gür, İbrahim Gündüz, Aylin Dolu Karaca, Mesude Seda Aydoğdu, Süleyman Serdar Koca

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) dünyada sık görülen enflamatuvar hastalıklardan birisidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber pek çok genetik, çevresel ve hormonal faktör birlikteliğinin otoimmün cevabı tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Yöntem: Kırılabilirlik, yaşla beraber fizyolojik fonksiyonlarda azalma ile giden metabolik, nöromusküler ve immün sistemlerde fonksiyon kaybı oluşturup bunun sonucunda stres faktörlerine karşılık savunmasızlığın artıp sağlık sorunlarına yol açan bir geriatrik sendrom olarak tanımlanmıştır. Kırılabilirliğin patofizyolojisine bakıldığında daha çok sarkopeni, immün yetmezlik ve nöroendokrin değişiklikler ön planda ele alınmaktadır. Ayrıca kırılabilir yaşlılarda immün sistem yetmezliğe bağlı olarak bellek hücrelerinde görülen artış ile birlikte immünolojik parametrelerde artış saptanmıştır. Kırılabilir her zaman ölüm ve sakatlık ile sonuçlanmayıp önlenilebilir ve düzeltilebilir süreç olarak değerlendirilmelidir. Çalışmamıza; Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bölümü'ne başvurup ACR/EULAR 2010 kriterlerine göre RA tanısı alan 50 hasta ve kontrol grubu olarak herhangi bir kronik hastalığı olmayan 50 kişi dahil edilmiştir. RA ve kontrol grubunda Tilburg kırılabilirlik skoru, RA grubunda DAS28 ve CDAİ skorları hesaplandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 54,6±13,6 yıl ve kontrol grubunun yaş ortalaması 50,9±19,0 yıl olarak bulunmuş olup

aralarında yaş açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0,117). Hasta grubunun %77'si kadın ve %23'ü erkek olup kontrol grubunun %67'si kadın ve %33'ü erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p=0,115). Tilburg kırılabilirlik skoru RA tanılı hastalarda (7,5±2,1) kontrol grubuna göre (5,8±2,7) istatistiksel olarak daha yüksekti (p<0,001). RA hastalarında DAS28 skoru 4,1±1,5, CDAİ skoru ise 18,0±13,1 olarak hesaplandı. CDAİ skoru kırılabilir olan RA hastalarında 19,4±13,4 kırılabilir olmayan RA hastalarında 9,8±6,9 olarak hesaplandı (p<0,001). DAS28 skoru kırılabilir olan RA hastalarında 4,3±1,5 kırılabilir olmayan RA hastalarında 3,5±1,0 olarak hesaplandı (p=0,025).

Sonuç: Kırılabilirlik RA hastalarında hastalık aktivitesini olumsuz olarak etkileyebilir bu açıdan RA hastalarının takip ve tedavi izleniminde kırılabilirlik göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kırılabilirlik, DAS28, CDAİ

PP-002

Aksiyel spondilartitlerde HLA-B7 pozitifliğinin değerlendirilmesi

Hüseyin Baygın, Gökhan Sargın, Songül Çıldıç, Taşkın Şentürk

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

Giriş: Spondilartitler (SpA), ortak özellikleri olan, aksiyel ve/veya periferik iskeleti etkileyebilen sistemik, kronik ve enflamatuvar romatizmal bir grup hastalıktır. SpA gelişimi ile HLA-B27 arasındaki ilişki bilinmektedir. HLA-B27'ye ek olarak, diğer B lokusu antijenlerinin, HLA-B27 negatif SpA hastalarıyla ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Bunlardan HLA-B7'nin çapraz reaktif grup (CREG) (B7, B22, B27, B40 ve B42) AS hastaları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda kliniğimizde takipli aksiyel SpA hasta popülasyonunda, HLA-B7 ile hastalık ilişkisini inceledik. **Yöntem:** ASAS 2009 sınıflama kriterlerine göre aksiyel SpA tanısı konulan 270 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait yaş, cinsiyet, aksiyel SpA durumu, HLA-B27 ve HLA-B7 pozitifliği değerlendirildi. İstatistiksel analizde Mann-Whitney U ve ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar sayı, sıklık ve yüzde olarak verildi. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen aksiyel SpA'lı 270 hastanın 138'sinde (%51,2) HLA-B27 pozitif, 132'sinde ise (%48,8) negatifti. HLA-B7 pozitifliği 24'ünde (%8,8) bulunuyordu. HLA-B7 pozitif olan hastalarda kadın/erkek oranı: 3 idi. HLA-B27 pozitif olan hastalarda bu oran 0,8 idi. Cinsiyet açısından her 2 grup arasında anlamlı farklılık vardı. HLA-B27 pozitif olan hastaların %13'ünde, HLA-B27 negatif hastaların %4,5'inde HLA-B7 pozitifliği. HLA-B7 pozitif olan hastaların yaş ortalamaları HLA-B27 pozitiflere göre daha yüksekti.

Sonuç: Toplumsal dağılım ve genetiğe göre HLA allellerinin hastalık ile ilişkisi bulunmaktadır. Çalışmamızda HLA-B7 pozitif olan grubun yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti. HLA-B7 alt grubu daha ileri yaş başlangıcı olan aksiyel SpA'da rol oynuyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B7, HLA-B27, aksiyel spondilartropati

PP-003

Aksiyel spondiloartrit hastalarında serum endokan seviyesinin ve hastalık aktivitesiyle ilişkisinin araştırılması

Sevgi Gündüz¹, İbrahim Gündüz², İbrahim Kaplan³, Mehmet Çağlayan³

¹Kovancılar Devlet Hastanesi, Elazığ

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır

Giriş: Spondiloartritler (SpA); ortak klinik, radyolojik, laboratuvar ve genetik özellikleri olan bir grup hastalığı tanımlayan ortak bir terimdir. Klinik takipte kullanılabilecek duyarlı bir biyobelirteç maalesef yoktur. Endokan proteoglikan yapısında bir moleküldür. Endokanın akut enflamasyonda ve kronik enflamasyonun değişik basamaklarında önemli görevler üstlendiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Biz bu çalışmada aksiyel spondiloartrit (aksSpA)

tanılı hastalarda serum endokan düzeylerini ve bu düzeylerin klinik ve laboratuvar parametreler ile korelasyonunu araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya aksSpA için geliştirilmiş "Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS)" sınıflandırma kriterlerine göre tanı almış 30 biyolojik tedavi alan aksSpA hastası, 30 non-steroid anti enflamatuvar ilaç kullanan aksSpA hastası ve 30 bilinen hastalığı olmayan sağlıklı gönüllü alındı.

Bulgular: Genel spondiloartrit grubu ile kontrol grubu serum endokan düzeyleri açısından kıyaslandığında spondiloartrit grubunda endokan düzeyinin istatistiksel açıdan anlamlılık sınırına yakın düzeyde daha düşük olduğu tespit edildi ($p=0,084$) (Tablo 1). Serum endokan düzeyleri ortalama değeri biyolojik kullanan SpA grubunda 322,13 ng/dL ($\pm 359,66$), NSAİİ kullanan grupta 226,77 ng/dL ($\pm 285,33$), kontrol grubunda 420 ng/dL ($\pm 512,01$) olarak hesaplandı. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,175$) (Tablo 2) ancak hem biyolojik alan grupta hem NSAİİ kullanan grupta serum endokan düzeylerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu tespit edildi. Serum endokan düzeyi ile eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) arasında negatif korelasyon ($r=-0,32$ ve $p=0,010$) ve hemoglobin düzeyi arasında pozitif korelasyon ($r=0,335$ ve $p=0,009$) saptandı. Sabah tutukluğu süresi ile serum endokan düzeyleri arasında anlamlılık düzeyinde negatif korelasyon saptandı ($r=-0,294$ $p=0,022$).

Sonuç: Sonuç olarak; serum endokan düzeylerinin aksSpA tanısı, takip ve patogenezindeki rollerini araştırdığımız çalışmamızda, hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi. Serum endokan düzeyleri bazı laboratuvar parametreleri arasında korelasyon gözlemlendi. Bu moleküllerin aksSpA tanısı, takip ve patogenezindeki rolünün daha iyi anlaşılması için daha büyük ölçekli çalışmaların içerdiği klinik çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, ankilozan spondilit, endokan

Tablo 1. SpA ve kontrol grubu endokan düzeyleri

	Hasta (n=60) Medyan (Min-maks)	Kontrol (n=30) Medyan (Min-maks)	p değeri
Endokan düzeyi (ng/dL) (min-maks)	104,09 (76,10-1461,20)	150,39 (80,49-1899,14)	0,084

Tablo 2. Serum endokan düzeyi alt grup analizi

Grup	Kıyas grubu	p değeri
NSAİİ kullanan SPA	Kontrol	0,149
NSAİİ kullanan SPA	Biyolojik kullanan SPA	0,623
Biyolojik kullanan SPA	Kontrol	0,607

Sistemik skleroz tanılı hastaların deri elastografi bulgularının tırnak dibi kapilleroskopi ve deri tutulumu ile ilişkisi

Sinem Sağ¹, Alper Karacan², Mustafa Serdar Sağ³, Merve Baykul⁴, İbrahim Tekeoğlu⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

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

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Sakarya

Amaç: Sistemik skleroz (ssc) hastalarında deri tutulumunu değerlendirmede kullanılan elastografinin kapilleroskopi, modifiye Rodnan skoru, hastalık aktivitesi ve klinik parametreler arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 49 ssc, 19 SLE tanılı hasta dahil edildi. Kırk dokuz ssc hastasının 30'u sınırlı ssc, 19'u diffüz ssc idi. Diffüz ssc grubunda hastalık aktivitesi, mRSS ölçümleri, akciğer tutulum oranları belirgin olarak daha yüksekti ($p<0,005$). PAB ise sınırlı ssc'li hastalarda belirgin daha yüksekti ($p<0,005$). Elastografi skorları açısından iki grup arasında fark yoktu. Diffüz ssc hastalarında parmak, el, kol, ön kol, yüz, bacak ve ayak mRSS skorları belirgin olarak daha yüksekti ($p<0,005$). Elastografi ölçümleri karşılaştırıldığında ise, sınırlı sistemik sklerozlu hastalarda kol, ön kol ve uyluk elastografi skorları anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p<0,005$). Elastografik değerlendirmeyle tırnak dibi videokapilleroskopi (NVC) paternleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,005$). Ancak, NVC erken ve aktif patern kendi içinde değerlendirildiğinde elastografi skorlarında erken ve aktif patern arasında anlamlı fark varken, mRSS arasında iki patern arasında anlamlı fark yoktu. Hastalık aktivite indeksi ile mRSS ve elastografi arasında korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0,494$, $r=0,324$) mRSS ile elastografi arasında korelasyon bulunmadı.

Sonuç: Ssc'li hastalarda erken dönemde elastografi skorlarının yükseldiği, fakat bu yüksekliğin hastalık sürecinde devam etmediğini, ek olarak, hastalığın erken dönemindeki mikrovasküler değişimlere elastografinin mRSS'ye göre daha hassas olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulguları destekleyen, daha geniş hasta sayılarıyla yapılan, kontrollü, takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, elastografi, modifiye Rodnan deri skoru

Sistemik lupus eritematozusta düşük hepatit B seroprevalansı

Zeliha Ademoğlu¹, Ufuk İlgen², Kübra Erol Kalkan³, Nazife Şule Yaşar Bilge⁴, Timuçin Kaşifoğlu⁴, Hakan Emmungil¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

²Tatvan Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bitlis

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında kronik hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu sıklığının değerlendirildiği az sayıda çalışma vardır. Bu çalışma ile SLE hastalarında HBV seroprevalansının araştırılması, normal popülasyon ve hasta kontrol grupları (romatoid artrit ve spondiloartrit) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2005-2022 yılları arasında üçüncü basamak iki ayrı merkezde romatoloji polikliniğine başvurmuş 278 SLE hastası ile kontrol grubu olarak 125 romatoid artrit (RA) ve 125 spondiloartrit (SpA) hastasının tanı sırasında bakılmış olan HBV serolojisi (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc total) retrospektif olarak tarandı. SLE hastalarının HBV seroloji özellikleri normal popülasyon ve hasta kontrol gruplarınınki ile karşılaştırıldı.

Bulgular: HBsAg pozitifliği SLE hastalarında 2/278 (%0,7), RA hastalarında 6/125 (%4,8), SpA hastalarında 9/125 (%7,2) bulundu. SLE hastalarında HBsAg pozitifliği, iki farklı ulusal çalışmadaki normal popülasyon [%4, (218/5960), %4,57, $p=0,008$] ile SpA ($p=0,003$) ve RA ($p=0,019$) hastalarına göre düşük saptandı. Anti-HBc total pozitifliği SLE hastalarında (%15), hem normal popülasyona (%30,6) hem de RA (%42,7) ve SpA (%30,6) hastalarına kıyasla düşük bulundu ($p<0,001$) (Tablo 1). SLE hastalarının klinik bulguları incelendiğinde anti-HBc total pozitifliği olan hastalarda negatif olanlara göre oral ülser (5/38'e karşı 57/210, $p=0,067$) ve deri tutulumu (18/38'e karşı 140/208, $p=0,018$) daha az sıklıkta saptandı. Diğer klinik özellikler ile anti-HBc total pozitifliği ile ilişki saptanmadı.

Sonuç: SLE hastalarında HBsAg ve anti-HBc total pozitifliği hem normal popülasyona hem de SpA ve RA gibi diğer enflamatuvar hastalıklara göre daha düşük saptandı. SLE'de deri tutulumu ve oral ülser sıklığının HBV ile karşılaşarlarda daha az olduğu saptandı. Hem topluma hem de AS ve RA gibi diğer enflamatuvar hastalıklara göre SLE'de düşük HBV prevalansının olması (Ailevi Akdeniz ateşi ile vebada olan ilişki gibi) SLE hastalarında HBV'ye karşı özel bir koruma mekanizmasının olabileceğini akla getirmektedir. Burada mekanizma olarak SLE'de yüksek interferon seviyesinin rolü olabilir. Bu mekanizmaların daha iyi aydınlatılabilmesi için prospektif ve moleküler çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik HBV enfeksiyonu, romatoid artrit, spondiloartrit, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1. SLE ve kontrol gruplarının hepatit B seroprevalansı

	SLE	RA	PSLE-RA değeri	SpA	PSLE-SpA değeri	Normal popülasyon (TURHEP)	PSLE-normal popülasyon değeri
HBsAg (+)	2/278 (%0,7)	6/125 (%4,8)	0,019	9/125 (%7,2)	0,003	218/5960 (%4)	0,008
Anti-HBc total (+)	41/273 (%15)	44/103 (%42,7)	<0,001	37/121 (%30,6)	<0,001	1670/5460 (%30,6)	<0,001
Anti-HBs (+)	107/278 (%38,5)	62/117 (%53)	0,008	51/122 (%41,8)	0,43	1746/5460 (%31,9)	0,023
Anti-HBs (+) Anti-HBc total (-)	77/273 (%28,2)	26/103 (%25,2)	0,33	25/121 (%20,7)	0,11	463/5460 (%8,4)	<0,001
Anti-HBs (+) Anti-HBc total (+)	30/273 (%11)	30/103 (%29,1)	<0,001	25/121 (%20,7)	0,01	1212/5460 (%22,2)	<0,001
Anti-HBs (-) Anti-HBc total (+)	11/273 (%4)	14/103 (%13,6)	<0,001	12/121 (%9,9)	0,02	251/5459 (%4,6)	0,659

PP-006**Fibromiyalji olan primer Sjögren sendromlu hastalarda otonom disfonksiyon, fibromiyalji olmayanlara göre daha fazla mıdır?**

Damla Karataş¹, Nilay Erdik¹, Gökhan Yavuzbilge¹, Abbas Karakurt², Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Zeynep Öztürk¹, Sümeyye Merve Türk¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Emel Öрге Gönüllü¹

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

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

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS), öncelikle ekzokrin bezleri etkileyen otoimmün bir hastalıktır, ancak sinir sistemi dahil diğer organlar da etkilenebilir. Pek çok çalışma, pSS'de otonom disfonksiyonun olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Fibromiyaljinin (FM) de etiyojisi tam olarak anlaşılacak şekilde birlikte, veriler FM'nin otonom sinir sisteminin işlev bozukluğundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada pSS olan hastalarda fibromiyalji olanlara göre fibromiyalji olmayanlara göre otonom disfonksiyonun görülme sıklığını ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Polikliniğimize Kasım 2021-Ağustos 2022 tarihleri arasında başvuran ve pSS tanısıyla takip ettiğimiz 64 hasta dahil edilmiştir. Hastalar; 35 (%54,7) fibromiyalji olan, 29 (%45,3) fibromiyalji olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Otonomik disfonksiyon, ortostatik, vazomotor, sekretomotor, gastrointestinal, mesane ve pupillomotor fonksiyonları içeren 6 alt bölümden oluşan Kompozit Otonom Semptom Skoru-31 (COMPASS-31) ile hastalar değerlendirilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamaları 53,8±11,3 yıldır. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş açısından fark yoktu (sırasıyla p=0,586 ve p=0,580). Hastalık süresi medyan (IQR): 4(5) yıldır. Ortalama toplam COMPASS-31 puanı, fibromiyalji olan hastalarda, fibromiyalji olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (0,014). Alt gruplarından sekretomotor disfonksiyon fibromiyalji olan hastalarda anlamlı derecede yüksekti (p=0,001). FM'li hastalarda vazomotor disfonksiyon daha fazla görülmektedir (p=0,016).

Sonuç: Çalışmamızda fibromiyalji olan pSS'li hastalarda FM olmayanlara göre COMPASS 31 skoru daha yüksek çıkmış olup,

özellikle sekretomotor disfonksiyon skoru daha yüksektir. Her iki hastalık da ayrı ayrı otonom disfonksiyon yapabildiğinden, ikisinin birlikte olduğu hastalarda total COMPASS-31 skorunun yüksek çıkmış olması akla yatkın görünmektedir. Ayrıca FM'li hastalarda vazomotor disfonksiyon daha fazla görülmektedir. İngilizce literatürde hem pSS, hem FM olanlarda otonom disfonksiyon bulunamadığından karşılaştırılamadı.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, kompozit otonom semptom skoru-31, otonom disfonksiyon, primer Sjögren sendromu

Otonom disfonksiyonun alt tiplerinin karşılaştırılması

	FMS + n (%)	FMS - n (%)	p
Ortostatik tolerans			
Var	19 (54,3)	13 (44,8)	0,451
Yok	16 (45,7)	16 (55,2)	
Vasomotor			
Var	16 (45,7)	5 (17,2)	0,016
Yok	19 (54,3)	24 (82,8)	
Sekretomotor			
Var	35 (100)	28 (96,9)	0,453
Yok	0 (0)	1 (3,4)	
GIS			
Var	32 (91,4)	25 (86,2)	0,692
Yok	3 (8,6)	4 (13,8)	
Mesane			
Var	31 (88,6)	20 (69)	0,052
Yok	4 (11,4)	9 (31)	
Pupil			
Var	32 (91,4)	25 (86,2)	0,692
Yok	3 (8,6)	4 (13,8)	

Fibromiyalji ile COMPASS-31 skoru karşılaştırması

	FMS +	FMS -	p
Compass total	33 (32)	20,6 (20)	0,014
Ortostatik	8 (24)	0 (16)	0,177
Vasomotor	0 (3)	0 (0)	0,051
Sekretomotor	6,4 (2)	4,3 (4)	0,001
GIS	5,4 (8)	3,6 (8)	0,187
Mesane	2,2 (2)	1,1 (3)	0,337
Pupil	2,3 (2)	2 (2)	0,477

Çocuk romatoloji kliniğinde takipli juvenil Sjögren sendromlu hastaların klinik özellikleri ve izlemi

Taner Coşkun¹, Benan Topatan², Betül Sözeri¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Juvenil Sjögren sendromu (JSS), tükürük ve gözyaşı bezleri gibi ekzokrin bezlerin kronik enflamasyonudur. Bu hastalık çocukluk döneminde oldukça nadir olup, başlangıç kliniği erişkinden farklı olmaktadır. Kız hastalarda erkeklere göre daha sık olup (5:1-7:1) ortalama 10 yaşında başlangıç görülür. Pediatrik grup için doğrulanmış bir tanı kriteri henüz yoktur, bu nedenle 2016 yılında erişkin hastalar için yayınlanan tanı kriterleri kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı, JSS tanısıyla takip edilen çocuk hastaların klinik bulgularının değerlendirilmesi, tedavi seçenekleri ve tedavi sonuçlarının analizinin yapılmasıdır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Romatoloji Kliniği'nde Haziran 2016-Ağustos 2022 tarihleri arasında takip edilen ve 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre tanı alan 17 çocuk hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tanı kriterlerini karşılamayan sikka semptomları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortalama tanı yaşı 14 yıl ve ortalama semptom başlama yaşı 13 yıl idi. En sık görülen semptomların ağız kuruluğu, kas iskelet sistem yakınmaları ve göz kuruluğu olduğu saptandı. Ateş yüksekliği iki hastada, Raynaud fenomeni ise dört hastada görüldü. Hastaların %18'inde örtüşen klinik özelliklere sahip başka bir otoimmün hastalık vardı. Tekrarlayan parotit öyküsü olan bir hasta mevcuttu. Hastaların %88'inde ANA pozitifliği saptanırken tümünde titre >1/160 titrede olup, granüler patern saptandı. Hastaların %76'sında Anti SSA/RO antikor pozitifliği olduğu görüldü. Sadece 2 hastada romatoid faktör pozitifliği vardı. Parotis ultrasonografisi yapılan 12 hastanın 8'inde parotit ile uyumlu tutulum gözlemlendi. Hastaların tümüne minör tükürük bezi biyopsisi yapıldı; 3 hastada (%17,6) biyopside özellik saptanmazken, dört hastada grade 2, beş hastada grade 3 ve beş hastada grade 4 ve üstü olarak sonuçlandı. Hastaların %23'ünde sistemik steroid tedavisi gereksinimi varken, %52 hastada metotreksat ve/veya mikofenolatmofetil tedavisi kullanıldı. Bir hastada klinik bulguların devam etmesi 1 hastada ise renal tutulum gelişmesi nedeniyle 2 hastada rituksimab tedavisi kullanıldı.

Sonuç: Sjögren sendromu erişkinde olduğu gibi çocuk hastalarda da ağız ve göz kuruluğuna ek olarak çeşitli sistemik bulgularla seyretmektedir. İmmünoşüpresif tedavi gereksinimi olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, parotit bezi, biyopsi

Özofagus manometrisi sistemik skleroz semptomları yokluğunda özofagus tutulumunu saptayabilir mi?

Duygu Temiz Karadağ¹, Öznur Sadioğlu Çağdaş¹, Altay Çelebi², Göktuğ Şirin², Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Özofagus tutulumu, sistemik sklerozda (SSk) sık rastlanan ve hastalığın tüm tiplerinde (sınırlı/yaygın) görülen bir bulgudur. Erken dönemde özofagus semptomları hastalığın diğer bulgularını önceleyebilir. Çalışmamızın amacı özofagus semptomları ile gastroenteroloji kliniğine başvuran ve manometri uygulanan hastalarda SSk tanısı konulma oranlarını araştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2021-Temmuz 2022 arasında tetkik edilen hastaların manometri sonuçları tarandı. Hastaların başvuru şikayetleri, gastroskopi sonuçları, laboratuvar sonuçları, romatoloji konsültasyonları ve SSk tanısı açısından yapılan tetkik (oto-antikor, EKO, toraks BT, tırnak yatağı kapillaroskopi) sonuçları incelendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 50±15 ve 80'i (%53,3) kadın olan 150 hastanın sonuçları incelendi. Hastaların 20'sinde bir romatizmal hastalık (15 SSk, 3 dermatomyozit, 2 ankilozan spondilit, 1 mikst bağ doku hastalığı, 1 romatoid artrit, 1 primer Raynaud fenomeni) mevcuttu ve 127 hastaya tanısız amaçlı manometri yapılmıştı. Hastaların en sık başvuru şikayetlerinin başında reflü (51, %34) ve disfaji (40, %26,7) geliyordu. SSk özofagus tutulumu açısından anlamlı manometri bulguları (peristaltizm yok ve integre relaksasyon basıncı <20 mmHg) olan 29 hastanın 7'si (%24) romatolojiye konsülte edilmişti. Bu hastaların ise 2'si oto-antikor pozitifliği, skleroderma paterni kapillaroskopi bulguları ve Raynaud fenomeni varlığı ile erken SSk tanısı ile takibe alındı.

Sonuç: Gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu SSk hastalarında %90'dan fazla oranda görülmesine ve özofagus tutulumunun pek çok hastalık ilişkili bulgudan önce saptanmasına rağmen, manometri sonuçları tanıya götürmede yetersiz görünmektedir. Bu durum prospektif kohortlarda çok erken SSk verilerinin bilinmemesinden, bu dönemdeki hastalar için GİS tutulumu ile ilgili tanı koydurucu parametrelerin tanımlanmamasından ve hem romatolog hem de gastroenterologların hastaları tanımakta güçlük çekmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Manometri, özofagus, sistemik skleroz

Tablo 1. Özofagus semptomları ile başvuran tüm hastaların demografik özellikleri, semptomları ve manometri sonuçları

n=150		Ortalama ± SS/ sayı (%)
Cinsiyet (Kadın)		80 (%53,3)
Yaş		50±15
Tanı		
	Önceden SSK	15 (%10)
	Önceden miyozit	3 (%2)
	Önceden MKDH	1 (%0,7)
	Önceden AS	2 (%1,3)
	Önceden primer RF	1 (%0,7)
	Önceden RA	1 (%0,7)
	Tanısız	127 (%84,7)
Sikayet		
	Reflü	52 (%34)
	Disfaji	40 (%26,7)
	Takılma hissi	37 (%24,7)
	Göğüs ağrısı	10 (%6,7)
	Pirozis	3 (%2)
	Kusma	3 (%2)
	Dispepsi	3 (%2)
	Kronik öksürük	3 (%2)
Manometri		
	Peristaltizm yok	49 (%32,7)
	Peristaltizm normal	7 (%4,7)
	Peristaltizm ≤%50 yok	33 (%21)
	Peristaltizm >%50 yok	24 (%16)
	Peristaltizm zayıf±yetersiz	36 (%24)
	Üst özofagus sfinkter normal	145 (%96,7)
	Üst özofagus sfinkter azalmış	3 (%2)
	Alt özofagus sfinkter P	17,2±10,5
	Alt özofagus sfinkter P<10 mmHg	36 (%24)
	İntegre relaksasyon P	9,9±8
	İntegre relaksasyon P<20 mmHg	131 (%88,5)
Romatoloji konsültasyonu	(Tanısız hastalar arasında)	14 (%11,4)

Tablo 2. İntegre relaksasyon basıncı <20 mmHg ve peristaltizmi olmayan hastaların demografik özellikleri, semptomları, manometri ve gastroskopi sonuçları

n=29		Ortalama ± SS/ sayı (%)
Cinsiyet (Kadın)		10 (%34,5)
Yaş		49,8±15
Sikayet		
	Reflü	9 (%31)
	Disfaji	6 (%20,7)
	Takılma hissi	10 (%34,5)
	Göğüs ağrısı	1 (%3,4)
	Pirozis	1 (%3,4)
	Dispepsi	1 (%3,4)
	Kronik öksürük	1 (%3,4)
Manometri		
	Üst özofagus sfinkter normal	29 (%100)
	Alt özofagus sfinkter P	14,7±11,2
	Alt özofagus sfinkter P<10 mmHg	12 (%41,4)
	İntegre relaksasyon P	8,38±6,43
ANA		
	Bakılmamış	21 (%72,4)
	Pozitif	2 (%6,9)
Romatoloji konsültasyonu		7 (%24,1)

İnterstisyel akciğer hastalığı olan sistemik skleroz hastalarında St George solunum anketinin diğer parametrelerle ilişkisi

Duygu Temiz Karadağ, Enes Başaran, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), sistemik sklerozun (SSk) erken döneminde ortaya çıkma eğiliminde olan yaygın bir tutulumdur ve sistemik skleroz ile ilgili önde gelen ölüm nedenidir. Günümüzde hastaların takibinde önerilen ve en sık kullanılan parametre FVC'dir ve hasta bildirimli sonuçların takipteki yeri tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda İAH olan SSk hastalarında St George solunum anketinin solunum fonksiyon testi ve altı dakika yürüme testi gibi parametrelerle ilişkisini araştırdık.

Yöntem: ACR/EULAR sınıflama kriterlerini karşılayan ve İAH tanısı ile takip edilen 31 SSk hastası dahil edildi. Hastalara St

George solunum anketi ve altı dakika yürüme testi eş zamanlı olarak uygulandı. St George solunum anketi ile altı dakika yürüme testi, demografik özellikleri, laboratuvar sonuçları ve son üç ay içerisinde yapılmış solunum fonksiyon testi ile ilişkisi analiz edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 53,3±9,2 ve 25'i (%80,6) kadın olan 31 hastanın sonuçları incelendi. Hastaların 18'inde yaygın SSk mevcuttu ve hastalık süresi 9,7±5,7 yıldır. St George solunum anketi toplam skoru, aktivite alt skoru ve etki alt skoru ile FVC arasında ters yönde ve orta-kuvvetli korelasyon saptandı (sırasıyla $r=-0,489$, $p=0,033$; $r=-0,626$, $p=0,003$ ve $r=-0,461$, $p=0,047$). St George solunum anketi toplam skoru, semptomlar alt skoru, aktivite alt skoru ve etki alt skoru hastalık alt tipleri ve cinsiyete göre değişiklik göstermedi ($p>0,05$).

Sonuç: SSk hastalarında İAH'nin takibinde solunum fonksiyon testleri ile birlikte kullanılabilir ve hasta bildirimine dayanan parametreler sağlayabilir. Günlük pratikte hasta kooperasyonu nedeniyle uygulaması zor olabilen solunum fonksiyon testlerine tamamlayıcı bir araç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, st george solunum anketi

Tablo 1. SSk hastalarının demografik özellikleri, solunum fonksiyon testi, 6 dakika yürüme testi ve St George solunum anketi sonuçları

n=31	Ort ± SS/sayı (%)
Cinsiyet (Kadın)	25 (%80,6)
Yaş	53,3±9,2
Hastalık alt tipi (yaygın)	18 (%58,1)
Oto antikör	
	CENP-B 3 (%9,7)
	Scl-70 24 (%77,4)
	Negatif 4 (%12,9)
Boy	162,7±7
Kilo	69,4±9,2
FVC	81,2±15,6
DLCO	54,3±12,8
Altı dakika yürüme testi	
	Pre-test TA sistolik 109±11
	Pre-test TA diastolik 69±8
	Pre-test nabız 77±7
	Pre-test satürasyon 96,4±1,1
	Tur sayısı 12,6±2,3
	Yürüme mesafesi 388±69
	Post-test TA sistolik 122±16
	Post-test TA diastolik 76±6
	Post-test nabız 95±13
	Post-test satürasyon 94,4±4,2
St George solunum anketi	
	Toplam skor 36,8±18,3
	Semptom skoru 37,5±23,2
	Aktivite skoru 51,8±26
	Etki skoru 28,8±18,1

Tablo 2. St George solunum anketi toplam skoru, semptom alt skoru, aktivite alt skoru ve etki alt skorunun diğer parametrelerle ilişkisi

	Toplam skor	Semptom	Aktivite	Etki
Yaş	-0,261	-0,280	-0,386	-0,113
Hastalık süresi	-0,111	-0,165	-0,162	-0,112
Kilo	0,189	-0,169	0,242	0,152
FVC	-0,489*	-0,211	-0,626**	-0,461***
DLCO	-0,292	-0,218	-0,317	-0,280
Pre-test TA sistolik	-0,172	-0,252	-0,252	-0,016
Pre-test TA diastolik	-0,256	-0,330	-0,279	-0,095
Pre-test nabız	0,134	0,156	0,004	0,158
Pre-test satürasyon	0,210	0,241	-0,071	0,195
Tur sayısı	-0,237	0,171	-0,177	-0,449
Mesafe	-0,212	0,173	-0,110	-0,433
Post-test TA sistolik	-0,087	-0,056	-0,228	0,005
Post-test TA diastolik	-0,365	-0,227	-0,455	-0,264
Post-test nabız	-0,032	-0,042	-0,101	-0,042
Post-test satürasyon	0,064	-0,011	-0,056	0,252

* $p=0,033$, ** $p=0,003$, *** $p=0,047$

Üveit ile prezente olan hastalarda romatolojik hastalık insidansı

Esin Öztürk¹, Tuba Yüce İnel², Mahmut Kaya³, Gerçek Can², Fatoş Önen²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Üveit gözün üvea bölümünün enflasyonu olarak tanımlanmakta olup nispeten nadir olmasına rağmen, maküler dejenerasyon veya diyabetik retinopati ile yaklaşık olarak aynı miktarda görsel morbiditeye neden olur. Üveit etiolojisinde göz ile sınırlı hastalıklar, enfeksiyöz nedenler ve sistemik enflamatuvar nedenler önemli yer tutar. Üveit sistemik enflamatuvar romatolojik hastalıkların başlangıcında veya seyri sırasında görülebilir. Romatolojik hastalıkların çoğunda tanınmış öneme sahiptir. Bu araştırmada; ilk klinik prezentasyonu non-enfeksiyöz üveit olan hastalardaki romatolojik hastalık insidansının belirlenmesi ve romatolojik hastalık tanısı konfirme edilen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Göz Hastalıkları Polikliniği'nde non-enfeksiyöz üveit tanısı alan ve romatolojik

hastalık etiyojisi araştırılması için yönlendirilen hastalar dahil edildi. Hastaların romatolojik sistem sorgulamaları, laboratuvar ve görüntüleme bulguları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya üveit tanısı konan 106 hasta (%42,4 ön üveit, %2,8 orta üveit, %19,8 arka üveit, %34,9 panüveit) dahil edildi. Hastaların %52,8'i erkek olup, yaş ortalaması 40,19±14,82 yıl idi. Hastaların ortalama üveit atağı yaşı 38,7±15,02 idi. Hastaların %33'üne romatolojik hastalık (10 SpA, 17 Behçet hastalığı, iki vaskülit, iki sarkoidoz, üç farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı, bir romatoid artrit) tanısı kondu. Ön üveit ile başvuran hastaların %20'sinde SpA tanısı konuldu. Panüveit ile başvuran hastaların %27'sinde ve ilk klinik bulgusu arka kamara tutulumu olan hastaların %33,3'ünde Behçet hastalığı saptandı. Arka kamara etkilenen hastaların üçte ikisinde bilateral üveit saptandı ve daha fazla tekrarlamaya eğilimindeydi (p=0,014). Üveit tipine göre görülen enflamatuvar romatolojik hastalıkların dağılımı, tarafı ve üveit atak sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Üveit ile başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde romatolojik hastalık saptandı. Üveit nedeniyle başvuran hastaların sistemik romatolojik hastalıklar açısından araştırılması tanı ve tedavi sürecini değiştirebileceğinden oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Üveit, insidans, enflamatuvar romatolojik hastalık

Tablo 1. Üveit tipine göre görülen enflamatuvar romatolojik hastalıkların dağılımı, üveit tarafı ve atak sayısı

	Anterior N (%)	Intermediate N (%)	Posterior N (%)	Panüveit N (%)	p değeri
SpA	9 (%90) ^a		0(%0) ^b	1 (%10) ^b	0,00
RA	1 (%100) ^a		0(%0) ^a	0(%0) ^a	
Vaskülit	2 (%100) ^a		0(%0) ^a	0(%0) ^a	
Behçet	0(%0) ^a		7 (%41,2) ^b	10 (%58,8) ^b	
UDBDH	1 (%33,3) ^a		0(%0) ^a	2 (%66,7) ^a	
Sarkoidoz	1 (%50) ^a		1 (%50) ^a	0 (%0) ^a	
Üveit tarafı					
Unilateral	30 (%50,8) ^{a,b}	3 (%5) ^b	7 (%11,9) ^a	19 (%32,3) ^{a,b}	0,019
Bilateral	15 (%31,9) ^a	0(%0) ^a	14 (%29,8) ^a	18 (%38,3) ^a	
Toplam üveit atak sayısı					
1	20 (%50) ^{a,b}	3 (%7,5) ^b	9 (%22,5) ^{a,b}	8 (%20) ^a	0,014
≥2	25 (%37,9) ^{a,b}	0 (%0) ^b	12 (%18,2) ^{a,b}	29 (%43,9) ^a	

PP-011

Romatolojik hastalık tanısı ile takipli biyolojik tedaviyle izlenen hastaların fitofarmasötik kullanımı hakkında görüşlerinin ve fitofarmasötik kullanımlarının değerlendirilmesi

Tuba Demirci Yıldırım, Ahmet Merih Birlik

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

Amaç: Bitkisel ürünler ile tedavi (fitoterapi), toplumumuzda giderek artan düzeyde, bilinçli ya da bilinçsiz kullanılmaktadır. Çalışmada romatolojik hastalık tedavisinde son ve güçlü basamak olarak sınıflandırabileceğimiz biyolojik ajanları kullanan hastaların, fitofarmasötiklere ilişkin genel tutum ve görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Anketin ilk bölümünde kişiye ait demografik verileri de içeren 11 soru, ikinci bölümde ise fitoterapi hakkında bilgi düzeyini ve fitofarmasötik kullanımlarını öğrenmeyi amaçlayan 17 soru bulunmaktadır. Anket, katılım onamı veren biyolojik tedavi kullanan romatolojik tanıli hastalara yüz yüze uygulanmıştır.

Bulgular: Devam eden çalışmamızda 50 hastanın verileri analiz edildi. Çalışmaya 26'sı (%52) kadın 50 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 44 ± 9 'du. Hastaların %36'sı üniversite mezunu, %22'si okuyardı. Katılımcılardan 26'sı (%52) romatoid artrit, 9'u (%18) ankilozan spondilit tanıydı. Ortalama romatolojik hastalık süresi 12,2 yıldır. Kullanılan biyolojik tedaviler 14 (%28) infliximab, 7 (%14) etanercept, 7 (%14) adalimumab ve 5 (%10) golimumab olarak sıralandı. Biyolojik tedavi alma süresi ortalama 4,5 yıldır. %32 hasta ek olarak metotreksat tedavisi alıyordu. Hastaların 22'si fitoterapi hakkında bilgiyi, televizyon ve sosyal medya aracılığıyla, 11'i ise akrabaları ve komşuları aracılığıyla edindiğini belirtti. Fitoterapi konusunda doktorundan bilgi almak isteyen hastaların sayısı 46 (%92) idi. Tedavisine fayda sağlayacağını düşünen, doktorunun da onayı olursa kullanmak isterim diyen hasta oranı %86 idi. Hiçbir hastanın fitoterapiye karşı olmadığı, halihazırda 26 hastanın kullandığı saptandı. En fazla yeşil çay, rezene, biberiye ve kantaron kullanılıyordu. Şimdiye kadar bitkisel ilaç kullanımı sebebiyle yan etki, hastane yatışı yaşayan hasta yoktu. Hastaların %90'ı fitoterapinin yasal düzenleme ile kontrol edilmesi gerektiğini savundu. Fitoterapiden fayda görürse kullandığı tedavilerini bırakacağını ifade eden hasta sayısı 27 (%54) idi. Otuz bir hasta ise fitoterapinin yan etkilerinin kullandığı tedavilerden az olduğunu düşünüyordu.

Sonuç: Kronik hastalıklarla mücadele eden hastaların fitoterapiden yararlanmayı düşünmeleri anket sonuçlarımızda da saptandığı gibi kaçınılmazdır. Bu tedavi yöntemleri hakkında biz hekimlerin de bilgili olması olası bilinçsiz kullanımların önüne geçerek, hastaların tedavilerinin yönetiminde bizleri daha da söz sahibi hale getirecektir.

Anahtar Kelimeler: Fitoterapi, biyolojik tedavi, romatoid artrit



Şekil 1. Fitoterapi hakkında bilgi edinilen kaynaklar

PP-012

Ritüksimab dışı biyolojik ilaç kullanan hastalarda hepatit B seroprevalansı ve reaktivasyon sıklığı; tek merkez sonuçları

Özlem Özdemir Işık, Enes Başaran, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Giriş: Biyolojik ilaçlar, immün veya genetik araçları hedef alan ilaçlardır ve romatolojide özellikle dirençli hastalarda önemli tedavi alternatifleridir. Bu ilaçların kullanımı sırasında hepatit B reaktivasyonu gelişebilmektedir. Ritüksimab (RTX) tedavisi ile reaktivasyon daha yüksek risk taşımaktadır. RTX dışı biyolojik ilaçlarla hepatit B reaktivasyon sıklığı net değildir.

Amaç: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen ve RTX dışı biyolojik ilaç tedavisi alan hastalarda hepatit B seroprevalansı ve reaktivasyon sıklığı değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2010-2022 yılları arasında farklı endikasyonlarla RTX dışı biyolojik ilaç tedavisi alan 170 hastanın HBsAg, anti-HBs, anti-HBcIgG verileri retrospektif olarak incelendi. Özellikle HBsAg ve anti-HBcIgG pozitif hastalarda reaktivasyon açısından viral yük, karaciğer enzim yüksekliği ve HBeAg reversiyonu değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %53,5'i erkek, yaş ortalamaları $47,4\pm 10,6$ yıl idi. %57,6'sı ankilozan spondilit (AS), %24,1'i romatoid artrit, %8,8'i psoriatik artrit, %3,5'i Behçet hastalığı, %2,4'ü Takayasu arteriti, %3,5'i diğer hastalıklar (FMF, dev hücreli arterit, erişkin Still hastalığı) tanısı ile izlenmekteydi. Tüm grupta, %80 anti-tümör nekroz faktör (TNF), %20 non-TNF biyolojik ilaç (tosilizumab, abatacept, sekukinumab) tedavisi kullanılmaktaydı. Hastaların

%2,9'u HBsAg (+) grup 1, %7,6'sı HBsAg (-), anti-HBs (+) ve anti-HBcIgG (+) grup 2, %8,2'si anti-HBcIgG (+) grup 3, %67,1'i viral göstergeleri negatif grup 4 ve %14,1'i aşı ile bağışıklanmış anti-HBs (+) grup 5 olarak sınıflandırıldı. Grup 1'deki hastalar antiviral tedavi almaktaydı. Diğer gruplarda antiviral profilaksi tedavisi alan bir hastada reaktivasyon gözlenmiş ve hastaya antiviral tedavi başlanmıştı. Grup 1'de antiviral tedavi almakta olan bir hastada viral yük artışına rağmen (<1 log₁₀ IU/mL), karaciğer enzim yüksekliği, HBeAg reversiyonu olmaması nedeniyle reaktivasyon olarak değerlendirilmemişti.

Sonuç: RTX dışı biyolojik ilaç kullanan hastalarda reaktivasyon orta riskli olarak belirlenmekle birlikte antiviral profilaksi pek kullanılmamaktadır. Çalışmamızda da reaktivasyon oldukça düşük bir oranda gözlenmiştir. Bununla birlikte hastalar biyolojik ilaç kullanımı öncesi tarama ve tedavi sırasında reaktivasyon açısından dikkatle takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, biyolojik ilaç, hepatit B reaktivasyonu

Tablo 1. Ritüksimab dışı biyolojik tedavi alan hastaların verileri

	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	79 (46,5)
Erkek	91 (53,5)
Tanı	
Romatoid artrit	41 (24,1)
Ankiloiz spondilit	98 (57,6)
Psoriatik artrit	15 (8,8)
Behçet hastalığı	6 (3,5)
Takayasu arteriti	4 (2,4)
Diğer	6 (3,5)
Viral belirteçlere göre gruplar	
Grup 1 - HBsAg (+)	5 (2,9)
Grup 2 - HBsAg (-), anti-HBs (+), anti-HBcIgG (+)	13 (7,6)
Grup 3 - HBsAg (-), anti-HBs (-), anti-HBcIgG (+)	14 (8,2)
Grup 4 - HBsAg (-), anti-HBs (-), anti-HBcIgG (-)	114 (67,1)
Grup 5 - HBsAg (-), anti-HBs (+), anti-HBcIgG (-)	24 (14,1)
Hepatit B reaktivasyon oranı	
Grup 1	-
Grup 2	-
Grup 3	1 (7,1)

PP-013

Bel ağrısı tanısında makine öğrenmesi tekniklerinin başarısı

Yüksel Maraş¹, Ahmet Kor², Semra Duran³, Kevser Gök⁴, Ebru Atalar⁴, Kemal Üreten⁵, Hakan Hadi Maraş⁶

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

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁶Çankaya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilgisayar Programcılığı Bölümü, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, lumbosakral patolojileri teşhis etmede klinisyenlere yardımcı olacak bir bilgisayar destekli tanı (BDT) yöntemi geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma 463 anormal ve 416 normal lateral lumbosakral radyografi üzerinde yapılmıştır. Radyografik görüntülerde kırpmayı otomatikleştirmek için YOLO algoritması kullanılmıştır. Bu çalışma, GeForce RTX2060 grafik işlem birimi bulunan bir bilgisayarda gerçekleştirilmiştir. Nesne algılama (YOLO uygulaması) için Keras TensorFlow ortamı, sınıflandırma görevi için MATLAB ve Image Processing Toolbox™ kullanılmıştır. Çalışmada transfer öğrenmesi için önceden eğitilmiş VGG-19, VGG-16, ResNet-101, MobileNetV2 ve GoogLeNet modelleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonunda, lomber vertebral patolojileri ayırt etmede önceden eğitilmiş VGG modellerinin, ResNet-101, MobileNetV2 ve GoogLeNet modellerinden daha iyi performans gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmada, hem VGG-16 ağı ile hem de VGG-19 ağı ile %93,1 oranında doğruluk elde edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, lomber vertebral patolojileri ayırt etmede önceden eğitilmiş VGG modellerinin (VGG-16 ve VGG-19), ResNet-101, MobileNetV2 ve GoogLeNet modellerinden daha iyi performans gösterdiği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, bilgisayar destekli tanı (CAD), derin öğrenme, evrişimli sinir ağları, makine öğrenmesi, öğrenme aktarımı

Spondiloartrit/ankilozan spondilit hastalarının eşlerinde artmış ankilozan spondilit sıklığı saptanmıştır: Çevresel faktörler spondiloartritte rol oynuyor olabilir

Mustafa Ekici¹, Emre Bilgin¹, Erdiñ Ünalđı¹, Fatmagül Gülbahçe İncesu², Levent Kılıç¹, Umur Kalyoncu¹

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

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

Giriş: Spondiloartrit (SpA) hastalığının patogeneğinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Aynı ev içerisinde yaşayan eşlerin benzer çevresel faktörlere maruz kaldığı düşünülebilir. Bu çalışmada SpA hastalarının eşlerinde ortak yaşam alanının SpA gelişimini kolaylaştırıp kolaylaştırmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 2021-Haziran 2022 arasında Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 680 SpA hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar ankilozan spondilit (AS), non-radyografik SpA ve periferik SpA olarak gruplara ayrılmıştır. Hastalara eşlerinde SpA olup olmadığı sorulmuştur. SpA tanısı olduğu söylenen hastalar polikliniğe çağrılarak tanılarının doğrulanması yapılmıştır. On iki SpA hastası eşinde SpA olduğunu belirtmiştir, bu hastaların tekrar gözden geçirilmesinde 4 hastanın SpA olmadığı, birisinin PsA olduğu görüldü, bu hastalar analizden çıkarılmıştır. Hastaların aile öyküsü, bDMARD kullanımları da ayrıca not edildi. Eşlerinde SpA bulgusu olan hastaların da AS kriterlerini doldurup doldurmadığı bakıldı.

Bulgular: Altı yüz seksen SpA hastası değerlendirildi. Beş yüz seksen iki (%85,6) AS, 72 (%10,6) nrAxSpA ve 26 sadece periferik SpA (%3,8) vardı. Hastaların %49,4'ü erkek ve yaş ortalaması 45,6'ydı (10,4). Hastaların ortalama izlem süresi 10,6 (7,9) yıldır. Tüm hastaların 468'i (%55,1) değerlendirme sırasında bir bDMARD kullanıyordu. nrAxSpA ve periferik SpA hastalarının eşlerinde AS/SpA yoktu. Toplam 7 hastanın eşinde AS saptandı. Tüm SpA hasta grubunda AS görülmesi sıklığı 7/695 [%1,01 (0,4-2,1)] olarak hesaplandı. AS hastalarının eşlerinde AS görülme sıklığı ise 7/582 [%1,20 (0,5-2,6)] olarak hesaplandı. Yedi eşin 2'si kuzen çocuklarıydı. Eşinde AS olanlardan sadece bir tanesi evlendiği sırada eşinin tanısını bilirken diğer 6 tanesinin tanısı evlilik sonrası konmuştu. Bu hastaların evlendikten sonra tanı alma medyan süresi 22 (7-32) yıldır.

Sonuç: Türk toplumunda AS sıklığı %0,49, SpA sıklığı %1,05 olarak saptanmıştır. SpA hastalarının eşlerinde AS görülme sıklığı normal Türk popülasyonuna göre yaklaşık 2 kat artmıştır. AS hastalarında ise 2,4 kat artmış risk artışı saptanmıştır. Bu durum SpA hastalığının patogeneğinde rol oynayan çevresel faktörlerle ilişkili olabilir. Ancak hastaların yarısının bDMARD kullanıyor olması, daha ciddi hastalık potansiyeli olan grupta analiz edildiğini düşündürmektedir. Sonuçlar daha geniş çalışmalarda doğrulanmayı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, seronegatif spondiloartropati, SpA sıklığı

Romatolojik nedenlerle biyolojik ajan kullanan hastalarda santral demiyelinizasyon - HURBIO gerçek yaşam verileri

Emre Bilgin¹, Doruk Arslan², Başak Sayınalp³, Emine Sarıyıldız¹, Bayram Farisoğulları¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Güllü Sandal Uzun¹, Mustafa Ekici¹, Erdiñ Ünalđı¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Aslı Tuncer², Umur Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Biyolojik tedavi kullanan hastalarda gelişen santral sinir sistemi (SSS) demiyelinizan hastalık oranı son dönemde ilgi konusudur. Bu çalışmada, farklı romatolojik hastalıklar nedeniyle biyolojik ajan kullanan hastalarda SSS demiyelinizan hastalık insidansı ve kliniği araştırılmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik (HURBIO) kayıt kütüğü, 2002 yılından itibaren biyolojik tedavi başlanan RA, AS ve PSA hastalarının klinik özelliklerinin kaydedildiği bir veri tabanıdır. Bu çalışmada, biyolojik ajan başlanan hastalar retrospektif olarak tarandı ve takipte santral demiyelinizasyon gelişen hastaların verileri kaydedildi. Demiyelinizasyon gelişen hastaların manyetik rezonans görüntülemeleri ve klinik özellikleri deneyimli nörologlar tarafından değerlendirildi.

Bulgular: Biyolojik ajan başlanan 5,926 hastadan klinik takibi düzenli olan 4.838 hasta çalışmaya dahil edildi. 19,391 hasta-yılı süresince 7 (5 AS, 1 PsA, 1 RA) hastada [IR yüz binde 36,1 (17,2-75,7)] demiyelinizan hastalık izlendi (Tablo 1). Anti-TNF ajan altındaki toplam takip süresi 15.912 hasta-yılı boyunca 6 hastada [IR yüz binde 37,7 (16,9-83,9)], anti-TNF dışı biyolojik altındaki toplam takip süresi 3.479 hasta-yılı boyunca 1 hastada [IR yüz binde 28,7 (4,0-204,0)] santral demiyelinizasyon saptanmıştır [IRR 1,31 (0,16-60,3), p=0,88]. Demiyelinizasyon gelişen hastaların ortalama yaşı 44,3±7,1 ve kadın-erkek oranı 1,3:1 idi. Ortalama romatolojik hastalık tanı yaşı 35,1±6,4 iken, ortalama nörolojik semptom başlangıç yaşı 40,9±5,9 olarak hesaplandı. Dört hasta adalimumab, 2 hasta infliximab ve 1 hasta sekukinumab tedavisi altındayken demiyelinizan hastalık görüldü. Üç hasta mevcut tedavi öncesi başka bir biyolojik ajan daha kullanmıştı. Suçlu biyolojik ajan altında hastaların nörolojik tutulum geliştirme süresi ortalama 13,5 aydı.

Sonuç: Bu çalışmada biyolojik tedavi altında gelişen santral demiyelinizasyon hızı, 2021 yılında Türkiye'de multipl skleroz yıllık insidans hızının yüz binde 3,4 (1,8-6,3) olduğu göz önüne alındığında oldukça yüksektir. Hatta, çalışmanın retrospektif doğası gereği santral demiyelinizasyon sıklığını bu hasta grubunda olduğundan daha az bulmuş olabiliriz. Klinisyenlerin biyolojik ajan kullanan hastalarda nörolojik tutulum açısından dikkatli olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik DMARD, enflamatuvar artrit, demiyelinizasyon

Tablo 1. Demiyelinizan hastalık geliştiren hastaların genel özellikleri

	Olgu-1	Olgu-2	Olgu-3	Olgu-4	Olgu-5	Olgu-6	Olgu-7
Romatolojik tanı	AS	AS	AS	AS	AS	PsA	RA
Romatolojik tanı yaşı	33	26	38	29	43	42	35
Biyolojik ajan sayısı	1	2	1	2	1	2	1
Biyolojik ajan	İnfliksımab	İnfliksımab	Adalimumab	Sekukinumab	Adalimumab	Adalimumab	Adalimumab
Nörolojik tutulum gelişme süresi	36 ay	5 ay	20 ay	24 ay	9 ay	4 ay	11 ay
Nörolojik tanı yaşı	46	31	38	37	44	38	42
Nörolojik semptom	Baş ağrısı, parestezi	Vertigo, sol taraflı parestezi	Bilateral görme kaybı	Fasiyel parestezi ve ataksi	Baş ağrısı, hemiparezi, ataksi	Paraparezi	Sol parezi ve parestezi
Radyolojik tutulum	Multipl skleroz	Atipik demiyelinizan hastalık	Bilateral perioptik tutulum	Multipl skleroz	Multipl skleroz	Akut myelopati	Multipl skleroz
Yaklaşım	1- Steroid ve ilaç kesimi 2- Sekukinumab geçişi	1- Steroid ve ilaç kesimi 2- Adalimumab geçişi	Bilateral p100 latansı uzun	1. Steroid ve ilaç kesimi 2. Teriflunomid eklendi	1. Steroid ve ilaç kesimi 2. Azatioprin geçişi	1- Steroid/IVIG ve ilaç kesimi 2- Sekukinumab geçişi	1- Steroid ve ilaç kesimi 2- Leflunamid geçişi
Prognoz	8 yıllık izlemde stabil	Stabil izlemde	1- Steroid ve ilaç kesimi 2- İlaçsız izleme geçildi	Stabil izlemde	Stabil izlemde	Stabil izlemde	Stabil izlemde

PP-016**Granüloamatöz mastit: Tek merkez deneyimi**

Fatih Yıldırım, Melek Yalçın Mutlu, Gamze Akkuzu, Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioğlu, Rabia Deniz, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Granüloamatöz mastit (GM) nadir, kronik enflamatuvar bir meme hastalığıdır. Tedavide glukokortikoidler ve sıklıkla ek immünoşüpresiflere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda, merkezimizde takip edilen GM tanılı hastaların demografik özellikleri, aldıkları tedaviler ve sosyo-ekonomik seviyeleri açısından retrospektif analizi amaçlandı.

Yöntem: Son 2 yıldır merkezimizden takipli olan ve biyopsi kanıtı granüloamatöz mastit tanısı almış 30 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 36±6,8 olan 30 hasta dahil edildi. Ortalama takip süresi 12,3±8,6 aydı. Hastalar glukokortikoid tedaviye yanıtına göre glukokortikoid monoterapi ile remisyona girenler, glukokortikoid bağımlı hastalar, nöks gelişenler ve glukokortikoid dirençliler olarak gruplandırıldı. Tüm hastalara başlangıç tedavisi olarak glukokortikoid tedavi verilmişti. Ortalama başlangıç glukokortikoid dozu 40±15 mg/gün prednizolon eş değeri idi. Glukokortikoid tedavisi ile resmiyon sağlanan hasta

oranı %30'du. Hastaların %7'si glukokortikoid bağımlı, %7'si nöks hastalık, %44'ü glukokortikoid dirençli gruptaydı. Dirençli grupta yer alan hastaların %66'sında metotreksat, %33'ünde ise azatioprin ilk seçenek steroid ayırıcı olarak kullanıldı ve bu gruptaki hastaların da ancak %50'sinde remisyon sağlanabildi. Glukokortikoid ve ardından eklenen azatioprin ile yanıt elde edilemeyen bir hastada adalimumab ile remisyon sağlandı. Medikal tedavi sonrası cerrahi girişim gereken hasta oranı %37 idi. Mastit dışı en sık romatolojik bulgu (%23) eritema nodosumdu. Hastaların %40'ında GM bulgularının geliştiği memede geçmişte laktasyonel mastit öyküsü dikkat çekiciydi. Hastaların tümü evli ve şehirde yaşamaktaydı, %23'ü okula gitmemiş, %53'ü ise ilköğretim mezunuydu. Ortalama eğitim süresi 6,6±4,6 yıldır. Hastaların %80'i ev hanımıydı, %86'sı birden fazla çocuk sahibiydi ve hane aylık geliri %90 hastada günümüz yoksulluk sınırının altındaydı. Kohortumuzdaki hastaların sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyleri 2020 TÜİK verileriyle karşılaştırıldığında aynı yaş grubu kadınlara göre ülkemiz ortalamasının altındaydı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Granüloamatöz mastit sıklıkla glukokortikoid ve ek immünoşüpresif tedavi gerektiren, enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi sürecinde meme cerrahisi ve romatoloji disiplinleri birlikte çalışmalıdır. Kohortumuzdaki hastaların önemli bir kısmının eğitim ve sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Granüloamatöz mastit, steroid, eğitim

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Hasta sayısı (n=30)
Yaş, ortalama (SS)	36±6,8
Eğitim, n/N (%)	
Okula gitmemiş	7 (%23)
İlkokul	16 (%53)
Lise	3 (%10)
Üniversite	4 (%13)
Eğitim-öğretim süresi, ortalama (SS)	6,6±4,6
Meslek, n/N (%)	
Çalışan	24 (%80)
Çalışmayan	6 (%20)
Gelir, n/N (%)	
Yoksulluk sınırı üstü	3 (%10)
Yoksulluk sınırı altı	27 (%90)
Çocuk sayısı, n/N (%)	
>1	26 (%86)
>2	10 (%33)
Olası etiyolojik faktörler, n/N (%)	
OKS	3 (%10)
Hiperprolaktinemi	1 (%7)
Emzirme	2 (%6)
Laktasyonel mastit öyküsü	12 (%40)
Sigara	2 (%6)
Tutululum paterni, n/N (%)	
Bilateral	4 (%13)
Unilateral	26 (%87)
Tanıya kadar geçen süre (ay), ortalama (SS)	4±2,5
Eşlik eden diğer romatolojik bulgular, n/N (%)	
Eritema nodosum	7 (%23)
Artralji	5 (%16)
Artrit	1 (%3)
Sıkka	1 (%3)
Episklerit	1 (%3)
Steroid cevabına göre hasta grupları, n/N (%)	
Remisyon	8 (%30)
Steroid bağımlı	2 (%7)
Nüks	2 (%7)
Dirençli	12 (%44)
Kullanılan dmdarlar, n/N (%)	
Mtx	10 (%33)
Aza	5 (%18)
Ada	1 (%3)
Tanıda akut faz yüksekliği, n/N (%)	
CRP	8 (%27)
Sedimentasyon	6 (%20)
Medikal tedavi sonrası cerrahi gereken, n/N (%)	10 (%37)

Ada: Adalimumab, Aza: Azatioprin, CRP: C-reaktif protein, Mtx: Metotreksat, SS: Standart sapma, OKS: Oral kontraseptif

PP-017**Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) testi isteminde neredeyiz?**

Duygu Tecer¹, Abdulsamet Erden², Hasan Satış³, Gizem Ayan⁴, Emre Bilgin⁴, Berkan Armağan², Alper Sarı⁵, Orhan Küçükşahin⁶, Umut Kalyoncu⁴, Murat Çağlayan⁷, Mustafa Mahir Ülgü⁸, Mustafa Okan Ayvalı⁸, Naim Ata⁹, Şuayip Birinci¹⁰

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁶Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

⁹Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Anti nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA), nötrofil ve monositlerin sitoplazmik granüllerinde bulunan antijenlere karşı oluşan otoantikorlardır. ANCA-ilişkili vaskülitlerin tanısında kullanılan önemli belirteçlerdir. Ancak, diğer sistemik romatizmal hastalıklarda (romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu...), otoimmün gastrointestinal hastalıklarda (ülseratif kolit, primer sklerozan kolanjit, Crohn hastalığı...) ve enfeksiyonlarda ANCA pozitifliği saptanabilir. Klinik pratikte, birçok farklı semptom ve bulgu nedeniyle farklı ön tanı düşünülerek fazlaca istenmektedir. Bu çalışmada, 2018-2021 yılları arasında ANCA isteminin hangi tanılar ve hangi yöntem ile yapıldığını değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışmada, seksen milyondan fazla kişinin klinik ve laboratuvar kayıtlarını içeren Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Sağlık veri tabanı kullanıldı. 1 Ocak 2018-31 Aralık 2021 tarihleri arasında ANCA sonuçları (SUT kodu MPO-ANCA için 907840-1 ve PR3-ANCA için 907950) ve ICD-10 tanı kodları retrospektif olarak tarandı. PR-3ANCA ve MPO-ANCA için, laboratuvar referans değerinin üst sınırından yüksek değerler pozitif, düşük değerler negatif olarak kabul edildi.

Bulgular: Dört yıllık süre boyunca, 340.631 kişiden toplamda 757.020 defa ANCA testinin istendiği ve %2,3 (n=7815) hastada pozitif saptandığı bulundu. Ancak, ANCA testi istenilen hastaların %1,99'una (n=6761) uyumlu ICD kodu girilmişti. Çalışma süresince ANCA pozitifliği saptanan hastaların %18,05'inde (n=1411) ANCA testi mükerrer olarak istenmiştir (2, 3 ve ≥4 test istenen hasta oranları sırasıyla %12,41, %3,02 ve %2,62). Yıllara göre ANCA istenen hastaların karşılaştırılması tabloda gösterilmiştir. ANCA testi en çok istenilen 5 bölüm ve pozitif test oranları şu şekilde sıralanmaktadır: Erişkin romatoloji n=129.397

(pozitiflik oranı: %2,03), nöroloji n=95.872 (pozitiflik oranı: %0,63), nefroloji n=87.988 (pozitiflik oranı: %1,86), dahiliye n=63178 (n=%1,14), göğüs hastalıkları n=55.936 (pozitiflik oranı: %1,39).

Sonuç: ANCA testi istenen hastaların %2,3'ünde pozitiflik saptanmıştır. ICD-10 koduna uygun olarak testin pozitiflik oranı

yıllar içerisinde benzer oranda devam etmiştir. Son yıllarda test pozitif olan hastalarda mükerrer test istem sıklığı artmıştır. Bu durumun, ANCA titresinin AAV hastalık aktivasyonunu öngörmedeki yeri ile ilgili kanıtların artması sebebi ile olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA, MPO-ANCA, PR3-ANCA

Tablo 1. Yıllara göre ANCA istenen kişi, test sayıları, mükerrer istem ve ICD-10 tanı kodu uygunluğu sayıları ile pozitiflik oranlarının dağılımı

Yıllar	Toplam kişi sayısı	Yılda 1 test yapılan kişi, n (%)	Yılda >1 test yapılan kişi, n (%)	Toplam test sayısı	Toplam pozitif kişi, n (%)	ICD-10 kodu uyumlu pozitif kişi, n (%)	ICD-10 kodu uyumsuz pozitif kişi, n (%)	Test pozitif, yılda 1 test yapılan kişi	Test pozitif, yılda >1 test yapılan kişi
ANCA total									
2018	71.939	17.905 (%24,89)	54.034 (%75,11)	140.541	1401 (%1,95)	1223 (%87,29)	178 (%12,71)	1288 (%91,93)	113 (%8,07)
2019	88.529	18.843 (%21,28)	69.686 (%78,72)	185.565	1762 (%1,99)	1569 (%89,05)	193 (%10,95)	1528 (%86,72)	234 (%13,28)
2020	76.400	17.475 (%22,87)	58.925 (%77,13)	166.469	1827 (%2,39)	1578 (%86,37)	249 (%13,63)	1542 (%84,40)	285 (%15,60)
2021	121.934	25.197 (%20,66)	96.737 (%79,34)	264.445	3483 (%2,86)	3016 (%86,59)	467 (%13,41)	2924 (%83,95)	559 (%16,05)
2018-2021	340.631	71533 (%21)	269098 (%79)	757.020	7815 (%2,29)	6761 (%86,51)	1054 (%13,49)	6404 (%81,94)	1411 (%18,06)
PR3/c-ANCA									
2018-2021	293.637	246.396 (%83,92)	47.241 (%16,08)	363.369	4305 (%1,47)	3698 (%85,90)	607 (%14,10)	3626 (%84,23)	679 (%15,77)
MPO/p-ANCA									
2018-2021	301.070	242.289 (%80,48)	58.781 (%19,52)	98.412	3750 (%1,25)	3269 (%87,17)	481 (%12,83)	3118 (%83,15)	632 (%16,85)

Antinükleer antikor: Dört yıllık gözden geçirme

Berkan Armağan¹, Hasan Satış², Abdulsamet Erden³, Emre Bilgin⁴, Gizem Ayan⁴, Duygu Tecer⁵, Alper Sarı⁶, Orhan Küçükşahin³, Umur Kalyoncu⁴, Murat Çağlayan⁷, Mustafa Mahir Ülgü⁸, Mustafa Okan Ayvalı⁸, Naim Ata⁹, Şuayip Birinci¹⁰

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

⁹Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

Giriş: Antinükleer antikor (ANA) otoimmün bozuklukların tanısında tarama amaçlı kullanılan birden fazla ölçüm yöntemi bulunan geniş bir otoantikör grubudur. Klinik bulgulardan yıllar önce pozitifleşebilir; ancak sağlıklı kişiler arasında da %5-10 oranında pozitifliği görülebilmektedir ve takipte kullanılması önerilmez.

Amaç: 2018-2021 yılları arasında ANA testi istenen hastaları değerlendirmek.

Yöntem: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik veri tabanı kullanılarak 1 Ocak 2018-31 Aralık 2021 tarihleri

arasında ANA sonuçları SUT kodu: 906.780 ve ICD-10 tanı kodları kullanılarak retrospektif olarak taranmıştır. Veriler değerlendirildiğinde ELISA ve indirekt immüno Floresan yöntemi (IIF) ayrımı yapılamadı ve yaklaşık 50.000 farklı sonuç ifadesi bulundu. Bu sebeple, sadece ≥ 1000 hasta içeren ANA sonuçları pozitif veya negatif olarak değerlendirilmiştir. ANA titresi 1:80-1:100 üzerinde saptandığında veya "POZİTİF" şeklinde ifade edildiğinde, test sonucu pozitif olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 1.731.941 hastada 2.116.133 ANA testi istenmiştir. %19,0 (n=329,701) hastanın sonucunun pozitif, %11,6'sında (n=202,050) ise 1'den fazla test istemi olduğu görüldü (2, 3 ve ≥ 4 test istenen hasta oranları sırasıyla %7,5, %2,3 ve %1,8). ANA testi, istenen kişi ve mükerrer istem sayıları ile pozitiflik oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. ANA pozitifliği branşlar arasında %10-31 arasında değişmektedir. Hasta sayısı yüksek olan bölümler ve pozitiflik oranları ise: Erişkin romatoloji n=466,031 (%22), iç hastalıkları n=314,436 (%15), fizik tedavi ve rehabilitasyon n=155,487 (%17), nöroloji n=101,678 (%15), gastroenteroloji n=98,308 (%19), hematoloji n=78.800 (%21) ile çocuk romatolojisi n=29,973 (%24).

Sonuç: ANA pozitif hasta oranı yaklaşık %20'dir. Son yıllarda pozitiflik oranının ve ICD-10 kodlarına uyumun artması klinik endikasyonlara daha uyumlu olarak ANA testinin istendiğini düşündürülebilir. Yıllar içinde 1'den fazla test yapılan hasta oranındaki artış ise hastaların farklı klinik-merkezlere başvurduğunu düşündürmektedir. Birden fazla test yapılan hastalarda pozitiflik oranlarının düşmesi ise tanı almış hastalardan ziyade otoimmün hastalığı olmayanların şikayetleri için birden fazla merkeze başvurduğunu düşündürmektedir. Bulgularımız, ANA testi için doğru endikasyonlar konusunda artan farkındalığın önemini vurgularken sonucu negatif hastaların başka kliniklerde ANA testi istenerek değerlendirildiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antinükleer antikor, ELISA, ICD-10, indirekt immüno Floresan yöntemi, otoimmün hastalıklar

Tablo 1. Yıllara göre ANA istenen kişi, test sayıları, mükerrer istem ve ICD-10 tanı kodu uygunluğu sayıları ile pozitiflik oranlarının dağılımı

Yıllar	Toplam kişi sayısı	Toplam test sayısı	Toplam pozitif kişi, n (%)	1 test yapılan kişi, n (%)	1 test yapılan pozitif kişi, n (%)	>1 test yapılan kişi, n (%)	>1 test yapılan pozitif kişi, n (%)	ICD-10 kodu uyumlu pozitif kişi, n (%)	ICD-10 kodu uyumsuz pozitif kişi, n (%)
2018	418.768	484.469	74.167 (17,7)	378.403	61.495 (16)	40.365 (9,6)	12.672 (31)	68826 (18)	5341 (13)
2019	480.150	597.523	89.767 (18,6)	422.692	66.912 (16)	57.458 (11,9)	22.855 (40)	82332 (19)	6446 (14)
2020	342.238	415.997	64.667 (18,8)	299.558	47.965 (16)	42.680 (12,4)	16.702 (39)	59816 (19)	4851 (14)
2021	490.785	618.144	101.100 (20,5)	429.238	77.657 (18)	61.547 (12,5)	23.443 (38)	92441 (21)	8656 (16)

Ülke çapında bir çalışma: Romatoid faktör ve anti-sitrüline peptit pozitifliğinin prevalansı ve romatoid artrit tanısına katkıları

Hasan Satış¹, Abdulsamet Erden², Emre Bilgin³, Gizem Ayan³, Berkan Armağan⁴, Duygu Tecer⁵, Alper Sarı⁶, Orhan Küçükşahin², Umut Kalyoncu³, Murat Çağlayan⁷, Mustafa Mahir Ülgü⁸, Mustafa Okan Ayvalı⁸, Naim Ata⁹, Şuayip Birinci¹⁰

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁴Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

⁹Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara

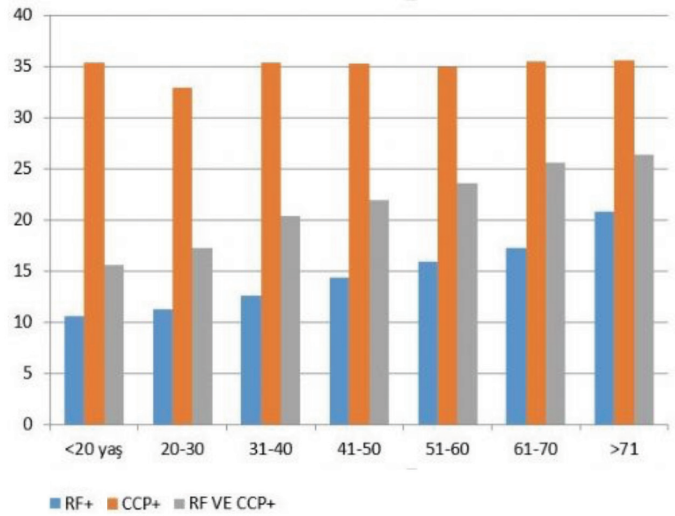
Amaç: Romatoid faktör (RF) ve Anti Citrulline Peptide (anti-CCP) romatoid artrit (RA) tanısı için spesifiktir. Ancak diğer hastalıklarda ve sağlıklı popülasyonda da pozitif olabilir. Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran kişilerde pozitif RF ve anti-CCP antikor prevalansının ulusal ölçekte araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu çok merkezli, retrospektif kohort çalışmasında seksen milyondan fazla kişinin klinik kayıtlarını içeren Ulusal Elektronik Sağlık veri tabanı kullanıldı. Çalışmaya alınan olgular 10 yıllık periyotlarda yaş gruplarına ayrıldı. RA olguları M05, M06, M08 ve alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlendi. RF ve anti-CCP pozitifliğinin, yaş ve cinsiyet göre değişimi ile RA tanısına alma riskine katkısı açısından değerlendirildi.

Bulgular: 1.1.2018-31.12.2021 döneminde 11.849.440 kişiye 13.918.072 RF testi, 1.020.967 kişiye 1.183.607 anti-CCP testi yapılmıştı. 797.089 kişi ise her iki testi de en az bir kez yaptırmıştı. Sadece RF testi istenen hastalarda RF pozitiflik oranı %14,72 iken, sadece istenen anti-CCP istenen hastalarda, anti-CCP testinin pozitif gelme oranı %35,04 idi. Eşzamanlı RF ve anti-CCP pozitiflik oranı ise bu testin istendiği hastaların %22,56'sını oluşturmaktaydı. RA tanısı; RF pozitif kişilerin %27,8'ine, anti-CCP pozitif kişilerin %39,73'üne ve RF ve anti-CCP pozitif kişilerin ise %56,6'sına konulmuştur. RF pozitifliği ile eş zamanlı RF ve anti-CCP pozitifliği oranı yaşla birlikte artmaktaydı ve kadınlarda daha sık görülmekteydi.

Sonuç: Sağlıklı popülasyonda kadın cinsiyette RF ve anti-CCP pozitifliği daha sık görülmektedir. Yaş arttıkça RF pozitifliği riski artar, ancak anti-CCP pozitifliği sıklığı değişmemektedir. Eşzamanlı RF ve anti-CCP pozitifliği, tek başına antikor pozitifliğine göre daha yüksek RA tanısı konma riskine sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid faktör, antisitrüline peptit, romatoid artrit tanısı, sağlıklı popülasyon



Şekil 1. İzole RF (+), İzole CCP (+) ve eş zamanlı RF ve CCP'nin (+) yaşlara göre dağılımı

PP-020

COVID-19 hastalığında csDMARD ve biyolojik tedavilerinin prognozla ilişkisi

Orhan Zengin¹, Yahya Ürkmez², Ercan Gümüşburun²

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

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

Amaç: 2019 yılında ortaya çıkan pandemi ile SARS-CoV-2 (COVID-19) hastalarda solunum yetmezliği ve ölümlere neden olmuştur. Çalışmalarda csDMARD (konvansiyonel DMARD) ve hedefe yönelik/biyolojik DMARD tedavi kullanan hastaların COVID-19 prognozu açısından belirgin farklılık olmadığı gözlenmiştir. Ancak rituksimab tedavisinin mortaliteyle ilişkisi olabileceğine dair bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takipli csDMARD ve hedefe yönelik/biyolojik DMARD tedavi kullanan hastaların COVID-19 prognozu ile ilişkisini ele almaktır.

Yöntem: Kliniğimizde takipli olan spondiloartrit (SpA), romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE) ve diğer tanılarla izlenen hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların COVID geçmişi sorgulandı ve dosya taraması yapılarak COVID pozitifliği olan hastalar kaydedildi. Hastaların aldığı tüm tedaviler kaydedildi ve hastalar konvansiyonel DMARD tedavisi alan ve sentetik/biyolojik DMARD alan hastalar olarak iki gruba ayrıldı ve bu iki grup COVID sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 16 toplam SLE, 68 SpA, 61 RA, 5 diğer hastalıklar olmak üzere 150 hasta (110 kadın %73, 40 erkek %27 erkek) dahil edildi. csDMARD grubunda (toplam 102 hasta) %41 (42) metotreksat, %12 (13) leflunomid, %17 (19) azatiopurin, %35 (37) diğer DMARD vardı. Biyolojik grupta (toplam 48 hasta) %70

(33) anti-TNF, %18 (8) anti-İL 17, %6 (3) rituksimab ve diğerleri %6 (3) kullanan hastalar vardı. Biyolojik DMARD grubunda hastaların %54'ünde COVID pozitif saptandı. %33 ayakta tedavi, %21 yatarak tedavi almıştı ve rituksimab alan bir sistemik skleroz hastasında eksitus saptandı. csDMARD alan grupta ise hastaların %57'sinde COVID pozitif saptandı. %37 ayakta tedavi, %20 yatarak tedavi almıştı ve azatiopurin alan bir SLE hastasında eksitus saptandı. Gruplar karşılaştırıldığında hastaneye yatış (p=0,796) ve mortalite açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,876) (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızın sonucu romatoloji hastalarında konvansiyonel ve biyolojik DMARD tedavilerinin COVID seyri açısından aralarında fark olmadığını ortaya koyan çalışmalar ile uyumlu görünmektedir. Rituksimab ve diğer biyolojiklerin birbirleri ile kıyaslanması için daha geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID, DMARD, prognoz

Tablo 1.

	Hedefe yönelik/ biyolojik DMARD (48)	csDMARD (102)	p-değeri
COVID pozitifliği	26, %54	58, %57	0,976
Ayaktan tedavi	16, %33	38, %37	0,835
Hastaneye yatış	10, %21	20, %20	0,796
Mortalite	1	1	0,876

Konvansiyonel ve biyolojik DMARD tedavilerinin COVID seyri açısından karşılaştırılması

PP-021

Tocilizumab tedavisi uygulanan COVID-19 hastalarında tedavi öncesi enflamatuvar biyobelirteç düzeyleri, tedavisi zamanını belirlemede rehberlik edebilir mi?

Duygu Tecer, Muhammet Çınar, Mehmet Nur Kaya, Fahrettin Bıçakçı, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: COVID-19 patogeneğinde, interlökin-6'nın (IL-6) önemli rolü nedeniyle, IL-6 reseptör antikorları olan tocilizumabın etkin bir tedavi seçeneği olacağı düşünülmüştür. Ancak, COVID-19'lu hastalarda tocilizumabın etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü klinik çalışmalarının sonuçları tutarlı değildir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 sebebi ile hospitalize edilen ve standart tedaviye yanıtızsızlık sebebi ile tocilizumab uygulanan hastalarda, tedavi öncesi prognostik nutrisyon indeksi (PNİ), C-reaktif protein/albumin oranı (CAR), sistemik immün-enflamatuvar indeks (Sİİ), IL-6 ve laktat dehidrojenaz (LDH) düzeylerinin tedavi yanıtını öngörmedeki yerini araştırmaktır.

Yöntem: Tocilizumab uygulanan 133 COVID-19 hastası dahil edildi. Primer sonlanım noktası, 28. gündeki ölüm oranı ve yeni gelişen mekanik ventilasyon ihtiyacı olarak belirlendi.

Bulgular: Tocilizumab tedavisi sonrası 34 (%25,56) hasta öldü. Tocilizumab sonrası iyileşen hastalar, ölen hastalardan daha gençti ve daha düşük IL-6, LDH, Sİİ, CAR düzeyi ve daha yüksek PBİ düzeyine sahipti (Tablo 1). Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde, yaş, IL-6, LDH, PBİ, Sİİ, CAR ve CRP mortalitenin bağımsız prediktörü olarak saptandı. Ancak, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde sadece yaş ve LDH, tocilizumab sonrası mortalitenin bağımsız prediktörleri olarak saptandı (Tablo 2). COVID-19 hastalarında tocilizumab yanıtını belirlemek için, IL-6 en yüksek eğri altında kalan alan (EAA) değerine sahipti (EAA: 0,782, %95 GA: 0,694-0,870), ardından LDH (EAA: 0,761, %95 GA: 0,661- 0,861), PBİ (EAA: 0,696, %95 GA: 0,584-807), Sİİ (EAA: 0,671, %95 GA: 0,551-0,790), CAR (EAA: 0,682, %95 GA: 0,578-0,786) ve CRP (EAA: 0,643, %95 GA: 0,535-0,751) geliyordu.

Sonuç: Düşük IL-6, LDH, Sİİ, CAR ve yüksek PBİ düzeyleri olan hastalarda tocilizumab tedavisi sonrası düzelme olmasına rağmen, sadece serum LDH düzeyi ve yaş mortalitenin bağımsız prediktörleridir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, tocilizumab, prognostik nutrisyon indeksi, C-reaktif protein/albumin oranı, sistemik immün-enflamatuvar indeks

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

	İyileşen (n=99)	Eksitus (n=34)	p
Yaş (ortalama ± SS, yıl)	60,57±13,81	68,68±11,35	<0,001
Kadın/erkek, n (%)	25 (25,3)/74 (73,7)	15 (44,1)/19 (55,9)	0,38
Klinik status			<0,001
Kategori 4 (Hastanede yatan ancak oksijen gerektirmeyen)	6 (6,1)	0	
Kategori 5 (Hastanede yatan ancak oksijen gerektiren)	77 (77,8)	6 (17,6)	
Kategori 6 (Non-invaziv mekanik ventilasyon ya da yüksek akış hızlı oksijen gerektiren)	15 (15,2)	13 (38,2)	
Kategori 7 (İnvaziv mekanik ventilasyon ya da ekstrakorporal membran oksijenasyonu gerektirenler)	1 (1)	15 (44,1)	
Komorbidite, n (%)			
Hipertansiyon	28 (28,3)	19 (55,9)	0,006
Diabetes mellitus	27 (27,3)	15 (44,1)	0,087
Orta-ileri kronik böbrek yetmezliği	6 (6,1)	7 (20,6)	0,021
Koroner arter hastalığı	19 (19,2)	8 (23,5)	0,587
Konjestif kalp yetmezliği	4 (4)	5 (14,7)	0,047
Hiperlipidemi	2 (2)	1 (2,9)	0,755
Tedavi			
Antibiyotik, n (%)	79 (79,8)	30 (88,2)	0,270
Tocilizumab sonrası steroid, n (%)	12 (12,1)	6 (17,6)	0,416
Tocilizumab tedavisinde laboratuvar parametreleri			
Lökosit (x10 ³ /L)	6700 (5000-8300)	9100 (6200-11825)	<0,001
Lenfosit (x10 ³ /L)	800 (600-1100)	550 (400-925)	0,016
Nötrofil (x10 ³ /L)	5100 (3700-6700)	8300 (5025-10600)	<0,001
Trombosit	230000 (188000-280000)	218000 (156250-306250)	0,400
LDH (U/L)	392,00 (317,00-480,00)	586,50 (414,75-772,00)	<0,001
IL-6 (pg/mL)	80,44 (54,97-124,10)	168,26 (103,40-284,47)	<0,001
CRP (mg/L)	146,20 (102,40-210,46)	198,15 (139,91-264,00)	0,013
Fibrinogen (mg/dL)	636,00 (514,00-769,00)	688,00 (513,00-867,00)	0,407
D-dimer (mg/L)	0,78 (0,48-1,24)	1,98 (1,18-3,91)	<0,001
Albümin	3,07 (2,81-3,35)	2,79 (2,56-3,01)	<0,001
CAR	48,41 (34,67-71,39)	67,90 (45,69-96,54)	0,002
Pİİ	34,90 (31,90-38,70)	30,95 (26,95-36,50)	0,001
Sİİ	1548,00 (814,77-2692,57)	3167,13 (1111,83-7162,13)	0,003

Sonuçlar medyan (CAA), ortalama ± SS veya sayı (%) olarak ifade edildi. CAR: C-reaktif protein/albumin oranı, CRP: C-reaktif protein, IL-6: İnterlökin-6, LDH: Laktat dehidrojenaz, Pİİ: Prognostik nutrisyon indeksi, Sİİ: Sistemik immün-enflamatuvar indeks

Tablo 2. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde tocilizumab tedavisi sonrası mortalitenin bağımsız prediktörleri

	Tek OR	Değişkenli %95 GA	Analiz p	Cok OR	Değişkenli %95 GA	Analiz p
Yaş	1,051	1,016-1,087	0,004	1,070	1,019-1,124	0,007
LDH	1,006	1,003-1,009	<0,001	1,006	1,003-1,010	<0,001
IL-6	1,003	1,000-1,005	0,027	1,001	0,999-1,003	0,411
Pİİ	0,851	0,776-0,934	0,001	1,058	0,868-1,290	0,577
Sİİ	1,000	1,000-1,000	0,001	1,000	1,000-1,000	0,199
CAR	1,023	1,008-1,037	0,002	1,069	0,967-1,181	0,191
CRP	1,007	1,002-1,012	0,012	0,980	0,945-1,015	0,262

CAR: C-reaktif protein/albumin oranı, CRP: C-reaktif protein, GA: Güven aralığı, IL-6: İnterlökin-6, LDH: Laktat dehidrojenaz, OR: Olasılıklar oranı, Pİİ: Prognostik nutrisyon indeksi, Sİİ: Sistemik immün-enflamatuvar indeks

Romatoloji pratiğinde PET/BT tecrübesi ve tanısal değeri ile ilişkili faktörlerin incelenmesi

Pınar Akyüz Dağlı¹, Serdar Can Güven¹, Nazım Coşkun², Özlem Karakaş¹, Berkan Armağan¹, Kevser Gök¹, İsmail Doğan³, Yüksel Maraş⁴, Şeyda Çeliköz⁵, Şükran Erten³

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı; Ankara Şehir Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoloji pratiğinde, konvansiyonel tetkiklerle nedeni belirlenemeyen enflamatuvar süreçlerin aydınlatılmasında PET/BT kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. PET/BT enflamatuvar odakları saptamada etkin bir yöntem olsa da her olguda sonuç elde edilemeyebilir. Ek olarak radyasyon maruziyeti ve maliyet gibi faktörler de göz önünde bulundurulduğunda, PET/BT ile sonuç alınabilecek özellikte hastaların belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada romatoloji pratiğinde nedeni bilinmeyen enflamasyon nedeniyle PET/BT çekilen hastalar retrospektif olarak taranarak, PET/BT'nin ayırıcı tanı değerini öngörebilecek faktörler incelenmiştir.

Yöntem: Ocak 2018 ve Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen ve ayırıcı tanı amaçlı PET/BT çekilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar bilgileri, PET/BT sonrası ve takip sürecinde tanı alıp almadıkları ve aldıkları tanıları incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 132 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %28,8'inde önceden romatizmal hastalık tanısı, %2,3'ünde malignite mevcuttu. Hastalar üç gruba ayrıldı: Grup 1 PET/BT'de tutulum olan ve PET/BT ile tanısı kesinleşen hastalar, grup 2 PET/BT'de tutulum olan ancak tanısı kesinleşmeyen hastalar, grup 3 PET/BT'de tutulum olmayan hastalar. Hastaların %73'ünde PET/BT'de tutulum saptandı. PET/BT 47 hastada (%35,6) tanıya yardımcı olurken (Grup 1), 85 hastada (%64,4) tanıya yardımcı olmadı (Grup 2, 3). Tanı alan hastaların 31'i (%65,9) romatolojik hastalık tanısı aldı. Üç grup karşılaştırıldığında, erkek cinsiyet, ileri yaş, CRP yüksekliği, konstitusyonel semptomların sıklığı, SUV_{maks} değerleri ve PET/BT'de tutulan farklı organ sayısı Grup 1'de daha yüksekti. Grup 2 ve 3'te yer alan hastaların %66 ve %74'ü takip sürecinde de tanı almadı. Grup 3'te hiçbir hasta takipte malignite tanısı almadı.

Sonuç: PET/BT nedeni bilinmeyen enflamasyonun tanısında klinik ve laboratuvar ile birleştirildiğinde tanı değeri yüksektir. Literatürle benzer şekilde CRP seviyelerindeki istatistiksel olarak anlamlı farklılık yüksek CRP seviyelerine sahip hastaların PET/BT'de etiyolojiye yönelik tanı alma olasılığının daha yüksek olduğunu

göstermektedir. Çalışmamızın sonucunda çeşitli faktörlerin PET/BT'nin tanısal değerini etkileyebileceği gösterilmiştir. PET/BT'de tutulum saptanması her zaman tanısal değer taşımamakla beraber, tutulum olmayan hiçbir hastada takipte de malignite saptanmaması önemli bir bulguydu.

Anahtar Kelimeler: PET/BT, nedeni bilinmeyen enflamasyon, akut faz yüksekliği

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	n=132
Yaş, yıl, ortalama ± SS	54,6±14,6
Cinsiyet, erkek, n (%)	38 (28,8)
≥1 komorbiditesi olan hastalar, n (%)	92 (69,7)
Komorbiditeler, n (%)	
Hipertansiyon	40 (30,3)
Diabetes mellitus	26 (19,7)
Koroner arter hastalığı	13 (9,8)
Hipotiroidi	9 (6,8)
Tromboembolik olay	6 (4,5)
Kardiyovasküler hastalık	4 (3,0)
Astım	5 (3,8)
Kronik böbrek hastalığı	4 (3,0)
Osteoporoz	2 (1,5)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2 (1,5)
Diğer	31 (23,5)
Daha önce malignite tanısı almış hastalar, n (%)*	3 (2,3)
Bilinen romatizmal hastalığı olan hastalar, n (%)	38 (28,8)
Romatoid artrit	7 (5,3)
Spondyloartrit	7 (5,3)
Lupus	3 (2,3)
Undiferansiyel bağ doku hastalığı	3 (2,3)
Takayasu arteriti	3 (2,3)
Ailevi Akdeniz ateşi	3 (2,3)
Undiferansiyel artrit	2 (1,5)
Behçet hastalığı	2 (1,5)
Sjögren sendromu	2 (1,5)
Gut	2 (1,5)
Sistemik skleroz	1 (0,8)
Sarkoidoz	1 (0,8)
Polimyalji romatika	1 (0,8)
Granulomatöz polianjitis	1 (0,8)
Akut faz reaktanları yüksek olan hastalar, n (%)	132 (100)
Yüksek CRP	130 (98,2)
Yüksek ESR	73 (55,3)
CRP+ESR yüksekliği	61 (50,0)
CRP düzeyi, mg/L, medyan (IQR)	27,0 (200)
CRP seviyesi < 10 mg/L, n (%)	14 (10,6)
CRP seviyesi 10-50 mg/L, n (%)	72 (54,5)
CRP seviyesi 50-100 mg/L, n(%)	29 (22,0)
CRP >100 mg/L, n(%)	17 (12,9)
ESR seviyesi, mm/sa, medyan (IQR)	35,5 (41)
Ateşi olan hastalar, n (%)	18 (13,2)
Konstitusyonel semptomları olan hastalar, n (%)	32 (24,2)

*3 hastada mide kanseri. CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı

Tablo 2. Hasta gruplarında demografik, klinik, laboratuvar özellikleri ve PET bulguları

	Grup 1 PET/BT'de tutulum olan ve PET/ BT ile tanısı kesinleşen hastalar n=47	Grup 2 PET/BT'de tutulum olan ancak tanısı kesinleşmeyen hastalar n=50	Grup 3 PET/BT'de tutulum olmayan hastalar n=35	p
Yaş, yıl, ortalama ± SS	60,0±14,8	52,7±14,7	50,6±12,6	0,012* 0,027* 0,006 [¶] 0,491 ^{¶¶}
Cinsiyet, erkek, n (%)	20 (42,6)	12 (24,0)	6 (17,1)	0,027** 0,052* 0,014 [¶] 0,446 ^{¶¶}
≥1 komorbiditesi olan hastalar, n (%)	31 (66,0)	41 (82,0)	20 (57,1)	0,039** 0,071* 0,419 [¶] 0,012 ^{¶¶}
Bilinen romatizmal hastalığı olan hasta, n (%)	12 (25,5)	20 (40,0)	6 (17,1)	0,060**
CRP yüksekliği olan hastalar, n (%)	47 (100)	48 (96,0)	35 (100)	0,189**
Yüksek ESR'si olan hastalar, n (%)	26 (55,3)	29 (58,0)	18 (51,4)	0,835**
CRP ve ESR yüksekliği olan hastalar, n (%)	26 (55,3)	27 (54,0)	18 (51,4)	0,940**
CRP düzeyi, mg/L, medyan (IQR)	59,0 (87)	23,5 (39)	25,0 (22)	<0,001* <0,001* <0,001 [¶] 0,806 ^{¶¶}
CRP seviyesi <10 mg/L, n (%)	2 (4,3)	9 (18,0)	3 (8,6)	<0,001**
CRP seviyesi 10-50 mg/L, n (%)	18 (38,3)	29 (58,0)	25 (71,4)	0,002*
CRP seviyesi 50-100 mg/L, n (%)	13 (27,7)	9 (18,0)	7 (20,0)	0,001 [¶]
CRP >100 mg/L, n (%)	14 (29,8)	3 (6,0)	0 (0,0)	0,259 ^{¶¶}
ESR seviyesi, mm/sa, medyan (IQR)	43,0 (49)	38,5 (41)	33,0 (29)	0,205**
Ateşi olan hasta, n (%)	9 (19,1)	6 (12,0)	3 (8,6)	0,352**
Konstitüsyonel semptomları olan hastalar, n (%)	18 (38,3)	12 (24,0)	2 (5,7)	0,003** 0,128* 0,001 [¶] 0,025 ^{¶¶}
PET bulguları				
Tek sahada en büyük SUV _{maks'} medyan (IQR)	8,5 (5,2)	6,4 (3,4)	-	0,018
Tek sahada en büyük SUV _{maks'} medyan (IQR)	2 (1,8)	1 (1,0)	-	0,019
Katı organ tutulumu, n (%)	15 (31,9)	17 (34,0)	-	0,764
Luminal organ tutulumu, n (%)	9 (19,1)	13 (26,0)	-	0,623
Hematopoetik organ tutulumu, n (%)	26 (55,3)	24 (48,0)	-	0,456
Kas-iskelet sistemi tutulumu, n (%)	29 (61,7)	19 (38,0)	-	0,040
Vasküler tutulum, n (%)	7 (14,1)	2 (4,0)	-	0,065
Deri tutulumu, n (%)	2 (4,3)	4 (8,0)	-	

Tek yönlü ANOVA p değeri, **Üç grup içinde ki-kare, *: Student t-testi, Mann-Whitney U testi veya ki-kare testi ile grup A ve B arasındaki karşılaştırmalar, [¶]: Student t-testi ile grup A ve C arasındaki karşılaştırmalar, Mann-Whitney U testi veya ki-kare testi, ^{¶¶}: Öğrenci t-testi, Mann-Whitney U testi veya ki-kare testi ile grup B ve C arasındaki karşılaştırmalar

Romatoid artrit, el osteoartriti ve normal el radyografilerinin derin öğrenme yöntemleri ile sınıflandırılması

Kemal Üreten¹, Hadi Hakan Maraş²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; Çankaya Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği, Ankara

²Çankaya Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve el osteoartriti (OA), ellerde ağrı, fonksiyon kısıtlaması ve kalıcı eklem hasarına neden olan iki farklı artrittir. Bu çalışmanın amacı bir yapay zeka yöntemi olan derin öğrenme yöntemleri ile el radyografilerinin değerlendirilmesinde hekimlere yardımcı olacak bir bilgisayar destekli tanı (BDT) yöntemi geliştirilmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği hasta radyografileri ile yapılmıştır. Grafiler hasta adı, tarih, işaret levhası gibi ağın eğitimini olumsuz etkileyebilecek artefaktlar içeriyordu, el görüntüsünün radyografiden kesilmesi için YOLO (You Only Look Once) algoritması kullanıldı. Elli adet el radyografisi ile YOLOv4 ağı eğitildi. Elde edilen bu model ile el radyografileri kırıldı, bu görüntülerle klasifikasyon yapıldı. Klasifikasyon için konvolüsyonel sinir ağları; Imagenet veriseti ile eğitilmiş ön-eğitilmiş VGG-16 ağı kullanıldı. Romatoid artrit, osteoartrit ve normal el radyografilerini sınıflandırmak için yapılan bu çalışmada, 4. bir sınıf olarak el-bilek kırık grafileri, ayak diz, pelvis ve akciğer grafilerinden oluşan "Diğerleri" sınıfı eklendi (Tablo 1).

Bulgular: Yöntemin performansı test sırasında elde edilen karmaşıklık matrisi (Resim 1) ve ROC eğrisinden elde edilen doğruluk, sensitivite, spesifisite, kesinlik ve AUC (area under the ROC Curve) sonuçları ile değerlendirildi (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla, düz el radyografilerini RA, el OA ve normal olarak sınıflandıran ilk derin öğrenme çalışmasıdır.

Ön işleme azaltmak için YOLOv4 algoritması kullanılmıştır. Sınıflandırma sırasında ön-eğitilmiş VGG-16 ağı ile öğrenme transferi ve ayrıca veri artırma uygulanarak ağı performansı iyileştirilmiş, 4. bir sınıf olarak "Diğerleri" sınıfı eklenerek uygulamanın ileride genişletilmesi ve geliştirilmesi için zemin hazırlanmıştır. Başarılı sonuçlar elde ettiğimiz bu BDT yöntemi, el grafilerini değerlendirirken yeterli deneyime sahip olmayan hekimlere yardımcı olabilir, ek olarak yoğunluk, yorgunluk gibi nedenlerle gözden kaçabilecek bulguları engelleyebilir. Yapılacak çok merkezli çalışmalar ile yöntemin performansı iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, osteoartrit, yapay zeka, derin öğrenme, öğrenme transferi

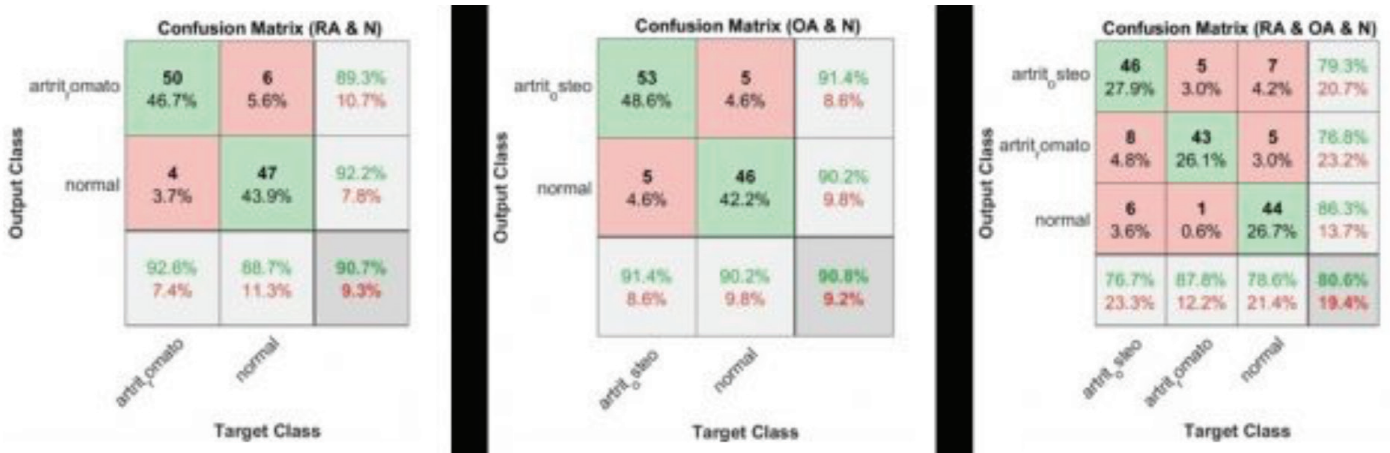
Tablo 1. Eğitim, validasyon ve test için kullanılan görüntü sayıları

	Eğitim	Validasyon	Test	Total
Romatoid artrit	256	56	56	368
Osteoartrit	262	57	58	377
Normal	231	51	51	333
Diğerleri	242	53	53	348

Tablo 2. Ön-eğitilmiş VGG-16 modeli ile elde edilen test sonuçları

		Test sonuçları
		Doğruluk (%)
		Sensitivite (%)
		Spesifisite (%)
		Kesinlik (%)
		AUC
RA & N		Doğruluk (%)
		Sensitivite (%)
		Spesifisite (%)
		Kesinlik (%)
		AUC
OA & N		Doğruluk (%)
		Sensitivite (%)
		Spesifisite (%)
		Kesinlik (%)
		AUC
RA & OA & N		Doğruluk (%)
RA & OA & N & Diğerleri		Doğruluk (%)

N: Normal AUC: Area under the ROC Curve, OA: Osteoartrit, RA: Romatoid artrit



Resim 1. Modellerin testi sırasında elde edilen karmaşıklık matrisleri

RA: Romatoid artrit, OA: Osteoartrit, N: Normal

Psoriatik artrit hastalarında tırnak yatağı kapillerleri ve tırnak yatağı kalınlığı arasındaki ilişki

Duygu Temiz Karadağ¹, Neslihan Gökçen¹,
Öznuur Sadioğlu Çağdaş¹, Özgür Çakır², Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) enflamatuvar değişiklikler kemik iliği ve ekstrakapsüler dokular dahil olmak üzere pek çok yapının yanı sıra tırnak yatağını da etkiler. Enflamasyon, sinovyum ve damar yatağındaki endotel hücrelerinde düzensizlik, şişme ve damar duvarında kalınlaşmaya yol açar. Çalışmamızın amacı tırnak yatağı kapillaroskopisi ve yüksek frekanslı ultrason ile saptanabilen tırnak ünitesi parametrelerinin tırnak aktivite indeksleri ile arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya PsA tanısı ile takip edilen ve CASPAR kriterlerini karşılayan 44 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılabilir 18 sağlıklı kontrol dahil edildi. PsA hastalarında NAPSİ skoru (Nail Psoriasis Severity Index) ve PASİ (Psoriasis Area and Severity Index) skoru hesaplandı. Hastaların her iki el 4 ve 4. parmaklarındaki kapillerler tırnak yatağı video-kapillaroskopisi ile ve tırnak yatağı kalınlığı (TYK) 18-22 mHz prob yardımıyla yüksek frekanslı ultrasonografi ile ölçüldü.

Bulgular: Tırnak tutulumunun morfolojik bulguları %54,5 (pitting) ve %0 (splinter kanama) arasında değişen oranlarda saptandı. Hastaların hiçbirinde DIF eklem artritini yoktu. Gerek sağ/sol el 4 ve 5. parmak tırnak yatağı kalınlıkları gerekse ortalama tırnak yatağı kalınlığı PsA ve kontrol grubu arasında fark göstermedi. Sağ el 4-5. parmak ortalama kapil sayısı ve genel ortalama kapil sayısı PsA hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak düşüktü. PsA hastalarının 25'inde (%56,8) çapraz yapan kapillerler görülürken, kontrollerin yalnızca 2'sinde (%11) görüldü. Kapil sayısı ve tırnak yatağı kalınlığı ile PASİ ve NAPSİ arasında bir korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre tırnak yatağı kapil sayısı ve tırnak yatağı kalınlığı ile tırnak aktivitesi arasında bir ilişki saptanamamış olsa da, çalışmamız PsA hastalarında farklı tırnak parametrelerinin bir arada kullanıldığı veriler sunmuştur. Daha aktif tırnak tutulumlu ve daha fazla sayıda PsA hastasının araştırılması sonuçlarımıza katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, kapillaroskopisi, yüksek frekanslı ultrasonografi, tırnak yatağı

Tablo 1. PsA ve kontrol grubunun demografik, kapillaroskopisi ve tırnak yatağı kalınlığı sonuçlarının karşılaştırılması

	PsA n=44	Kontrol n=18	p
Cinsiyet (kadın)	32 (%72,7)	14 (%77,8)	0,680
Yaş (yıl)	45,4±12	40±5,3	0,065
Sağ 4. parmak ortalama kapil sayısı	7,7±1,14	9,17±1,12	<0,001
Sağ 5. parmak ortalama kapil sayısı	7,8±1,18	8,5±0,76	0,015
Sol 4. parmak ortalama kapil sayısı	7,9±1,04	8,4±0,81	0,109
Sol 5. parmak ortalama kapil sayısı	7,7±1,42	8,4±1,06	0,069
Ortalama kapil sayısı	8,1±0,65	8,6±0,68	0,033
Sağ 4. parmak ortalama TYK	20,4±3,36	20,13±2	0,655
Sağ 5. parmak ortalama TYK	16,4±3,66	16,8±2,21	0,355
Sol 4. parmak ortalama TYK	19,6±3,54	19,6±2,19	0,933
Sol 5. parmak ortalama TYK	16,1±3	16±2,73	0,820
Ortalama TYK	18,15±3,18	-18,03±1,94	0,760
Psöriasis süresi (yıl)	18±11,2	-	
PsA süresi (yıl)	8,4±7,3	-	
Onikolizis	12 (%27,3)	-	
Splinter kanama	0	-	
Subungal hiperkeratoz	14 (%31,8)	-	
Yağ-damlası	4 (%9,1)	-	
Pitting	24 (%54,5)	-	
Lökonişi	15 (%34,1)	-	
Kırmızı-noktalar	0	-	
Crumbling	3 (%6,8)	-	
Sağ 4. parmak DİF artrit	0	-	
Sağ 5. parmak DİF artrit	0	-	
Sol 4. parmak DİF artrit	0	-	
Sol 5. parmak DİF artrit	0	-	
PASİ	1,11±1,8	-	
Sağ 4. parmak NAPSİ	0,67±1,22	-	
Sağ 5. parmak NAPSİ	0,76±1,34	-	
Sol 4. parmak NAPSİ	0,83±1,41	-	
Sol 5. parmak NAPSİ	0,71±1,17	-	
Biyolojik tedavi	16 (%36,4)	-	

Tablo 2. PsA hastalarında tırnak yatağı kalınlığının diğer parametrelerle korelasyonu

	Ortalama TYK (r)	Sağ 4. parmak ortalama TYK (r)	Sağ 5. parmak ortalama TYK (r)	Sol 4. parmak ortalama TYK (r)	Sol 5. parmak ortalama TYK (r)
Sağ 4. parmak ortalama kapıl sayısı	0,224	0,325	-0,017	0,294	0,122
Sağ 5. parmak ortalama kapıl	0,109	-0,030	0,158	0,043	0,261
Sol 4. parmak ortalama kapıl sayısı	-0,100	-0,104	-0,240	0,022	-0,094
Sol 5. parmak ortalama kapıl sayısı	-0,015	0,072	-0,026	-0,082	-0,018
Ortalama kapıl sayısı	-0,007	-0,084	-0,240	0,038	0,068
Psöriasis süresi	-0,141	-0,176	-0,127	-0,122	-0,177
PsA süresi	-0,146	-0,145	-0,122	-0,132	-0,125
PASİ	-0,026	-0,029	0,104	-0,265	0,037
Sağ 4. parmak NAPSİ	0,048	0,053	0,177	-0,070	0,059
Sağ 5. parmak NAPSİ	-0,007	0,081	0,072	-0,031	0,021
Sol 4. parmak NAPSİ	-0,114	-0,069	-0,002	-0,117	-0,075
Sol 5. parmak NAPSİ	0,007	-0,033	0,082	-0,013	0,119

TYK: Tırnak yatağı kalınlığı

PP-025

Sakroiliyak eklemlerin üç boyutlu bilgisayarlı tomografi rekonstrüksiyonu ile değerlendirilmesi

Tuba Yüce İnel¹, Ali Balcı², Fatoş Önen¹, İsmail Sarı¹

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

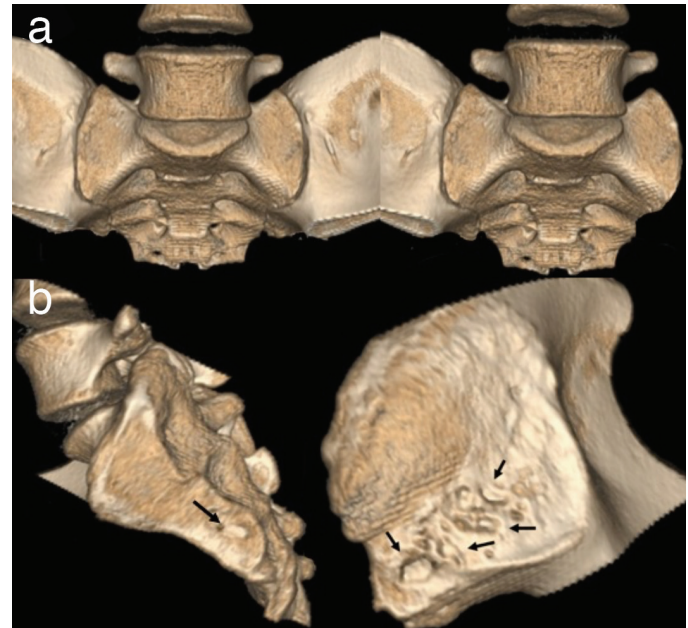
Amaç: Aksiyal spondiloartrit (SpA), öncelikle aksiyel iskeleti tutan, hastalığın sınıflandırılmasında anahtar rol oynayan sakroiliit ile birlikte kronik, enflamatuvar bir hastalıktır. Sakroiliyak eklemlerin (SİE) görüntülenmesi, yapısal ve aktif enflamatuvar lezyonların değerlendirilmesi, aksiyal SpA tanısı ve izlenmesinde oldukça önemlidir. Sakroiliit tanısı ve takibinde yapısal lezyonlar giderek önem kazanmaktadır. SpA'da yapısal lezyonların sınıflandırılması için düz grafler düşük sensitivite ve güvenilirliğe sahiptir. Sonuç olarak, erozyonların görüntülenmesindeki yeni gelişmeler önemli bir araştırma alanı olmuştur. Biz de abdomen ya da sakroiliyak BT görüntülerini üç boyutlu (3D) rekonstrüksiyon ile değerlendirip SİE'lerdeki yapısal lezyonların net anatomik lokalizasyonunu ve şiddetini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Abdomen ya da sakroiliyak BT görüntüleri üç boyutlu formatta yeniden biçimlendirilir. Kemik segmentasyonu için koronal oryantasyonda iliak ve sakral eklem yüzlerinin sınırları işaretlenir ve iki yüzey ayrıldığında SİE yüzeyine uygun pozisyon verilerek erozyonlar incelenir (Şekil 1). Lezyonların hangi seviyede olduğunu anlamak için multiplanar reformat kullanılarak sagittal kesitten her bir sakral vertebra'nın üst ve alt sınırı belirlenir. Bu kılavuz çizgiler kullanılarak 3D görüntüde kesit düzleminin sınırları oluşturulur.

Bulgular: SİE'lerin değerlendirilmesinde, yeniden biçimlendirme yapılarak istenen düzlemde görüntüler sağlanır. Bu yöntem ile S1, S2 ve S3 sakral vertebra düzeyinde iliak ve sakral yüzlerde ventralden dorsale doğru erozyonların anatomik lokalizasyonları ve büyüklüğü net olarak gösterilmektedir.

Sonuç: Sakroiliitte yapısal ve enflamatuvar lezyonların değerlendirilmesi, hastalık progresyonu anlamak için önemlidir ve gelişmiş görüntüleme teknikleri bu lezyonların doğru tespit edilme olasılığını artırır. Bu sekans; eklem boşluğu, kıkırdak ve kortikal kemik arasındaki yüksek kontrast nedeniyle SİE'deki erozyonları potansiyel olarak daha iyi gösterebilir. SİE'lerin değerlendirilmesinde, seçilen yönlere yeniden biçimlendirilebilen veri kümelerinin yanı sıra üç düzlemde de görüntüler sağlamaktadır. Daha yüksek uzaysal çözünürlüğü olan 3D BT sekansları SİE'deki erozyonların tespitinde avantaj sağlamaktadır ancak bu konuda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: 3D görüntüleme, sakroiliyak eklem, bilgisayarlı tomografi, yapısal değişiklikler



Şekil 1. Sakroiliyak eklemlerdeki yapısal değişikliklerin 3D BT ile değerlendirilmesi, **1a.** Kemik segmentasyonu için koronal oryantasyonda iliak ve sakral eklem yüzlerinin sınırlarının işaretlenmesi, **1b.** Sakral ve iliak eklem yüzündeki erozyonlar

Behçet hastalığı ile enflamatuvar barsak hastalığı ayırımında femoral ven duvar kalınlığı ölçümü

Gizem Sevik¹, Rabia Ergelen², İlkay Ergenç³, Efe Soydemir², Özlen Atuş³, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığının gastrointestinal tutulumu ile enflamatuvar barsak hastalığının (İBH) ayırt edilmesi günlük pratikte oldukça zor olabilmektedir. Daha önce yaptığımız bir çalışmada, Behçet hastalarında ana femoral ven kalınlığının (FVK) Crohn hastalarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamıştık. Bu çalışmada ise hem Crohn hem de ülseratif kolit (ÜK) tanılı İBH hastalarında FVK ölçümünü Behçet hastalarıyla karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 117 Behçet hastası, 87 İBH hastası (53 Crohn, 34 ÜK) ve 85 yaş cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastalar rutin vizite geldikleri sırada FVK deneyimli radyologlar tarafından Doppler ultrasonografi ile ölçüldü, hastalık ilişkili veriler hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Hastaların ve kontrollerin demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Behçet hastalarının 70'inde (%59,8) majör organ tutulumu [48 (%41,0) vasküler, 21 (%30,0) oküler, 11 (%15,7) gastrointestinal, 8 (%11,4) nörolojik] mevcuttu. Ortalama sağ FVK ölçümleri Behçet, İBH ve sağlıklı kontroller için sırasıyla; 0,75±0,21 mm, 0,32±0,08 mm, ve 0,28±0,13 mm idi. Ortalama sol FVK ölçümleri Behçet, İBH ve sağlıklı kontroller için sırasıyla; 0,76±0,21 mm, 0,32±0,09 mm, ve 0,28±0,13 mm idi. Behçet hastalarında sağ ve sol FVK ölçümleri, İBH hastaları ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,001). Bilateral FVK ölçümleri sağlıklı kontroller ve İBH hastaları arasında benzer saptandı (p>0,05). Majör organ tutulumu olan ve olmayan Behçet hastaları karşılaştırıldığında, sağ ve sol FVK ölçümleri benzer saptandı (sırasıyla, p=0,53 ve p=0,21). FVK ölçümleri aynı zamanda gastrointestinal tutulumu olan ve olmayan Behçet hastaları arasında da benzer saptandı (sırasıyla, p=0,64 ve p=0,27). İBH hastaları içinde sağ ve sol FVK ölçümlerinde Crohn ve ÜK hastaları arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla, p=0,13 ve p=0,14).

Sonuç: Behçet hastalarında FVK ölçümü hem Crohn hem de ÜK hastalarına göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Bu sonuçlar günlük pratikte İBH ile Behçet hastalığı gastrointestinal tutulumunun ayırt edilmesinde FVK ölçümünün kullanılabilirliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Crohn hastalığı, ülseratif kolit

Tablo 1. Hastaların ve sağlıklı kontrollerin karakteristik özellikleri

	Behçet hastalığı	Crohn hastalığı	Ülseratif kolit	Sağlıklı kontrol
Yaş, yıl (ort±SD)	34.9 ± 8.2	42.9 ± 12.7	43.6 ± 14.5	32.3 ± 7.2
Cinsiyet, n, (E/K)	75/42	28/25	20/14	59/26
Hastalık süresi, ay, median (IQR)	97.0 (48.0-159.0)	90.0 (29.5.0-111.5)	106.7 (48.0-144.0)	-
İmmünsüpresif kullanımı, n (%)	70 (59.8)	44 (83.0)	9 (26.4)	-
Sağ ana femoral ven kalınlığı, mm (ort±SD)	0.75 ± 0.21	0.33 ± 0.07	0.29 ± 0.09	0.28 ± 0.13
Sağ ana femoral ven kalınlığı, mm (ort±SD)	0.76 ± 0.21	0.33 ± 0.09	0.33 ± 0.06	0.28 ± 0.13

PP-027

Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında biyobelirteçler

Numan Emre Ak¹, Didem Arslan²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Romatoid artrit (RA) birçok organ ve dokuyu etkileyen yaygın sistemik otoimmün bir hastalıktır. Bu çalışmada RA-İAH'nin erken tespiti ve gelişme riskinin belirlenmesinde yardımcı olabilecek serolojik markerları araştırıldı.

Yöntem: Çalışmamıza 2019-2020 yılları arasında dahiliye romatoloji bilim dalında takipli 87 hastanın takip ve tedavi özellikleri hastanemizde kullanılan bilgisayar otomasyon sistemi ve hastalara ait dosyaların taranmasıyla elde edilmiştir. Akciğer tutulumu olan ve olmayan hastalarla serum IP10, HSP90 ve HSP70 düzeyleri karşılaştırılarak hastalık tutulumu ile biyomarker ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın ortalama yaşı 59,9±10,8 yıl idi. Akciğer tutulumu saptanan hastalar daha ileri yaşta idi. Akciğer tutulumu olan hastalarda ortalama ESR değeri 38,52±19,64, tutulumu olmayanlarda 28,12±13,77 bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Tutulum paternleri ile biyomarkerler arasındaki karşılaştırmada nodül paterni saptanan hastalarda RF değeri istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca RF ile IP10 arasında ve DAS-28 skoru ile RF arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: Akciğer tutulumu olan RA hastalarının ileri yaşta olması literatürdekine benzer olarak bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalarda yüzde olarak en fazla nodül ve ÜİP saptanmış olup literatürde de benzer şekilde görülmektedir. Hastaların ESR ile akciğer tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Tutulum paterni ile biyomarkerlerin değerlendirilmesinde nodül saptanan hastalarda RF değeri istatistiksel anlamlı çıkmıştır. Ayrıca RF ile IP10 arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Mortalite ve morbiditenin önemli bir sebebi olan İAH'nin erken saptanmasında yeni biyomarker çalışmaları ümit vermektedir.

Anahtar Kelimeler: HSP70 (ısı şok proteini 70), HSP90 (ısı şok proteini 90), IP10 (interferon gama protein 10), interstisyel akciğer hastalığı, romatoid artrit

Tablo 1. AC tutulumuna göre hastaların genel özelliklerinin dağılımı

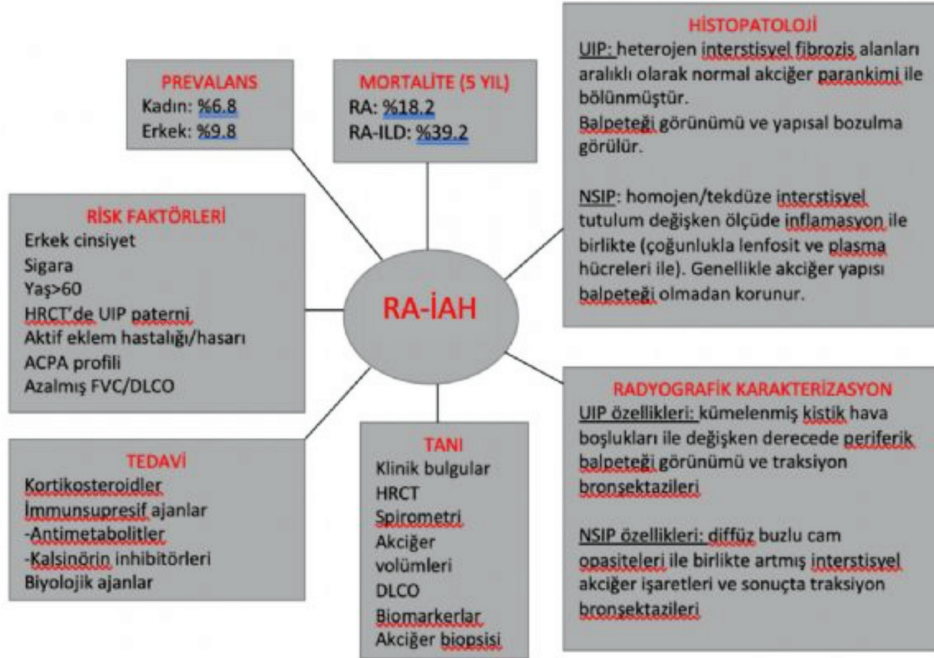
	Özellik	RA AC tutulumu olanlar	RA	p
Yaş (yıl)		63,72±8,77	55,61±11,41	0,001*
Tütün öyküsü	Var	13 (28,3)	33 (85,4)	0,202
	Yok	35 (71,7)	33 (85,4)	
BMI (kg/m ²)		28,7±3,7	27,4±4,8	0,175
Cinsiyet	Erkek	12 (60)	8 (40)	0,637
	Kadın	34 (50,7)	33 (49,3)	
RA tanı süresi (yıl)		10,89±8,46 8,5 (1-41)	10,51±8,83 8 (2-48)	0,756
DAS28 skoru		2,48±0,95	2,45±1,07	0,882
Sedimentasyon (mm/saat)		38,52±19,64	28,12±13,77	0,005*
CRP (mg/L)		14,95±17,05	9,62±18,31	0,163
RF (IU/mL)		257,80±536,04 53,35 (5-2550)	149,10±307,47 30,7 (5-1280)	0,257
Anti-CCP (u/mL)		566,21±844,09 236,5 (0-4000)	512,16±928,52 83,7 (0-3998)	0,777
HSP70 (ng/mL)		14,7±37,97 4,29 (0-200)	10,61±19 2,15 (0-101,23)	0,535
HSP90 (ng/mL)		26,77±41,69 13,21 (0-197,58)	33,03±42,03 18,36 (0-172,25)	0,488
IP10 (pg/mL)		1717,28±2987,48 76,27 (0-8000)	1465,72±2568,18 66,54 (0-8000)	0,677

*Değer istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05)

Tablo 2. Tutulum paterni ile RF, Anti-CCP, HSP70, HSP90 ve IP10 ilişkisi

UIP	VAR Ort ± SS Med (min-maks)	YOK Ort ± SS Med (min-maks)	p
RF (IU/mL)	187,36±406,26 29,2 (5-1850)	341,64±656,45 83,1 (5-2550)	0,168
Anti-CCP (u/mL)	635,07±995,74 223 (0-4000)	484,23±632,7 250 (1,4-2225)	0,947
HSP70 (ng/mL)	22,86±50,23 8,12 (0-200)	4,98±5,86 2,39 (0-19,52)	0,051
HSP90 (ng/mL)	32,15±50,44 12,85 (0-197,58)	20,36±27,88 13,57 (0-124)	0,757
IP10 (pg/mL)	1779,65±3042,05 72,52 (0-8000)	1643,04±2994,3 80,03 (0-8000)	0,783
NSIP	VAR Ort ± SS Med (min-maks)	YOK Ort ± SS Med (min-maks)	p
RF (IU/mL)	616,47±1026,56 35,35 (5-2550)	182,29±341,2 62,3 (5-1850)	0,921
Anti-CCP (u/mL)	392,8±752,22 152,2 (1,4-2225)	602,72±866,96 236,5 (0-4000)	0,353
HSP70 (ng/mL)	5,35±7,42 1,06 (0-19,52)	16,66±41,48 5,96 (0-200)	0,270
HSP90 (ng/mL)	12,79±18,94 4,64 (0-55,49)	29,71±44,66 14,29 (0-197,58)	0,201
IP10 (pg/mL)	2985,48±4048,54 121,97 (0-8000)	1450,29±2707,93 69,06 (0-8000)	0,853
Nodül	VAR Ort ± SS Med (min-maks)	YOK Ort ± SS Med (min-maks)	p
RF (IU/mL)	417,87±683,9 132 (5-2550)	67,23±122,78 24,8 (5-567)	0,003*
Anti-CCP (u/mL)	614,38±74,8 250 (1,4-2265)	508,86±961,2 223 (0-4000)	0,389
HSP70 (ng/mL)	14,15±39,26 3,11 (0-200)	15,35±37,33 5,48 (0-171,53)	0,956
HSP90 (ng/mL)	21,17±26,01 14,95 (0-124)	33,43±54,88 10,7 (0-197,58)	0,895
IP10 (pg/mL)	1408,72±2788,42 80,03 (0-8000)	2084,62±3238,88 72,52 (0-8000)	0,895

*Değer istatistiksel anlamlıdır



Sekil 1. RA-İAH tanı, risk faktörleri, histopatoloji ve tedavi

PP-028

Romatoid artritli hastalarda eroziv osteoartrit sıklığı ve ilişkili faktörler

Mete Pekdiker, Gezmiş Kimyon, İnan Korkmaz

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Eroziv osteoartrit (EOA), genellikle el küçük eklemlerini etkileyen deforme edici bir eklem hastalığıdır; ağrı ve fonksiyon bozukluğuna yol açabilir. Bazı risk faktörleri ve semptomlar EOA ve romatoid artrit (RA) için ortaktır. Bu çalışmada RA hastalarında EOA sıklığını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi ayrıca bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada yaşı ≥ 18 olan ve el interfalangeal eklemlerini eroziv olarak etkileyebilecek başka bir eklem hastalığı olmayan 619 RA olgusu incelendi. Hastaya ait demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi kayıtları retrospektif olarak elektronik hasta dosyasından değerlendirildi (Tablo 1). Son bir yıl içerisinde tetkik edilen el-el bilek AP radyografileri her üç araştırmacı tarafından hastalara kör olarak okundu (Tablo 2). Olgular, EOA varlığına göre iki ayrı gruba ayrılarak analiz edildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 54 ve kadın cinsiyet oranı %83 olan RA olgularımızda EOA sıklığını %6,3 olarak bulduk; bu oran orta yaşlı genel popülasyonda %2,8 olan EOA prevalansından daha yüksekti. Eroziv osteoartrit sıklığı 50 yaşından büyük ($p=0,006$), hastalık süresi >10 yıl ($p=0,003$) ve anti-CCP negatif ($p=0,02$) olan olgularda anlamlı olarak daha fazlaydı. Ortalama yaş (62,9 vs. 53,6; $p<0,05$) ve ortalama hastalık süresi (12,5 vs. 8; $p<0,05$) EOA'lı grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Çok değişkenli regresyon analizinde sadece yaş EOA gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olarak bulundu. Cinsiyet, sigara kullanımı, romatoid faktör ve

RA ilişkili ağır eklem erozyonlarının EOA ile ilişkisi saptanmadı. Biyolojik ajan kullanımı açısından iki grup arasında fark yoktu ($p=0,02$).

Sonuç: Bu çalışmamızda RA olgularında EOA sıklığı ve ilişkili faktörler literatürde ilk kez tanımlandı. İleri yaş RA olgularına eşlik eden EOA hastalık aktivite ölçümünde ve tedavi seçiminde karıştırıcı bir faktör olabilir. Bu iki hastalık arasında patogenetik bağlantı ve overlap mümkün olabilir; ancak bu hipotezin desteklenmesi için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Eroziv osteoartrit, ilişkili faktörler, romatoid artrit, sıklık



Sekil 1. Örnek olgu, RA ve EOA birlikteliği olan bir olgunun el radyografisi: Metakarpofalangeal ve karpometakarpal eklemlerde RA tipi daralmalar ve interfalangeal eklemlerde eroziv osteoartrit bulguları

Tablo 1. Romatoid artrit olgularının demografik, laboratuvar ve tedavi verileri

Yaş, ortalama (alt-üst sınır), yıl	54,2 (18-86)
Kadın cinsiyet, n (%)	516 (83,3)
Erkek cinsiyet, n (%)	103 (16,7)
Hastalık süresi, ortalama (alt-üst sınır), yıl	8,4 (0,5-43)
Sigara öyküsü, n (%)	195 (31,5)
RF pozitifliği, n (%)	363 (58,4)
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	351 (56,7)
RF veya anti-CCP veya ikili pozitiflik, n (%)	412 (66,5)
Biyolojik ajan kullanımı, n (%)	218 (35,2)

Anti-CCP: Anti-siklik sitrülüne peptid antikor, RF: Romatoid faktör

Tablo 2. Olguların radyolojik özellikleri

RTT (+), n (%)	584 (94,3)
AEET (+), n (%)	144 (23,2)
EOA, n (%)	39 (6,3)
Total EOA'lı eklem sayısı	156
Ortalama EOA'lı eklem sayısı	4
EOA lokalizasyonu	
-1. İF eklem, n (%)	27
-2. DİF eklem, n (%)	26
-3. DİF eklem, n (%)	27
-4. DİF eklem, n (%)	13
-5. DİF eklem, n (%)	20
-2. PİF eklem, n (%)	13
-3. PİF eklem, n (%)	11
-4. PİF eklem, n (%)	7
-5. PİF eklem, n (%)	12

AEET: Ağır eroziv eklem tutulumu, DİF: Distal interfalangeal, EOA: Eroziv osteoartrit, İF: Interfalangeal, PİF: Proksimal interfalangeal RTT: Romatoid artrit tipi tutulum

PP-029

bDMARD tedavisi alan romatoid artrit hastalarında DAS28 remisyonu ve komorbid hastalıkların ilişkisi

Ömer Denizhan Tatar¹, Güllü Sandal Uzun², Emre Bilgin², Gözde Kübra Yardımcı², Ertuğrul Çağrı Bölek², Bayram Farisoğulları², Emine Duran², Gizem Ayan², Zehra Özsoy², Mustafa Ekici², Erdinç Ünalı², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Umut Kalyoncu², Ali İhsan Ertenli²

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

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

Amaç: Biyolojik DMARD (bDMARD) tedavisi alan romatoid artrit (RA) hastalarında DAS28 remisyonunun komorbiditeler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanı'na (HUR-BIO) kayıtlı, 2013-2020 yılları arasında takip edilmiş, 581 RA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ilk bDMARD öncesi ve son takip ziyaretlerinde DAS28-ESH skoru, vücut kitle indeksi (VKİ), lipid profili [total kolesterol, trigliserit, LDL, HDL], hipertansiyon (HT), diyabet ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi eşlik eden komorbiditeleri kaydedildi. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) kılavuzlarındaki SCORE kardiyovasküler (KV) risk hesaplama modeline göre son vizitteki minimum kardiyovasküler risk puanları hesaplandı. Son ziyaret sırasında DAS28 skoru 2,6 ve altında olan hastalar remisyonunda kabul edildi.

Bulgular: bDMARD sonrası izlemde son vizitte DAS28 skoru olan 549 hasta (%74,7'si kadın) mevcuttu. bDMARD sonrası ortalama takip süreleri 26,0 (20,9) aydı. Son kontrolde hastaların 194/549'u (%35,3) DAS28 remisyonunda idi. DAS28 remisyonunda olan hastalar olmayanlara göre daha gençti (46,9 vs. 51,6; p<0,001), kadın cinsiyette daha az sıklıkta idi (%68'e karşı %78,3; p=0,008), VKİ daha düşüktü (28,1'e karşı 30,0; p=0,001), obezite (%31,8'e karşı %48,1; p<0,001), HT (%24,2'ye karşı %40,4; p<0,001), KAH (6,3'e karşı 12,5; p=0,03) ve HDL düşüklüğü (%9,6'ya karşı %26,2; p<0,001) daha az sıklıkta saptandı (Tablo 1). Çok değişkenli analizde cinsiyet, sigara içiciliği, komorbiditelerin varlığı (diyabet, HT, KAH) ve sayısı, bDMARD başlangıcındaki VKİ, yaş ve son vizitteki KV hastalık riskleri gibi faktörler incelendiğinde; DAS28 remisyonu ile ilişkili bağımsız bir risk faktörü saptanmamıştır (Tablo 2).

Sonuç: RA hastalarında tedavi hedeflerinin belirlenmesinde komorbiditeler her zaman hesaba katılmalıdır. Yaş, cinsiyet ve komorbiditelerin (obezite, HT, KAH gibi) DAS28 remisyonu üzerine olumsuz etkide bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DAS28, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (biyolojik), komorbidite, multimorbidite, romatoid artrit

Tablo 1. RA hastalarında son ziyaret DAS28 skoruna göre remisyonla girme ve komorbiditelerin ilişkisi

Parametreler	DAS-28 ≤2,6 (n=194)	DAS-28 >2,6 (n=355)	p
Yaş (SS)	46,9 (13,6)	51,6 (13,6)	<0,001
Tanı yaşı (SS)	43,2 (13,6)	48,2 (13,4)	<0,001
Cinsiyet (kadın) n (%)	132 (68,0)	278 (78,3)	0,008
Sigara içiciliği (herhangi bir zamanda) n (%)	102 (52,6)	177 (49,9)	0,5
Komorbidite sayısı (SS)	0,5 (0,8)	0,6 (0,9)	0,2
Komorbidite var/yok (≥1)	71 (36,6)	142 (40,0)	0,4
Komorbidite dağılımı n (%)			
-Yok	123 (63,4)	211 (59,4)	
-1 komorbidite	53 (27,3)	88 (24,8)	0,2
-2 komorbidite	13 (6,7)	43 (12,1)	
-≥3 komorbidite	5 (2,6)	13 (3,7)	
VKİ (SS)	28,1 (6,6)	30,0 (6,7)	0,001
VKİ >30 n (%)	56/176 (31,8)	156/324 (48,1)	<0,001
Diyabet n (%)	28/186 (15,1)	61/342 (17,8)	0,41
HT n (%)	46/190 (24,2)	128/317 (40,4)	<0,001
KAH n (%)	12/189 (6,3)	38/305 (12,5)	0,03
KV risk faktörleri n (%)			
-Çok yüksek risk	35/135 (25,9)	83/260 (31,9)	
-Yüksek risk	35/135 (25,9)	82/260 (31,5)	0,12
-Orta risk	36/135 (26,7)	59/260 (22,7)	
-Düşük risk	29/135 (21,5)	36/260 (13,8)	
Total kolesterol >240 n (%)	36/113 (31,9)	58/208 (27,9)	0,46
Trigliserit >150 mg/dL n (%)	34/107 (31,8)	68/196 (34,7)	0,6
LDL >130 mg/dL n (%)	71/122 (58,2)	119/216 (55,1)	0,58
HDL kadın <50, erkek <40 n (%)	11/114 (9,6)	55/210 (26,2)	<0,001

Tablo 2. RA hastalarında DAS28 tedavi cevabını belirleyebilecek çok değişkenli analizler

	OR (%95 GA)	p
Sigara içiciliği (herhangi bir zamanda)	0,95 (0,58-1,57)	0,84
Komorbidite varlığı (tüm takipte)	1,53 (0,83-2,82)	0,17
BDMARD başlangıç vizitindeki VKİ	1,04 (1,0-1,08)	0,04
BDMARD başlangıç vizitindeki KAH varlığı	0,47 (0,18-1,23)	0,12
BDMARD başlangıç vizitindeki diyabet varlığı	1,20 (0,57-2,53)	0,63
BDMARD başlangıç vizitinde HT varlığı	1,20 (0,68-2,13)	0,54
KV risk skorlaması (son ziyaret)	1,49 (0,59-3,77)	0,40

PP-030

Biyolojik tedavi alan romatoid artrit hastalarında dislipidemi tedavisi psoriatik artritinden daha iyidir, ancak hala gidilecek bir yol var

Güllü Sandal Uzun¹, Ömer Denizhan Tatar², Nilüfer Ecem Gezerer², Emre Bilgin¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Emine Duran¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Umur Kalyoncu¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹

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

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

Amaç: Enflamatuvar artritli hastalarda artmış kardiyovasküler risk mevcuttur ve dislipidemi modifiye edilebilen majör risk faktörüdür. Bu çalışmada, bDMARD kullanan romatoid artrit (RA) ve psoriatik artrit (PsA) hastalarında dislipidemi sıklığı ve anti-hiperlipidemik tedavi kullanım sıklığını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanı (HUR-BİO), 2005 yılında oluşturulmuş ve 2021 yılına kadar kayıtlı 581 (%75,4 kadın) RA'lı hasta ve 520 (%69,4 kadın) PsA hastası analiz edilmiştir. Dislipidemi Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED) kriterlerine göre tanımlanmıştır [total kolesterol (TK) >240, Trigliseritler (Tg) >150, LDL-K >160, HDL-K (erkeklerde <40, kadınlarda <50)]. Hastaların ilk ve takip sonrası son ziyarette kullandıkları hiperlipidemik (anti-HL) ajanlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 581 RA hastasının yaş ortalaması (± SS) 52,1 (13,9) olup hastalık süresi 5,3 (2,1) idi. PsA hastalarının yaş ortalaması (± SS) (12,5) iken hastalık süresi 9,2 (6,4) yıl idi. RA'lı 289 (%49,7) hastada ve PsA'lı 175 (%33,6) hastada bDMARD başlangıcında lipid profilleri biliniyordu. RA'lı 356 (%61,2) hastada ve PsA'lı 226 (%43,4) hastada takip ve son ziyarette lipid profilleri değerlendirildi. Lipid profilleri, bDMARD'ların başlangıcında RA ve PsA'lı hastalarda benzerdi (Tablo 1). bDMARD başlangıcında, RA hastalarının 29'u (%5,0) ve PsA hastalarının 10'u (%3,2) anti-HL ajanları alıyordu. Tüm izlem boyunca RA'lı 65 (%12,6) hasta ve PsA'lı 22 (%4,8) hasta anti-HL ajan kullanmıştır (p<0,001).

Sonuç: Gerçek yaşam kohortumuzda, tüm takip boyunca hastaların yarısında lipid profili değerlendirilmedi. Her iki gruptaki hastaların yaklaşık dörtte birinde LDL-K düzeyleri yüksek olmasına rağmen, antihiperlipidemik ilaç kullanımı yetersizdi. Bu, PsA hastalarında daha da belirgindir. Tedavi kılavuzlarında komorbiditelere yapılan önemli vurguya rağmen, gerçek yaşam verileri daha gidilecek çok yol olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: bDMARDs, dislipidemi, psoriatik artrit, romatoid artrit

Tablo 1. RA ve PsA hastalarında bDMARD başlangıcında ve son vizitteki lipid değerleri

Lipid değeri	Romatoid artrit, n (%)		Psoriatik artrit, n (%)		p1*	p2**
	bDMARD başlangıcı	Son vizit	bDMARD başlangıcı	Son vizit		
Total kolesterol >240	47/270 (17,4)	98/339 (28,9)	32/161 (19,8)	57/203 (28,1)	0,30	0,13
Trigliserid >150	62/242 (25,6)	108/320 (33,7)	45/159 (28,3)	80/193 (41,4)	0,79	0,20
HDL <40 (erkek), <50 (kadın)	88/267 (32,9)	70/343 (20,4)	57/157 (36,3)	20/207 (9,6)	0,48	0,001
LDL >160	53/289 (18,3)	91/356 (25,6)	43/175 (24,5)	65/226 (28,7)	0,38	0,55

*p1: bDMARD başlangıç vizit karşılaştırması, **p2: son vizit karşılaştırması

PP-031

Biyolojik tedavi alan romatoid artrit hastalarında kronik böbrek hastalığı; HÜR-BİO gerçek yaşam verisi

Güllü Sandal Uzun¹, Arzu Taghiyeva², İbrahim Yahya Çakır², Kenan Moral², Emre Bilgin¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Emine Duran¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umur Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) birden fazla sistemi tutabilir ve hastalıkların seyri sırasında kronik böbrek hastalığı (KBH) görülebilir. Bu çalışmanın amacı bDMARD kohortumuzda KBH olan hastalarda tercih edilen bDMARD'ları ve komorbiditeleri belirlemektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Database (HÜR-BİO) 2005 yılında kurulmuş ve 2021'e kadar bDMARD başlanan tüm 2160 RA kaydedilmiştir. Renal fonksiyonlarını değerlendirmek üzere KBH tanımı için 2012 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kılavuzu kullanılmıştır. Hastalar bDMARD başlangıç ve takip dönemlerine göre üç gruba ayrılmışlardır. Hastaların demografik bilgileri kaydedilmiştir.

Bulgular: RA hastalarının KBH durumuna göre demografik verileri tabloda verilmiştir. Bunlar KBH olmayan (n=1968), KBH olan (n=50) ve takip sırasında KBH gelişen (n=40) hastalardır.

KBH olan ve olmayan arasında yaş ve hastalık süresi farkı olması nedeniyle KBH olmayan hasta grubundan yaş ve cins eşleştirilmiş bir grup seçilmiştir (n=85). İlk bDMARD başlangıcı sırasında %3,1 hastada KBH varken 72,4 ay (SS ±50,8 ay) takip sonrasında %4,1 hastada KBH vardı. Yeni KBH görülme insidansı %1,9 olarak hesaplandı. KBH hastalarında hastalık süresi KBH olmayan RA hastalarına kıyasla daha yüksekti (p<0,008). KBH olan hasta grubunda ilk bDMARD olarak %64,4 anti-TNF seçilmişti, etanercept (%34,4) oranında en çok tercih edilen anti-TNF idi. Eşleştirilmiş grupta da anti-TNF %68,7 oranında iken %31,3 oranında en sık etanercept tercih edilmişti. KBY olmayan grupta anti-TNF %59,2 oranında ve en sık %22,2 oranında adalimumab tercih edilmişti. İlk bDMARD seçimi açısından KBY olan ve olmayan grupta genel anti-TNF ve non-TNF kullanımı açısından fark yok iken etanercept açısından anlamlı fark vardı (p=0,001). KBH ve KBH olmayan gruplar arasında bDMARD öncesi csDMARD kullanımı açısından fark yokken ilk bDMARD başlanması sırasında KBH olan (%42,2) grupta metotreksat KBH olmayan (%54,1) gruplara göre daha az tercih edilmişti (p=0,02). KBH olan grupta (%59,2) leflunomid, KBH olmayan (%39,3) gruba kıyasla daha sık tercih edilmişti (p<0,001).

Sonuç: RA'da bir önemli komorbid durum KBH'dir ve bDMARD başlangıcında ve takip sırasında ortaya çıkabilmektedir. KBH varlığı hastalık aktivitesine ve fonksiyonlarına olumsuz etki gösterebilmektedir. Öte yandan KBH hastalarında bDMARD seçimi sırasında ayırt edici bir fark saptanmamıştır. RA hastalarında eşlik eden KBH varlığında klinisyenler komorbid hastalıklara ve hastalık aktivite parametreleri takibinde dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, komorbiditeler, kronik böbrek hastalığı, romatoid artrit

Tablo 1. KBY ve non-KBY olan RA hastalarını demografik verilerinin karşılaştırılması

	KBH olan tüm grup, n=90	KBH olmayan RA hastaları, n=1,968	Yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş KBH olmayan RA hastaları, n=85	p1	p2
Yaş, ortalama, yıl	63,8±11,1	52±13,3*	62±11,1*SD	<0,008	
Cinsiyet, kadın, n (%)	72 (80)	1571 (79,8)	66 (79,5)	0,9	
Hastalık süresi, aylar, medyan (IQR)	162 (9,5-548)	111 (1,5-518)**	152 (11-570)**	<0,001	0,6
VKİ (kg/m ²), ortalama (SS)	28,5 (16,7-54,3)	28,7 (15,5-58)	31,2 (18,1-53,4)**	0,21	0,03
Sigara içme öyküsü, n (%)	45 (50)	774 (39,3)	32 (38,6)	0,04	0,098
Sigara miktar, paket/yıl	5,0 (1-100)	1 (0-147)	5,7 (0-47)	0,008	0,021
Tip 2 DM, n (%)	17/82 (20,7)	209/1795 (%11,6)	16/77 (%20,8)	0,013	0,57
HT, n (%)	58/82 (70,7)	548/1795 (%30,5)	48/77 (%62,3)	<0,001	0,1
KAH, n (%)	12/55 (21,1)	105/912 (%11,5)	8/66 (12,1)	0,022	0,11
SVH, n (%)	1/44 (2,2)	9/1795 (%0,5)	1/77 (%1,3)	0,31	0,7
Tiroid hastalıkları, n (%)	17/82 (20,7)	266/1795 (%14,8)	11/77 (%14,3)	0,33	0,19
KOPH, n (%)	1/77 (%1,3)	129/1795 (%7,2)	7/77 (%9,1)	0,1	0,5
Amiloidoz, n (%)	4/82 (4,9)	5/1795 (0,3)	1/77 (1,3)	<0,001	0,2
RF pozitifliği, n (%)	66/88 (75)	1270 (%64,5)	58 (%69,9)	0,4	0,28
CCP pozitifliği, n (%)	46/81 (56,7)	903 (%45,9)	38 (%45,8)	0,03	0,62
ESR, mm/st, ortalama, SS	48,1±31,2	35,4 (24)	42,88 (26,9)	<0,001	0,01
CRP, mg/dL, medyan (min-maks)	1,87 (0,1-29,6)	1,26 (0,05-39)	1,5 (0,1-9)	0,002	0,3
DAS-28-sedim, ortalama, SS					
-bDMARD öncesi DAS28-sedim	4,7±1,08	4,8±1,18	4,8±1,52	0,71	0,54
-bDMARD sonrası DAS28-sedim	3,8±1,47	3,4±1,5	3,7±1,29	0,05	0,08
HAQ-DI, ortalama, SS					
-bDMARD başlamadan önceki HAQ-DI	1,09±0,6	1,0±0,63	1,28±0,65	0,62	0,31
-bDMARD sonrası HAQ-DI	0,9±0,6	0,7±0,66	0,95±0,7	<0,001	0,51

DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, KOPH: Kronik obstrüktif pulmoner hastalıklar, P1: KBY olan ve olmayan tüm hastalar, P2: KBY olan ve KBY olmayan eşleşik hastalar, SVH: Serebrovasküler hastalıklar

PP-032

bDMARD tedavisi kullanan romatoid artrit hastalarında obezite sıklığı ve hastalık aktivitesine etkisi

Ömer Denizhan Tatar¹, Güllü Sandal Uzun², Emre Bilgin², Gözde Kübra Yardımcı², Ertuğrul Çağrı Bölek², Bayram Farisoğulları², Emine Duran², Gizem Ayan², Zehra Özsoy², Mustafa Ekici², Erdiç Ünalı², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Umut Kalyoncu², Ali İhsan Ertenli²

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

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

Amaç: Biyolojik DMARD (bDMARD) tedavisi alan romatoid artrit (RA) hastalarında obezite sıklığı ve obezitenin RA hastalık aktivitesine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik ajan veri tabanına (HUR-BIO) kayıtlı, 2013-2020 yılları arasında takip edilmiş, 581 RA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların ilk bDMARD öncesi ve son kontrol vizitlerindeki vücut kitle indeksi (VKİ), şiş-hassas eklem sayısı, ağrı, yorgunluk, hasta global değerlendirme, DAS28-ESH, HAQ-DI skorları, ESH ve CRP değerleri kaydedildi.

Hastalar VKİ değerlerine göre gruplandırıldı (VKİ ≥30 olması obezite olarak değerlendirildi).

Bulgular: bDMARD başlangıcında 574 hastanın (%75,6 kadın) VKİ'si biliniyordu. Hastaların bDMARD başlangıcında ortalama yaşları 48,5 (13,8), ortalama hastalık süreleri 1,8 (1,6) yıld. bDMARD başlangıcında kadınlar erkeklerle göre kiloluydu [29,8 (7,2'ye) karşı 27,5 (5,3); p=0,002] ve obezite kadınlarda daha sıklıkla (%44,5'e karşı %30,7 p=0,004). bDMARD sonrası ortalama takip süresi 26,0 (20,9) aydı. Hastaların bDMARD sonrası takiplerinde VKİ'sinde anlamlı değişiklik saptanmadı [29,2 (6,8) vs. 29,3 (6,7); p>0,05] (Tablo 1). bDMARD başlangıcı ve son kontrolde 515 hastanın VKİ'si biliniyordu. bDMARD başlangıcında VKİ değeri 30'un altında olan 312 hastanın 26'sında (%8,3) son vizitte VKİ değeri 30'un üzerine çıkmıştı. bDMARD başlangıcı VKİ değeri 30'un üzerinde olan 203 hastanın son vizitte 12'sinde (%5,9) VKİ değeri 30'un altına düşmüştü (Tablo 2). Obez hastalarda hem bDMARD başlangıcında (DAS28, hassas eklem sayısı, hasta global değerlendirme, HAQ-DI) hem de son kontrolde (DAS28, ağrı, yorgunluk, hasta global değerlendirme, HAQ-DI, CRP) hastalık aktivite ve fonksiyonel skorları obez olmayanlara göre daha yüksekti (Şekil 1).

Sonuç: bDMARD kullanan RA hastalarının yaklaşık %40'ında obezite mevcuttu, kadınlarda bu oran daha yüksekti. Hastaların yaklaşık 30 aylık izleminde VKİ'de anlamlı bir değişiklik gözlenmedi. Obezite; RA hastalarında hastalık aktivitesini, fonksiyonlarını ve

tedavi yanıtlarını olumsuz etkileyebilen modifiye edilebilir bir komorbitedir. Obezitenin önlenmesi RA yönetiminin önemli bir parçası olmakla beraber, hastalar ve hekimlerce yeterince dikkate alınmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (biyolojik), komorbidite, obezite, romatoid artrit

Tablo 1. RA hastalarının başlangıç ve son vizitte obezite varlığına göre hastalık aktivitelerinin ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırılması

bDMARD kullanan RA hastalarının başlangıçta ve son vizitte VKİ değerleri		
VKİ	bDMARD başlangıç vizit n=574	bDMARD son vizit n=516
Ortalama (SS)	29,2 (6,8)	29,3 (6,7)
Ortanca (min-maks)	28,3 (15,6-58,0)	28,7 (16,6-58,7)
Zayıf (<18,5) n (%)	12 (2,1)	9 (1,7)
Normal (18,5-24,99) n (%)	164 (28,2)	143 (27,7)
Fazla kilolu (25,0-29,99) n (%)	162 (27,9)	147 (28,4)
Hafif obez (30,0-34,99) n (%)	119 (20,5)	123 (23,8)
Orta derecede obez (35,0-39,99) n (%)	77 (13,3)	60 (11,6)
Morbid obez (40,00-49,99) n (%)	40 (6,9)	34 (6,5)

Tablo 2. RA hastalarının takip vizitlerinde VKİ değişimi

Son vizit VKİ	Başlangıç VKİ ≥30 n=203	Başlangıç VKİ <30 n=312
Son VKİ ≥30 n (%)	191 (94,1)	26 (8,3)
Son VKİ <30 n (%)	12 (5,9)	286 (91,7)

PP-033

Romatoid artrit hastalarında sol ventrikül diyastolik disfonksiyonunu belirleyen faktörler

Cansu Akleylek¹, Mehtap Üçer², Betül Cengiz Elçioğlu², Taylan Şahin³, Neslihan Yılmaz¹

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

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

³Amerikan Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında, kardiyovasküler hastalık sıklığının ve bununla ilişkili ölümlerin genel popülasyona göre arttığı bilinmektedir. Sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu (LVDD) ise kardiyak tutulumun erken bir bulgusu olarak görülebilmektedir. Çalışmamızın amacı RA hastalarında LVDD sıklığını ve buna etki eden faktörleri ortaya koymaktır.

Yöntem: Kesitsel olarak dizayn edilen çalışmaya, 2010 ACR kriterlerine göre RA tanısı almış 83 hasta, kontrol grubu olarak ise 2009 ASAS kriterlerine göre spondiloartrit (SpA) tanısı alan 41 hasta ve 39 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. İleri yaş (≥70), şiddetli obezite (BMI ≥35), diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, kontrolsüz hipertansiyon ve kalp kapak hastalığı varlığı

dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu, transmitral akımlardan PW Doppler ile alınan erken diyastolik E dalga hızı, atriyum kontraksiyonunda A dalga hızı, E/A oranı, deselerasyon zamanı ve doku Doppleri ile mitral annulustan ölçülen E' hızı ve E/E' oranı ile değerlendirilmiştir. RA hastalarında LVDD'ye etki eden faktörler; multivariate lojistik regresyon analizleri ile incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 83 RA hastasının (K/E: 68/15) yaş ortalaması 47,7±12,3 yıl, hastalık süresi 69 (IQR 42-144) ay idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite varlığı açısından fark saptanmadı (p>0,05). RA hastalarının 21 (%25,3) tanesi biyolojik DMARD kullanıyordu ve hastalık aktivite ortalaması (DAS 28) 3,36±1,2 idi. Ekokardiyografik değerlendirmede LVDD; RA hastalarında %32,5 (n=27), AS ve sağlıklı kontrol gruplarında ise %21,9 (n=9) ve %23,1 (n=9) oranında saptandı (p>0,05) (Tablo 1). RA hastalarında diyastolik disfonksiyon varlığını etkileyen değişkenlerin analizinde; yaş (p<0,01) ve sigara kullanımının (p=0,04) bağımsız risk faktörleri olduğu tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda RA hastalarında, kardiyak tutulumun erken göstergelerinden biri olan diyastolik disfonksiyonun bir miktar artmış olduğu gözlenmiş, ancak fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Yaş ve sigara kullanımının LVDD'yi predikte eden bağımsız risk faktörleri olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Diyastolik disfonksiyon, ekokardiyografi, romatoid artrit

Tablo 1. Romatoid artrit, spondiloartrit ve sağlıklı kontrollerin ekokardiyografik bulguları

	Romatid artrit (n=83)	Spondiloartrit (n=41)	Sağlıklı kontrol (n=39)
E (mL/sn)	0,80 (0,65-0,88)	0,78 (0,65-0,92)	0,84 (0,67-0,94)
A (mL/sn)	0,75 (0,61-0,82)	0,69 (0,58-0,82)	0,71 (0,62-0,8)
E/A oranı	1,05 (0,82-1,28)	1,12 (0,9-1,4)	1,15 (0,93-1,32)
E' (mL/s)	0,12 (0,10-0,15)	0,12 (0,1-0,14)	0,13 (0,09-0,15)
E/E' oranı	5,59 (4,53-7,0)	5,92 (4,62-7,52)	6,11 (5,15-7,64)
DZ (msn)	194 (178-232)	205 (177-238,5)	183 (168-206)

A: Mitral kapağa ait geç diyastolik akım hızı, DZ: Deselerasyon zamanı, E: Mitral kapağa ait erken diyastolik akım hızı, E': Erken diyastolik mitral anüler velosite, Veriler; medyan (IQR) olarak verilmiştir.

Romatoid artrit hastalarında subklinik ateroskleroz göstergesi olarak artmış epikardiyal yağ doku kalınlığı

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer¹, Haluk Furkan Şahan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kronik enflamasyonun romatoid artrit (RA) hastalarında artmış subklinik ateroskleroz gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Epikardiyal yağ doku kalınlığı (EATT), yeni bir kardiyometabolik risk faktörü olup aterosklerozun bir göstergesidir. Bu çalışmanın amacı kardiyovasküler hastalığı olmayan RA hastalarında EATT'nin ölçülmesi ve hastalık aktivite belirteçleri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Mayıs 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran, 2010 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre RA tanısı olan 18 yaş ve üzeri erişkin hastalar ve yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı bireyler dahil edilmiştir. Bilinen serebro-kardiyovasküler, hipertansiyon, diyabet, kronik karaciğer/böbrek hastalıkları, malignite, akut/kronik enfeksiyon ve eş zamanlı diğer otoimmün hastalığı olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. EATT ölçümü transtorasik ekokardiyografi yöntemi ile yapılmıştır. RA hastalık aktiviteleri DAS28-ESR, DAS28-CRP, SDAI ve CDAI ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 81 RA ve 70 sağlıklı kontrol (HC) grupları arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve sigara kullanımları açısından fark bulunmamaktadır. Demografik ve klinik bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir. EATT RA hastalarında [6,4 (5,8-7,2)] HC'ye [3,35 (3-3,95)] göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). EATT ve hastalık aktivite belirteçleri arasında anlamlı şekilde güçlü korelasyon olduğu gösterilmiştir [DAS28-ESR (rho=0,778, p<0,001), DAS28-CRP (rho=0,882, p<0,001), SDAI (rho=0,835, p<0,001), CDAI (rho=0,838, p<0,001)] (Tablo 2). RA hastalarında ortalama EATT 6,4 mm olup bu değer eşik değer olarak kabul edildiğinde EATT ≥6,4 (n=42) ve EATT <6,4 (n=39) olarak hastalar iki alt gruba ayrılmıştır. EATT ≥6,4 mm olan RA hastalarında hastalık aktivite skorlarının EATT kalınlığı normal olan hastalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çok değişkenli analizlerde ise sadece SDAI'nin EATT için bağımsız bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: EATT, RA hastalık aktivitesi ile ilişkili olup yüksek hastalık aktivite skorunun artmış EATT için bağımsız bir risk faktörü olması nedeniyle RA hastalarında hastalık aktivitesinin sıkı kontrolü sadece eklem hasarı riskini azaltmakla kalmaz aynı zamanda hastalarda olumsuz kardiyovasküler olay ve buna bağlı mortalite gelişme risklerinde de azalma sağlar.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ateroskleroz, epikardiyal yağ doku

Tablo 1. Romatoid artrit ve sağlıklı bireylerin demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Romatoid artrit (n=81)	Sağlıklı kontrol (n=70)	p değeri
Yaş, (yıl), ortalama (IQR)	57 (46,5-64)	53,5 (45,5-63)	0,356
Cinsiyet, kadın, n (%)	53 (65,4)	50 (71,4)	0,430
Vücut kitle indeksi, kg/m ² , ortalama (IQR)	28,5 (23,2-31)	28,1 (24,2-32,3)	0,676
Sigara kullanımı, n (%)	21 (25,9)	20 (28,6)	0,715
Eritrosit sedimentasyon hızı, mm/saat,ortalama (IQR)	11 (6,5-18)	9 (3-16)	0,022
C-reaktif protein, mg/dL, ortalama (IQR)	4,33 (1,98-9,95)	2,53 (1,50-4,65)	0,001
Epikardiyal yağ doku kalınlığı, mm, ortalama (IQR)	6,4 (5,8-7,2)	3,35 (3-3,95)	<0,001
RA klinik bulgular			
Hastalık süresi, ay, ortalama (IQR)	12,5 (3,8-72)		
Romatoid faktör (IU/mL), ortalama (IQR)	57,3 (17,9-140,4)		
Romatoid faktör pozitifliği, n (%)	64 (79,0)		
Anti-CCP, (IU/mL), ortalama (IQR)	77,1 (0,5-200)		
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	56 (69,1)		
DAS28-ESR, ortalama (IQR)	3,27 (2,48-4,17)		
DAS28-CRP, ortalama (IQR)	3,92 (3,20-4,94)		
SDAI,ortalama (IQR)	15,9 (9,2-27,9)		
CDAI, ortalama (IQR)	9 (5,5-18)		
Tedaviler, n (%)			
Kortikosteroid	63 (77,8)		
Metotreksat	50 (61,7)		
Leflunomid	22 (27,2)		
Sulfosalazin	4 (4,9)		
Hidroksiklorokin sülfat	44 (54,3)		
Biyolojik ilaçlar	5 (6,2)		

Tablo 2. Epikardiyal yağ doku kalınlığının, akut faz değerleri, hastalık aktivite bulguları ve hastalık süresi ile ilişkisi

	rho	p değeri
DAS28-ESR	0,778	<0,001
DAS28-CRP	0,822	<0,001
SDAI	0,835	<0,001
CDAI	0,838	<0,001
ESR	0,075	0,506
CRP	0,344	0,002
Hastalık süresi	-0,111	0,331

Romatoid artritli hastalarda "Methotrexate Intolerance and Severity Assesment in Adults (MISA)" anketinin Türkçe versiyon çalışması

Haluk Cinaklı, Dilek Solmaz, Gülay Alp, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Servet Akar

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı romatoid artrit (RA) metotreksat (Mtx) intoleransını değerlendirmek için geliştirilen "Methotrexate Intolerance and Severity Assesment in Adults" (MISA) anketinin Türkçe versiyonunun oluşturulması, geçerlilik, güvenilirlik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 18 yaş üstü en az 3 aydır Mtx kullanan ACR/EULAR 2010 sınıflandırma kriterlerini karşılayan 130 RA hastası (ortalama yaş: 55,8±10,50; kadın cinsiyet: 105, %80,8) alındı. MISA'nın Türkçe versiyonu kültürlerarası adaptasyon için önerilen kılavuzlar izlenerek geliştirildi. Testin geçerliliği Cronbach alfa uyumu ve intraclass korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirildi. Hekime göre intolerans altın standart kabul edildi. MISA anket sonuçları ile demografik, klinik ve aktivite ölçümleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: MISA anketinin cronbach alfa değeri 0,831 olup iyi derecede iç tutarlılığa sahipti. MISA ortalama total skoru 1,7±3,39, MISA-CP (şiddet) ortalama total skoru 2,6±6,10 olarak bulundu. Test-tekrar test uygulaması 32 kişiye uygulandı. Test tekrar test ICC değeri 0,894 olarak sahip olduğu görüldü. Hekime göre 38 (%29,2) kişide, ankete göre ise 55 (%42,3) kişide Mtx intoleransı mevcuttu. Hekime göre intoleransı olanlar ile, MISA anketine göre intoleransı olanlar arasındaki uyum oranı: %86,9 (Kappa: 0,721). Ankete göre intoleransı olanlar daha fazla kadın hasta sıklığına, yüksek HAQ skoruna ve CDAI skoruna, ek olarak daha yüksek dozda Mtx maksimum dozunda kullanımına sahiptiler. Aynı zamanda gelişmiş tedavi oranı daha yüksekti (Tablo 1). Şiddet skoru ≥4 olanlarda ise daha uzun hastalık süresi, yüksek HAQ ve CDAI skorları ve daha fazla oranda gelişmiş tedavi alma durumu mevcuttu (Tablo 2). MISA total ve şiddet skoru ile VAS hekim global, VAS hasta global, hassas ve şiş eklem sayısı, DAS28-ESH, DAS28-CRP, CDAI ve HAQ arasında zayıf bir korelasyon tespit edildi.

Sonuç: MISA anketinin Türkçe versiyonunun geçerli, güvenilir, tekrarlanabilir ve kolay uygulanabilir olduğu gösterildi. Aynı zamanda cinsiyet, hastalık aktivite parametreleri, Mtx dozu, hastalık süresi ve gelişmiş tedavi alıyor olmak Mtx intoleransı olanlarda daha yüksek olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat intoleransı, MISA anketi, romatoid artrit

Tablo 1. MISA anketine göre intoleransı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	MISA <1 intolerans yok	MISA ≥1 intolerans var	p değeri
Yaş, yıl, (ortalama ± SS)	56,7 (10,5)	54,7 (10,4)	0,220
Kadın cinsiyet, n (%)	56 (74,7)	49 (89,1)	0,039
Hastalık süresi, yıl, (ortalama ± SS)	9,4 (7,1)	10,7 (7,9)	0,304
BMI, (ortalama ± SS)	27,5 (5,2)	28,6 (5,3)	0,272
Herhangi bir zamanda sigara kullanımı, n (%)	24 (32,0)	15 (27,3)	0,561
Seropozitif, n (%)	55 (74,3)	43 (78,2)	0,612
DAS28-CRP, (ortalama ± SS)	3,0 (1,2)	3,4 (1,2)	0,063
HAQ, (ortalama ± SS)	0,5 (0,7)	1,0 (0,7)	0,0001
CDAI, (ortalama ± SS)	10,5 (13,5)	13,0 (10,5)	0,048
Folik asit kullanımı 5 mg tablet/hafta (ortalama ± SS)	2,6 (1,0)	2,8 (1,3)	0,793
Mtx güncel dozu mg/hafta (ortalama ± SS)	14,5 (2,2)	15,2 (2,9)	0,105
Mtx başlama dozu, (ortalama ± SS)	12,0 (2,6)	12,1 (2,6)	0,782
Mtx çıkılma dozu, (ortalama ± SS)	14,6 (2,2)	16,6 (2,9)	0,023
Mtx aldığı süre (ortalama ± SS)	71,6 (56,8)	91,2 (81,2)	0,166
Mtx intolerans gelişme dozu mg/hafta, (ortalama ± SS)		15,2 (2,6)	
Mtx uygulama yolu			
Oral, n (%)	53 (70,7)	35 (63,6)	0,397
Sc, n (%)	22 (29,3)	20 (36,4)	
Gelişmiş tedavi, n (%)	13 (17,3)	20 (36,4)	0,014

Tablo 2. MISA anketine göre MISA-CP <4 olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	MISA-CP <4	MISA-CP ≥4	p değeri
Yaş, yıl, (ortalama ± SS)	56,2 (10,4)	53,3 (10,6)	0,134
Kadın cinsiyet, n (%)	84 (79,2)	21 (87,5)	0,354
Hastalık süresi, yıl, (ortalama ± SS)	9,1 (6,7)	13,8 (9,2)	0,011
BMI, (ortalama ± SS)	27,8 (5,4)	28,6 (4,6)	0,387
Herhangi bir zamanda sigara kullanımı, n (%)	32 (30,2)	7 (29,2)	0,921
Seropozitif, n (%)	80 (76,2)	18 (75,0)	0,902
Akciğer hastalığı var, n (%)	9 (8,8)	6 (25,0)	0,028
DAS28-CRP, (ortalama ± SS)	3,0 (1,2)	3,6 (1,3)	0,048
HAQ, (ortalama ± SS)	0,6 (0,7)	1,2 (0,7)	0,0001
CDAI, (ortalama ± SS)	10,9 (12,7)	14,7 (10,2)	0,025
Folik asit kullanımı 5 mg tablet/hafta (ortalama ± SS)	2,6 (1,10)	2,9 (1,3)	0,316
Mtx güncel dozu mg/hafta (ortalama ± SS)	14,9 (2,4)	14,4 (3,1)	0,509
Mtx başlama dozu, (ortalama ± SS)	12,2 (2,7)	11,7 (2,5)	0,430
Mtx çıkılma dozu, (ortalama ± SS)	15,1 (2,5)	15,0 (2,9)	0,966
Mtx aldığı süre (ortalama ± SS)	72,0 (56,6)	115,0 (101,1)	0,032
Mtx intolerans gelişme dozu mg/hafta, (ortalama ± SS)		14,5 (2,3)	
Mtx uygulama yolu			
Oral, n (%)	72 (67,9)	16 (66,7)	0,905
Sc, n (%)	34 (32,1)	8 (33,3)	
Gelişmiş tedavi, n (%)	23 (21,7)	10 (41,7)	0,042

Romatoid artrit hastalarında hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde sistemik immün enflamasyon indeksinin (SII) rolü

Salim Mısırcı¹, Alev Alp¹, Büşra Başar Yılmaz²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında yeni bir enflamatuvar belirteç olan sistemik immün enflamasyon indeksi [SII (Platelet sayısı×nötrofil sayısı/lenfosit sayısı)] ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel bir çalışma olarak planladığımız çalışmamıza 18-65 yaş arası 104 RA hastası ve 43 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 147 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların klinik, laboratuvar ve demografik özellikleri kaydedildi. RA hastalarını, hastalık aktivite skoru 28-eritrosit sedimentasyon hızına (DAS28-ESR) göre <2,6 olanları remisyonda RA (n=51) ve >2,6 olanları aktif RA (n=53) olmak üzere iki gruba ayırdık. SII'nin C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), DAS28-ESR, basitleştirilmiş hastalık aktivite indeksi (SDAI) ve klinik hastalık aktivite indeksi (CDAI) ile korelasyonlarını belirlemek

için Spearman korelasyon analizini kullandık. Aktif RA grubu ile remisyonda RA grubu karşılaştırıldığında, SII ve diğer değişkenlerin hastalık aktivitesini değerlendirmedeki etkinliğini belirlemek için ROC (alıcı işlem karakteristikleri, receiver operating characteristic) eğrisi analizi kullanıldı.

Bulgular: RA grubunda sağlıklı kontrollere göre nötrofil düzeyleri daha yüksek, lenfosit düzeyleri ise daha düşüktü (her ikisi için p<0,05). Platelet (PLT) değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,095). Aktif RA grubunda nötrofil, PLT, CRP, ESR, DAS28-ESR, SDAI ve CDAI değerleri remisyondaki RA hastalarına göre daha yüksekti (p<0,05). Lenfosit değerleri açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,089). SII, hem RA grubunda sağlıklı kontrollere göre, hem de aktif RA grubunda remisyondaki RA grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıydı (her ikisi için p<0,001). SII değeri, CRP (rs: 0,627, p<0,001), ESR (rs: 0,383, p<0,001), DAS28-ESR (rs: 0,775, p<0,001), SDAI (rs: 0,796, p<0,001) ve CDAI (rs: 0,798, p<0,001) ile pozitif korelasyon gösterdi. RA hastalık aktivitesini belirlemek için optimal kesme noktası 479,36 (×10⁹/L) [eğri altındaki alan (EAA): 0,968, %95 güven aralığı (GA): 0,914-0,993, duyarlılık: %92,45, özgüllük: %86,27].

Sonuç: SII, RA hastalık aktivitesini değerlendirmek için etkili ve ucuz yeni bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit sedimentasyon hızı, hastalık aktivitesi, romatoid artrit, sistemik immün-enflamasyon indeksi

Tablo 1. RA hastaları ve sağlıklı kontrollerin klinik, demografik ve laboratuvar parametreleri

	RA (n=104)	Kontrol (n=43)	p
Yaş (yıl)	53 (20-68)	54 (18-64)	0,782
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	79 (76)	25 (58,1)	0,031
Erkek	25 (24)	18 (41,9)	
İlaçlar, n (%)			
NSAIDs	4 (2,8)		
bDMARDs	22 (15,6)		
csDMARDs	86 (60,0)		
JAK inhibitörleri (Tofasitinib, Barisitinib)	9 (6,3)		
Glukokortikoidler	22 (15,6)		
Nötrofil (×10 ⁹ /L)	4,32 (1,93, 8,16)	3,73 (2,11, 5,86)	0,002
Lenfosit (×10 ⁹ /L)	2,20 (± SS: 0,58)	2,61 (± SS: 0,57)	<0,001
PLT (×10 ⁹ /L)	259,40 (145,00, 572,00)	239,60 (135,00, 339,00)	0,095
NLR	1,97 (1,03, 5,22)	1,43 (0,79, 2,23)	<0,001
PLR	119,46 (56,10, 303,80)	96,70 (39,82, 160,31)	<0,001
SII (×10 ⁹ /L)	500,32 (186,44, 1938,28)	356,77 (167,65, 532,23)	<0,001

bDMARDs: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, csDMARDs: konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, JAK inhibitörleri: Janus kinaz inhibitörleri, NLR: Nötrofil sayısının lenfosit sayısına oranı, NSAIDs: Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, PLR: Platelet sayısının lenfosit sayısına oranı, PLT: Platelet, RA: Romatoid artrit, SII: Sistemik immün enflamasyon indeksi, p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Tablo 2. Aktif RA ve remisyon RA grupları arasındaki klinik verilerin, demografik özelliklerin ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

	Aktif RA (n=53)	Remisyon RA (n=51)	p
Yaş (yıl)	57 (32-68)	52 (20-65)	0,251
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	39 (73,6)	40 (78,4)	0,563
Erkek	14 (26,4)	11 (21,6)	
Hastalık süresi (yıl)	10 (1-38)	11 (1-40)	0,386
İlaçlar, n (%)			
NSAIDs	3 (3,8)	1 (1,6)	
bDMARDs	11 (13,8)	11 (17,5)	0,350
csDMARDs	43 (53,8)	43 (68,3)	
JAK inhibitörleri (Tofasitinib, Barisitinib)	7 (8,8)	2 (3,2)	
Glukokortikoidler	16 (20)	6 (9,5)	
Nötrofil ($\times 10^9/L$)	5,39 (\pm SS: 1,37)	3,58 (\pm SS: 0,79)	<0,001
Lenfosit ($\times 10^9/L$)	2,10 (\pm SS: 0,59)	2,29 (\pm SS: 0,56)	0,089
PLT ($\times 10^9/L$)	287,00 (178,30, 572,00)	236,00 (145,00, 361,00)	<0,001
NLR	2,45 (1,31, 5,22)	1,50 (1,03, 2,60)	<0,001
PLR	135,93 (82,42, 303,80)	106,07 (56,10, 201,42)	<0,001
SII ($\times 10^9/L$)	670,75 (436,60, 1938,28)	370,74 (186,44, 571,26)	<0,001
CRP (mg/L)	11,40 (2,00, 162,20)	2,00 (2,00, 9,50)	<0,001
ESR (mm/h)	25 (2, 73)	9 (2, 27)	<0,001
DAS28-ESR	4,90 (2,70, 6,70)	2,00 (1,10, 2,50)	<0,001
SDAI	25,20 (4,30, 79,00)	4,30 (2,10, 10,80)	<0,001
CDAI	24,00 (4,00, 40,00)	4,00 (2,00, 10,00)	<0,001

bDMARDs: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, CDAI: Klinik hastalık aktivite indeksi, CRP: C-reaktif protein, csDMARDs: Konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, DAS28-ESR: Hastalık aktivite skoru 28-eritrosit sedimentasyon oranı, ESR: Eritrosit sedimentasyon oranı, JAK inhibitörleri: Janus kinaz inhibitörleri, NLR: Nötrofil sayısının lenfosit sayısına oranı, NSAIDs: Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar, PLR: Platelet sayısının lenfosit sayısına oranı, PLT: Platelet, RA: Romatoid artrit, SDAI: Basitleştirilmiş hastalık aktivite indeksi, SII: Sistemik immün inflamasyon indeksi, $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Romatoid artritte farklı eklem tutulumlarının hastalık aktivitesi, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri

Onur Çakar¹, Ufuk İlgen², Kübra Kalkan², Zeliha Ademoğlu², Hakan Emmungil²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Romatoid artrit hastalık aktivitesinin belirlenmesi için gerek klinik araştırmalarda gerekse pratikte sıklıkla kullanılan indekslerde 28 belirli eklem durumuna göre hassas ve şiş eklem sayısı hesaplanır ve bu 28 belirli eklem hastalık aktivitesi üzerindeki ağırlığı birbirinden farklı olarak değerlendirilmez. Bu çalışmada, romatoid artrit hastalarında farklı eklem tutulumlarının yaşam kalitesi ve fonksiyonellik üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'ne Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında başvuran ve 2010 ACR/EULAR kriterlerini karşılayan hastalar içerisinden, aktif artriti olan 100 hasta alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların hassas/şiş eklemleri belirlenmiş, DAS-28, SDAI ve CDAI hesaplanmıştır. Hastaların fonksiyonel durumunun belirlenmesi amacıyla health assesment questionnaire-disability index (HAQ-DI); yaşam kalitesi belirlenmesi amacıyla quality of life-rheumatoid arthritis (QoL-RA) testleri yapılmıştır.

Bulgular: HAQ-DI skorunu en çok etkileyen eklemlerin sırasıyla omuz, metatarsofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemler olduğu görüldü. Diğer eklemlerin yapılan çoklu regresyon modelinde HAQ-DI üzerinde etkisinin olmadığı görüldü (Tablo 1). QoL-RA'yı en çok etkileyen eklemlerin sırasıyla omuz, metatarsofalangeal ve dirsek olduğu görüldü. Çoklu analizde el bileği ve ayak bileği dışındaki tüm eklemler tutulumlarının, QoL-RA üzerinde etkisi olduğu görüldü (Tablo 1). Ayak bileği tutulumu olan ve olmayan hastaların HAQ-DI ve QoL-RA skorları benzer olarak bulundu. Metatarsofalangeal eklem tutulumu olan hastaların tutulum olmayan hastalara göre HAQ-DI ve QoL-RA skorları daha yüksek bulundu. Hem ayak bileği hem de metatarsofalangeal eklem tutulumunun hastalık aktivite indekslerinden bağımsız olarak hastaların fonksiyonellik ve yaşam kalitesini etkilemediği görüldü (Tablo 2).

Sonuç: Romatoid artrit hastalarında farklı eklem tutulumlarının, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri birbirinden farklıdır. Metatarsofalangeal ve ayak bileği tutulumlarının, hastaların fonksiyonellik ve yaşam kalitesi üzerinde hastalık aktivite indekslerinden bağımsız olarak etkili olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ayak bileği, hastalık aktivitesi, metatarsofalangeal, romatoid artrit

Tablo 1. Farklı eklem tutulumlarının HAQ-DI ve QoL-RA üzerindeki etkileri, çoklu lineer regresyon analizi

	HAQ-DI		QoL-RA	
	STANDARDİZE BETA DEĞERİ	p DEĞERİ	STANDARDİZE BETA DEĞERİ	p DEĞERİ
MTF	0,210	0,024	0,265	0,002
DİZ	0,125	0,184	0,216	0,014
AYAK BİLEĞİ	0,105	0,249	0,051	0,545
MKF	0,156	0,094	0,186	0,031
PIF	0,191	0,038	0,187	0,028
EL BİLEĞİ	0,077	0,409	0,045	0,597
DİRSEK	0,125	0,199	0,223	0,014
OMUZ	0,307	0,001	0,303	<0,001

Tablo 2. Hastalık aktivite indeksleri, MTF ve ayak bileği tutulumlarının HAQ-DI ve QoL-RA üzerindeki etkileri, çoklu lineer regresyon analizi

	HAQ-DI		QoL-RA	
	ADJUSTED R ² DEĞERİ	p DEĞERİ	ADJUSTED R ² DEĞERİ	p DEĞERİ
DAS28	0,338	<0,001	0,323	<0,001
CDAI	0,343	<0,001	0,394	<0,001
SDAI	0,383	<0,001	0,386	<0,001
DAS28+MTF+AB	0,360	<0,001	0,343	<0,001
CDAI+MTF+AB	0,362	<0,001	0,409	<0,001
SDAI+MTF+AB	0,401	<0,001	0,405	<0,001

PP-038

Romatoid artrit ve psoriatik artritli geriatik ve genç erişkin popülasyonda ilk tercih edilen biyolojik ve hedefe yönelik sentetik DMARD'lar arasındaki farklılıklar ve ilaçta kalım: TReasure gerçek yaşam verileri

Emel Öрге Gönüllü¹, Umut Kalyoncu², Burcu Yağız³, Aşkın Ateş⁴, Orhan Küçükşahin⁵, Nazife Şule Yaşar Bilge⁶, Nilüfer Alpay Kanitez⁷, Muhammed Çınar⁸, Duygu Ersözlü⁹, Rıdvan Mercan¹⁰, Servet Akar¹¹, Timuçin Kaşifoğlu⁶, Belkis Nihan Coşkun³, Süleyman Serdar Koca¹², Emre Bilgin², Veli Yazısız¹³, Ediz Dalkılıç³, Recep Yılmaz⁴, Gezmiş Kimyon¹⁴, Sümeyye Merve Türk¹, Abdulsamet Erden⁵, Cemal Bes¹⁵, Hakan Emmungil¹⁶, Yavuz Pehlivan³, Ali İhsan Ertenli², Sedat Kiraz²

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

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

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

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

⁵Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

⁶Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

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

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

¹⁰Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

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

¹²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

¹⁴Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

¹⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

¹⁶Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Geriatrik yaş grubundaki romatoid artrit (RA) ve psoriatik artrit (PsA) hastalarında konvansiyonel DMARD sonrası ilk tercih edilen biyolojik veya hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD'lar ve tsDMARD'lar) iyi çalışılmamıştır. Bu çalışmada, romatoid artrit ve psoriatik artritli geriatrik ve genç erişkin popülasyonda konvansiyonel DMARD sonrası ilk tercih edilen bDMARD veya tsDMARD'lar arasındaki farklılıkların ve ilaçta kalımın araştırılması hedeflenmiştir.

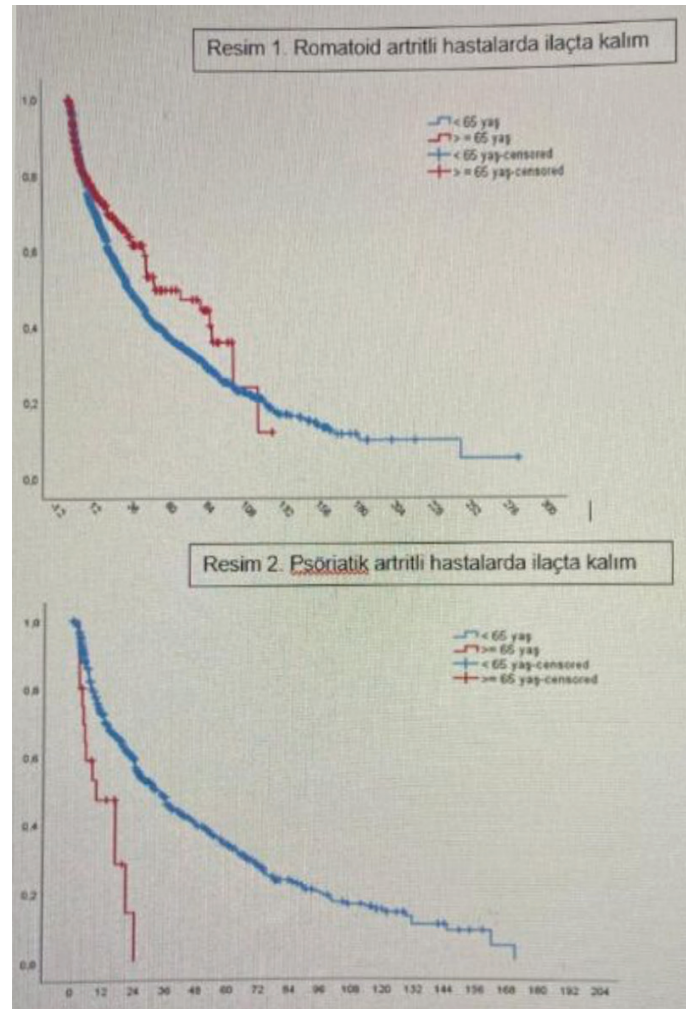
Yöntem: TReasure, 2017 yılında oluşturulan Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 17 romatoloji merkezi tarafından RA ve spondiloartrit (SpA) hastalarından veri toplamak için oluşturulan web tabanlı, çok merkezli bir veri tabanıdır. Bu çalışmada TReasure veri tabanından toplanan RA'lı 3136 ve PsA'lı 738 hasta değerlendirmeye alınmıştır. İlk tercih edilen bDMARD veya tsDMARD, tanımlayıcı istatistiksel yöntemle, ilaçta kalım Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: RA'lı hastaların %12'si geriatrik popülasyondaydı. Altmış beş yaş altındaki RA'lı hastalarda konvansiyonel DMARD sonrası romatoloji uzmanları tarafından ilk tercih edilen bDMARD/tsDMARD'lara bakıldığında, sırasıyla adalimumab (%20,6), etanersept (%19,9) ve tofasitinib (%13,6) olduğu gözlenirken, ≥65 yaşta sırasıyla rituksimab (%24), tofasitinib (%20,9) ve etanersept (%13) tercih edilmiştir. PsA hastalarının %3'ü 65 yaş ve üzerindedir. Altmış beş yaş altındaki PsA hastalarında konvansiyonel DMARD sonrası ilk başlanan ilaçlar sırasıyla adalimumab (%41,1), etanersept (%17,6) ve infliksimab (%15,5); ≥65 yaşta ise sırasıyla adalimumab (%28,6), etanersept

(%17,9) ve sertolizumab (%17,9) olduğu gözlenmiştir. RA grubunda, 65 yaş ve üzeri hastalarda; PsA grubunda ise 65 yaş altı hastalarda ilaçta kalım daha uzun olarak saptanmıştır.

Sonuç: Hastanın yaşının hekimin ilk bDMARD/tsDMARD seçimini etkileyebileceği görülmüştür. Altmış beş yaş altı RA hastalarında ilk anti-TNF α ilaçlar tercih edilirken 65 yaş ve üstü hastalarda ilk sırada rituksimab ve tofasitinib tercih edilmiştir. PsA'lı hem yaşlı hem de genç hastalarda ilk olarak anti-TNF α tercih edilmiştir. Rituksimab ve tofasitinibin PsA da kullanımının sınırlı olduğu göz önüne alınmalıdır. İlacın uygulanım şekillerinin (rituksimabın uzun aralıklarla hastane kontrolünde, tofasitinibin oral kullanımı) geriatrik popülasyonda romatologların ilaç seçimini etkileyebileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, psoriatik artrit, geriatrik, biyolojik DMARD, konvansiyonel DMARD



Şekil 1. Romatoid artrit ve psoriatik artritli hastalarda ilk seçilen biyolojik ya da hedefe yönelik sentetik DMARD sonrası ilaçta kalım

Tablo 1. Romatoid artritli ve psoriatik artritli 65 yaş altı ile 65 yaş ve üstü popülasyonda konvansiyonel DMARD sonrası ilk seçilen biyolojik ya da hedefe yönelik sentetik DMARD kullanımı

Romatoid artritli hastalar	65 yaş altı hastalar	65 yaş ve üstü hastalar	Tüm Hastalar	Psoriatik artritli hastalar	65 yaş altı hastalar	65 yaş ve üstü hastalar	Tüm hastalar
Abatasept	208 (7,6)	37 (9,7)	245 (7,8)	Abatasept	2 (0,3)	(0)	2 (0,3)
Adalimumab	566 (20,6)	41 (10,7)	607 (19,4)	Adalimumab	292 (41,1)	8 (28,6)	300 (40,7)
Anakinra	3 (0,1)	(0)	3 (0,1)	Anakinra	1 (0,1)	(0)	1 (0,1)
Barisitinib	7 (0,3)	1 (0,3)	8 (0,3)	Etanersept	125 (17,6)	5 (17,9)	130 (17,6)
Kanakinumab	1 (0)	(0)	1 (0)	Golimumab	65 (9,2)	3 (10,7)	68 (9,2)
Etanersept	549 (19,9)	52 (13,6)	601 (19,2)	İnfliksımab	110 (15,5)	4 (14,3)	114 (15,4)
Golimumab	134 (4,9)	18 (4,7)	152 (4,8)	Ritüksımab	1 (0,1)	(0)	1 (0,1)
İnfliksımab	176 (6,4)	7 (1,8)	183 (5,8)	Sekukinumab	19 (2,7)	2 (7,1)	21 (2,8)
Ritüksımab	292 (10,6)	95 (24,8)	387 (12,3)	Sertolizumab	85 (12)	5 (17,9)	90 (12,2)
Sertolizumab Pegol	200 (7,3)	14 (3,7)	214 (6,8)	Tofasitinib	1 (0,1)	(0)	1 (0,1)
Tofasitinib	375 (13,6)	80 (20,9)	455 (14,5)	Tosilizumab	2 (0,3)	(0)	2 (0,3)
Tosilizumab	242 (8,8)	38 (9,9)	280 (8,9)	Ustekinumab	7 (1)	1 (3,6)	8 (1,1)
Tüm hastalar	2753 (100)	383 (100)	3136 (100)	Tüm hastalar	710 (100)	28 (100)	738 (100)

PP-039

Tofasitinib kullanan romatoid artrit hastalarında yan etki profillerinin değerlendirilmesi; tek merkez deneyimi

Tolgahan Akca, Ceren Demir, Gökhan Sargın, Songül Çildağ, Taşkın Şentürk

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

Amaç: Tofasitinib kullanan romatoid artrit (RA) hastalarında izlenen yan etkileri belirlemeyi ve tek merkez deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda Ocak 2014-Nisan 2022 tarihleri arasında RA tanısı ile takip edilen ve tofasitinib kullanan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden komorbiditeler ve tedavi sırasında gözlenen yan etkiler retrospektif olarak incelendi. Kardiyovasküler olaylar (koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık vb.), pulmoner emboli, malignite ve mortalite ciddi yan etkiler olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 62'si (%87,3) kadın toplam 71 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 60,0 (min-maks: 29,6-77,4) yıl, tanı anındaki medyan yaşı 47,5 (min-maks: 19,4-72,0) yıl ve medyan takip süresi 8,7 yıl idi. Başta üst solunum yolu ve idrar

yolu enfeksiyonları olmak üzere enfeksiyonlar çalışma grubunda en sık izlenen ilaca bağlı yan etkilerdi (Tablo 1). Üç hastada malignite (skuamöz hücreli deri karsinomu, prostat kanseri ve akciğer kanseri) saptandı. Ortanca yaşı 65,9 olan dört hastada ölüm izlendi. İki hasta COVID-19 pnömonisi, bir hasta akciğer kanseri ve bir hasta da akut miyokard enfarktüsü nedeniyle öldü. Yan etki görülme sıklığı açısından 65 yaşından küçük hastalar ve yaşı 65 ve üzeri hastalar karşılaştırıldığında üriner sistem enfeksiyonlarının 65 yaşından küçük hastalarda daha sık olduğu bulundu ($p=0,029$). Ciddi advers olaylar ise 65 yaş ve üzeri hastalarda daha sık izlenmekteydi (%31,6 vs. %7,7, $p=0,019$). İleri yaş (≥ 65 yaş), erkek cinsiyet, tedavi öncesi hiperlipidemi öyküsü ve tofasitinib tedavisinin ilk bir yılı ciddi advers olay gelişimi için risk faktörleriydi (Tablo 2). Erkek cinsiyet tofasitinib kullanan hastalarda ciddi advers olaylar için bağımsız risk faktörü olarak saptandı (OR: 6,868; %95 CI: 1,140-41,356; $p=0,035$).

Sonuç: Tofasitinib kullanan hastalarda diğer biyolojik ajan tedavilerinde de gözlenebildiği gibi başta enfeksiyonlar olmak üzere, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, malignite gelişimi ve ölüm gibi yan etkiler izlenebilmektedir. Özellikle ileri yaş, erkek cinsiyet, hiperlipidemisi olan ve tedavinin ilk yılında olan hastalar olası yan etkiler açısından yakın izleme alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tofasitinib, yan etki

Tablo 1. Tofasitinib kullanan hastalarda gözlenen yan etkiler

	Toplam hasta sayısı, n (%)	Yaş <65 yıl, n (%)	Yaş ≥65 yıl, n (%)	p değeri
Hipertansiyon	6 (8,5)	3 (5,8)	3 (15,8)	0,332*
Koroner arter hastalığı	3 (4,2)	1 (1,9)	2 (10,5)	0,173*
Serebrovasküler hastalık	2 (2,8)	0 (0)	2 (10,5)	0,069*
Pulmoner emboli	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
Malignite	3 (4,2)	2 (3,8)	1 (5,3)	1,000*
Enfeksiyon				
• COVID-19 enfeksiyonu	20 (29,0)	15 (28,8)	5 (26,3)	0,834
• Üst solunum yolu enfeksiyonu	20 (29,0)	15 (28,8)	5 (26,3)	0,834
• Üriner sistem enfeksiyonları	17 (24,0)	16 (30,8)	1 (5,3)	0,029*
• Pnömoni	4 (5,6)	3 (5,8)	1 (5,3)	1,000*
• Bronşit	3 (4,2)	3 (5,8)	0 (0)	0,559*
• Herpes zoster enfeksiyonu	2 (2,8)	2 (3,8)	0 (0)	1,000*
• Diğer enfeksiyonlar				
o Selülit	1 (1,4)	0 (0)	1 (5,3)	0,268*
o Periodontal apse	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
o Tinea inkognito	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
o Tinea pedis	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
Gastrointestinal belirtiler				
• Mide bulantısı	3 (4,2)	3 (5,8)	0 (0)	0,559*
• Karın ağrısı	2 (2,8)	1 (1,9)	1 (5,3)	0,466*
• İshal	2 (2,8)	1 (1,9)	1 (1,9)	0,466*
• Kabızlık	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
• Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
Diğer				
• Deride renk değişikliği	1 (1,4)	0 (0)	1 (5,3)	0,268*
• Pretibial ödem	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
• Kulak çınlaması	1 (1,4)	0 (0)	1 (5,3)	0,268*
• Kaşıntı	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
• Morarma, ekimoz	1 (1,4)	0 (0)	1 (5,3)	0,268*
• Bacakta eritemli lezyon	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
• Baş dönmesi	1 (1,4)	1 (1,9)	0 (0)	1,000*
Ölüm	4 (5,6)	2 (5,4)	2 (10,5)	0,289*

Tablo 2. Tofasitinib kullanan hastalarda ciddi yan etki gelişimi için risk faktörleri

	B	S.E.	Wald	p değeri	OR	95% CI
Ciddi yan etki gelişimi için risk faktörleri (tek değişkenli lojistik regresyon analizi)						
65 yaş ve üzeri olmak	1,712	0,717	5,696	0,017	5,538	1,358-22,589
Erkek cinsiyet	2,010	0,797	6,370	0,012	7,467	1,567-35,577
Obezite varlığı	0,218	0,906	0,058	0,810	1,243	0,211-7,338
Sigara kullanımı	-1,190	0,770	2,386	0,122	0,304	0,067-1,377
Tedavi öncesi hiperlipidemi varlığı	0,203	0,741	0,075	0,784	1,225	0,287-5,233
Tedavi öncesi diabetes mellitus varlığı	0,080	0,850	0,009	0,925	1,083	0,205-5,733
Tedavi öncesi koroner arter hastalığı öyküsü	-0,219	1,153	0,036	0,850	0,804	0,084-7,697
Tedavi öncesi hiperlipidemi öyküsü	1,638	0,760	4,639	0,031	1,159	1,159-22,823
Tofasitinib tedavisinin ilk bir yılı	1,440	0,708	4,133	0,042	4,219	1,053-16,901
Ciddi yan etki gelişimi için risk faktörleri (çok değişkenli lojistik regresyon analizi)						
65 yaş ve üzeri olmak	1,264	0,808	2,445	0,118	3,539	0,726-17,254
Erkek cinsiyet	1,927	0,916	4,424	0,035	6,868	1,140-41,356
Tedavi öncesi hiperlipidemi öyküsü	1,165	0,860	1,833	0,176	3,204	0,594-17,295
Tofasitinib tedavisinin ilk bir yılı	1,374	0,837	2,694	0,101	3,953	0,766-20,400

Barisitinibin 9,3 yıla kadar romatoid artrit tedavisindeki güvenlilik profiline ilişkin güncellenmiş bir entegre güvenlilik analizi

Peter C. Taylor¹, Tsutomu Takeuchi², Gerd Burmester³, Patrick Durez⁴, Josef Smolen⁵, Walter Deberdt⁶, Jinglin Zhong⁷, Jorge Ross Terres⁶, Natalia Bello⁶, Kevin Winthrop⁸, Zeynep Eylül Özmen⁹

¹Botnar Research Centre, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Oxford

²Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo

³Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Charité-University Medicine Berlin, Free University, and Humboldt University Berlin, Berlin

⁴Division of Rheumatology, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussels

⁵Division of Rheumatology, Department of Medicine, Medical University of Vienna, Vienna

⁶Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN

⁷IQVIA, Morrisville, NC

⁸Oregon Health Sciences University, Portland, OR

⁹Eli Lilly and Company

Amaç: Bu çalışmada, 9,3 yıla kadar olan verilerle barisitinibin (BARI; orta ila şiddetli RA için onaylı, oral ve seçici bir JAK1/JAK2 inhibitörü) güvenlilik profili bildirilmektedir.

Yöntem: Toplam 9 randomize çalışmanın (5×Faz3, 3×Faz2, 1×Faz1b) ve 1 uzun dönem uzatma (LTE) çalışmasının birleştirilmiş verileri değerlendirilmiştir. İnsidans oranları (IR)/100 risk altındaki hasta yılı (PYR), ≥1 BARI dozuyla tedavi alan tüm hastalar için (Tüm BARI-RA) hesaplanmıştır. Özel öneme sahip AO'lar 48 aylık aralıklarla değerlendirilmiştir. MACE, 5×Faz3 çalışma ve LTE'de karara bağlanmıştır. MACE için IR, ≥1 kardiyovasküler risk faktörü (mevcut sigara kullanımı, hipertansiyon, HDL <40 mg/dL, diyabet veya arteriyosklerotik kardiyovasküler hastalık) bulunan ≥50 yaş grubu hastalardan oluşan alt gruplarda değerlendirilmiştir. SEER17 kullanılarak malignite (NMSC hariç) için standartlaştırılmış bir insidans oranı (SIR) ve genel popülasyon mortalitesi kullanılarak standartlaştırılmış mortalite oranı (SMR) tahmin edilmiştir. VT, PE, DVT/PE için maruziyete göre ayarlanmış IR (EAIR), Tüm BARI-RA genelinde BARI 2-mg/4-mg alanlar için hesaplanmıştır.

Bulgular: Toplam 3.770 hasta BARI almış (14,744.4 PYE; medyan maruziyet: 4,6 yıl, maksimum maruziyet: 9,3 yıl); PYE'nin %80,5'inin BARI 4-mg ve %18,1'inin BARI 2-mg grubunda olduğu saptanmıştır. Herhangi bir TEAE ve SAE (ölüm dahil) için EAIR/100 PYE, 22,6 ve 7,4 olarak belirlenmiştir (Tablo 1). IR zaman içinde stabil kalmıştır (Şekil 1). MACE IR (%95 GA), ≥50 yaş grubu hastalar için 0,68 (0,52, 0,88) olarak kaydedilmiştir. MACE IR (%95 GA), ≥1 kardiyovasküler risk faktörü olan ≥50 yaş

grubu hastalarda 0,77 (0,56, 1,04) olarak saptanmıştır. SEER17 standardına dayalı olarak NMSC hariç maligniteler için SIR (%95 GA) 1,07 (0,90, 1,26), SMR (%95 GA) ise 0,74 (0,59, 0,92) olarak belirlenmiş; bu bulgu, BARI ile tedavi uygulanan hastalarda malignite ve ölüm insidansının genel ABD popülasyonuna benzer olduğunu göstermiştir. BARI 2-mg (PYE=2678) ve BARI 4-mg (PYE=11,872) alan hastalarda EAIR (%95 GA), DVT için 0,41 (0,21, 0,73) ve 0,35 (0,25, 0,48); PE için 0,26 (0,11, 0,54) ve 0,27 (0,18, 0,38); DVT/PE için 0,49 (0,26, 0,83) ve 0,51 (0,39, 0,66) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: BARI, daha önce bildirilene benzer bir güvenlilik profilini korumuş ve 14,744 PYE ile 9,3 yıla kadar maruziyet kapsamında güvenlilik olaylarında herhangi bir IR artışı görülmemiştir.

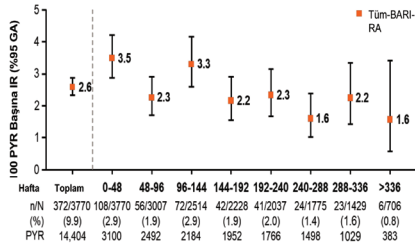
Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, barisitinib, JAKi, güvenlilik

Tablo 1. En az bir doz barisitinib ile tedavi uygulanan RA hastalarındaki güvenlilik özeti (Tüm BARI-RA analiz kümesi)

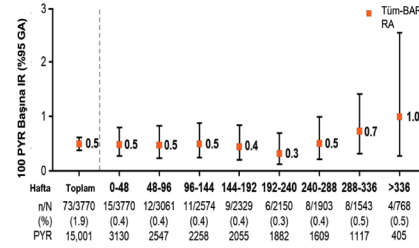
	n (100 hasta yılı maruziyet için EAIR)
Tedavi sırasında ortaya çıkan	3421 (22,63)
Ciddi AO (ölüm dahil)	1117 (7,39)
AO nedeniyle tedaviyi geçici olarak bırakma	1282 (8,48)
AO nedeniyle tedaviyi kalıcı olarak bırakma	704 (4,66)
	N (100 risk altındaki hasta yılı için IR)
Ölüm	85 (0,56)
Ciddi enfeksiyon	372 (2,58)
Fırsatçı enfeksiyon (tüberküloz hariç, multidermatomal herpes zoster dahil)	69 (0,46)
Herpes zoster	422 (2,98)
Tüberküloz	19 (0,13)
Majör advers kardiyovasküler olaylar*	73 (0,51)
DVT	52 (0,35)
PE	39 (0,26)
DVT ve/veya PE	73 (0,49)
NMSC hariç maligniteler	139 (0,92)
NMSC	50 (0,33)
Lenfoma	9 (0,06)
Akciğer kanseri	24 (0,16)
Gastrointestinal perforasyon	9 (0,06)

Veriler, aksi belirtilmedikçe IR olarak sunulmuştur. IR, advers olay gelişen hasta sayısının, yıl cinsinden olaya özel tedaviye maruziyete (olay kaydedilen hastalar için olaya kadar maruziyet süresi ve olay kaydedilmeyen hastalar için takip dahil dönemin sonuna kadar maruziyet süresi) bölünmesiyle elde edilen sayının 100 katıdır. EAIR, 100 hasta yılı maruziyette advers olay gelişen hasta sayısı olarak ifade edilir ve advers olay kaydedilen hasta sayısının, tüm hastaların maruziyet süresi (yıl olarak) toplamına bölünmesiyle elde edilen sayının 100 katıdır. AO: Advers olay, DVT: Derin ven trombozu, EAIR: Maruziyete göre ayarlanmış insidans oranı, IR: 100 risk altındaki hasta yılı için insidans oranı, NMSC: Melanom dışı deri kanseri, PE: Pulmoner embolizm

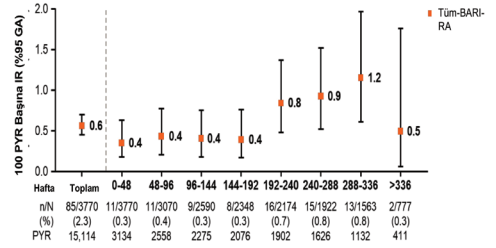
Zaman içinde Ciddi Enfeksiyonlar



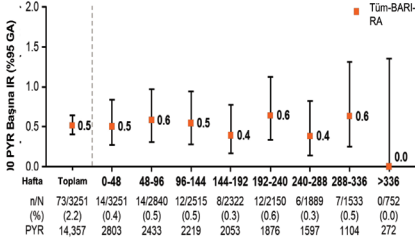
Zaman içinde DVT ve/veya PE



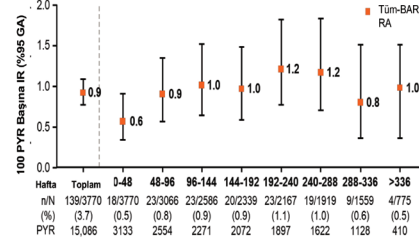
Zaman içinde ölüm



Zaman içinde MACE



Zaman içinde (NMSC Hariç) Malignite



Tüm-BARI-RA Analiz Kümesinin 2 mg ve 4 mg Alt Kümelerindeki Özel Öneme Sahip AO EAIR'leri

	Daha önce BARI 2 mg Kullanmış (N=1077) PYE=2678	Daha önce BARI 4 mg Kullanmış (N=3401) PYE=11,872	Tüm-BARI-RA (N=3770) PYE=15,114
EAIR (%95 GA)			
Ölüm	0.56 (0.31-0.92)	0.57 (0.44-0.73)	0.56 (0.45-0.70)
Ciddi enfeksiyonlar	2.13 (1.61-2.76)	2.62 (2.34-2.93)	2.46 (2.22-2.72)
Tromboembolik olaylar			
DVT ve/veya PE	0.49 (0.26-0.83)	0.51 (0.39-0.66)	0.48 (0.38-0.61)
DVT	0.41 (0.21-0.73)	0.35 (0.25-0.48)	0.34 (0.26-0.45)
PE	0.26 (0.11-0.54)	0.27 (0.18-0.38)	0.26 (0.18-0.35)
MACE*	0.42 (0.21-0.74)	0.54 (0.41-0.69)	0.51 (0.40-0.64)

* Faz 3 çalışması ve LTE çalışmalarında karara bağlanan MI, inme ve kardiyovasküler ölüm

Şekil 1. Kırk sekiz haftalık aralıklara göre insidans oranları

GA: Güven aralığı, DVT: Derin ven trombozu, MACE: Pozitif karara bağlanmış majör advers kardiyovasküler olaylar, NMSC: Melanom dışı deri kanseri, PE: Pulmoner embolizm

PP-041

Romatolojide rituksimab biyobenzer (CT-P10) gerçek yaşam deneyimi: Değiştirilebilirlik ve advers olaylar

Melda Bahap¹, Emine Sarıyıldız², Aygin Bayraktar Ekincioglu¹, Ömer Karadağ²

¹Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Romatizmal hastalıkların tedavisinde biyobenzerler, sağlık harcamalarını kısmen kontrol altına alarak etkin tedavi seçenekleri sunabilmektedir. Ülkemizde 2020 yılında kullanılmaya başlanan rituksimab biyobenzer (CT-P10), ilk tedavi ajanı olarak veya orijinal rituksimab (oRTX) kullanan hastalarda hastane temin durumu veya hekim kararına göre değişiklik yapılarak kullanılabilir. Çalışmamızda, kliniğimizde oRTX veya CT-P10 alan hastalarda tedavi değişim nedenleri ve advers olayların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma protokolü lokal etik kurul ve TİTCK tarafından onaylandı. Eylül 2020-Aralık 2021 arasında, hastane tarafından temin edilmiş ilaca göre, oRTX veya CT-P10 alan hastalar çalışmaya alındı. Hastalık/infüzyon bilgileri, kullanılan ilaçlar ve infüzyon ilişkili reaksiyonlar kaydedildi. oRTX veya CT-P10 için infüzyon protokolü tüm hastalarda standardize edilmiştir. Advers olaylar; infüzyon ilişkili reaksiyonlar, enfeksiyonlar ve

hipogamaglobulinemi olarak değerlendirildi. İnfüzyon ilişkili reaksiyonlar, Advers olaylar için Ortak Terminoloji Kriterlerine göre; müdahale gerektirmeyen hafif semptomlar (Grade 1) ve infüzyonun kesilmesini gerektiren ancak semptomatik tedaviye yanıt veren semptomlar (Grade 2) olarak sınıflandırıldı. İnfüzyondan sonraki 6 ay içinde gelişen tüm enfeksiyonlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 128 (CT-P10, n=64; oRTX, n=64) hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 53 olup %72'si erkekti. Önceden oRTX kullanan 52 (%40,6) hastada CT-P10'a geçilmiş, 48 (%37,5) hastada oRTX'e devam edilmişti. CT-P10'a geçiş yapılan tüm hastalarda geçişler, hastane temin durumu nedeniyleydi. Toplam 55 hastada (%43) ilaç ilişkili reaksiyon gözlenirken, gruplar arasında bu açıdan fark yoktu. Enfeksiyonlar her iki grupta benzerdi (%35 ve %33,9) ve sıklıkla üst solunum yolu ve idrar yolu enfeksiyonu şeklindeydi. Hastaneye yatış gerektiren enfeksiyonların en sık nedeni COVID-19 pnömonisi, her iki grupta 6 hastada gözlenmiş ve bunların üçü kaybedilmişti (CT-P10, n=2; oRTX, n=1). Hipogamaglobulinemi, CT-P10 grubunda fazla olsa da istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştı (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızdaki hastalarda rituksimab orijinal veya biyobenzer kullanımının, hastane temin durumuna göre belirlendiği saptanmıştır. İnfüzyon ilişkili reaksiyonlar açısından fark bulunmamış ve enfeksiyonlar her iki tedavi kolunda %30 civarında gözlenmiştir. Bir biyolojik ilacın değiştirilebilirliği ve biyobenzerinin kullanımı yerel kaynakların yanı sıra mevcut bilimsel kanıtlara dayanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Advers olay, biyobenzer, enfeksiyon, hipogamaglobulinemi, infüzyon ilişkili reaksiyon, rituksimab

Tablo 1. Orijinal veya biyobenzer rituksimab kullanan hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler*	CT-P10 (n=64)	oRTX (n=64)	p değeri
Ritüksimab kullanımı			
İlk infüzyon	12 (18,8)	16 (25,0)	-
oRTX/CT-P10	52 (81,2)	-	-
oRTX/oRTX	-	48 (75,0)	-
Yaş (yıl), ortalama (± SS)	49,3 (±12,8)	56,8 (±11,1)	0,001
Cinsiyet (kadın)	48,0 (75,0)	45 (70,3)	0,692
Beden kitle indeksi (kg/m ²)	27,0 (11,3)	27,8 (6,7)	0,529
Ritüksimab endikasyonu			
Romatoid artrit	27 (42,2)	35 (54,7)	-
Anca ilişkili vaskülit	10 (15,6)	10 (15,6)	-
Sistemik lupus eritematozus	9 (14,1)	8 (12,5)	-
Skleroderma	6 (9,4)	4 (6,3)	-
Ig-G4 ilişkili hastalık	6 (9,4)	3 (4,7)	-
Enflamatuvar miyopati	2 (3,1)	2 (3,1)	-
Sjögren	2 (3,1)	1 (1,6)	-
Diğer vaskülitler	2 (3,1)	1 (1,6)	-
Hastalık süresi (yıl)	8 (10,5)	9,5 (13,8)	0,232
Önceki immünoşüpresan kullanımı			
Azatiyoprin	9 (14,1)	11 (17,2)	-
Mikofenolat mofetil	8 (12,5)	7 (10,9)	-
Siklofosamid	17 (26,6)	9 (14,1)	-
Diğer	1 (1,56)	2 (3,1)	-
DAS28-ESR			
Ritüksimab öncesi	4,1 (2,3)	4,3 (1,5)	0,964
Ritüksimab sonrası	3,5 (2,2)	3,3 (2,9)	0,794
BVAS	2 (3,0)	1,5 (4,0)	0,767
Eş zamanlı DMARDs kullanımı			
Metotreksat	8 (12,5)	6 (9,4)	-
Leflunomid	16 (25,0)	12 (18,8)	-
Hidroksiklorokin	4 (6,25)	7 (10,9)	-
Sülfasalazin	1 (1,6)	5 (7,8)	-
Azatiyoprin	27 (42,2)	25 (39,1)	-
Mikofenolat mofetil	1 (1,6)	2 (3,1)	-
Eş zamanlı glukokortikoid kullanımı	51 (79,7)	49 (76,6)	0,831
Eş zamanlı prednizolon dozu (mg/gün)	5 (5,0)	5 (8,1)	0,654
Eş zamanlı trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi kullanımı	5 (7,8)	4 (6,3)	-
Kümülatif ritüksimab dozu (g)			
oRTX/CT-P10	9 (10,1)	-	-
oRTX/oRTX	-	10 (11,8)	-
İlk infüzyon	0	0	-
İnfüzyon ilişkili reaksiyonlar			
Grade 1	25 (39)	30 (46,8)	-
Grade 2	11	15	0,372
Grade 2	14	15	-
Enfeksiyonlar	21 (35,0)	19 (33,9)	-
Üst solunum yolu enfeksiyonu	3	6	-
İdrar yolu enfeksiyonu	11	8	-
Pnömoni	1	1	0,903
COVID-19 pnömonisi	5	5	-
Yumuşak doku enfeksiyonu	1	1	-
Herpes zoster	1	1	-
Hastaneye yatış gerektiren enfeksiyonlar	6 (10,2)	6 (10,7)	-
COVID-19 pnömonisi	5	5	-
İdrar yolu enfeksiyonu	1	-	1,000
Yumuşak doku enfeksiyonu	-	1	-
Hipogamaglobulinemi**			
Ig G <7,51 g/L	10 (27,8)	4 (10,5)	0,110
Ig M <0,46 g/L	11 (44,0)	10 (30,3)	0,424

*Kategorik veriler için n (%), yaş hariç sayısal veriler için ortanca (CAA); yaş için ortalama ± SS. **n=74 hastada değerlendirildi.

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçların SARS-CoV-2 antikor seviyesine etkisi

Gezmiş Kimyon¹, Mete Pekdikler¹, Serdar Doğan², Abdullah Arpacı²

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Romatoid artrit (RA) gibi immün sistemi etkileyen hastalıklar primer hastalığa veya kullanılan ilaçlara bağlı olarak SARS-CoV-2 antikor düzeyini etkileyebilir. Remisyonda izlenen RA hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların ve hastaların demografik özelliklerinin SARS-CoV-2 antikor düzeyine etkisini ölçerek COVID-19 için risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

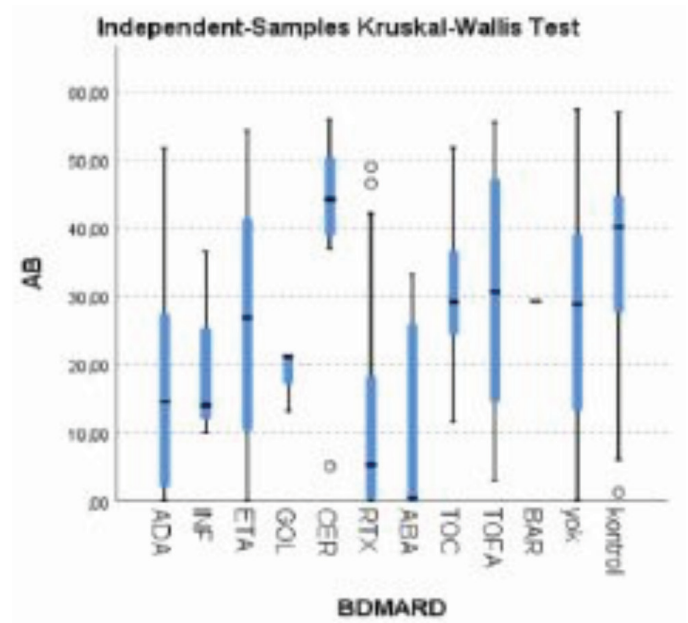
Yöntem: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde takipli, en az 6 aydır remisyonda (DAS-28 <2,6) izlenen, COVID-19 için aşı veya COVID-19 enfeksiyon öyküsü olan ve 18 yaşından büyük RA hastaları çalışmaya alındı. Kesitsel, kontrollü bir çalışma olup hastalar konvansiyonel (c) DMARD, biyolojik (b) veya hedefe yönelik sentetik (ts) DMARD ve kontrol grubu olmak üzere 3 grupta incelendi. Steroid dozu >7,5 prednizon kullanan, ileri evre kalp yetmezliği, böbrek ve karaciğer yetmezliği, kontrolsüz diyabet, malignite, gebeliği olan ve RA ile ilişkisiz immünoşüpresyonu olan hastalar dışlandı. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi ve son vizitteki SARS-CoV-2 IgG düzeyi çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların 117'si cDMARD ve 136'sı bDMARD ve tsDMARD kullanıyordu. Hastaların demografik özellikleri, COVID-19 aşısı ve enfeksiyon bilgileri, kullandıkları ilaçlar ve SARS-CoV-2 IgG düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir. SARS-CoV-2 IgG düzeyleri bDMARD grubunda istatistik olarak anlamlı olacak şekilde kontrol grubuna göre daha düşük saptandı. cDMARD'ların kendi arasında anlamlı fark yokken bDMARD'ların kendi arasında anlamlı farklılık vardı (Şekil 1). Rituksimab (RTX) ve Adalimumab'da (ADA) kontrol grubuna göre antikor seviyesi anlamlı olarak daha düşüktü. Ayrıca RTX

ve ADA'nın metotreksat veya leflunomid ile kombinasyonunda monoterapiye göre daha anlamlı fark vardı. Demografik bulgular, DAS-28 skoru, COVID-19 enfeksiyon öyküsü ve steroidin antikor düzeyine etkisi saptanmadı. Yapılan aşının türü ve sayısı antikor düzeyine etkiliyken, ilaç grupları arasında anlamlı bir farklılığa neden olmadı.

Sonuç: RA hastalarında RTX ve ADA kombine tedavide daha fazla olmak üzere SARS-CoV-2 IgG düzeyini azaltmaktadır. Hastaların aşıları yapılırken bu durumun gözetilmesi COVID-19 enfeksiyon riski açısından önemli olabilir. Ancak antikor düzeyinin COVID-19 enfeksiyon şiddeti ve ilişkili diğer faktörler için daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, biyolojik, COVID-19 antikor, rituksimab, romatoid artrit



Şekil 1. bDMARD ve tsDMARD antikor düzeyleri

Tablo 1. Romatoid artritli hastaların demografik özellikleri, kullandıkları ilaçlar ve antikor düzeyleri

	cDMARD	bDMARD/ tsDMARD	Kontrol
Hasta sayısı (K/E)	117 (99/18)	136 (107/29) Monoterapi 50 (40/10) Kombine 86 (67/19)	32 (24/8)
Yaş	55,85	54,55	53,75
Vücut kitle indeksi	25,62	26,34	26,69
Hastalık süresi	83,74	146,85	-
Sigara	82	96	21
Ek hastalık	63	64	13
RF	64	85	-
CCP	63	85	-
Sinovac	18	26	3
Biontech	57	70	16
Sinovac + Biontech	42	40	13
Toplam aşı			
1 aşı	8	10	0
2 aşı	44	58	15
3 aşı	46	49	13
4 aşı	19	17	4
5 aşı	0	2	0
COVID enfeksiyon öyküsü	21	26	6
Steroid kullanımı			
Düşük doz	70	58	-
Kullanmayan	47	78	-
cDMARD			
Metotreksat	90	-	-
Leflunomid	113	-	-
Sulfasalazin	24	-	-
Hidroksiklorokin	64	-	-
bDMARD/tsDMARD			
Adalimumab	-	22	-
İnfliximab	-	3	-
Etanercept	-	19	-
Golimumab	-	3	-
Sertolizumab	-	8	-
Rituksimab	-	51	-
Abatacept	-	5	-
Tosiluzumab	-	8	-
Tofacitinib	-	16	-
Baricitinib	-	1	-
SARS-CoV-2 antikor	26,43	20,13	37,77
Ortalama (min-maks)	(0,05-57,38)	(0,01-56,01)	(1,23-57,06)

bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici ajan, cDMARD: Konvansiyonel hastalık modifiye edici ajan, tsDMARD: Hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ajan

PP-043

Altmış yaş ve üzeri tofasitinib kullanan romatoid artrit hastalarında kardiyovasküler olay, venöz tromboemboli ve enfeksiyon riski

Emine Sarıyıldız, Emre Bilgin, Gözde Kübra Yardımcı, Bayram Farisoğulları, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Güllü Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdiç Ünaldu, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Umut Kalyoncu, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz

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

Amaç: Güncel veriler, tofasitinib kullanımından sonra advers olayların insidansı ile ilgili güvenlik endişesi ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmanın amacı; 60 yaş ve üzeri tofasitinib kullanan RA hastalarında majör advers kardiyovasküler olaylar (MACE), venöz tromboembolizm (VTE), hastaneye yatış gerektiren ciddi enfeksiyonlar ve herpes zoster riskini değerlendirmektir.

Yöntem: HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü), 2005 yılında kurulan biyolojik ve hedefe yönelik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanan hastaların kaydedildiği tek merkez kayıt kütüğüdür. Veri tabanında kayıtlı tofasitinib kullanan ve en az bir kontrol ziyareti olan ≥ 60 yaş RA hastaları analize dahil edildi. Hastaların güncel sağlık durumları hakkında 2022 Ocak ayı sonuna kadar telefonla aranarak bilgi edinildi. Kliniğimizdeki takibini bırakan hastaların verileri, hasta izni ile kişisel sağlık kayıt sisteminden elde edildi. Tüm hastalar MACE, VTE, ciddi enfeksiyon ve herpes zoster açısından tarandı. Kaba insidans hızı, her olay için 100 hasta-yılı başına %95 güven aralığı ile hesaplandı.

Bulgular: Altmış yaş ve üzeri toplam 132 RA hastası [109 (%82,6) kadın], günde iki kez 5 mg dozda tofasitinib almıştır. Hastaların yaklaşık %70'i biyolojik naifti. Hastaların medyan (%25-75) yaşı 67 (63-73) yıl ve tofasitinib altında medyan süre 18 (5-33) aydı. Takip süresince, hastaneye yatış gerektiren ciddi enfeksiyon ve herpes zoster insidansı daha yüksek iken [%5,5 (%95 GA 3,12-9,86) ve %3,4 (1,67-7,17), sırasıyla], MACE ve VTE insidansında artış yoktu. Hastaneye yatış nedenleri; COVID-19 (n=4), pnömoni (n=3), yumuşak doku enfeksiyonu (n=3) ve GİS enfeksiyonu (n=1) olup bu hastalardan ikisi yatış sırasında eks olmuştur.

Sonuç: Romatoid artritli yaşlı hastalar, yaş ve komorbid durumlar nedeniyle artmış enfeksiyon riski altındadır. Tofasitinib ile ilgili advers olaylar günde iki kez 10 mg dozunda bildirilse de, klinisyenler özellikle yaşlı hastalarda günde iki kez 5 mg dozu için de enfeksiyon riskine karşı dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tofasitinib, romatoid artrit, advers olay

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri ve advers olayların insidansı

Özellikler	Tofacitinib, 5 mg günde 2 kez (n=132)
Yaş, yıl (medyan)	67 (63-73)
Kadın/Erkek	109 (82,6)/23 (17,4)
Sigara	
- Hiç kullanmamış	78 (59,1)
- Aktif içici ya da içip bırakmış	54 (40,9)
Hipertansiyon	82 (62,1)
Diabetes mellitus	40 (30,2)
Koroner arter hastalığı öyküsü	14 (10,8)
Kalp yetmezliği öyküsü	3 (2,3)
Kronik böbrek hastalığı öyküsü	11 (8,3)
Koroner arter hastalığı için aile öyküsü	8 (6,2)
RA hastalık süresi, yıl (medyan)	10 (7-18)
Biyolojik naif/dirençli	92 (69,7)/40 (30,3)
Tofacitinib kullanım süresi, ay (medyan)	18 (5-33)
İlk advers olay gelişen hasta sayısı	100 hasta yılı başına insidans hızı
- MACE, n=1	(%95 GA)
- VTE, n=4	0,49 (0,07-3,44)
- Enfeksiyon	1,96 (0,74-5,17)
Hastaneye yatış gerektiren, n=11	5,55 (3,12-9,86)
Herpes zoster, n=7	3,46 (1,67-7,17)

*Aksi belirtilmedikçe n (%), sayısal değerler için medyan (IQR)

PP-044**SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olan romatoid artritli hastalarda tedavi modalitelerinin antikor oluşumuna etkisi**

Senar Şan¹, Enes Başaran¹, Öznur Sadioğlu Çağdaş¹, Hüseyin Uzuner², Duygu Temiz Karadağ¹, Aynur Karadenizli², Ayşe Çefle¹, Ayten Yazıcı¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: SARS-CoV-2 enfeksiyonun romatoid artritli (RA) hastalardaki semptom ve bulgularını saptamak, mevcut komplikasyonlara ve antikor gelişimine etkili faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya kliniğimizde RA tanısı ile takip edilen ve Mart 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olan 85 aşısız hastanın demografik verileri, hastalık süreleri ve aktivitesi, kullandıkları tedavi ve kullanım süresi, laboratuvar bulguları precovid son vizit ve postcovid ilk vizit olarak kayıt edildi. Postcovid 6 ay içerisindeki vizitte [89±43,3 (22-300)] hastalardan SARS-CoV-2 N total (N Ab), spike (S Ab) antikorları çalışılmak üzere kan alındı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 52,2±11,5 yıldır. Tanı süreleri 126,07±93,2 aydır. Hastaların %82'si kadın, %51,8'i seropozitif, %93'ü COVID-PCR pozitif tespit edildi. Hastaların %15'i postcovid vizitte DAS28 CRP skalasına göre aktivasyon göstermişti. Biyolojik kullanan hastalarda antikor titresi kullanmayanlara göre anlamlı düşük bulunmuştur (p=0,001). Mevcut farkın rituksimab kullanımından kaynaklandığı tespit edilmiştir (p=0,002). Diğer yandan S Ab için geçerli olmamakla birlikte; biyolojik ajan kullanan [34,7±42,10 (21,9; 0,9-163,4)] hastalarda, kullanmayanlara [70,1±59,3 (58,3;0,07-204,2)] göre N Ab titreleri %50 daha düşük tespit edilmiştir (p=0,03). Semptomlar bazında değerlendirildiğinde öksürük şikayeti olanlarda antikor titreleri daha düşükken (N Ab p=0,001/S Ab p=0,008); artrit gelişmiş olan hastalarda antikor titreleri daha yüksek tespit edilmiştir (N Ab p=0,012/S Ab p=0,036).

Sonuç: Çalışmamızda rituksimab kullanımının SARS-CoV-2 enfeksiyonu sonrasında oluşan her iki antikor titresinde de anlamlı düşüşe sebep olduğunu, biyolojik ajan kullanımının ise N total antikor bazında anlamlı düşüşe sebep olduğunu tespit ettik. Bu düşük antikor titrelerinin enfeksiyona karşı koruyuculuğu için daha kapsamlı, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajanlar, COVID-19, rituksimab, romatoid artrit

Tablo 1. SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçiren RA hastalarının verileri

	n=85 (%)
Cinsiyet	
Kadın	70 (82)
Erkek	15 (18)
Alışkanlıklar	
Sigara kullanımı	16 (18)
Alkol kullanımı	1 (1)
Seropozitivite	45 (52)
RF	35 (40)
CCP	39 (45)
RF+CCP	29 (33)
Komorbidite	
HT	10 (10)
DM	3 (2)
KAH	2 (2)
Eşlik eden tutulumlar	
İAH	6 (7)
Sjögren sendromu	5 (6)
COVID semptomlar	
Ateş	6 (53)
Öksürük	59 (68)
Balgam	30 (34)
Nefes darlığı	34 (39)
Baş ağrısı	38 (44)
Baş dönmesi	18 (21)
Tat kaybı	51 (59)
Koku kaybı	53 (61)
Bulantı	31 (36)
Kusma	18 (21)
Boğaz ağrısı	35 (41)
İshal	9 (11)
Miyalji	50 (58)
Döküntü	7 (8)
Artrit	62 (72)
Artralji	6 (7)
SARS-CoV-2 PCR sonuç pozitifliği	79 (92)
SARS-CoV-2 tedavisi	
Favipravir	78 (92)
ASA	28 (32)
DMAH	20 (23)
İnhaler	11 (12)
Antibiyotik	33 (40)
Precovid DAS28 CRP	
Remisyon	66 (77)
Low	9 (11)
Moderate	9 (11)
Postcovid DAS28 CRP	
Remisyon	65 (75)
Low	8 (9)
Moderate	12 (14)
Postcovid DAS28 CRP değişim	
Aktivasyon	13 (15)
Remisyon	15 (17)
Stabil	57 (66)
Precovid RA tedavisi	
Biyolojik ajan	19 (22)
Anti-TNF	14 (16)
Tosilizumab	4 (8)
Tofasitinib	1 (1)
Ritüksimab	7 (8)
DMARD	59 (70)
Metotretksat	51 (60)
Leflunomid	35 (41)
Salazoprin	5 (6)

ASA: Asetil salisilik asit, CCP: Sitrik sitrilünize peptit, DM: Diabetes mellitus, DMAH: Düşük molekül ağırlıklı heparin, DMARD: Disease modifying anti rheumatismal drug, HT: Hipertansiyon, İAH: İnterstiyel akciğer hastalığı, KAH: Koroner arter hastalığı, RF: Romatoid factor

Tablo 2. Biyolojik ajan kullanımına göre antikor titreleri

Antikor tipi	Biyolojik ajan kullananlar n=26	Biyolojik ajan kullanmayanlar n=59	p
SARS-CoV-2 N total AB	26,17±38,6 (7,5; 0,09-163,4)	70,1±59,3 (58,3; 0,07-204,2)	0,001
SARS-CoV-2 Spike AB	98,7±116 (23,1; 0,1-300)	174,3±119,6 (203,9; 0,1-300)	0,009

Mann-Whitney U, AB: Antikor

PP-045**Romatoid artrit nedeniyle barisitinin kullanan hastaların retrospektif değerlendirilmesi**

Berna Yurttas

Tekirdağ İsmail Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ

Amaç: Barisitinin; Janus kinaz inhibisyonu yoluyla etkili olan bir oral hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ilaçtır. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilip, barisitinin başlanan hastaların demografik özellikleri, tedavi yanıtları ve yan etki sıklığı araştırılmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde romatoid artrit tanısıyla izlenmekte olan, tromboz açısından ek risk faktörü olmayan ve en az 3 ay boyunca barisitinin tedavisi almış hastalar değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri, tedavi yanıtları ve seyri, yan etki gelişip gelişmediği hasta dosyalarından not edildi. Hastalık aktivitesi 3'er aylık periyotlarda DAS28-ESR kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya ACR 2010 tanı kriterlerini karşılayan ve barisitinin kullanan 23 (K:E,16:7) hasta dahil edildi. Ortalama yaş 43,08±11,42 yıl, hastalık süresi 9,47±6,86 yıl idi. İlaçta kalım süresi ortanca 4 ay (3-12) idi. Onbir hastada (%47) barisitinin konvansiyonel bir DMARD sonrasında tercih edilmişken, 5 (%21) hastada bir biyolojik ve yine 5 (%21) hastada ikinci biyolojik ajan sonrasında tercih edilmişti. Hastaların başlangıç DAS28-ESR skorları 6,53±0,95 iken tedavi sonrası 2,60±1,64 idi. Komorbiditelere bakıldığında 3 hastada esansiyel hipertansiyon, 2 hastada RA ilişkili amiloidoz ve 1 hastada hiperlipidemi mevcuttu. Beş (%21) hasta aktif sigara içicisiydi. Barisitinin tedavisini kesilen 2 hasta, ve tedavi esnasında eksitus olan 1 hasta vardı. Tedavisi kesilen 2 hasta 3. ay tedavi sonunda primer yanıtsızdı. Juvenil romatoid artrit olan ve buna bağlı amiloidoz nedeniyle kronik böbrek yetmezliği olan bir hasta yiyecek aspirasyonu sonrası solunum yetmezliği nedeniyle kaybedilmişti. Takip süresince hastalarda tromboz, herpes zoster enfeksiyonu olmak üzere yan etki görülmedi.

Sonuç: Yüksek hastalık aktivitesine sahip ve tromboz açısından ek risk faktörü olmayan romatoid artritli hastalarda barisitinin etkili ve güvenli bir seçenektir. Bu çalışmada barisitinin tedavisi alan hastaların seçimi tromboz gibi spesifik bir yan etkinin sıklığının izlemi açısından bias oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, barisitinin, jak

Tedavi seçimlerinin pulmoner romatoid nodül üzerine etkisi

Güllü Sandal Uzun¹, Yasin Sarıkaya², Emre Bilgin¹, Sevtap Arslan², Mustafa Ekici¹, Emine Büşra Ata³, Gamze Durhan², Macit Arıyürek², Umur Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Pulmoner romatoid nodül (PRN), kronik enflamatuvar multisistemik bir hastalık olan romatoid artrit (RA) önemli bir ekstra-artiküler tutulumudur. Bu çalışmanın amacı RA-tedavisinde konvansiyonel sentetik DMARD (csDMARD) ve biyolojik DMARD'ların (bDMARD) nodül gelişimi üzerindeki etkilerini incelemektir.

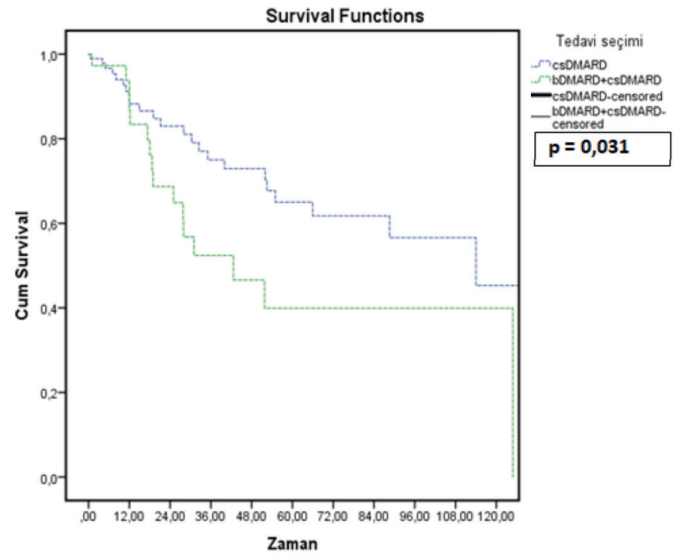
Yöntem: ICD-10 koduna göre RA tanısı almış ve en az bir bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen 4117 hasta dahil edildi. İlk olarak hastaların öyküsü, fizik muayenesi, radyografisi ve laboratuvarlarına göre RA teşhisi doğrulandı. Hastaların aldığı tedaviler sentetik ve biyolojik DMARD olarak kaydedildi. Toraks BT'leri deneyimli bir radyolog tarafından incelendi. Pulmoner romatoid nodül için dahil edilme kriterleri; en az iki BT'si olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir (soliter nodüller veya tüm nodüllerin boyutunun ≤ 5 mm küçük olması durumunda analize dahil edilmemiştir). Pulmoner nodülde değişiklik şu şekilde tanımlanmıştır; takipte boyut değişen nodüller, nodüllerin kaviteleşmesi. En büyük nodül dominant nodül olarak adlandırıldı. Daha sonra hastalar seropozitiflik durumuna göre ikiye ayrıldı. Demografik bilgiler, nodül özellikleri ve nodüldeki değişimleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüz otuz beş RPN (89 kadın, %65,9) hastası dahil edildi. Hastalık süresi 148,8 (0,3-494) aydı. Cinsiyete göre gruplar arasında fark yoktu. Hastaların 106'sında (%78,5) RF ve/veya anti-CCP pozitifliği. Seropozitif olan hastalarda bazal BT'de nodül sayısı daha fazlaydı (Tablo 1). Hastaların 37'si (%27,4) gelişmiş tedavi kullanıyordu. Gelişmiş tedavi alanlarda progresyon ve yeni kavitasyon daha sıklıkla (Tablo 2). 19,1 (ortanca

0,4-405) ay takip sonrasında 39/135 (%28,8) hastada nodülde progresyon olduğu görüldü. Anti-TNF kullanan hastalarda progresyon kullananlara göre daha sıklıkla [17/32 (%53,1) vs. 27/103 (%26,2), $p=0,001$]. RTX kullananlarda daha sıklıkla [15/32 (%46,8) vs. 24/103 (%23,3), $p=0,01$]. Diğer gelişmişler tedavilerde progresyon açısından fark saptanmadı. Metotreksat kullanımında progresyon açısından fark saptanmadı. Sadece sentetik DMARD kullanan hastalarda nodülde progresyona kadar geçen süre daha uzundur (ortanca csDMARD: 114, bDMARDs: 42,6 ay), $p=0,031$).

Sonuç: RA hastalarının 1,5 yıl takibinde yaklaşık %30 hastada pulmoner romatoid nodülde progresyon görülmüştür. Sadece sentetik DMARD kullananlarda progresyon daha azdır. Anti-TNF, rituksimab gibi ilaçların kullanımında progresyonun daha sık olması hastalık ciddiyeti ile ilgili olabilir, daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: bDMARDs, csDMARDs, pulmoner romatoid nodül, progresyon, romatoid artrit



Sekil 1. csDMARD ve bDMARD+ csDMARD arasında progresyona kadar geçen süre analizi

Tablo 1. Serolojik pozitifliğe göre plevral nodüllerin özellikleri

	Tüm hastalar n=135	Seropozitif, n=106 (78,5)	Seronegatif, n=29 (21,5)	p
Cinsiyet, n (%), kadın	89 (65,9)	69 (65,1)	20 (69)	0,4
BT çekildiği zamanki yaş (ortalama, SS)	58,6 (11,3)	59,3 (10,0)	52,2 (15,0)	0,045
Hastalık süresi (medyan, min-maks), ay	148,8 (0,3-494)	156,5 (0,3-481,5)	112,7 (0,3-494)	0,1
Takip süresi (medyan, min-maks), ay	19,1 (0,4-405)	18,98 (0,95-405)	24,9 (0,4-117)	0,8
Sigara (herhangi bir zamanda) n (%)	32 (59,2)	27/48 (56,3)	5/6 (83,3)	0,2
İntersitisyel akciğer hastalığı n (%)	44/129 (34,1)	39/105 (37,1)	5/24 (20,8)	0,98
Plevral efüzyon n (%)	18/117 (14,7)	15/97 (15,5)	3/25 (12)	0,4
Bazal BT nodül n (medyan, min-maks)	4 (1-36)	5 (3-36)	2 (1-25)	<0,001
Bazal BT nodül n (medyan, min-maks) 4 (1-36) 5 (3-20) 2 (1-25) <0,001 Romatoid faktör, n (%)	98/125 (78,4)	98/125 (78,4)	0	
Anti-CCP, n (%)	64/97 (65,9)	64/97 (65,9)	0	
Ortalama dominant nodül çapı, (medyan, min-maks)	5,5 (3-82)	5,5 (2,7-26,1)	5,7 (3-20)	0,6
Dominant nodül lokalizasyonu				
• Sağ	79 (58,5)	62 (58,5)	17 (58,6)	
• Akciğer lokasyonu	49 (36,3)	39 (36,8)	10 (34,5)	0,5
o Üst	43 (31,9)	31 (29,2)	12 (41,4)	
o Orta	43 (31,9)	36 (34,0)	7 (24,1)	0,4
o Alt				
• Subplevral, santral, periferal				
o Subplevral	58 (43)	46 (43,4)	20 (43,5)	
o Santral	21 (15,6)	15 (14,2)	6 (20,7)	0,6
o Periferal	56 (41,5)	45 (42,5)	12 (41,4)	
Kalsifikasyon, n (%)	39 (28,9)	1/106 (29,2)	8/29 (27,6)	0,53
Kavitasyon, n (%)	40 (29,6)	34/106 (32,1)	6/29 (20,7)	0,16
csDMARDs				
- Metotreksat	70 (51,9)	58 (55,2)	12 (42,9)	0,17
- Leflunomid	80 (59,3)	70 (66)	10 (37,5)	0,004
- Sulfasalazin	52 (38,5)	42 (39,6)	10 (37)	0,49
- Hidroksiklorokin	98 (72,6)	81 (78,6)	17 (64)	0,07
Gelişmiş tedaviler				
- Anti-TNF	32 (23,7)	30 (28,3)	2 (6,9)	0,01
- Etanercept	21 (15,6)	19 (17,9)	2 (6,9)	0,11
- Adalimumab	10 (7,4)	9 (8,5)	1 (3,4)	0,5
- İnfliximab	4 (3)	4 (3,8)	0	0,6
- Sertolizumab	3 (2,2)	3 (2,9)	0	0,4
- JAK-inhibitörleri	10 (7,4)	9 (8,5)	1 (3,4)	0,32
- Tosilizumab	4 (3)	4 (3,8)	0	0,3
- Rituksimab	34 (25,1)	32 (30,2)	2 (6)	0,001
- Abatacept	11 (8,1)	9 (8,4)	2 (1,5)	0,4

Tablo 2. Tedaviye göre nodül karakterindeki değişimler

	Sadece csDMARD, n=98 (72,5)	Gelişmiş tedaviler + csDMARD n=37 (27,4)	p
Nodüle progresyon (+)	23/98 (23,5)	16/37 (43,2)	0,022
Nodül boyutunda değişiklik			
o Büyüme	23 (23,5)	16 (43,2)	0,022
o Stabil	54/98 (55,1)	15/37 (40,5)	0,094
o Küçülme	21/98 (21,4)	6/37 (16,2)	0,33
Yeni ortaya çıkan kavitasyon	23 (23,5)	15 (40,5)	0,042

Psöriyatrik artrit tanılı hastalarda akciğer lezyonlarının sıklığı ve tutulum paternleri

Mehmet Hünür¹, Tahir Saygın Ögüt², Funda Erbasan², Mustafa Ender Terzioğlu², Veli Yazısız²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Psoriyatik artrit (PsA), psoriyatik deri lezyonları ve eklem tutulumu ile birlikte sistemik organ tutulumları yapabilen bir hastalıktır. Akciğer lezyonları başta bağ dokusu hastalıkları olmak üzere birçok romatolojik enflamatuvar hastalıkta sıklıkla görülmektedir. PsA'da hastalık patogenezindeki enflamatuvar süreçler ve tedavide kullanılan ilaçlara sekonder akciğer lezyonlarının gelişmesi olasıdır.

Amaç: Bu çalışmada PsA hastalarında akciğer lezyonlarının sıklığı ve paternlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: CASPAR tanı kriterlerine göre PsA tanısı alan 247 hastanın demografik verileri, klinik bulguları, komorbiditeleri, pulmoner semptom ve görüntülemeleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Analizler için verileri yeterli olan 247 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 155'i (%62,8) kadın, 92'si (%37,2) erkek idi. Hastaların genel yaş ortalaması 52,04±12,6 yıldı. Yirmi beş hastada (%10,1) tomografi ile ortaya konulmuş en az bir pulmoner lezyon mevcuttu. Yirmi bir hastada (%8,5) pulmoner nodül, 15 hastada (%6,1) havayolu lezyonu [8 amfizem (%3,2), 7 bronşit (%2,9)], 9 hastada (%3,6) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) izlendi. Apikal fibrosiz olan hasta yoktu. İAH paternleri; 3 hastada (%1,2) non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP), 2 hastada (%0,8) kriptojenik organize pnömoni (KOP), 2 hastada (%0,8) usual interstisyel pnömoni (UİP), 2 hasta (%0,8) sınıflandırılmayan tip olarak kategorize edildi. İAH saptanan hastalarda yaş ortalaması daha yüksekti (p=0,007). İAH erkek cinsiyet (p=0,010), sigara öyküsü (p=0,012) ve hidroksiklorokin kullanan hasta grubunda (p=0,028) daha sık olduğu görüldü.

Sonuç: PsA tanısı ile izlenen hastaların yaklaşık %10'unda en az bir akciğer lezyonu, %3,6'sında İAH tespit edilmiştir. İAH sıklığı diğer romatolojik hastalık grubu olan bağ dokusu hastalıklarından düşük, tutulum paternleri itibari ile ankilozan spondilitten farklılıkla göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriyatik artrit, interstisyel akciğer hastalığı, akciğer tutulumu

Biyolojik tedavi alan romatoid artritli hastalarda Charlson komorbidite indeksi psoriyatik artritli hastalardan daha belirgindir

Güllü Sandal Uzun¹, Ömer Denizhan Tatar², Nilüfer Ecem Gezerer², Emre Bilgin¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Emine Duran¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹

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

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı bDMARD kohortundaki romatoid artritli (RA) ve psoriyatik artritli (PsA) hastalarda biyolojik tedavi öncesi komorbiditelerin dağılımını değerlendirmektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanı (HUR-BIO) 2005 yılında kurulmuş olup, 581 (%75,4 kadın) RA'lı hasta ve 2021 yılına kadar kayıtlı PsA'lı 520 (%69,4 kadın) hasta analiz edilmiştir. RA ve PsA tanısı, hastaları takip eden romatologun klinik değerlendirmesine dayanıyordu. Hastaların komorbiditeleri biyolojik veri tabanından ve hastane elektronik kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi. Hastaların ICD-10 tanı kodları ve reçeteleri de tarandı. Diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), dislipidemi (DL), koroner arter hastalığı (KAH), vücut kitle indeksi (VKİ) ve sigara kullanımı ile ilgili veriler kaydedildi. DL, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Dislipidemi Rehberi'nin sınıflamasına göre lipid değerlerine göre gruplandırılmıştır. Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşından önce koroner arter hastalığı saptanması erken-KAH olarak sınıflandırıldı. Kronik böbrek hastalığı, obstrüktif akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalık, tiroid hastalıkları ile ilgili veriler de ayrıca kaydedildi. Charlson komorbidite indeksi (CCI), bDMARD başlanmadan önce hastaların tıbbi geçmişindeki komorbiditelerin toplanmasıyla hesaplandı.

Bulgular: RA ve PsA hastalarında bDMARD tedavisine başlanmadan önce komorbiditelerin dağılımı tabloda verilmiştir. RA'lı hastalarda tanı yaşı ortalaması (± SS) 46,7 (13,7) iken PsA'lı hastalarda 39,3 (12,0) idi (p<0,001). Hipertansiyon (RA için %28,5, PsA için %21,9) ve tiroid hastalıkları (RA'da %22,7, PsA'da %14,7) her iki grupta da en sık görülen komorbiditelerdi. PsA ile karşılaştırıldığında, RA'lı hastalarda komorbidite oranı daha yüksekti (%64,8'e karşı %40,4, p<0,001). RA'lı hastaların 231/581'inde (%39,7) multimorbidite saptandı ve PsA'lı hastalardan (%21,8) anlamlı derecede daha sıkı (p<0,001). Gruplar arasında hipertansiyon ve sigara kullanımı dışında VKİ, DM ve dislipidemi gibi kardiyovasküler komorbiditeler açısından fark yoktu. Yaşa göre ayarlandığında, CCI'ya göre komorbidite yükü RA'lı hastalarda PsA'lı hastalara göre 3,96 (2,57-6,13, p<0,001) kat daha yüksekti.

Sonuç: Enflamatuvar artritli hastalarda bDMARD öncesi değerlendirmede komorbid hastalıklar oldukça yaygındır. Bu çalışmada RA ve PsA hastalarında CCI değerlendirilmiş olup RA'da PsA'ya kıyasla 3,96 kat yüksek olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, Charlson komorbidite indeksi, komorbid hastalıklar, psoriyatik artrit, romatoid artrit

Tablo 1. RA ve PsA hastalarındaki demografik veriler ve komorbiditeler

Veriler	RA, n=581	PsA, n=529	p değeri
Cinsiyet, kadın, n (%)	438 (75,4)	361 (69,4)	0,027
Tanı yaşı, yıl, ortalama, (SS)	46,7 (13,7)	39,3 (12,0)	<0,001
bDMARD başlangıç yaşı, yıl, ortalama (SS)	49,5 (13,8)	42,2 (12,3)	<0,001
CCI			
-Komorbidite yok	205/581 (35,2)	290/486 (59,6)	<0,001
-1 komorbidite	145/581 (24,9)	90/486 (18,5)	
-≥2 komorbidite	231/581 (39,7)	106/486 (21,8)	
CCI, ortalama, (SS)	1.56 (1,77)	0,78 (1,18)	<0,001
Sigara içme öyküsü, n (%)	292/581 (50,2)	282/506 (55,7)	<0,001
VKİ (kg/m ²), ortalama, SS	29,3 (6,7)	29,6 (5,9)	0,50
VKİ (kg/m ²) ≥30, n (%)	261/577 (44,9)	221/498 (44,3)	0,77
Diabetes mellitus n (%)	68/581 (11,7)	49/402 (12,1)	0,30
Hipertansiyon, n (%)	166/581 (28,5)	110/502 (21,9)	0,012
Dislipidemi* n (%)			
-Total kolesterol yüksekliği	47/270 (17,4)	32/161 (19,8)	0,30
-TG yüksekliği	62/242 (25,6)	45/159 (28,3)	0,79
-LDL yüksekliği	53/289 (18,3)	43/175 (24,5)	0,38
-HDL düşüklüğü	88/267 (32,9)	57/157 (36,3)	0,48
Ürik asit (>6 mg/dL), n (%)	150/554 (27)	136/437 (31,1)	0,16
KAH, n (%)	59/524 (11,2)	32/486 (6,5)	0,010
Prematür KAH, n (%)	39/581 (6,7)	18/486 (3,7)	0,030
KBH, n (%)			
G1 (GFR >90)	437/523 (83,5)	0	
G2 (GFR 60-90)	68/523 (13)	0	
G3a (GFR 45-60)	11/523 (2,1)	0	<0,001
G3b (GFR 30-45)	5/523 (0,9)	28/370 (7,5)	
G4 (GFR 15-30)	2/523 (0,3)	342/370 (9,2)	
Akciğer hastalığı, n (%)			
- KOAH	15/519 (2,9)	3/485 (0,6)	0,007
- Astim	66/520 (12,6)	19/485 (3,9)	<0,001
Tiroid hastalıkları, n (%)	132/581 (22,7)	65/440(14,7)	0,001

*Total kolesterol >240, TG 150-499, LDL-C >160, HDL-C erkek <40, kadın <50 CCI: Charlson komorbidite indeksi, KAH: Koroner arter hastalığı, KBH: Kronik böbrek hastalığı, KOPH: Kronik obstrüktif pulmoner hastalıklar

Ankilozan spondilit hastalarında farklı indekslerdeki aynı soruya verilen farklı cevap: Hasta odaklı aktivite ölçütlerine eleştirel yaklaşım

Mehmet Nur Kaya, Duygu Tecer, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilite (AS), hastalık aktivitesini değerlendirmek, günlük pratikte ve klinik çalışmalarda tedavi yanıtını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Hasta global değerlendirme (HGD) bu amaçla sıkça kullanılan basit bir yöntemdir. MDHAQ, hasta odaklı bir aktivite ölçüm metodu olup, daha basit formu olan RAPID-3 skorunda da kullanılan 4. soru, HGD ile aynıdır. Bu çalışmanın amacı, hastaların aynı vizitte aynı sorulara verdikleri yanıtların uyumunu değerlendirmek ve uyumsuzluğu predikte edebilecek faktörleri tespit etmektir.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışmamıza, Mayıs-Temmuz 2022 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü'ne başvuran, AS tanısı ile takipli ardışık hastalar dahil edildi. Tüm hastalara BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESR ve RAPID-3 uygulandı. Eş zamanlı olarak 0-10 likert skalası ile hastalığa yönelik global değerlendirmesini puanlaması istenildi. Hastalar, MDHAQ indeksinin 4. sorusuna

ve HGD'ye aynı ve farklı cevap verenler olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yeterli heterojeniteyi sağlamak amacıyla, yaş ve cinsiyet açısından benzer iki grup oluşturmaya yönelik propensity analizi uygulandı. Hasta grupları, demografik özellikleri, klinik bulguları ve laboratuvar parametreleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Üç yüz otuz bir hastanın 73'ü (%22,05) bu aynı soruya farklı yanıt verdi. Propensity analizi öncesinde, farklı yanıt veren hastalarda yaş ortalamasının yüksek ($p<0,030$) ve kadın hasta sıklığının fazla ($p<0,047$) olduğu bulundu. Ancak gruplar arasında demografik, klinik ve laboratuvar verilerinde anlamlı fark olmadığı saptandı. Yaş ve cinsiyet açısından benzer iki grup oluşturulduğunda da iki grup arasında demografik, klinik ve laboratuvar parametrelerinde anlamlı fark olmadığı gösterildi (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda hastaların aynı vizitte, aynı sorulara farklı yanıtlar verebileceği, ancak hastalık aktivitesini değerlendirdiğimiz kompozit indekslerde bu hastalar ile sorulara aynı yanıt verenler hastalar arasında anlamlı fark olmadığı gösterildi. Her ne kadar birçok çalışmada, hastalık odaklı aktivite ölçütlerinin kullanılabilir olduğu vurgulansa da; aynı vizitte, farklı sayfalarda yer alan aynı soruya hastaların, demografik özelliklerinden bağımsız olarak neredeyse dörtte birinin farklı cevaplar veriyor olması, hastalık aktivitesinin takibinde bu yöntemlerin kullanılmasının yanıltıcı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, MDHAQ, hasta global değerlendirmesi

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Propensity Analizi Öncesi			Propensity Analizi Sonrası		
	Grup 1 n=73	Grup 2 n=248	p	Grup 1 n=73	Grup 2 n=73	p
Yaş, yıl, ortalama \pm SS	37,11 \pm 10,42	34,30 \pm 9,44	0,030	37,11 \pm 10,42	35,93 \pm 10,53	0,498
Erkek, n (%)	53 (72,6)	206 (83,1)	0,047	53 (72,6)	60 (82,2)	0,166
Hastalık başlangıç yaşı, yıl, ortalama \pm SS	24,97 \pm 5,84	23,49 \pm 7,19	0,109	24,97 \pm 5,84	25,09 \pm 8,84	0,921
Hastalık süresi, yıl, ortalama \pm SS	12,14 \pm 7,14	10,81 \pm 5,74	0,102	12,14 \pm 7,14	10,83 \pm 5,78	0,228
Semptomdan-taniya geçen süre, yıl, ortalama \pm SS	5,24 \pm 4,98	4,36 \pm 3,55	0,163	5,24 \pm 4,98	4,49 \pm 3,77	0,305
Komorbidite, n (%)	10 (13,7)	19 (7,7)	0,114	10 (13,7)	5 (6,8)	0,173
Ekstraaksiyel tutulum, n (%)						
Üveit	18 (24,7)	64 (25,8)	0,843	18 (24,7)	15 (20,5)	0,553
Periferik artrit	21 (28,8)	70 (28,2)	0,928	21 (28,8)	18 (24,7)	0,575
Entezit	22 (30,1)	61 (24,6)	0,342	22 (30,1)	19 (26)	0,581
Psoriasis	0 (0)	3 (1,2)	0,345	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Aile öyküsü, n (%)	13 (17,8)	54 (21,8)	0,464	13 (17,8)	20 (27,4)	0,166
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	31 (42,5)	111 (65,7)	0,654	31 (42,5)	36 (49,3)	0,612
ESH (mm/h), medyan (CAA)	9,0 (3,1-19,5)	7,55 (3,10-20,95)	0,567	9,0 (3,1-19,5)	7,0 (3,1-20,5)	0,763
ESH >20 mm/h, n (%)	14 (19,1)	18 (7,2)	0,413	14 (19,1)	18 (24,6)	0,508
CRP (mg/L), medyan (CAA)	8,0 (3,8-21,0)	10,00 (3,3-22,0)	0,303	8,0 (3,8-21,0)	12,0 (3,1-28,3)	0,061
CRP>5 mg/L, n (%)	50 (68,4)	208 (83,8)	0,265	50 (68,4)	52 (71,2)	0,057
BASDAI, ortalama \pm SS	4,40 \pm 2,58	4,55 \pm 2,31	0,631	4,40 \pm 2,58	4,46 \pm 2,24	0,889
BASDAI \geq 4, n (%)	8 (10,9)	55 (22,1)	0,416	8 (10,9)	42 (57,5)	0,349
BASFI, ortalama \pm SS	3,58 \pm 2,77	3,23 \pm 2,46	0,305	3,58 \pm 2,77	3,39 \pm 2,56	0,663
BASFI \geq 4, n (%)	5 (6,8)	80 (32,2)	0,360	5 (6,8)	26 (35,6)	0,836
RAPID3, ortalama \pm SS	12,16 \pm 7,59	12,60 \pm 6,26	0,648	12,16 \pm 7,59	12,60 \pm 6,26	0,703
ASDAS-CRP, ortalama \pm SS	2,96 \pm 1,11	3,02 \pm 1,14	0,722	2,96 \pm 1,11	3,06 \pm 1,12	0,617
ASDAS-ESR, ortalama \pm SS	2,44 \pm 1,13	2,47 \pm 1,13	0,846	2,44 \pm 1,13	2,40 \pm 1,06	0,799
İlaç kullanımı, n (%)						
SOAII	3 (4,1)	113 (57,4)	0,249	3 (4,1)	43 (58,9)	0,167
DMARD	40 (54,7)	146 (58,8)	0,720	40 (54,7)	31 (42,5)	0,506
Anti-TNF alfa	29 (39,7)	131 (52,8)	0,548	29 (39,7)	32 (43,8)	0,615

Veriler ortalama \pm standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya n (%), Grup 1: MDHAQ 4. sorusuna ve hasta global değerlendirmesine farklı cevap verenler Grup 2: MDHAQ 4. sorusuna ve hasta global değerlendirmesine aynı cevap verenler. CAA: Çeyrekler arası aralık, SOAII: Steroid olmayan anti-enflamatuar ilaç, DMARD: Hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, RAPID3: Routine assessment of patient index data 3, SS: Standart sapma

Ankilozan spondilit hastalarında sigara bırakma oranları ve sigarayı bırakmada etkili faktörlerin değerlendirilmesi

Mehmet Nur Kaya, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Sigaranın ankilozan spondilit (AS) hastalarının prognozu ve tedavisi üzerinde olumsuz etkisi olduğu iyi bilinmektedir. Bu çalışmada AS hastalarında sigara bırakma oranlarının ve sigarayı bırakmada etkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Romatoloji polikliniğinde takipli AS hastaları çalışmaya alındı. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra sigara içme durumları, sigara içme süresi, günlük ortalama sigara sayısı, bırakan hastaların sigarayı bırakma nedenleri ve sigarayı bırakma yöntemleri sorgulandı.

Bulgular: Çalışma 158 (%51,3) erkek ve 150 (%48,7) kadın olmak üzere 308 hasta üzerinden gerçekleştirildi. Yüz on dokuz (%38,6) hasta halen sigara içiyor, 121 (%39,3) hasta sigarayı bırakmış ve 68 (%22,1) hasta sigara kullanmamıştı (Tablo 1). Sigarayı bırakanların 41'i (%33,9) romatolog tavsiyesi ile ve 32'sinde (%26,4) AS hastalığı nedeniyle sigarayı bıraktıklarını bildirdi. Ayrıca 61 hastada (%19,8) ise, sigara içip içmedikleri hakkında daha önce sorgulanmadıkları tespit edildi. Sigarayı bırakmada en sık kullanılan yöntemler ise bitkisel tedaviler 48 (%39,7) ve sigara bırakma ilaçları 47 (%38,8) olarak saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Hastalık prognozu üzerinde önemli ve değiştirilebilir bir etken olan sigaranın, hastaların yaklaşık beşte birinde değerlendirilmediği tespit edilmiştir. Diğer yandan sigarayı bırakanlar üzerinde etkisi en fazla olan faktörün de takip eden romatolog olduğu gözlenmiştir. Romatologların tüm AS hastalarının sigara alışkanlıklarını sorgulaması ve bırakma konusunda yönlendirici olmalarının, daha olumlu sonuçlar getireceği öngörülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımı, ankilozan spondilit, sigara bırakma faktörleri

Tablo 1. AS hastalarının temel özellikleri (n=308)

Parametreler	Değerler
Yaş, yıl ortalama \pm SS	42,4 (11,0)
Erkek, n (%)	158 (51,3)
VKİ, (kg/m ²), ortalama \pm SS	27,1 (4,0)
Komorbidite, n (%)	107 (34,7)
Hastalık başlangıç yaşı, (yıl) \pm SS	35,8 (11,0)
Hastalık süresi, (yıl) \pm SS	4,4 (0,5-22,5)
Medeni durum, n (%)	
Evli	250 (81,2)
Bekar	58 (18,8)
Eğitim, n (%)	
Okumamış	28 (9,1)
İlkokul	42 (13,6)
Lise	108 (35,1)
Üniversite	132 (42,9)
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	123 (58,5)
AS tedavisi, n (%)	
NSAIDs/DMARDs	132 (42,9)
Biyolojik tedavi	176 (57,1)
Alkol, n (%)	44 (14,3)
Sigara kullanımı, n (%)	
Halen sigara içenler	119 (38,6)
Sigarayı bırakanlar	121 (39,3)
Sigara içmeyenler	68 (22,1)
Gün/sigara	11 (5-45)
Paket/yıl sigara	10 (0,5-40,0)

Veriler ortalama \pm standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya n (%), NSAID: Steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaç, DMARD'lar: Hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlar, VKİ: Vücut kitle indeksi, AS: Ankilozan spondilit

Tablo 2. Sigarayı bırakma yöntemleri (n=121)

Yöntemler	n (%)
Bitkisel tedaviler	48 (39,7)
Sigara bırakma ilaçları	47 (38,8)
Psikoterapi	21 (17,4)
Akupunktur, spor	5 (4,1)

Aksiyel spondiloartrit hastalarında COVID-19 sıklığı ve şiddeti ile ilişkili faktörler

Mete Pekdiker¹, Emrah Koç², Mete Kara³, Gezmiş Kimyon¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

²Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: COVID-19, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Mart 2020'de "pandemi" ilan ettiği bir enfeksiyon hastalığıdır. Romatolojik hastalıkların patogeneğinde ve tedavisinde immün sistemin anahtar role sahip olması, ayrıca kronik hastalıklara sahip bireylerde COVID-19'un daha ağır seyretmesi pandemi süresince romatolojik hastalıkların tedavisinde kaygılara yol açmıştır. Çalışmamızda, aksiyel spondiloartrit (aksSpA) hastalarında COVID-19 enfeksiyon sıklığı ve şiddeti ile ilişkili faktörleri COVID-19 aşısı önceki dönemde tanımlayarak pandemi süresince günlük uygulamalara katkıda bulunmayı amaçladık.

Yöntem: Üç farklı coğrafi bölgeden üç tane üçüncü basamak merkezde takipli ve tedavisini en az altı ay düzenli kullanmış aksSpA tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik, radyolojik, klinik, komorbidite ve tedavi verileri ile Mart 2020-Mart 2021 tarihleri arasındaki COVID-19 enfeksiyon verileri not edildi. İmmünoşüpresif durum, ilaç veya hastalık öyküsü olanlar çalışmadan çıkarıldı.

Bulgular: Ortalama hastalık süresi 109 ay, %64,5'i ankilozan spondilit (AS) ve %35,5'i non-radyografik aksSpA (nr-aksSpA) tanısına sahip toplam 833 hasta incelendi. Tüm kohortta COVID-19 sıklığı %23 (n=192) olup bu olguların %89'u evde izolasyon ile iyileşti. Bilgisayarlı tomografide (HRCT) COVID-19 akciğer tutulumu olanlar %21,9 idi (Tablo 1). COVID-19 sıklığı ile değişkenler arasında ilişki saptanmazken HRCT'de tutulum olanlarda ileri yaş, hipertansiyon (HT) ve diabetes mellitus (DM) anlamlı olarak daha sık saptandı (p=0,02, p=0,01 ve p<0,001). Hospitalize edilen bireylerde ise kadın cinsiyet, HT, DM ve 10 yıldan uzun süreli hastalık anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,03, p=0,011, p<0,001 ve p=0,014) (Tablo 2). Steroid-olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar, ilaçsız izleme göre anlamlı olarak artmış enfeksiyon ile ilişkiliydi (p=0,016). Biyolojik tedaviler arasında ise COVID-19 ilişkili veriler açısından anlamlı fark yoktu. Sadece DM hem HRCT'de akciğer tutulumu (p=0,029) hem de yatış için (p=0,001) bağımsız bir risk faktörü olarak saptandı.

Sonuç: Sonuçlarımız aksSpA'da tedaviyle ilişkili önceki çalışmaları desteklemiştir. AksSpA hastalarında DM tanısı olması COVID-19 hastalarında YÇBT'de kanıtlanmış akciğer tutulumu ve hospitalizasyon açısından bağımsız prediktif faktördür. Retrospektif dizayn, asemptomatik COVID-19 olgularının saptanamaması ve mortalite veri eksikliği çalışmamızın kısıtlılıklardır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, biyolojik tedaviler, COVID-19

Tablo 1. Demografik, komorbidite, tanı ve tedavi verileri

Toplam hasta sayısı	833
Erkek cinsiyet %, (n)	54,3 (452)
Kadın cinsiyet %, (n)	45,7 (381)
Ortalama hasta yaşı (yıl), (alt-üst sınır)	42 (23-82)
Ortalama vücut kitle indeksi (kg/m ²), (alt-üst sınır)	26,4 (16-46)
Sigara kullanımı %, (n)	45,1 (376)
Diabetes mellitus %, (n)	9,2 (77)
Hipertansiyon %, (n)	16,3 (136)
Kronik böbrek yetmezliği %, (n)	2,3 (19)
Ankilozan spondilit %, (n)	64,5 (537)
Non-radyografik aksiyel spondiloartrit %, (n)	35,5 (296)
Ortalama hastalık süresi (ay), (alt-üst sınır)	109 (1-504)
Non-biyolojik tedavi %, (n)	40,5 (337)
-İlaçsız izlem	14,8 (123)
-Steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar	15,5 (129)
-Sulfasalazin	9,7 (81)
-Metotreksat	0,6 (5)
Biyolojik tedavi %, (n)	59,4 (495)
-Adalimumab	20,8 (173)
-İnfliksımab	10 (83)
-Etanersept	9 (75)
-Golimumab	8,5 (71)
-Sertolizumab	4,9 (41)
-Sekukinumab	6,2 (52)
COVID-19 enfeksiyonu %, (n)	23 (192)
-Evde izolasyon	20,5 (171)
-Servis yatışı	1,9 (16)
-Yoğun bakım ünitesi ihtiyacı	0,6 (5)
COVID-19 olgularında PCR test pozitifliği %, (n)	93,8 (180)
COVID-19 olgularında YÇBT'de akciğer tutulumu %, (n)	21,9 (42)

PCR testi: Nazofarengeal sürüntünün polimeraz zincir reaksiyonu ile tetkik edilmesi
YÇBT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. Değişkenler ile COVID-19 ilişkisi

Değişken	COVID-19 sıklığı	YÇBT'de akciğer tutulumu	Hospitalizasyon
Yaş, yıl (≥50, <50)	-	+	-
Cinsiyet	-	-	+
VKI, kg/m ² (>25, ≤25)	-	-	-
Sigara	-	-	-
Hipertansiyon	-	+	+
Diabetes mellitus	-	+	+
Tanı (AS, nr-axSpA)	-	-	-
Hastalık süresi, yıl (≥10, <10)	-	-	+
Biyolojik ajan kullanımı	-	-	-

YÇBT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, VKI: Vücut kitle indeksi, AS: Ankilozan spondilit, nr-axSpA: Non-radyografik aksiyel spondiloartrit '+': İstatistiksel olarak anlamlı ilişki var (p≤0,05), '-': İstatistiksel olarak anlamlı ilişki yok (p>0,05)

Artmış tedavi seçeneklerine karşın hala çok alınacak yol var: 2022 itibariyle spondiloartritler ve psoriatik artritte neredeyiz?

Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Fatmagül Gülbahçe İncesu², Umut Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Spondiloartritler (SpA) ve psoriatik artrit (PsA) özellikle son 10 yılda birçok yeni tedavi seçeneği ortaya çıkmasına karşın düşük hastalık aktivitesi/remisyon hedefinden uzak olduğumuz bilinmektedir. Bu çalışmada son 6 ay içerisinde ayaktan başvuru yapan hastaların hastalık aktivitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 2021 ile Haziran 2022 tarihleri arasında ayaktan polikliniğimize başvuran 834 hastanın hastalık aktiviteleri kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Spondiloartritler şu şekilde gruplanmıştır. Ankilozan spondilit, non-radyografik SpA ve sadece periferik SpA. PsA tanısı klinisyene göre konulmuştur. Hastalık aktivitesi olarak BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP ve CRP hesaplanmıştır. ASDAS-CRP skoruna göre <1,3 remisyon, 1,3-2,1 düşük hastalık aktivitesi, 2,1-3,5 orta hastalık aktivitesi, >3,5 yüksek hastalık aktivitesi olarak değerlendirilmiştir. BASDAI'de sınır değerler ise <1,9 remisyon, 1,9-3,5 arası düşük hastalık aktivitesi, 3,5-4,9 arası orta hastalık aktivitesi ve >4,9 yüksek hastalık aktivitesi olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Bu kesitsel çalışmaya 834 hasta dahil edilmiştir; 582 AS, 156 PsA, 72 nr-AxSpA, 26 sadece periferik SpA. Tüm hastaların ortalama yaşı 45,9 (10,4) [AS 45,8 (10,6), nr-AxSpA 43,5 (9,6), periferik SpA 47,3 (8,4), PsA 46,9 (10,7)]. Hastaların %53,6'sı kadındı (AS %52,0, nr-AxSpA %40,2, periferik SpA %46,1, PsA %65,3). Tüm hastaların 468'i (%55,1) değerlendirme sırasında bir bDMARD kullanıyordu. Tüm hastaların ortalama ASDAS-CRP değerleri 2,37 (1,07), ortalama BASDAI 3,63 (2,44), ortalama BASFI 3,13 (2,57) olarak hesaplandı. ASDAS-CRP değerine göre hastalık aktivitesi grupları Tablo 1'de gösterilmiştir. BASDAI skoruna göre düşük hastalık aktivitesi ve remisyon %48,7 hastada saptanmıştır (AS'de %51,8, nr-AxSpA %50,0, periferik SpA %50,0, PsA %38,6). bDMARD kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ASDAS-CRP grupları arasında farklılık yoktur.

Sonuç: Kesitsel olarak son 6 ayda ayaktan başvuru yapan SpA/PsA hastalarında düşük hastalık aktivitesi ve remisyon ancak %40 civarında hastada elde edilebilmiştir. SpA alt grupları arasında büyük farklılık görülmemektedir. Poliklinik SpA başvurularının yarısından fazlasını bDMARD kullanan hastalar oluşturmasına karşın hedefe ulaşma açısından farklılık saptanmamıştır. SpA hasta yönetiminde halen alınması gereken yollar vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, ASDAS-CRP, BASDAI, seronegatif spondiloartropati

Tablo 1. Spondiloartrit hastalık grubunda ASDAS-CRP'ye göre hastalık aktivitesi

Hastalıklar		ASDAS-CRP			
		<1,3 (remisyon)	1,3-2,1 (düşük hastalık aktivitesi)	2,1-3,5 (orta hastalık aktivitesi)	>3,5 (yüksek hastalık aktivitesi)
SpA	SpA toplam n=646	112 (17,3)	159 (24,6)	292 (45,2)	83 (12,8)
	Ankilozan Spondilit n=551	96 (17,4)	136 (24,6)	249 (45,1)	70 (12,7)
	nrSpA n=69	10 (14,4)	18 (26,0)	33 (47,8)	8 (11,6)
	Periferik SpA n=26	6 (23,0)	5 (19,2)	10 (38,4)	5 (19,2)
PsA n=145		22 (15,1)	36 (24,8)	59 (40,6)	28 (19,3)

PP-053

Ankilozan spondilit hastalarında kostovertebral/kostotransvers eklemlerin tutulumu ile yeni kemik oluşumları arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır

Emine Büşra Ata¹, Gamze Durhan², Emre Bilgin³, Umut Kalyoncu³

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Kostovertebral (KV), kostotransvers (KT), sternoklavikular (SK) ve manibriosternal (MS) eklemler ankilozan spondilit (AS) tanılı hastalarda etkilenen eklemler olarak bilinmekle birlikte, hastalık takibinde rutin olarak incelenmemektedir. Bu çalışmanın amacı, AS hastalarında bu eklemlerin tutulumunun klinik, laboratuvar ve radyolojik parametrelerle ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 2010-2020 yılları arasında AS tanısı ve toraks BT'si olan 206 hasta dahil edildi. Tüm eklemler 0-4 arasında sınıflandırıldı [normal (0); şüpheli (1): artıklar yüzeyde değişiklik ve minimal skleroz; hafif (2): minimal erozyon; orta (3): belirgin erozyon ve skleroz; ağır (4): eklemlerin total ankilozu]. Her hastada 24 KV, 20 KT, 2 SC, 1 MS toplam 47 eklem değerlendirildi. Sakroiliyak eklemler modifiye New York kriterlerine göre, lomber ve servikal grafiler mSASSS'ya göre değerlendirildi. Hastaların BT anındaki yaşı, hastalık süresi, laboratuvar parametreleri kaydedildi.

Bulgular: AS hastalarının %59,7'si erkek, ortalama yaşı 49,3 (14,0), ortalama hastalık süresi 9,9 (9,7) yıl olarak hesaplandı. AS hastalarının ortalama KV skoru 42,6 (32,8), KT skoru 26,9 (25,5), SK 2,8 (2,2) ve MS skoru 2,7 (1,3) olarak hesaplandı. KV ve KT eklemler ile sakroiliyak eklem derecesi, lomber ve servikal mSASSS ile kuvvetli pozitif, göğüs ekspansiyonu ile kuvvetli negatif korelasyon görüldü (Tablo 1). Hastalar en az bir sindesmoftit olup olmamasına göre iki gruba ayrıldığında, sindesmoftit ya da köprüleşen sindesmoftit olan grupta, olmayan gruba göre KV [71,6 (25,8), 25,9 (23,3)], KT [45,8 (26,7), 15,1 (17,8)], SK [4,2 (1,8), 2,0 (1,9)] MS [3,2 (1,0), 2,1 (1,3)] eklem skorları daha yüksekti (p<0,001). Erkek AS hastalarında KV, KT, SK eklem skorları belirgin olarak daha yüksek bulundu (Tablo 2).

Sonuç: AS hastalarında KT ve KV eklemler özellikle erkek hastalarda anlamlı olarak etkilenmektedir. Bu eklemlerin tutulumu ile omurgada yeni kemik oluşumu (sindesmofit) arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır. KV ve KT eklemler göğüs ekspansiyonundan sorumlu eklemlerdir ve bu eklem bölgesi tutulumunun hastaların ekspansiyonlarına belirgin negatif etkisi izlenmektedir. AS

hastalarında özellikle göğüs ekspansiyonunda sorun varlığında KV ve KT eklemler de gözden geçirilmelidir, bu amaçla rutin toraks BT'si kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, bilgisayarlı tomografi, kostotransvers, kostovertebral, manubriosternal, sternoklavikular

Tablo 1. AS hastalarında eklem tutulumlarının klinik ve radyolojik parametrelerle ilişkisi

	KT	SK	MS	SI	Lumbar mSASSS	Servikal mSASSS	Yaş	Hastalık süresi	GE	ESR	CRP
KV	0,846 <0,001	0,641 <0,001	0,483 <0,001	0,719 <0,001	0,688 <0,001	0,646 <0,001	0,493 <0,001	0,435 <0,001	-0,709 <0,001	0,149 0,034	0,215 0,002
KT		0,595 <0,001	0,472 <0,001	0,627 <0,001	0,579 <0,001	0,533 <0,001	0,415 <0,001	0,355 <0,001	-0,689 <0,001	0,070 0,320	0,167 0,018
SK			0,384 <0,001	0,537 <0,001	0,449 <0,001	0,420 <0,001	0,381 <0,001	0,309 <0,001	-0,398 0,004	0,107 0,128	0,157 0,025
MS				0,402 <0,001	0,337 <0,001	0,316 0,002	0,202 0,004	0,139 0,047	-0,228 0,112	0,194 0,005	0,165 0,018
SI					0,531 <0,001	0,556 <0,001	0,311 <0,001	0,412 <0,001	-0,550 <0,001	0,126 0,073	0,207 0,003
Lumbar mSASSS						0,637 <0,001	0,361 <0,001	0,338 <0,001	-0,352 0,019	-0,004 0,954	0,095 0,206
Servikal mSASSS							0,415 <0,001	0,304 0,002	-0,283 0,117	0,036 0,726	0,071 0,489
Yaş								0,307 <0,001	-0,302 0,033	-0,013 0,852	0,006 0,932
Hastalık süresi									-0,024 0,870	0,165 0,019	0,086 0,221
GE										0,092 0,527	-0,216 0,132
ESR											0,668 <0,001

AS: Ankilozan spondilit, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, GE: Göğüs ekspansiyonu, KT: Kostotransvers, KV: Kostovertebral, MS: Manubriosternal, mSASSS: Modifiye stoke ankilozan spondilit spinal skoru, SI: Sakroiliak, SK: Sternoklavikular, veriler üst satırda korelasyon katsayısı, alt satırda p değeri olarak verilmiştir

Tablo 2. Eklem skorlarının cinsiyete göre dağılımı

	KV	KT	SK	MS
Kadın (n=83)	20 (8-44)	12 (6-23)	2 (0-4)	3 (2-4)
Erkek (n=123)	52 (19-86)	22 (8-62)	4 (2-5)	3 (2-4)
p değeri	<0,001	0,001	<0,001	0,315

KT: Kostotransvers, KV: Kostovertebral, MS: Manubriosternal, SK: Sternoklavikular, tabloda veriler ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir

PP-054

Psöriasis hastalarında psoriatik artrit sıklığı beklenenden daha yüksek olabilir mi?

Şerife Asya Germe¹, Gizem Ayan¹, Umut Kalyoncu¹, Sibel Doğan², Başak Yalıcı Armağan²

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

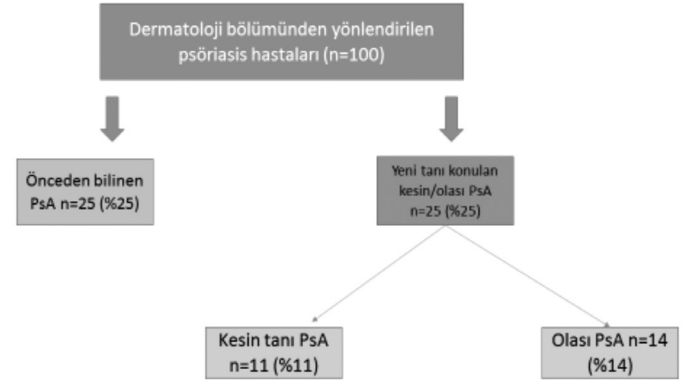
Amaç: Dermatoloji merkezlerinde takip edilen psöriasis hastalarında olası/kesin psoriatik artrit (PsA) sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Psöriasis tanısıyla takip edilen 100 hasta romatoloji bölümünce değerlendirilmiştir. Hastalar eklem tutulum öyküleri, entezit, daktilit, aksiyal tutulum varlığı açısından sorgulanmış; muayeneleri yapılmıştır. Tüm hastaların el, ayak, pelvis, lomber, servikal grafileri değerlendirilmiştir. Klinik ve/veya radyografik şüphede kalınır ise periferik eklem ultrasonografik incelemeleri, sakroiliak/omurga manyetik rezonans görüntülemeleri yapılmıştır. PsA tanısı klinisyene göre konulmuş, CASPAR kriterleri kaydedilmiştir.

Bulgular: 1. Yüz PsO'nun (%48 erkek) ortalama yaşları 44,1 (12,5), PsO hastalık süresi 15,8 (10,6) yıldır. Hastaların %64'ü bir dönem bDMARD kullanmıştır. 2. Yüz PsO'nun 25'inde (%36 erkek) önceden klinisyene göre PsA tanısı vardı, 21/25 (%84) hasta CASPAR kriterlerini karşılıyordu. Ortalama PsA tanı yaşı 40,8 (12,3), hastalık süresi 6,6 (5,6) yıldır. 23/25'inde periferik eklem, ikisinde sadece aksiyel tutulum vardı. Tanısı bilinenlerin 11/25'inde (%44) aksiyel tutulum bulunmaktadır. 3. Önceden PsA tanısı olmayan 75 hastanın 25'inde (11'inde kesin, 14'ünde olası) PsA lehine bulgular mevcuttur. Yeni kesin 11 PsA'nın hepsinde aksiyel, ikisinde periferik tutulum mevcuttur. 6/11'inde MR'da sakroiliit, 1/11'inde spondilit; 4/11'inde konvansiyonel grafide sindesmofit ve/veya mNY'a göre sakroiliit vardır. 4. Klinisyene göre olası PsA tanısı olan 4/14'ünde radyografik aksiyal tutulum (üçünde omurga, birisinde sakroiliak) varken aksiyel semptom yoktur. Periferik eklem tutulumu klinik bulgusu olmayan 10 hastanın X-ray ve/veya US'de PsA lehine bulguları vardı (X-ray; 3 jukstaartiküler yeni kemik formasyonu, 4 periostit, 6 erozyon, 3 entezofit, US; 6 sinovit, 2 erozyon, 2 entezofit). 5. Klinisyene göre tüm PsO hastalarının %36'sında kesin PsA, %14'ünde olası PsA mevcuttur [14/50 (%28) sadece aksiyel, 22/50 (%44) sadece periferik, 14/50 (%28) aksiyel + periferik]. CASPAR kriterlerini hastaların %32'si karşılamaktadır.

Sonuç: Tersiyer dermatoloji merkezinde takip edilen 2/3'ü bDMARD kullanan PsO hastalarının üçte birinde kesin, yarısında kesin/olası PsA bulunmaktadır. Hastaların dörtte birinde önceden PsA varken, sistematik yönlendirmeyle bir o kadar daha gözden kaçan hasta saptanmıştır. Literatüre göre oldukça yüksek olası/kesin PsA oranları ağır hastalıkla açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: Konvansiyonel grafi, psöriasis, psoriatik artrit



Psöriasis hastalarında psoriatik artrit sıklığı

PP-055

Aksiyal spondiloartritte radyografik kalça hasarı kötü prognozla ilişkilidir

Haluk Cinaklı, Dilek Solmaz, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Gülay Alp, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özün Bayındır, Servet Akar

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı aksiyal spondiloartrit (aksSpA) hastalarında radyografik olarak kalça tutulumunu belirleyen faktörleri ve kalça tutulumunun prognoz ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu analize tek merkezli bir kohortta "Uluslararası Spondiloartrit Değerlendirme Cemiyeti" [Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)] kriterlerine göre aksSpA olarak izlenmekte olan 630 hasta dahil edildi. Hastaların başlangıç demografik verileri, laboratuvar bulguları, hastalık aktivite parametreleri ve radyografik verileri kaydedildi. Kalça tutulumu; Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI) kalça skorunun ≥ 2 olması şeklinde tanımlandı. Radyografik kalça tutulumu varlığına göre demografik ve hastalık ilişkili özellikler gözden geçirildi.

Bulgular: Toplamda 75 aksSpA'li hastada (%11,9) radyografik kalça tutulumu mevcut idi. Kalça tutulumu olan aksSpA hastalarının ortalama yaşları anlamlı olarak daha yüksek idi ($45,5 \pm 11,3$ vs. $39,3 \pm 11,5$ ve $p < 0,0001$). Erkek cinsiyet oranı da kalça tutulumu olanlarda (%73 vs. %61 ve $p = 0,039$) daha yüksekti. Kalça tutulumu olanlarda ayrıca eğitim süresi daha düşük, akut faz reaktanları daha yüksek, artrit daha sık, hastalık aktivitesi ve BASMI skorları daha yüksek tespit edildi. Kalça tutulumu olanların mSASS skorları (ayrı ayrı değerlendirildiğinde hem servikal, hem lomberde) daha yüksek idi. Biyolojik tedavi alanların sayısı kalça tutulumu olanlarda daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 1).

Sonuç: Radyografik olarak kalça tutulumu aksSpA hastalarında erkeklerde daha sık olup, daha yaşlı hastalarda görülmekte. Radyografik kalça tutulumu olanlarda hem hastalık aktivitesi hem de yapısal hasar daha kötü gibi görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, kalça artriti, periferik artrit

Tablo 1. Radyografik kalça tutulumu olan ve olmayan aksiyal spondiloartritli hastaların demografik, bazı klinik ve laboratuvar özellikleri yanında yapısal özellikleri

	Kalça tutulumu olan axSpA hastaları n:75 (%11,9)	Kalça tutulumu olmayan axSpA hastaları n:555 (%88,1)	P
r-axSpA, n(%)	73 (97,3)	340 (61,3)	<0,0001
Yaş, yıl, (ortalama ±SD)	45,5 (11,3)	39,3 (11,5)	0,0001
Erkek cinsiyet, n(%)	55 (73,3)	337 (61,1)	0,039
Semptom süresi (ortalama ±SD)	21,4 (12,6)	11,2 (9,5)	0,0001
Herhangi bir dönemde sigara kullanımı, n(%)	49/70 (70)	374/540 (69,3)	0,899
BMI, (ortalama ±SD)	25,96(4,77)	26,31(4,76)	0,600
Eğitim yılı, (ortalama ±SD)	7,7 (4,6)	10,2 (4,3)	0,0001
HLA-B27 (+), n(%)	35/51 (68,6)	252/451 (55,9)	0,081
Biyolojik ajan kullanımı, n(%)	32/72 (44,4)	137/547 (25)	0,001
Periferik artriti, n(%)	40/64 (62,5)	165/506 (32,6)	0,0001
Topuk ağrısı, n(%)	29/5 (53,7)	226/479 (47,2)	0,363
Üveit, n(%)	8/64 (12,5)	62/515 (12)	0,915
Psöriazis, n(%)	5 (6,7)	37 (6,7)	1,000
İBH öyküsü, n(%)			
Crohn		11/471 (2,3)	
Ülseratif kolit	1/52 (1,9)	11/471 (2,3)	0,526
Daktilit, n(%)	1/64 (1,6)	15/516 (2,9)	0,536
CRP, (ortalama ±SD)	30,3 (32,0)	12,3 (20,2)	0,0001
Asdas-CRP, (ortalama ±SD)	3,6 (1,3)	2,7 (1,1)	0,0001
HAQ, (ortalama ±SD)	1,4 (0,8)	0,8 (0,6)	0,0001
Hastanın global hastalık değerlendirilmesi, (ortalama ±SD)	5,7 (3,0)	4,8 (2,8)	0,009
BASFI, (ortalama ±SD)	6,1 (3,0)	3,4 (2,8)	0,0001
BASDAI, (ortalama ±SD)	5,2 (2,5)	4,2 (2,2)	0,003
ASQol, (ortalama ±SD)	12,0 (5,9)	9,3 (9,2)	0,0001
BASMI, (ortalama ±SD)	5,4 (2,1)	3,2 (1,6)	0,0001
mSASS servikal, (ortalama ±SD)	10,9 (13,1)	3,4 (8,2)	0,0001
mSASS lomber, (ortalama ±SD)	10,9 (14,8)	2,8 (8,2)	0,0001
Total SİE ankilozu, n(%)	55 (73,3)	87 (15,7)	<0,0001

PP-056

Aile öyküsünün varlığı non-radyografik aksiyel spondiloartritte radyografik aksiyel spondiloartritten farklı olarak yapısal hasara katkıda bulunuyor olabilir

Ayten Özkan¹, Elif Durak Ediboğlu¹, Kazım Ayberk Sinci¹, Hasan Kocaayan¹, Önay Gercik², İdil Kurut Aysin¹, Gökhan Kabadayı³, Esra Erpek¹, Eda Otman Akat¹, Haluk Cinaklı¹, Özgür Tosun¹, Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹

¹İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

³Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Aksiyel spondiloartritli (aksSpA) hastalarda ASAS'ye göre aile öyküsü sıklığının değerlendirilmesi ve hastalık klinik özellikleri, aktivite ve yapısal hasar ile ilişkisinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkez aksSpA kohortunda takip edilen ve aile öyküsü bilinen 578 hasta (yaş: 39,9±11,5; erkek hasta: 357, %61,8) çalışmaya dahil edildi. Çalışma popülasyonunun %65'i radyografik aksSpA (r-aksSpA) olarak sınıflandırılmıştır. ASAS aile öyküsü birinci veya ikinci derece akrabalarda ankilozan spondilit (AS), psoriasis, akut anterior üveit, psoriasis, enflamatuvar barsak hastalığı veya reaktif artriti varlığı olarak tanımlanmıştır. Hastaların demografik, klinik, aktivite, fonksiyon ve yapısal hasar ile ilgili değerlendirmeleri yapılmıştır.

Bulgular: Yüz elli üç (%26,4) hastada ASAS'ye göre aile öyküsü varlığı bulundu. En sık olarak sırasıyla AS (115; %75) ve psoriasis (54; %35,3) yer almıştır. Hastaların 54'ünde (%35,3) ailede öykü olan kişi sayısı ≥2'dir. AksSpA'da aile öyküsü olanlar daha fazla oranda kadın hasta, psoriasis sıklığı, daha uzun semptom süresi ve daha yüksek vücut kitle indeksine sahiptiler (Tablo 1). HLA B27 sıklığı aile öyküsü olanlarda daha sık olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi (%66,4 vs. %56,7; p=0,60). Yapısal hasar açısından bakıldığında bazal sindesmotit, bazal mSSASS, mSSASS progresyonu ve yeni sindesmotit gelişiminde gruplar arasında farklılık gösterilemedi. nr-aksSpA hastalarının ise %30'unda aile öyküsü tespit edildi. Aile öyküsü olanlarda daha sık HLA B27 pozitifliği, daha yüksek bazal mSSASS değerleri ve bazal sindesmotit sıklığı bulundu. Yine nr-aksSpA grubunda aile öyküsü olan grupta daha fazla mSSASS progresyonu tespit edildi (Tablo 2). r-aksSpA grubunda ise aile öyküsü olanlarda daha uzun semptom süresi dışında yapısal hasar veya radyolojik progresyon açısından farklılık bulunmadı.

Sonuç: AksSpA'da önemli ölçüde aile öyküsü sıklığı bulunmaktadır ve hastalık fenotipine farklı oranlarda katkıda bulunabilmektedir. Hastalık alt gruplarında özellikle radyografik hasar değerlendirmesinde hem bazal hem de takip verilerinde aile öyküsünün varlığı şiddeti artırıyor gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile öyküsü, non-radyografik aksiyel spondiloartrit, radyografik aksiyel spondiloartrit, mSSASS

Tablo 1. Aile öyküsüne göre çalışma popülasyonunun karşılaştırılması*

Değişkenler	Aile öyküsü olan (n=153)	Aile öyküsü olmayan (n=425)	p
Yaş	40,2±11,96	39,8±11,45	0,262
Kadın	69; 45,1	152; 35,8	0,042
Semptom süresi	16,6±11,7	13,6±9,4	0,045
Sigara kullanımı	105; 68,6	291; 70,1	0,797
VKİ	26,7±4,6	26,0±4,8	0,043
Bazal periferik artrit	53; 35,3	133; 35,8	0,928
Bazal topuk ağrısı	79; 52,3	166; 49,8	0,615
Bazal daktilit	3; 2,0	10; 2,6	0,647
Bazal üveit	16; 10,5	51; 13,5	0,388
Psoriasis	20; 13,1	16; 3,8	<0,001
IBH n; %	4; 2,7	18; 5,5	0,187
HLA B27 pozitifliği	83/125; 66,4	186/328; 56,7	0,060
CRP mg/dL	12,8±20,20	14,9±23,45	0,890
BASFI	3,7±2,82	3,5±3,0	0,374
BASDAI	4,3±2,3	4,2±2,2	0,615
ASDAS-CRP	2,8±1,17	2,8±1,19	0,755
BASMI	3,3±1,84	3,3±1,81	0,493
Bazal mSSASS	9,7±18,65	7,5±15,93	0,183
mSSASS progresyon	8; 15,1	35; 23,5	0,200
Bazal sindesmofit	56/126; 44,3	150/370; 40,5	0,338
Yeni sindesmofit	11/76; 14,5	46/207; 22,2	0,150
Kalça tutulumu	19/143; 13,3	49/407; 12,0	0,697

*Sürekli değişkenler ortalama ± SS; kategorik değişkenler n; % olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2. Aile öyküsünün olup olmasının r-axSpA ve nr-axSpA gruplarında karşılaştırılması*

Değişken	r-axSpA			Nr-AxSpA		
	Aile öyküsü olan (n=92)	Aile öyküsü olmayan (285)	p	Aile öyküsü olan (n=61)	Aile öyküsü olmayan (n=140)	p
Yaş	43,0±12,35	41,5±11,7	0,26	36,0±10,09	36,3±10,07	0,92
Kadın	27;29,3	70;24,6	0,36	42;68,9	82;58,6	0,16
Semptom süresi	17,5±12,25	14,1±9,62	0,045	9,1±8,76	7,1±7,34	0,13
Sigara kullanımı	69/92;75,0	210/278;75,5	0,91	36;59	81/137;59,1	0,98
VKİ	27,0±4,69	26,1±4,98	0,43	26,4±4,45	25,8±4,5	0,44
Bazal periferik artrit	33/89;37,1	94/232;38,8	0,77	20;32,8	39/130;30	0,69
Bazal topuk ağrısı	48/90;53,3	100/212;47,2	0,32	31;50,8	66/121;54,5	0,63
Bazal daktilit	2;2,2	8/243;3,3	0,59	1;1,6	2;1,5	0,92
Bazal üveit	13;14,1	36/243;14,9	0,92	3;4,9	15/136;11,0	0,23
Psoriasis	14;15,2	14;4,9	0,001	6;9,8	2;1,4	0,005
IBH n; %	2/87;2,3	9/208;4,3	0,40	2/59;3,4	9/119;7,6	0,27
HLA B27 pozitifliği	51/73;69,9	136/206;66,0	0,54	32/52;61,5	50/122;41,0	0,013
CRP mg/dL	17,8±22,98	18,1±25,72	0,89	5,1±11,4	8,9±17,0	0,38
BASFI	4,2±2,90	4,0±2,88	0,57	3,0±2,56	2,6±2,24	0,41
BASDAI	4,4±2,38	4,3±2,32	0,83	4,1±2,22	4,0±2,12	0,75
ASDAS-CRP	3,0±1,16	3,0±1,22	0,48	2,3±1,06	2,4±1,05	0,95
BASMI	3,9±1,92	3,8±1,94	0,60	2,4±1,25	2,4±1,15	0,81
Bazal mSSASS**	15,5±22,01 (34,5)	10,2±17,90 (14)	0,18	0,64±1,410 (0)	0,27±1,220 (0)	0,019
mSSASS progresyon	4/31;12,9	34/103;33,0	0,029	4/22;18,2	1/46;2,2	0,018
Bazal sindesmofit	44/78;56,4	139/257;54,1	0,71	12/48;25,0	11/113;9,7	0,011
Yeni sindesmofit	7/47;14,6	42/136;30,9	0,033	4/29;13,8	4/71;5,6	0,172
Kalça tutulumu	19/87;21,8	47/289;17,5	0,36	1/56;1,8	2/138;1,4	0,86

* Sürekli değişkenler ortalama ± SS; kategorik değişkenler n;% olarak ifade edilmiştir. **Medyan (IQR)

BASDAI'ya göre inaktif olan hastalarda tedavi kararında güncelleme yapmak gerekiyor olabilir

Hasan Kocaayan¹, Elif Durak Ediboğlu¹, Kazım Ayberk Sinci¹, Ayten Özkan¹, Gökhan Kabadayı², İdil Kurut Aysin¹, Önay Gercik³, Esra Erpek¹, Eda Otman Akat¹, Haluk Cinaklı¹, Özgür Tosun¹, Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹

¹İKCÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

³Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (AksSpA) hastalarında sonlanım ölçütlerinden BASDAI ve ASDAS-CRP arasındaki uyumsuzluk sıklığını ve uyumsuz hastaların özelliklerini belirlemek amaçlanmıştır.

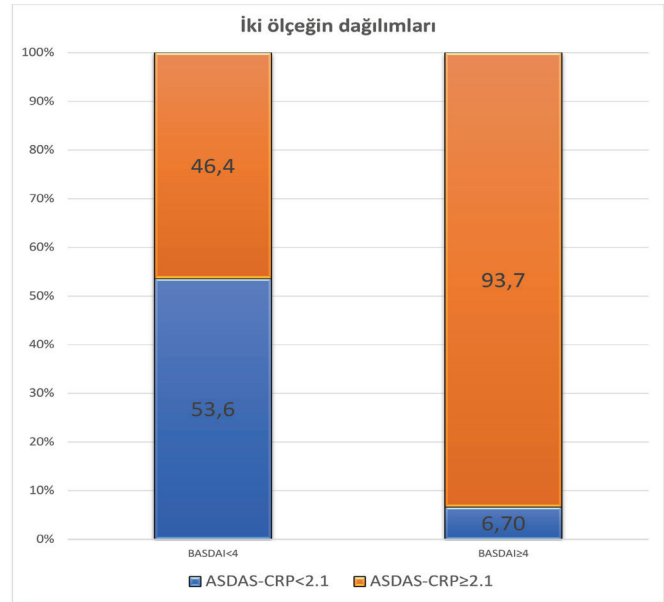
Yöntem: Tek merkez AksSpA kohortunda izlenen ve aynı ziyarette BASDAI ve ASDAS-CRP değerlerine sahip 575 hasta (ortalama yaş: 40,2±11,5; erkek cinsiyet: 358, %62,3) çalışmaya dahil edildi. Hastaların 369'u (%64,2) radyografik aksSpA (r-aksSpA) olarak sınıflandırıldı. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için 4 kestirim değeri olarak kullanıldı. ASDAS-CRP için ise 2,1 değeri kabul edildi. İki ölçüm metoduna göre değerlendirildiğinde farklılık olan hasta uyumsuz olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik, aktivite ve yapısal değerlendirmeleri elde olundu.

Bulgular: Yüz kırk altı (%25,4) hastada iki sonlanım ölçeği arasında uyumsuzluk saptandı. İki ölçeğin uyum oranı: %75,4 olarak hesaplandı (Kappa: 0,458). BASDAI'ya göre inaktif olan 274 hastanın %46,4'ü ASDAS-CRP'ye göre aktif olarak değerlendirildi (Şekil). Tüm hasta grubuna bakıldığında uyumsuz hastaların daha yüksek CRP değerlerine sahip oldukları, daha düşük oranda topuk ağrısı tanımladıkları ve daha az oranda biyolojik kullandıkları görüldü. Bu hastalar aynı zamanda daha düşük BASFI, HAQ-S ve BAS genel ağrı değerlerine sahiplerdi (Tablo). BASDAI inaktif hasta grubuna bakıldığında uyumlu ve uyumsuz hastalar arasında uyumsuz hastalar daha ileri yaşta, daha düşük eğitim seviyesine sahip ve daha fazla periferik artrit tutulumuna sahiptiler. Yine grupta

uyumsuz hastaların bazal mSSASS değerleri, bazal sindesmoit varlığı, mSSASS progresyon oranları ve BASMI değerleri daha yüksek olarak tespit edildi. Ek olarak genel gruptakilere benzer şekilde daha düşük BASFI, HAQ-S ve BAS genel ağrı skorlarına sahiptiler.

Sonuç: Hastalık aktivitesinin belirlenmesinde kullanılan iki ölçek arasında %25 hastada uyumsuzluk olduğu görülmüştür. Özellikle tedavi kararını değiştirebileceği grup olan BASDAI'ya göre inaktif hastalarda CRP yüksekliği ile birlikte ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve periferik artrit varlığı uyumsuzluk varlığında gözlenmiştir. BASDAI <4 ve uyumsuz olan hastalarda yapısal hasar bazalde ve takipte daha fazla olarak görülmüştür. Lokal önerilere göre tedavisiz kalacak bu grubun progresyon açısından durumu da göz önüne alındığında ASAS'nin ASDAS >2,1 kararını değerlendirmek uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: BASDAI, ASDAS, aksiyel spondiloartrit (AksSpA), ASDAS-CRP



Şekil 1. İki ölçeğin dağılımları

Uyum durumuna göre popülasyonunun karşılaştırılması

Değişkenler	Tüm hastalar			BASDAI <4		
	Uyumsuz olan hastalar (n=146)	Uyumlu olan hastalar (n=425)	p	Uyumsuz olan hastalar (n=127)	Uyumlu olan hastalar (n=147)	p
Yaş	41,3±10,9	39,8±11,7	0,262	41,0±10,6	36,9±10,5	0,001
Erkek	93; 63,7	285; 61,8	0,678	86;67,7	101;68,7	0,861
Semptom süresi	12,6±10,4	12,4±10,4	0,851	13,4±10,6	9,6±8,7	0,001
Tanı (r-axspa)	99;67,8	270;62,9	0,289	93;73,2	80;54,4	0,001
Sigara kullanımı	108;74,0	290; 67,8	0,160	96;75,6	81;55,5	0,001
Eğitim yılı	9,8±4,4	10,0±4,5	0,651	9,4±4,4	11,5±4,6	<0,001
VKİ	26,2±4	26,3±4,8	0,656	26,4±4,4	25,9±4,4	0,149
Bazal periferik artrit	48; 33,8	148; 35,6	0,702	40;32,3	30;21,1	0,040
Bazal topuk ağrısı	55; 37,7	195; 50,5	0,043	42;35,6	62;43,4	0,202
Bazal daktilit	4; 2,8	11; 2,6	1,0	4;3,1	2;1,4	0,321
Bazal üveit	23; 15,8	69; 16,1	0,388	16;12,6	13;9,0	0,333
Psoriasis	8; 5,5	31; 7,2	0,468	8;6,3	8;5,4	0,763
IBH	7; 5,2	16; 4,2	0,626	5;3,5	5;4,3	0,735
Kalça tutulumu	13; 9,6	45; 10,9	0,654	13;11,0	7;5,0	0,072
HLA B27 pozitifliği	65/125; 52,8	214/357; 59,9	0,169	61/101;58,1	76/129;58,9	0,899
CRP mg/dL	19,0±23,7	12,2±20,2	<0,001	21,7±24,3	3,4±3,6	<0,001
CRP>5 mg/dL	104; 71,2	212; 49,4	<0,001	104;81,9	33;22,4	<0,001
Bazal mSSASS	8±17,0	8,2±16,9	0,443	9,4±17,7	5,4±14,1	0,005
Bazal sindesmofit	57/121;47,1	145/367;39,5	0,141	54/106;50,9	29/127;22,8	<0,001
mSSASS progresyon	14/41;34,1	30/149;20,1	0,06	14/38;36,8	8/54;14,8	0,015
Yeni sindesmofit	13/60;21,7	43/210;20,5	0,841	13/54;24,1	8/69;11,6	0,06
Biyolojik tedavi	23; 16,0	108; 25,4	0,020	21;16,8	26;17,8	0,827
BASFI	2,5±2,0	4,0±3,1	<0,001	2,3±2,0	1,2±1,4	<0,001
BASFI<4	112; 77,2	209; 49,2	<0,001	102;81,0	136;94,4	0,001
ASQOL	7,1±4,5	4,2±2,2	<0,001	7,0±4,7	4,6±3,9	<0,001
HAQ-S	0,62±0,5	0,9±0,7	<0,001	0,6±0,5	0,3±0,4	<0,001
BAS-genel Ağrı	3,4±2,5	4,9±3,0	<0,001	3,2±1,2	2,0±1,8	<0,001
BASMI	3,2±1,7	3,4±1,8	0,420	3,3±1,8	2,4±1,3	<0,001

*Sürekli değişkenler ortalama ± SS; kategorik değişkenler n; % olarak ifade edilmiştir

PP-058

Aksiyal spondiloartritli hastalarda vücut kitle indeksi yapısal hasarın ilerlemesinde rol oynuyor olabilir

Esra Erpek¹, Elif Durak Ediboğlu¹, Kazım Ayberk Sinci², Gökhan Kabadayı¹, Eda Otman Akat¹, Haluk Cinaklı¹, İdil Kurut Aysin¹, Ayten Özkan¹, Hasan Kocaayan¹, Gülay Alp¹, Mustafa Özmen¹, Sercan Gücenmez¹, Özgür Tosun², Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmada aksiyal spondiloartritli (axSpA) hastaların bazal vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri ile bazal mSASSS skoru, sindesmofit varlığı ve izlemde hasarın progresyonu arasındaki ilişkiyi gözden geçirmeyi amaçladık. Ayrıca bu analizde VKİ ile hastalık aktivite ve fonksiyon ölçekleri arasındaki ilişki de değerlendirildi.

Yöntem: “Uluslararası Spondiloartrit Değerlendirme Cemiyeti” [Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)] kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan 657 [431 (%65,6) r-axSpA ve 226 (%34,4) nr-axSpA] hasta çalışmaya dahil edildi. Sürekli değişkenler ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR), kategorik değişkenler yüzde ile ifade edildi. Gruplar arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Korelasyon analizi için ise spearman korelasyon testi uygulandı. mSASSS progresyonu; en az iki yıl ara ile çekilen grafilerde 1 birim veya daha fazla mSASSS skor artışı olarak tanımlandı. mSASSS skor artışı ve/veya yeni sindesmofit oluşumu radyolojik progresyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Analize dahil edilen hastaların 243’ü (%37) kadındı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 39,9±11,7’di. Hastalar VKİ <30 ve VKİ ≥30 olacak şekilde iki gruba ayrıldıklarında; gruplar arasında yaş, eğitim süresi,tanı yaşı,septom süresi anlamlı olarak farklıydı. BASDAI, C-reaktif protein ve sedimentasyon değerleri gruplar arasında benzerdi; BASFI, BASMI, aynı dönemde ölçülen açlık kan şekeri, trigliserid, total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein düzeyleri ve aspartat aminotransferaz değerleri VKİ

≥30 olan grupta anlamlı olarak yüksekti (Tablo 1). Gruplar arasında bazal mSASSS ve lomber vertebra mSASSS skorları benzer iken mSASSS servikal skorları anlamlı olarak farklıydı. VKİ'nin diğer parametrelerle olan korelasyonuna baktığımızda yaş, bazal mSASSS, bazal servikal ve lomber mSASSS skoru, servikal sindesmotit varlığı, yeni sindesmotit oluşumu, radyolojik progresyon ve BASMI ile arasında pozitif, eğitim süresi ile arasında negatif korelasyon görüldü (Tablo 2). VKİ'nin kalça tutulumuna etkisi olmamakla birlikte; kalça tutulum progresyonu ile arasında negatif korelasyon gözlemlendi.

Tablo 1. Vücut kitle indeksine göre kategorize edilen aksiyal spondiloartrit hastalarının demografik ve bazı klinik özellikleri

	VKİ <30* n=453 (%80,7)	VKİ ≥30* n=109 (%19,3)	P**
Yaş	37 (15,5)	44 (12)	<0,001
Eğitim yılı	11 (8)	8 (7)	<0,005
Tanı yaşı	32,5 (15)	38 (62)	<0,001
Tanı süresi	1 (7)	3 (10)	<0,05
Semptom süresi	10 (11)	14 (16)	<0,001
BASDAI	3,7 (3,6)	3 (3,8)	0,942
BASFI	2,8 (4,7)	4,1 (4,4)	<0,05
BASMI	3 (2,8)	2,8 (2,7)	<0,001
Sedimentasyon	19 (28)	15 (7)	0,215
C-Reaktif protein	6,6 (16,7)	7,8 (8,2)	0,097
Açlık kan şekeri	93 (13)	99 (17,25)	<0,001
Trigliserid	101 (64)	135 (80,5)	<0,001
Total kolesterol	184 (52,25)	201 (43,25)	<0,005
LDL	116 (46)	127,5 (43,75)	<0,05
HDL	43 (13)	44 (18)	0,364
Kreatinin	0,75 (0,15)	0,77 (0,18)	<0,05
AST	16 (6)	19 (8)	<0,005
mSASS skoru bazal	0 (8)	2 (9)	0,123
mSASS skoru servikal	0 (2)	0 (4)	<0,05
mSASS skoru lomber	0 (0)	0 (4)	0,301

*Değerler medyan (IQR) olarak sunulmuştur, ** Mann-Whitney U test sonuçlarına göre p değeri verilmiştir

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları VKİ'nin hem bazal yapısal hasar hem de yapısal hasarın ilerlemesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. VKİ yüksekliğinin veya aşırı kilonun hastalık progresyonuna etkisinin mekanik faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak VKİ'nin bazalde lomber değil servikal sindesmotit ile ilişkili bulunması disfonksiyonel yağ dokusundan TNF-alfa, IL-6 gibi proenflamatuvar ve IL-10, adiponektin gibi anti-enflamatuvar sitokinlerin salınımının azalması ile de hasar patogeneze katkı olabileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: ax-SpA, mSASSS, BMI, VKİ, progresyon

Tablo 2. Vücut kitle indeksinin hastalık aktivitesi ve radyolojik tutulum ile korelasyonu

	VKİ r	VKİ p
Yaş	0,280	<0,001
Eğitim yılı	-0,085	<0,05
CRP	0,053	0,219
BASDAI	-0,027	0,531
BASFI	0,051	0,235
ASDAS-Crp	-0,016	0,710
BASMI	0,103	<0,05
Radyolojik olarak kalça tutulumu gösterilen hastalar	-0,024	0,502
Radyolojik olarak kalça tutulumu progrese olan hastalar	-0,123	<0,05
Bazal mSASSS	0,135	<0,05
Bazal mSASS Servikal Skor	0,135	<0,05
Bazal mSASS Lomber Skor	0,103	<0,05
Servikal sindesmotit varlığı	0,143	<0,005
Lomber sindesmotit varlığı	0,84	0,076
Yeni servikal sindesmotit oluşumu	0,102	0,132
Yeni lomber sindesmotit oluşumu	0,90	0,170
Yeni sindesmotit oluşumu	0,134	<0,05
Radyolojik Progresyon (Progresyon tanımına uygun mSASSS artışı ve/veya yeni sindesmotit oluşumu)	0,201	<0,005

Aksiyal spondiloartritli kişilerde ilerlemiş spinal tutulumu predikte eden faktörler: Gerçek yaşam verileri

Bayram Farisoğulları, Gözde Kübra Yardımcı, Emre Bilgin, Emine Sarıyıldız, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Güllü Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdiç Ünalı, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, Umur Kalyoncu, İhsan Ertenli

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

Amaç: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik veri tabanında (HUR-BIO) ilerlemiş spinal tutulum (bambu omurgası/ileri spinal ankiloz ve sadece bambu omurga) gelişimi ile ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: HUR-BIO, biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) tedavileri ile ilişkili verilerin kaydedildiği prospektif, tek merkezli bir veri tabanıdır. HUR-BIO'da bDMARD tedavisi gören 770 aksSpA hastası, hem lomber hem de servikal lateral radyografilere sahipti ve çalışmaya dahil edildi. Bambu omurga, lomber ve servikal omurgaların tam bir füzyonu ile birlikte BASRI-omurga (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index-Spine) indeksinde grade 4 olarak tanımlandı. İleri spinal ankiloz, bambu omurga olmadan lomber ve/veya servikal omurgada en az iki komşu vertebrada intervertebral köprüleşme ve/veya füzyon varlığı olarak tanımlandı. Bambu omurga/ileri omurga hastalığı ve sadece bambu omurga ile ilişkili öngörücüleri belirlemek için değişkenler grubu çok değişkenli (multivariable) lojistik regresyon ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmada ileri spinal ankilozlu 99 hasta ve bambu omurgalı 78 hasta vardı. İleri yaş (OO 1,12; %95 GA 1,07-1,17), erkek cinsiyet (OO 4,26; %95 GA 1,75-10,41), tanı gecikmesinin ≥ 24 ay olması (OO 2,7; %95 GA 1,27-5,74), obezite (OO 4,03; %95 GA 1,53-10,64), kalça tutulumu (OO 4,94; %95 GA 1,94-12,6), sigara ≥ 10 paket/yıl (OO 2,28; %95 GA 1,05-5,2) bambu omurgası/ileri spinal ankiloz ile anlamlı olarak ilişkili faktörlerdi. Benzer şekilde ileri yaş (OO 1,17; %95 GA 1,09-1,30), erkek cinsiyet (OO 8,31; %95 GA 2,09-33,1), obezite (OO 5,15; %95 GA 1,25-21,27), kalça tutulumu (OO 4,74; %95 GA 1,32-16,96) ve sigara ≥ 10 paket/yıl (OO 3,19; %95 GA 1,03-9,89), sadece bambu omurgası gelişimi ile istatistiksel olarak anlamlılık gösteren prediktörlerdi (Tablo).

Sonuç: İlerlemiş spinal ankiloz ve bambu omurga gelişiminin öngörücülerine ilişkin veriler çok sınırlıdır. Bu çalışmada ileri yaş, erkek cinsiyet, tanı gecikme, obezite, kalça tutulumu ve sigara kullanımının aksSpA'da ilerlemiş spinal tutulumu öngören faktörler olduğunu gösterdik. Bu sonuçlar, aksSpA'da ileri spinal tutulumun önlenmesine yardımcı olmak için hastalar ve sağlık profesyonellerine yol göstermede kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, bambu kamışı, ilerlemiş spinal hastalık, prediktör, risk faktörleri

Tablo 1. Bambu omurga/ileri omurga ankilozu ve sadece bambu omurga gelişiminin prediktörleri

Değişkenler	Çok Değişkenli (Multivariable) Model			
	Bambu omurga/ileri spinal ankiloz		Bambu omurga	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Yaş	1,12 (1,07-1,17)	<0,001	1,17 (1,09-1,30)	<0,001
Erkek cinsiyet	4,26 (1,75-10,41)	0,001	8,31 (2,09-33,10)	0,003
Tanı gecikmesi (≥ 24 ay vs <24 ay)	2,70 (1,27-5,74)	0,01	2,39 (0,85-6,71)	0,09
BMI		0,019		0,074
- 25 ile < 30 (vs <25)	2,05 (0,77-5,46)	0,15	3,37 (0,84-13,60)	0,087
- ≥ 30 (vs <25)	4,03 (1,53-10,64)	0,005	5,15 (1,25-21,27)	0,024
Kalça tutulumu (var vs yok)	4,94 (1,94-12,6)	0,001	4,74 (1,32-16,96)	0,017
Sigara (≥ 10 paket/yıl vs <10 paket/yıl)	2,28 (1,05-5,20)	0,049	3,19 (1,03-9,89)	0,044
SpA aile öyküsü (Birinci derece; var vs yok)	1,67 (0,61-4,57)	0,32	2,82 (0,79-10,06)	0,11
Üveit öyküsü (var vs yok)	1,04 (0,39-2,74)	0,94	1,19 (0,33-4,29)	0,79
SSZ kullanımı (var vs yok)	0,6 (0,17-2,07)	0,42	2,09 (0,39-11,28)	0,39
Kortikosteroid kullanımı (var vs absent)	0,69 (0,27-1,75)	0,43	0,73 (0,18-2,97)	0,66

PP-060

bDMARD ile tedavi edilen hastalarda psoriatik artrit hastalık aktivitesindeki değişiklikler ile komorbiditeler arasındaki ilişki

Gizem Ayan¹, Nilüfer Ecem Gezerer², Emre Bilgin¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Bayram Farisoğulları¹, Emine Duran¹, Zehra Özsoy¹, Güllü Sandal Uzun¹, Mustafa Ekici¹, Erdiç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umur Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) hastalarını etkin bir şekilde tedavi etmek için tanınması ve yönetilmesi gereken komorbiditeler psoriatik hastalıkta yaygındır. Bununla birlikte, bDMARD gerektiren hastalarda belirli komorbiditelerin hastalık aktivitesi üzerindeki etkisine ilişkin veriler çok küçüktür. Amacımız bDMARD altındaki PsA hastalarında hastalık aktivitesi ile komorbiditeler arasındaki ilişkiyi anlamaktır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanı (HUR-BIO) 2005 yılında kurulmuş ve 2021 yılına kadar dahil edilen 520 PsA hastasının verileri analiz edilmiştir. Dahil edilen tüm hastalarda PsA tanısı romatolog tarafından konulmuştur. DAS-28 skoru (son vizitte) ve tüm komorbiditeler bDMARD başlangıcından sonra olacak şekilde saptandı. DAS-28 remisyonu üzerinde etkisi olan komorbiditeleri anlamak için çok değişkenli analiz yapıldı.

Bulgular: bDMARD'dan sonra DAS-28 skoru mevcut olan olan 469 hasta vardı ve medyan (IQR) 28 (61) ay sonrasında bu skor hesaplanmıştır. DAS-28 skoru 2,6'nın altında olan 214/469 (%45,6) hasta mevcuttu. DAS-28 remisyonundaki hastalar daha gençti, remisyon kadınlarda daha az sıklıkta ve başta VKİ, diabetes mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) olmak üzere komorbiditeler de daha az sıklıkta bulundu (Tablo). Çok değişkenli analizde erkek cinsiyette belirleyici faktör

bulunamamıştır. Kadınlarda ise sigara kullanımı, komorbidite varlığı, bDMARD başlangıcında VKİ, biyolojik ajanların başlama yaşı, biyolojik DMARD başlangıcında DM, biyolojik DMARD başlangıcında HT, koroner arter hastalığı ve KVH risk faktörleri analize dahil edildi ve biyolojik DMARD başlangıç VKİ [OR 1,06 (%95 GA 1,02-1,11)] ve biyolojik DMARD başlangıç DM [OR 3,08 (%95 GA 1,14-8,30)] varlığının DAS-28 remisyonu üzerinde önemli etkisi olduğunu ortaya çıkardı.

Sonuç: Önceki veriler obezite, hipertansiyon ve Charlson komorbidite indeksinden en az 1 puanın tedavi sonuçları için kötü prognoz faktörleri olduğunu göstermiştir. Verilerimiz BMI ve DM varlığının kadın PsA hastalarında bDMARD tedavi yanıtını etkileyen faktörler olarak belirlendiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, komorbidite, PsA

Tablo. DAS-28 skoruna göre remisyona ile komorbiditeler arasındaki ilişki

Parametreler	DAS-28 ≤2,6 (n=214)	DAS-28 >2,6 (n=255)	p
Yaş, ortalama (SS), yıl	43,8 (11,7)	47,5 (12,5)	0,001
PsA tanı zamanında yaş, ortalama (SS), yıl	36,8 (11,5)	41,6 (11,7)	<0,001
Cinsiyet, kadın, n (%)	115 (53,7)	211 (82,7)	<0,001
Komorbidite sayısı	1,54 (0,98)	1,98 (1,31)	<0,001
Komorbidite (evet/hayır)	67 (31,9)	118 (47,6)	0,001
Komorbidite dağılımı			
- No	143 (68,1)	130 (52,4)	0,001
- 1 Komorbidite	38 (18,1)	47 (19,0)	
- ≥2 Komorbidite	17 (8,1)	36 (14,5)	
- ≥3 Komorbidite	12 (5,7)	35 (14,1)	
Vücut kitle indeksi (VKİ)	28,1 (5,4)	30,3 (5,9)	<0,001
VKİ >30, n (%)	70 (32,9)	123 (48,4)	0,001
Diabetes mellitus, n (%)	10 (4,7)	35 (13,7)	0,001
Hipertansiyon, n (%)	29 (13,6)	71 (27,8)	<0,001
Total kolesterol >240, n (%)	8 (10,5)	22 (28,6)	0,019
Tiroid hastalığı	20 (9,8)	43 (17,3)	0,02

PP-061

Biyolojik tedavi altındaki psoriatik artrit hastalarında pelvis grafisi bulguları ve progresyon oranları

Gizem Ayan¹, Abdurrahman Sadıç², Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Bu çalışma, biyolojik tedavi altındaki PsA kohortunda takip sırasında genel pelvis radyografisi bulgularını ve progresyon oranlarını ortaya koymayı amaçlamıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanından (HUR-BIO) alınan PsA hastalarının pelvis radyografileri retrospektif olarak değerlendirildi. Sakroileit ve iskiüm/iliyak kanat/büyük-küçük trokanterik entezopatiyi değerlendirmek için modifiye New York (mNY) kriterleri kullanıldı ve simfizis pubis osteitis değerlendirmeleri evre 0, değişiklik yok, 1, minimal değişiklik ve evre 2 ve üzeri anlamlı değişiklik olarak skorlandı. Kalça tutulumu BASRI-kalça skoru kullanılarak puanlandı ve protez verileri not edildi. Tüm değerlendirmeler deneyimli bir romatolog (UK) tarafından yapıldı ve şüphelenilen olgularda deneyimli başka bir romatolog tarafından olgular gözden geçirildi (LK) ve fikir birliğine varıldı.

Bulgular: İlk radyografi sırasında ortalama (SS) yaşı 43,3 (12) olan toplam 273 hasta (kadınların %69,6'sı) dahil edildi. İlk radyografik değerlendirmelerinde medyan (IQR) PsA süresi 2 (7) yıldır. Başlangıç grafilerinde hastaların 10'unda (%3,7) transizyonel vertebra ve 137'sinde (%50,2) mNY kriterlerine göre sakroileit olduğu görüldü. Sakroileiti olmayan hastalardan, 67 hastanın radyografik takip verisi mevcuttu. Ortalama (SS) 47,1 (37) ay sonra, 16'sı (%23,8) mNY kriterlerine göre sakroileite ilerledi. Majör entezopatiler ile ilgili olarak, hastaların %26,8'inde iskiüm entezopatisi, %19,3'ünde simfizis pubis tutulumu ve %13,2'sinde iliyak kanat entezopatisi vardı (Tablo). Dört kalça eklemde protez ihtiyacı gözlemlendi ve 4 kalça eklemde protez mevcuttu. mNY kriterlerini karşılama ile iliak, iskiüm ve pubis tutulumunun ≥2 olması arasında korelasyon yoktu. Öte yandan, iskiüm entezopatisi ≥2 olduğunda (p=0,013) veya iliyak kanat entezopatisi ≥2 olduğunda (p=0,0001) omurgada herhangi bir sindesmotit daha sık görüldü.

Sonuç: İleri tedavi modaliteleri gerektiren PsA'lı hastaların yarısında ortanca 2 yıllık hastalık süresinde sakroileit vardı, geri kalanın taktipte sakroileite ilerleyebildiği gösterildi. Hastaların yarısından fazlasında majör entezopati tutulumu da görüldü. Ancak bu radyografik değişiklikleri klinik semptomlarla ilişkilendirmek için ileri değerlendirmeler gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Konvansiyonel grafi, biyolojik, progresyon

Majör enteseal tutulum ve BASRI-kalça skorlarının ve progresyon oranlarının dağılımı

Lokasyon	Evre	İlk değerlendirme N (%)	Progresyon oranı*
İskiyum (n=164)	4	0	9/65 (13,8)
	3	11 (6,7)	
	2	33 (20,1)	
	1	74 (45,1)	
	0	46 (28)	
Simfizis pubis (n=191)	4	0	8/78 (10,2)
	3	5 (2,6)	
	2	32(16,8)	
	1	60 (31,4)	
	0	94 (49,2)	
İliak kanat (n=174)	4	0	3/72 (4,1)
	3	9 (5,2)	
	2	14 (8,0)	
	1	28 (16,1)	
	0	124 (71,3)	
BASRI skoru (sağ) (n=220)	4	3 (1,4)	0
	3	2 (0,9)	
	2	1 (0,5)	
	1	0	
	0	214 (97,3)	
BASRI skoru (sol) (n=219)	4	0	0
	3	4 (1,8)	
	2	2 (0,9)	
	1	0	
	0	213 (97,3)	
Trokanter majör enteziti (sağ) (n=204)	4	0	NA
	3	1 (2,5)	
	2	4 (2)	
	1	5 (2,5)	
	0	194 (95,1)	
Trokanter majör enteziti (sol) (n=203)	4	0	NA
	3	2 (1)	
	2	1 (0,5)	
	1	5 (2,5)	
	0	195 (96,1)	
Trokanter minör enteziti (sağ) (n=203)	4	0	NA
	3	0	
	2	0	
	1	0	
	0	203	
Trokanter minör enteziti (sol) (n=203)	4	0	NA
	3	0	
	2	0	
	1	1 (0,5)	
	0	202	
* Derecede bir birim artış olarak tanımlanır	4	0	
	3	3	
	2	2	
	1	1	
	0	0	

PP-062

PsA ve RA hastalarında koroner arter hastalığı daha sıklıkla prematür karakter göstermektedir

Gizem Ayan¹, Güllü Sandal Uzun¹, Ömer Denizhan Tatar², Nilüfer Ecem Gezerer², Emre Bilgin¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Bayram Farisoğulları¹, Emine Duran¹, Zehra Özsoy¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, bDMARD kullanan romatoid artrit (RA) ve PsA hastalarında koroner arter hastalığı (KAH) ve erken KAH sıklığını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi biyolojik veri tabanına (HUR-BIO) kayıtlı bDMARD kullanan hastalarda KAH varlığı, anjiyografi raporlarına veya koroner bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre belirlendi. Prematür KAH, erkeklerde 55 yaşından, kadınlarda 65 yaşından önce KAH öyküsü olarak tanımlanır. Hastaların demografik özellikleri ve diğer komorbid durumları da not edildi. Hastaların ilk DMARD başlangıcından önceki hastalık aktivitesi (DAS-28) ve fonksiyonel durumu (HAQ-DI) kaydedildi.

Bulgular: Beş yüz seksen bir (%75,4 kadın) RA ve 520 (%69,4 kadın) PsA hastası değerlendirildi. Hastaların yaşları ve hastalık süreleri şu şekildedir; RA, ortalama (SS) yaş 52,1 (13,9), hastalık süresi 5,3 (2,1) yıl, PsA ortalama (SS) yaş 48,7 (12,5), hastalık süresi 9,2 (6,4). İlk bDMARD başlangıcında RA'lı 43/581 (%7,4) hasta ve PsA'lı 12/486 (%2,4) hastada KAH vardı (p<0,001). RA hastalarında 32 (23) ay ve PsA hastalarında 49 (88,5) aylık medyan (IQR) takip sonrasında 59 (%11,2) hastada, PsA hastalarında 32 (%6,6) hastada KAH saptandı, p=0,01. RA hastalarının 39/59'u (%66,1) erken KAH'ye sahipken, 18/32'si (%56,3) PsA hastaları erken KAH'ye sahipti (Tablo).

Sonuç: Normal popülasyonda prematür KAH sıklığı %10 iken, RA hastalarının üçte ikisinde ve PsA hastalarının %55'inde KAH prematür karakterdedir. Toplum temelli geniş bir çalışmada, RA hastalarında normal popülasyona göre erken KAH sıklığının arttığı bulunmuş, ancak PsA hastalarında benzer bir fark gözlenmemiştir. bDMARD kullanan ciddi bir hasta grubunu incelediğimiz gerçek yaşam verilerinde hem RA hastalarında hem de PsA hastalarında KAH alt tipinin prematür karakterde olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: PsA, RA, KAH

Tablo. Prematür KAH olan/olmayan RA ve PsA hastalarının özellikleri

	RA			PsA		
	Prematür KAH (n=38)	Non-prematür KAH (n=21)	p	Prematür KAH (n=18)	Non-prematür KAH (n=14)	p
Cinsiyet, n (%)	29 (76,3)	9 (42,8)	0,01	10 (55,5)	10 (71,4)	0,36
Yaş, ortalama (SS), yıl	56,6 (8,9)	72,7 (7,1)	<0,001	59,9 (8,2)	69,1 (6,3)	0,002
PsA süresi, ortalama (SS), yıl	5,5 (2,1)	6,0 (1,7)	0,34	13,3 (8,9)	12,6 (9,5)	0,83
Sigara (herhangi bir zamanda), n (%)	22 (57,9)	11 (52,4)	0,80	16 (88,9)	5 (35,7)	0,002
VKİ >30, n (%)	19 (52,3)	7 (35,0)	0,20	8 (44,4)	11 (78,5)	0,051
HT (herhangi bir zamanda), n (%)	23 (63,9)	14 (66,7)	0,89	11 (61,1)	13 (92,8)	0,040
DM (herhangi bir zamanda), n(%)	20 (57,1)	9 (52,9)	0,77	4 (22,2)	6 (42,8)	0,45
LDL >130 (herhangi bir zamanda), n (%)	29	12	0,13	11 (61,1)	5 (35,7)	0,14
DAS-28, ortalama (SS)	4,7 (1,1)	4,2 (1,2)	0,11	4,7 (1,4)	4,5 (1,5)	0,72
HAQ (0-3), ortalama (SS)	1,41 (0,7)	1,05 (0,8)	0,079	0,7 (0,6)	1,3 (0,7)	0,13

RA: Romatoid artrit, PsA: Psoriatik artrit, KAH: Koroner arter hastalığı, VKİ: Vücut kitle indeksi, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus

PP-063

bDMARD kullanan PsA hastalarında dislipidemi sıklığı ve tedavi oranları

Nilüfer Ecem Gezerer¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin², Gözde Kübra Yardımcı², Ertuğrul Çağrı Bölek², Bayram Farisoğulları², Emine Duran², Zehra Özsoy², Güllü Sandal Uzun², Mustafa Ekici², Erdiç Ünalı², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Ali İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu²

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

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

Amaç: Dislipidemi, psoriatik artrit (PsA) hastalarında görülen komorbiditeler arasında önde gelen, tedavi edilebilir-düzeltililebilir bir faktördür. Uluslararası PsA tedavi rehberleri, lipid düşürücü tedavinin romatologlar tarafından uluslararası/ulusal dislipidemi kılavuzlarında belirtilen doğrultuda yapılmasını önermiştir. Biz de bu çalışmada bDMARD kullanan PsA hastalarında dislipidemi sıklığını ve hiperlipidemi tedavi oranlarını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri tabanına (HUR-BİO) 2021 yılına kadar kaydedilmiş 520 PsA hastası dahil edildi. Tüm hastalarda PsA tanısı romatologlar tarafından konuldu. PsA tanısındaki bDMARD başlangıcındaki ve son vizitteki lipid profilleri kaydedildi. Total kolesterol (TK), trigliserit (TG), HDL-kolesterol (HDL-K) ve LDL-kolesterol (LDL-K) değerleri Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Kılavuzu'na göre optimal, sınırdaki yüksek ve yüksek olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Yüz elli dokuz (%30,6) hastanın lipid profili tanıda, 161 (%30,9) hastanın bDMARD başlangıcında, 203 (%39,0) hastanın da son vizitte bilinmekteydi. Tanı ile bDMARD başlangıcı arasındaki süre ortalama 2,8 yıl; bDMARD başlangıcı ve son vizit arasındaki süre ise ortalama 3,7 yıldır. Buna göre TK yüksekliği, sınırdaki TG yüksekliği ve LDL-K yüksekliğinin zaman içerisinde artış gösterdi. PsA tanısı anında, bDMARD başlangıcında ve son vizitteki değerler sırasıyla şu şekildeydi: TK yüksekliği (%14,3, %17,1 ve %28,0), sınırdaki TG yüksekliği (%20,4, %27,7 ve %40,5) ve LDL-K yüksekliği (%17,0, %24,0 ve %27,9). HDL -K düşüklüğü izlem

sürecinde erkeklerde bir miktar düzelmisti (%33,3, %29,4 ve %23,1) fakat kadınlarda belirgin değişim göstermedi. Son vizitte lipid değerleri bilinen hastaların %8,4'ünün LDL-K >190 mg/dL olduğu görülmeye rağmen lipid düşürücü tedavi kullanımının %4,5 ile sınırlı olduğu görüldü.

Sonuç: PsA hastalarında kardiyovasküler komorbiditeler arasında en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biri dislipidemidir. Ancak günlük pratikte art-ihiperlipidemik ilaç kullanım oranları önemli ölçüde düşüktür. Tüm önerilerde komorbiditelerin yönetimi vurgulansa da gerçek hayatta bu konuda daha çok yol alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dislipidemi, komorbiditeler, psoriatik artrit

Tablo: Lipid profillerinin PsA tanısı, bDMARD başlangıcı ve son vizit sırasındaki değerleri

Lipid Değerleri (mg/dL)	PsA Tanı Sırasında n= 159	bDMARD Başlangıç Dönemi n=161	bDMARD Son Vizit n= 203
Total Kolesterol (TK) ortalama (SD)	195 (42)	201 (43)	214 (47)
- TK <200 (optimal) %	56,5	52,8	45,3
- TK 200-239 (sınırdaki) %	27,2	30,1	25,7
- TK >240 (yüksek) %	14,3	17,1	28,0
Trigliserit (TG) ortalama (SD)	115 (52)	132 (90)	158 (103)
- TG <150 (optimal) %	79,6	71,7	58,0
- TG 150-499 (sınırdaki) %	20,4	27,7	40,5
- TG 500-880 (yüksek) %	0	0	1,0
- TG ≥ 880 (siddetli yüksek) %	0	0,6	0,5
HDL-K ortalama (SD)	51,8 (13,1)	50,6 (13,0)	53,2 (12,5)
- ≥60 (optimal) %	20,6	20,4	25,6
- Erkeklerde 40-59 (sınırdaki) %	54,6	60,8	52,3
- Kadınlarda 50-59 (sınırdaki) %	32,3	24,5	30,3
- Erkeklerde <40 (düşük) %	33,3	29,4	23,1
- Kadınlarda <50 (düşük) %	32,3	39,6	33,8
LDL-K ortalama (SD)	126 (33)	132 (37)	139 (36)
- LDL-K <100 (optimal) %	21,4	21,1	14,2
- LDL 130-159 (sınırdaki) %	22,5	25,1	27,0
- LDL>160 (yüksek) %	17,0	24,0	27,9
- LDL>190 (çok yüksek) %	4,4	6,3	8,4
Anti-hiperlipidemik ilaç n (%)	5/266 (1,9)	10/314 (3,2)	22/491 (4,5)

Psoriatik artritli hastalarda lateral ve AP radyografileri farklı bir süreci mi temsil ediyor?

Gizem Ayan¹, Abdurrahman Sadıç², Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı, lomber AP radyografilerinin PsA hastalarında sindesmofitlerin değerlendirilmesine ek bir katkısının olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: bDMARD tedavisi alan 274 PsA hastasının lomber lateral radyografileri (n=182) ve AP (n=144) radyografileri değerlendirildi. Lateral lomber radyografilerde her lomber vertebra ünitesi T12 alt ve S1 üst uç arasında değerlendirildi. AP grafiplerde, L1-L5 arasındaki alanlar, sağ-sol, üst ve alt vertebra birimleri olarak değerlendirildi. Sindesmofitler şu şekilde sınıflandırıldı; köşe ve/veya marjinal olmayan sindesmofitler ve köprü oluşturan sindesmofitler.

Bulgular: Yüz seksen iki hastanın lomber radyografileri çekildiği sırada ortalama (SS) yaşı 44,9 (12,7) yıl ve ortalama (SS) PsA süresi 4,8 (6,1) yıl idi. Kadınların oranı ise %70,3 saptandı. Lateral lomber grafipler değerlendirildiğinde 42/182 (%23,1) hastada en az bir sindesmofit saptandı. Bu 42 hastada 41'i köprü, 39'u köşe sindesmofit olmak üzere toplam 80 sindesmofit vardı. Sindesmofitlerin dağılımı tabloda gösterilmiştir. Lomber lateral grafide en az bir sindesmofit saptanan hastalarda ortalama sindesmofit sayısı 80/42'dir (1,9). En az bir sindesmofiti olan hastalarda, 14/42 (%33,3) hastada lateral radyografilerde görülmeyen ancak AP röntgeninde ek sindesmofitler görüldü. Dağılımları şu şekildedir: L1 (4 hasta), L2 (3 hasta), L3 (2 hasta), L4 (6 hasta) ve L5 (1 hasta). Ayrıca lomber AP grafişinde 11 köşe sindesmofit ve 5 köprü sindesmofit saptandı. Lomber ve AP grafişleri birlikte değerlendirildiğinde 44/182 (%24,2) hastada en az bir sindesmofit saptandı. Lomber lateral ve AP grafişleri birlikte değerlendirildiğinde sindesmofitli 44 hastada 46 köprü ve 50 köşe sindesmofit olmak üzere 96 sindesmofit saptandı. Ortalama sindesmofit sayısı 44 hastada 96 (hasta başına 2,2) idi.

Sonuç: AP radyografiler, konvansiyonel radyografi skorlarında dikkate alınmamaktadır. PsA hastalarının lateral radyografilerinde yaklaşık dörtte birinde sindesmofitler bulunur ve ortalama sindesmofit sayısı yaklaşık 2'dir. En az bir sindesmofiti olan hastaların sindesmofit olan hasta sayısında anlamlı bir değişikliğe neden olmamakla birlikte, PsA hastalarında AP radyografilerinin kullanılmasının toplam skorda artışa neden olabileceği akıld tutulmalıdır. PsA ve SpA hastaları arasında fark olup olmadığı ileriki çalışmalarda araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: PsA, radyografi, lateral, AP

Tablo. Sindesmofitlerin dağılımı

Lateral grafişler	Sindesmofit olan hasta sayısı	Toplam sindesmofit sayısı	Köprüleşen sindesmofit sayısı	Köşe sindesmofit sayısı
L1 alt-L2 üst	14	29	16	13
L2 alt-L3 üst	14	21	12	9
L3 alt-L4 üst	15	21	10	11
L4 alt-L5 üst	4	6	2	4
L5 alt-S1 üst	2	3	1	2

Psoriatik artrit hastalarında bDMARD öncesi ve sonrası vücut kitle indeksi değişimi

Nilüfer Ecem Gezerer¹, Gizem Ayan², Gözde Kübra Yardımcı², Ertuğrul Çağrı Bölek², Bayram Farisoğulları², Emine Duran², Zehra Özsoy², Güllü Sandal Uzun², Mustafa Ekici², Erdiñç Ünalı², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Ali İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu²

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

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

Amaç: Obezite, psoriatik artrit (PsA) hastalarında önemli bir komorbiditedir. PsA hastalarında biyolojik DMARD (bDMARD) kullanımının vücut kitle indeksine (VKİ) etkisinin ne olduğu önemli bir klinik sorudur. Bu nedenle biz de bu çalışmada bDMARD kullanımının VKİ üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanına (HUR-BİO) 2021 yılına kadar kaydedilmiş 520 PsA hastası dahil edildi. Tüm hastalarda PsA tanısı romatologlar tarafından konuldu. Hastaların bDMARD başlangıcından önce ve izlem süresince kaydedilmiş VKİ değerlerindeki değişimler incelendi. Hastalar VKİ değerlerinin 30 kg/m² ve üzeri olmasına göre gruplandırıldı.

Bulgular: bDMARD başlangıcında 497 hastanın VKİ değeri biliniyordu. Hastaların %69'u kadını ve bDMARD başlangıcında ortalama yaş 42,3'tü (±12,2). Ortalama PsA süresi 2,8 (±5,2) yıldır. Başlanan bDMARD'ler adalimumab (n=247, %49,7), etanercept (n=78, %15,7), infliksimab (n=75, %15,1), sertolizumab (n=46, %9,2), golimumab (n=333, 6,6) diğer (n=17, %3,4) idi. bDMARD başlangıcında ortalama VKİ 29,2 (±5,8), ortanca VKİ 28,6 (min: 16,4- maks: 49,8) olarak hesaplandı. VKİ <25, 25-30, 30-35, 35-40 ve >40 olan hastaların sıklığı sırası ile %23,3, %35,7, %24,9, %11,7 ve %3,4'tü. bDMARD başlangıcında kadınlar erkeklere göre bir miktar daha kiloluydu [29,6 (±6,1) karşı 28,3 (±4,9), p=0,021] ve obezite (VKİ ≥30 kg/m²) kadınlarda daha sıkı (%43,4 karşı %29,8, p=0,004). 367/497 (%73,8) hastanın takibinde VKİ'de değişiklik olduğu biliniyordu. Takip süresi ortalama 44,8 ay (±40,6) ay olarak hesaplandı. bDMARD başlangıcında ve son vizitte ortalama VKİ değerinde değişiklik olmadığı görüldü [sırasıyla 29,2 (±5,8) karşı 29,3 (±6,6)]. bDMARD'ye başlamadan önce VKİ 30'un altında olan hastaların 17'sinin (%7,6) son VKİ 30'un üzerindeydi. Başlangıç VKİ 30'un üzerinde olan 143 hastanın ise 8'inin (%5,6) son ziyarete VKİ 30'un altındaydı.

Sonuç: bDMARD kullanan PsA hastaları yaklaşık 3,5 yıl takip edildiklerinde ortalama VKİ değerlerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmedi. Tedavi öncesinde VKİ 30'un altında olan hastaların %7,6'sının VKİ takipte 30'un üzerindeydi. Bu nedenle PsA hastalarında her vizitte vücut ağırlığı daha dikkatli sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, komorbiditeler, psoriatik artrit

Tablo 1. Psoriatik artrit hastalarında bDMARD başlangıç viziti ve son vizitteki vücut kitle indeksi değişimi

Son vizit VKİ	Başlangıç VKİ ≥30 kg/m ² n=143	Başlangıç VKİ <30 kg/m ² n=223
Son VKİ ≥30 kg/m ² n (%)	135 (94,4)	17 (7,6)
Son VKİ <30 kg/m ² n (%)	8 (5,6)	206 (92,4)

Hiperürisemi, bDMARD kullanan erkek psoriatik artrit hastalarda önemli bir sorundur

Nilüfer Ecem Gezerer¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin², Gözde Kübra Yardımcı², Ertuğrul Çağrı Bölek², Bayram Farisoğulları², Emine Duran², Zehra Özsoy², Güllü Sandal Uzun², Mustafa Ekici², Erdinç Ünalı², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Ali İhsan Ertenli², Umut Kalyoncu²

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

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

Amaç: Psoriasis ve psoriatik artrit (PsA) hastalarında hücre döngüsünün artması nedeniyle ürik asit yüksekliğinin görüldüğü bilinmektedir. Bu çalışmada da cinsiyetler arası hiperürisemi farklılığının ve takip sırasında ürik asit düzeylerinin değişiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Ajan Veri Tabanına (HUR-BİO) 2021 yılına kadar kaydedilmiş 520 PsA hastası dahil edildi. Tüm hastalarda PsA tanısı takip eden romatolog tarafından konuldu. Hastaların tanı anındaki, bDMARD başlangıcındaki ve son ziyaretteki ürik asit değerleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %69'u kadındı ve bDMARD başlangıcında ortalama yaş 42,35 (±12,6) ve ortalama PsA süresi 3,2 (±5,1) yılı. Tanı anında 224, bDMARD başlangıcında 261, takipler ve son ziyaret sırasında 428 hastanın ürik asit değerleri bilinmekteydi. Buna göre erkeklerin her üç dönemde de ürik asit ortalama değerleri kadınlarınkine göre yüksekti. Başlanan bDMARD'ler adalimumab (n=126, %48,2), etanercept (n=41, %15,7), infliksimab (n=38, %14,5), sertolizumab (n=34, %13), golimumab (n=16, %6,1), diğer (n=6, %2,3) idi. Ürik asitin farklı sınırlara göre yüksekliği tabloda gösterilmiştir. Buna göre ürik asit üst sınırı 6 mg/dL olarak kabul edildiğinde erkek PsA hastalarının hayatlarının bir döneminde ürik asit yüksekliğinin kadın hastalara göre belirgin yüksek olduğu görüldü (%55,8 karşı %19,7, p<0,001). Dikkat çeken başka bir sonuç ise erkek hastaların yaklaşık %10'unda hayatlarının bir döneminde kan ürik asit değeri 8 mg/dL olarak saptanmış olmasıdır.

Sonuç: Hiperürisemi prevalansı genel popülasyonda %20 civarındadır. Bununla birlikte, daha önce diğer değerlendirmelerde belirtildiği gibi, bu çalışmada PsA hastalarında hiperürisemi oranlarının oldukça yüksek olduğu ve hiperüriseminin erkek hastalarda daha belirgin olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, hiperürisemi, komorbiditeler, psoriatik artrit

Tablo 1. bDMARD kullanan hastalarda ürik asit değerleri

Ürik asit değerleri (mg/dL)	Tüm hastalar	Erkek	Kadın	p
Ürik asit (ortalama)				
- PsA tanı zamanı n=224	4,7 (1,4)	5,7 (1,4)	4,4 (1,2)	<0,001
- İlk bDMARD başlama n=261	4,8 (1,4)	5,6 (1,5)	4,3 (1,2)	<0,001
- Son bDMARD ziyaret n=428	4,2 (2,2)	4,9 (2,4)	3,9 (2,1)	<0,001
Ürik asit (ever) n=437				
- ≥6	136 (31,1)	77 (55,8)	59 (19,7)	<0,001
- ≥6,8	76 (17,4)	53 (38,4)	23 (7,7)	
- ≥8	18 (4,1)	14 (10,1)	4 (1,3)	
- ≥9	11 (2,5)	9 (6,5)	2 (0,7)	
- ≥10	5 (1,1)	4 (2,9)	1 (0,3)	

PP-067

MR enterografi ile saptanan sakroiliit ve yapısal değişikliklerin standart sakroiliyak eklem MRG ile karşılaştırılması

İlkay Ergenç¹, Haluk Tarık Kani¹, Cemal Aydın Gündoğmuş², Rabia Ergelen², Naime Avşar Satış³, Gazanfer Ekici², Mehmet Pamir Atagündüz⁴

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Retrospektif olarak sakroiliyak eklem (SIE) akut enflamatuvar ve yapısal değişikliklerinin manyetik rezonans enterografi (MRE) ile değerlendirilebileceği bildirilmiştir. Ancak eşzamanlı sakroiliyak eklem MR görüntüleme (SIE-MRG) ile doğrudan karşılaştırma yapılmamıştır.

Amaç: MRE ile saptanan SIE'e ait akut enflamatuvar ve yapısal değişikliklerin standart SIE-MRG ile korelasyonunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Son beş yıldır hastanemiz takipli tüm Spondiloartrit (SpA) hastalarının MRE'leri ve SIE-MR'ları tarandı. En fazla üç ay arayla her iki görüntüleme olan hastalarda klinik ve demografik bilgilere kör iki deneyimli radyolog tarafından akut enflamatuvar ve yapısal SIE değişiklikleri değerlendirildi. Görüntüleme sonuçları McNemar testi, intra-reader ve inter-reader uyum değerlendirilmesi ise Cohen'in kappa analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirilen 43 SpA hastasının %27,9'unda (n=12) SIE-MRG'de sakroiliit mevcuttu. İlk radyologun iki okuması arasındaki uyumu için kappa değerleri MRE'de 0,920 ile 1,000 arasında, SIE-MRG'de ise 0,831 ile 1,000 arasındaydı. İkinci radyolog için kappa değerleri MRE için 0,646 ile 1,000 arasında, SIE-MRG için 0,942 ile 1,000 arasındaydı. Her ilk radyolog için akut enflamatuvar ve yapısal değişikliklerin MRE ve SIE-MRG'de değerlendirilmesi arasında fark yoktu. Yalnızca ikinci radyolog için, erozyonu değerlendirmede her iki modalite arasında anlamlı fark vardı (p=0,002).

Sonuç: MR enterografide SIE'in akut enflamatuvar ve yapısal değişikliklerinin saptanması teknik olarak mümkündür ve lezyon sıklığı standart SIE-MRG ile benzerdir. Bu MRE bulgularının radyolog tarafından raporlanması, enflamatuvar barsak hastalığı'nda (İBH) eşlik eden aksiyel SpA'nın değerlendirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, ankilozan spondilit, MR enterografi, sakroiliyak MR, sakroiliit

PP-068

Aksiyel spondiloartritte ağrı her zaman enflamatuvar olmayabilir

İdil Kurut Aysin, Gülay Alp, Elif Durak Ediboğlu, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Esra Erpek, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (axSpA) hastalarında santral sensitizasyon (CS) ve nöropatik ağrı (NP) sıklığını; hastalık aktivitesi ve fonksiyonellikle ilişkisini değerlendirmek.

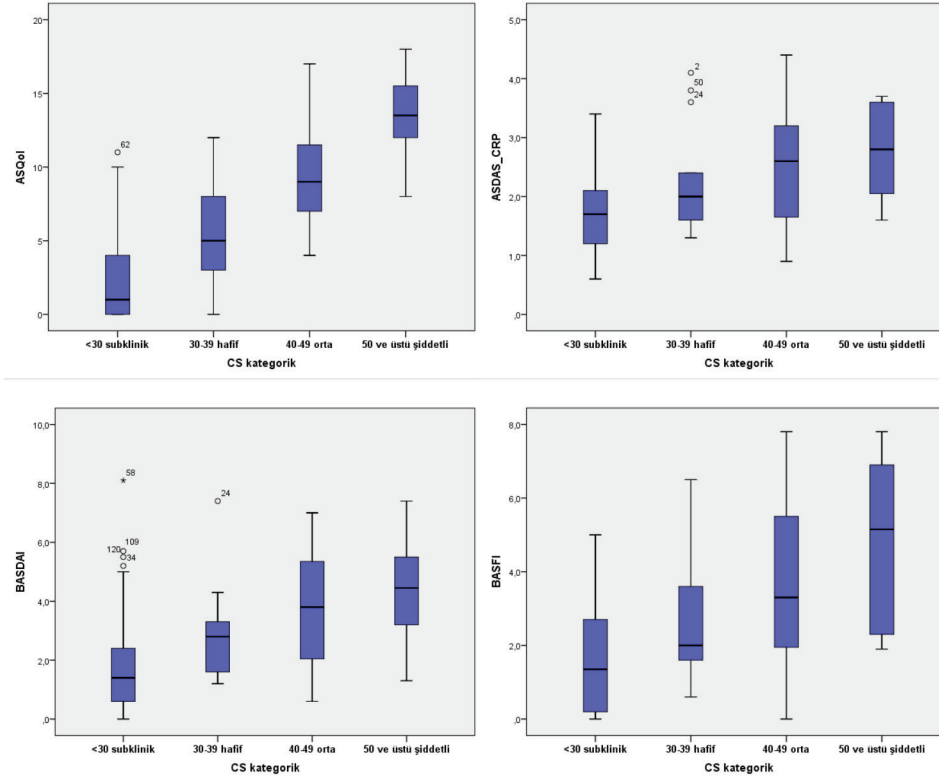
Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya ASAS 2009 kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan hastalar dahil edildi. CS varlığı, CS envanteriyle (CSI; 25 soruluk 0-100 arasında puanlanan ≥ 40 CS'ü gösteren bir ankettir, CS skoru; <30 subklinik, 30-39 hafif, 40-49 orta ve 50 ve üstü şiddetli olarak kategorize edildi), NP ise DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions) skalasıyla değerlendirildi. DN4 skoru ≥ 4 NP olarak kabul edildi. Anksiyete

ve depresyon varlığı, Hastane Anksiyete ve Depresyon anketi (HADS) ve fibromiyalji sendromu (FMS) ACR 2016 kriterleriyle değerlendirildi. Ayrıca hastaların BASDAI, ASDAS-CRP, BASFI, ASQoL, ASAS-HI/çevresel skorları hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya 121 axSpA hastası [102 (%84,3) radyografik axSpA, 74 (%61,2) erkek, ortalama yaş: $43,8 \pm 10,4$] alındı. Hastaların %84'ü biyolojik tedavi almaktaydı. Hastaların diğer özellikleri Tablo 1'de özetlendi. CS 35 (%28,9), NP 12 (%10,1) ve FMS 9 (%7,8) hastada saptandı. Gruplar arasında yaş ve gelişmiş tedavi oranları benzerdi. CS olanlarda kadın oranı daha fazla iken NP ve FMS için oran benzerdi. Hastalık süresi CS olan grupta daha kısaydı. CS ve NP'si olan hastalarda PGA, PhGA, BASDAI, LEI, ASQoL, ASAS-HI anlamlı yüksek saptandı. CS olanlarda ek olarak BASFI ve ASAS-HI çevresel skorları daha kötüydü. CS ve NP'si olanlarda HADS anketine göre anksiyete daha fazlayken, depresyon oranları benzerdi. CS olan hastaların 6'sında (%17,1) NP, NP olanların ise 6'sında (%50) CS vardı (Tablo 2). FMS olan 9 hastanın hepsinde CS varken sadece 2'sinde NP vardı. CS şiddeti ile hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi skorları güçlü doğrusal ilişki gösterdi (Şekil 1).

Sonuç: Çoğunluğu gelişmiş tedavi alan axSpA hastalarının yaklaşık üçte birinde CS ve %10'unda NP saptanmıştır. Bu birlikteliklerin olduğu hastalarda hem yaşam kalitesi hem de aktivite ölçükleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu hasta grubu izlenirken ağrının sadece enflamatuvar kökenli olmayabileceği non-enflamatuvar ağrı nedenlerinin eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Santral sensitizasyon, nöropatik ağrı, aksiyel spondiloartritler



Şekil 1. Hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi ölçüklerinin CS şiddetine göre dağılımı

Tablo 1. AxSPA hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	n=121
Yaş, yıl Ω	43,7 (10,6)
Cinsiyet, erkek*	75 (61,5)
Hastalık süresi, yıl&	4,5 (9)
Çalışma durumu, çalışmıyor*	40 (43,5)
Eğitim, 8 yıl ve üstü*	62 (52,5)
Entezit, ever*	72 (54,9)
Daktilit, ever*	13 (10,6)
Üveit varlığı, ever*	27 (22,1)
Psoriasis, ever*	10 (8,3)
Periferik artrit, ever*	54 (45,1)
Kalça artrit, ever*	60 (49,1)
Eklem kısıtlılığı, ever*	40 (33,6)
Eklem protezi, ever*	11 (9,4)
IBH,ever*	3 (3,3)
SPA aile öyküsü*	24 (19,8)
HLA B27 pozitifliği*(n=79)	45 (57)
VKİ kg/m ² &	26,8 (6,3)
LEI&	0 (0)
BASDAI&	2 (2,1)
BASFI&	1,9 (3,1)
ASDASCRP &	1,8 (1,2)
ASQOL&	4 (8)
ASASHI&	5 (6)
ASASHI_Ç&	0 (1)
NSAİ*	76 (63,9)
Gelişmiş tedavi*	100 (84)
Komorbidite ≥1 var*	48 (40,7)

*: n (%) Ω: mean (SD) &: medyan (IQR) *●: satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 2. Santral sensitizasyonu, nöropatik ağrısı olan ve olmayan AxSpA hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	CS olan n=35	CS olmayan n=86	p	NP olan n=12	NP olmayan n=109	p
Cinsiyet kadın,* ¥	22 (62,9)	25 (29,1)	0,001	4 (33,3)	42 (39,3)	0,765
Hastalık süresi, Ω	10 (11)	13,9 (8,2)	0,022	11,5 (13)	12 (10)	0,493
r-axSpA vs. nr-axSpA,* ¥	25 (25)	75 (75)	0,038	12 (12,2)	86 (87,8)	0,122
Eklem kısıtlılığı*¥	6 (15,4)	33 (84,6)	0,028	3 (25)	35 (33,7)	0,748
LEI ≥1	7 (20,6)	4 (4,7)	0,012	4 (33,1)	7 (6,6)	0,014
PhGA &	30 (35)	10 (20)	<0,001	30 (33)	10 (20)	0,021
PGA &	50 (50)	10 (30)	<0,001	50 (43)	20 (30)	0,007
BASDAI&	3,9 (2,9)	1,5 (1,4)	<0,001	4,9 (4,3)	1,5 (2,1)	0,027
BASFI&	3,8 (3,9)	1,5 (2,4)	<0,001	3,35 (6,6)	1,8 (3,1)	0,054
ASDAS-CRP&	2,7 (1,8)	1,6 (0,9)	<0,001	2,7 (2)	1,7 (1,1)	0,024
ASQoL&	11 (7)	1 (5)	<0,001	7 (11)	2 (7)	0,035
ASAS-HI &	9 (5)	3,5 (4)	<0,001	7 (9)	4 (6)	0,019
HADS*	15 (42,9)	6 (7,3)	<0,001	6 (50)	15 (14,4)	0,002
FMS*	9 (27,3)	0 (0)	<0,001	2 (18,2)	7 (6,7)	0,204
HADS depresyon var*	5 (14,3)	4 (4,9)	0,125	3 (25)	6 (5,8)	0,050
HADS anksiyete var*	15 (42,9)	6 (7,3)	<0,001	6 (50)	15 (14,4)	0,008
NP olanlar*	6 (17,1)	6 (7,1)	0,099	-	-	-

*: n (%) Ω: mean(SD) &:medyan (IQR) *¥: satır yüzdesi verilmiştir

Aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz sıklığı

Duygu Sevinç Özgür¹, Sena Tolu², Gamze Akkuzu¹,
Melek Yalçın Mutlu¹, Fatih Yıldırım¹, Bilgin Karaalioglu¹,
Rabia Deniz¹, Mustafa Erdoğan¹, Burak İnce¹, Gül Güzelant
Özköse¹, Kübra Kalkan¹, Cemal Bes¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Medipol Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Skolyoz torakal veya lomber vertebraların koronal planda $\geq 10^\circ$ eğriliği olarak tanımlanır. İdiyopatik skolyoz prevalansı çeşitli yayınlarda %2-4 olarak bildirilmiştir. Aksiyel spondiloartrit hastalarında sakroiliyak eklem ve torakolomber tutulumuna bağlı değişikliklerden dolayı torasik kifozun artmış olduğu bilinmektedir. Yine sakroiliyak eklem ve torakolomber tutulumuna bağlı olarak skolyozun artmış olabileceği hipotezine dayanarak kliniğimizde takipli olan aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz sıklığını inceledik.

Yöntem: Çalışmaya ASAS 2011 spondiloartrit sınıflama kriterlerine göre aksiyel spondiloartrit (ankilozan spondilit veya non-radyografik aksiyel spondiloartrit) tanısı almış olan 44 hasta alındı. İki hasta veri eksikliği sebebi nedeniyle, 4 hasta da geçirilmiş vertebral cerrahi sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. Otuz sekiz hastanın skolyoz grafisi değerlendirildi. Hastaların torakal Cobb açısı, lomber Cobb açısı ve sagittal parametreler değerlendirildi. Cobb açısı $\geq 10^\circ$ olması skolyoz olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $41,37 \pm 11,054$, takip süresi $10,4 \pm 8,49$ idi. %89,5'i ankilozan spondilit, %10,5'i non-radyografik aksiyel spondiloartrit idi. Sakroileiti olan hastaların %17,6'sında grade 2 sakroileit, %52,9'unda grade 3 sakroileit, %29,4'ünde grade 4 sakroileit mevcuttu. Hastaların %52,6'sında eğrilik, %42,1 inde skolyoz tespit edildi. Skolyoz tespit edilen hastaların 12'sinde torakal, 3'ünde lomber, 1'inde hem torakal hem lomber skolyoz tespit edildi. Skolyozu olan ve olmayan hastaların BASDAI skorları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmedi (3,49 vs. 3,61, p=0,47). Sakroileit grade'i ile skolyoz arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Skolyozu olan ve olmayan hastalar arasında hastalık süresi ortalaması açısından fark görülmedi. Skolyozu olan ve skolyozu olmayan hastalar arasında tedavide non-steroid antienflamatuar ajan ve anti-TNF kullanımı açısından farklılık görülmedi.

Sonuç: Çalışmamızdaki aksiyel spondiloartrit tanılı hastalarda %42,1 oranında skolyoz tespit edildi. Daha önceki çalışmalarda sağlıklı adölesanlarda skolyoz oranı %2-4 oranında bildirilmişti. Bu sonuçlar aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz oranının, sağlıklı insanlara göre artmış olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda örneklem sıklığının az olması nedeniyle pilot çalışma olarak tasarlandı. Ancak literatürde aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz sıklığını araştıran yeterli çalışma olmaması sebebi ile bu pilot çalışmanın değerli olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, ankilozan spondilit, skolyoz

Skolyozu olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik verileri

	Skolyozu olan	Skolyozu olmayan	p
Tanı yaşı, ort \pm SS, yıl	31,5 \pm 12,2	31,4 \pm 7,4	0,9
Hastalık süresi, ort \pm SS, yıl	10 \pm 9,04	10,7 \pm 8,27	0,8
BASDAI, ort \pm SS	3,61 \pm 2,29	3,49 \pm 2,21	0,87
Bel ağrısı (%)	%62	%59	0,55
Anti TNF tedavi (%)	%43	%45	0,74

PP-070**AxSpA hastalarında TNFi tedavisi sırasında tedavi yanıtının ve hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde serum VEGF düzeyinin rolü olabilir**

Merve Güleç Yazır¹, Elif Durak Ediboğlu², Uğur Bayram Korkmaz³,
Gökhan Kabaday⁴, Dilek Solmaz⁵, Mustafa Özmen⁵, Servet Akar⁵

¹Denizli Servergazi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Denizli

²Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁴İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Aksiyel spondilartrit (axSpA) hastalarında hastalık aktivitesini değerlendirmek için ölçekler (BASDAI, BASFI) kullanılırken CRP dışında hastalık aktivitesini ve tedavi yanıtını değerlendirmek için kullanılan serum biyobelirteci bulunmamaktadır. Bu çalışmada, serum biyobelirteçleri (serum VEGF, MMP-3, leptin) ile hastalık aktivitesi ilişkisi ve bu biyobelirteçin düzeylerinin TNFi tedavisi altındaki değişimlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: TNFi tedavisi ilk kez alan, tedavinin başlangıcında ve 6. ayında serum örnekleri alınan axSpA hastaları dahil edildi. Demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hastalık aktivite ve fonksiyon parametreleri (BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, CRP düzeyleri) başlangıçta ve 6. ayda kaydedildi. Serum VEGF, MMP-3 ve leptin seviyeleri ELISA yöntemiyle çalışıldı. Serum biyobelirteçleri ile hastalık aktivite ölçekleri ve CRP düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile test edildi. 6. ayda serum biyobelirteç düzeyindeki değişimi etkileyen faktörler longitudinal bir analiz yöntemi olan GEE ile test edildi.

Bulgular: Bu çalışmaya toplam 74 hasta [ortalama yaş (SS) 48,7 (12,8) yıl, %54,1 erkek, %68,9 AS'li] dahil edildi. Başlangıç ortanca BASDAI (IQR) 5,8 (2,4), BASFI (IQR) 5,1 (4,8), ASDAS skorları (IQR) 3,7 (1,5) ve CRP düzeyleri (IQR) 12 (23) idi. Hastalık aktivite parametreleri (BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, CRP) tedavinin 6. ayında anlamlı olarak azaldı (p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001; sırasıyla). Başlangıç serum biyobelirteç düzeyleri (VEGF, MMP-3 ve leptin) ve biyobelirteç düzeyi ile hastalık aktivitesi arasındaki korelasyon değerlendirildi ve yalnızca serum MMP-3 düzeylerinin başlangıç ASDAS-CRP ile ilişkili olduğu bulundu (p=0,02). TNFi tedavisinin 6. ayında serum VEGF düzeyi başlangıca göre anlamlı olarak azaldı (p<0,001), ancak serum

leptin ve MMP-3 düzeyleri hastalık aktivitesi ile ilişkili değildi ve biyolojik tedaviden etkilenmedi (p=0,89, p=0,50; sırasıyla). Longitudinal analizde, serum VEGF düzeyi, hastalık aktivitesine ek olarak cinsiyet, kalça tutulumu, tanıda gecikme ile anlamlı olarak ilişkiliydi (Tablo 2).

Sonuç: TNFi tedavisi, axSpA'da hastalık aktivitesini etkin bir şekilde kontrol etmenin yanı sıra serum VEGF düzeylerinde anlamlı düşüşe neden olur. Radyografik ilerlemedeki rolü göz önüne alındığında VEGF, axSpA'da umut verici bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, TNFi, VEGF düzeyi

Tablo 1. Hastaların bazı klinik ve demografik özellikleri

Karakteristik	
Yaş, ortalama ± SD	48.712.8
Cinsiyet, erkek, n (%)	40 (54.1)
Tanı n (%)	
nr- AxSpA	23 (31.1)
AS	51 (68.9)
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	30 (66.7)/45
Sigara öyküsü (kullanmış), n (%)	50 (68.5)/73
Semptom Süresi, ortalama (IQR) yıl	18 (17)
Tanı Süresi, ortalama (IQR) yıl	8 (10)
Periferikartrit, n (%)	15 (20.5)/73
Entezit, n (%)	4(5.4)/73
Daktilit, n (%)	1 (1.4)/73
Kalça tutulumu, n (%)	27 (36.5)/74
Akut anteriorüveit, n (%)	4 (5.5)/73
psöriazis, n (%)	4 (5.5)/73
İBH, n (%)	5 (7.6)/66
Komorbidite, n (%)	23 (35.4)/65
NSAİİ, n (%)	53 (80.3)/66
csDMARD, n (%)	15 (23.1)/65

Tablo 2. Serum VEGF düzeyinin longitudinal değişimini etkileyen faktörler

	Univariate analiz		BASDAİ+CRP modeli		ASDAS-CRP modeli	
	B (%95 GA)	p	B (%95 GA)	p	B (%95 GA)	p
Kalça ağrısı	181,74 (12,71-350,77)	0,035	357,04 (112,35-601,73)	0,04	338,36 (102,40-574,3)	0,005
Tanıda gecikme süresi	-6,91 (-14,05-0,24)	0,058	-13,93 (-24,56-3,31)	0,01	-14,36 (-24,68-4,03)	0,006
Cinsiyet	-216,88 (-390,6-43,2)	0,014	-154,23 (-336,94 -28,48)	0,09	-162,6 (-336,70-11,4)	0,006
HLA-B27	-233,4 (-440,67-26,11)	0,027	-135,78 (-326,08-54,52)	0,16	-126,54 (-309,2-56,1)	0,17
BASDAİ	4,12 (1,06-7,18)	0,008	5,60 (2,16-9,05)	0,001		
ASDAS-CRP	110,04 (58,18-161,88)	<0,001			132,31 (74,70-189,92)	<0,001
CRP	5,86 (1,02-10,7)	0,018	4,09 (-0,99-9,18)	0,11		

Aksiyal spondilit hastalarında simfizit varlığı radyografik hasarın bir göstergesi olabilir

Elif Durak Ediboğlu¹, Ayberk Sinci², Haluk Cinaklı³, Esra Erpek³, Haluk Cinaklı³, Gülay Alp³, Ayten Özkan³, Eda Otman Akat³, İdil Kurut Aysin³, Mustafa Özmen³, Sercan Gücenmez³, Dilek Solmaz³, Servet Akar³

¹Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

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

Amaç: Aksiyal spondiloartritlerde (axSpA) sakroiliyak grafiler sakroiliyak ve kalça eklemlerinin değerlendirilmesinin yanı sıra simfizis bölgesinin ve iskial entezis bölgelerinin değerlendirilmesine olanak sağlar. Bu çalışmada; simfizis varlığının hastalık ilişkili faktörler ve diğer radyolojik tutulum özellikleri arasındaki ilişkinin test edilerek gözden geçirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya axSpA tanısıyla takipli sakroiliyak eklem grafisi ile simfiziti değerlendirilen 384 hasta dahil edildi. Non-radyografik axSpA hastalarında simfizit varlığı saptanması için analiz radyografik axSpA hastaları ile yapıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Sakroiliyak eklem grafisinde simfizis pubiste düzensiz görünüm simfizit olarak değerlendirildi. Değerlendirme bir romatolog (EDE) ve bir radyolog (AS) tarafından yapıldı. Simfizit varlığı ve diğer faktörler arasındaki ilişki hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analiz yöntemi ile test edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 384 hastanın %73,7'si erkek, ortalama tanı yaşı (\pm SS) 42,1 (\pm 11,9) di. Çalışma grubunun demografik, bazı klinik ve laboratuvar karakteristikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 49'unda (%12,8) sakroiliyak eklem grafisinde simfizit saptandı. Simfizit varlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği tek değişkenli analizde simfizit varlığı semptom süresi ($p<0,001$), tanı süresi ($p<0,001$), HLA-B27 pozitifliği ($p=0,001$), değerlendirilen grafilerde radyografik kalça tutulumu ($p=0,006$), total sakroiliyak eklem skoru (4-8) ($p<0,001$), bazal servikal mSASS skoru ($p<0,001$), bazal lumbal mSASS skoru ($p<0,001$), serum CRP düzeyi ($p=0,001$), ASDAS-CRP skoru ($p=0,030$) ile ilişkili bulundu. Simfizit varlığı cinsiyet, tanı yaşı, ekstremitelerde ve periferik tutulum ile ilişkili bulunmadı. Multivariate analizde radyolojik simfizit varlığı sakroiliyak eklemlerde total ankiloz varlığı ve kalça tutulumu ile ilişkili bulundu (Tablo 2).

Sonuç: AxSpA hastalarında simfizit diğer tutulumlara eşlik etmenin yanı sıra radyolojik hasarın bir göstergesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, simfizit, radyografik hasar

Tablo 1. Aksiyal spondiloartrit hastalarında simfizit ilişkili faktörler

	Model 1			Model 2		
	B	CI (%95)	p	B	CI (%95)	p
HLA-B27 pozitifliği	0.876	0.746-7.731	0.14	0.768	0.652-7.125	0.21
Semptom süresi	0.020	0.970-1.072	0.44	0.005	0.951-1.063	0.85
Kalça tutulumu	1.034	0.946-8.352	0.06	1.361	1.245-12.210	0.019
CRP	0.007	0.987-1.027	0.51			
Servikal sindesmofit	0.400	0.456-4.881	0.51			
Lumbal sindesmofit	0.267	0.418-4.078	0.65			
SİE total ankiloz varlığı	1.175	1.095-9.579	0.034			
ASDAS-CRP				0.093	0.697-1.728	0.69
Servikal mSASS				0.010	0.963-1.060	0.68
Lumbal mSASS				0.041	1.000-1.086	0.51
SİE skoru (0-8)				0.291	0.869-2.058	0.18

Tablo 2. AxSpA hastalarının bazı demografik, klinik ve radyolojik özellikleri

	Tüm hastalar (n=384)	Simfizit (+)	Simfizit (-)	p
Tanı yaşı, ortalama (SS)	42,1 (11,9)	34,6 (11,7)	35,7 (17)	0,53
Cinsiyet, erkek, %	73,7	70,2	75,3	0,45
HLA-B27 pozitifliği, %	65,3	83,8	62,3	0,010
Semptom süresi, medyan (IQR)	13 (13)	15 (12)	8 (8)	<0,001
Total SİE skoru, medyan (IQR)	6 (3)	8 (2)	6 (4)	<0,001
SİE total ankiloz, %	33,6	65,3	29,0	<0,001
Servikal mSASS skoru, medyan (IQR)	0 (6)	6 (18)	0 (6)	<0,001
Servikal sindesmofit, %	43,2	71,1	37,5	<0,001
Lumbal mSASS skoru, medyan (IQR)	0 (6)	6 (33)	0 (2)	<0,001
Lumbal sindesmofit, %	28,8	48,6	26,6	0,005
Kalça tutulumu, %	16,6	31,3	14,5	0,004
ASDAS- CRP skoru, medyan (IQR)	3,0 (1,8)	3,4 (1,4)	3,0 (1,8)	0,030
Serum CRP düzeyi, medyan (IQR)	9,7 (19,3)	18,0 (23,4)	8,4 (17,2)	0,001

Aksiyal spondilit hastalarında iskial entezit varlığının diğer radyolojik tutulumlar ve periferik entezit ilişkisi

Elif Durak Ediboğlu¹, Ayberk Sinci², Dilek Solmaz³, Esra Erpek³, Haluk Cinaklı³, Gülay Alp³, Eda Otman Akat³, İdil Kurut Aysin³, Ayten Özkan³, Hasan Kocaayan³, Sercan Gücenmez³, Mustafa Özmen³, Servet Akar³

¹Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

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

Amaç: Aksiyal spondiloartritlerde (axSpA) sakroiliyak grafiler sakroiliyak ve kalça eklem tutulumunun yanı sıra simfizis bölgesinin ve iskial entezis bölgelerinin değerlendirilmesine olanak sağlar. Bu çalışmada; iskial entezit varlığının hastalık ilişkili faktörler, periferik entezit varlığı ve diğer radyolojik tutulum özellikleri arasındaki ilişkinin test edilerek gözden geçirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya axSpA tanısıyla takipli sakroiliyak eklem grafisi ile iskial enteziti değerlendirilen 355 hasta dahil edildi. Non-radyografik axSpA hastalarında iskial entezit varlığı 1 hastada saptandığı için analiz radyografik axSpA hastaları ile yapıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Sakroiliyak eklem grafisinde pubis kollarında tendon ve ligamanların kemiğe bağlandığı bölgede (alt bölge) düzensiz görünüm iskial entezit olarak değerlendirildi. Radyolojik değerlendirme bir romatolog (EDE) ve bir radyolog (AS) tarafından yapıldı. İskial entezit varlığı ve diğer faktörler arasındaki ilişki hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analiz yöntemi ile test edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastanın %74'ü erkek, ortalama tanı yaşı (\pm SS) 42 (11,9) idi. Çalışma grubunun demografik ve bazı radyolojik karakteristikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. İskial entezit 57 (%16,1) hastada saptandı. İskial entezit varlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği tek değişkenli analizde cinsiyet ($p=0,006$), semptom süresi ($p<0,001$), tanı süresi ($p=0,002$), HLA-B27 pozitifliği ($p=0,09$), değerlendirilen grafilerde radyografik kalça tutulumu ($p<0,001$), total sakroiliyak eklem skoru ($p<0,001$), bazal servikal mSASS skoru ($p<0,001$), bazal lumbal mSASS skoru ($p<0,001$), simfizit varlığı ($p<0,001$), serum CRP düzeyi ($p=0,014$) iskial entezit ile ilişkili bulundu. İskial entezit varlığı ile topuk ağrısı ($p=0,61$) veya SPARCC entezit skoru ($p=0,59$) arasında ilişki saptanmadı. Multivariate analizde kurulan iki modelde serum CRP düzeyi, servikal sindesmofit varlığı, sakroiliyak eklemden total ankiloz varlığı ve SİE skoru, iskial entezis varlığı ile ilişkili bağımsız değişken oldukları görüldü (Tablo 2).

Sonuç: AxSpA hastalarında iskial entezit klinik topuk ağrısından bağımsız görülebilmekle birlikte radyografik hasarın da bir göstergesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, iskial entezit, radyografik hasar

Tablo 1. İskial entezit gelişimi ile ilişkili faktörler

	B	Model 1		B	Model 2	
		CI (%95)	p		CI (%95)	p
Cinsiyet	0.925	0.757-8.400	0.13	0.795	0.650-7.543	0.20
HLA-B27 pozitifliği	0.263	0.513-3.299	0.58	0.067	0.418-2.738	0.89
Semptom süresi	0.044	0.999-1.093	0.05	0.045	0.997-1.098	0.68
Kalça tutulumu	0.712	0.651-6.379	0.22	0.662	0.630-5.966	0.25
CRP	0.022	1.003-1.043	0.022	0.022	1.001-1.045	0.044
Servikal sindesmofit	1.125	1.042-9.094	0.042			
Lumbal sindesmofit	0.123	0.388-3.301	0.051			
SİE total ankiloz varlığı	1.247	1.315-9.215	0.012			
Servikal mSASS				-0.002	0.956-1.043	0.93
Lumbal mSASS				0.018	0.979-1.059	0.38
SİE skoru (0-8)				0.543	1.265-2.343	0.001

Tablo 2. AxSpA hastalarının bazı demografik, klinik ve radyolojik özellikleri

	Tüm hastalar (n=355)	İskial entezit (+) (n=57)	İskial entezit (-) (n=298)	p
Tanı yaşı, mean (SS)	42,0 (11,9)	35,3 (11,9)	35,2 (12,5)	0,99
Cinsiyet, erkek, %	74	88,9	71,3	0,006
HLA-B27 pozitifliği, %	65,1	82,2	61,7	0,010
Semptom süresi, medyan (IQR)	13 (13)	20 (12)	12 (14)	<0,001
Total SİE skoru, medyan (IQR)	6 (3)	8 (1)	6 (3)	<0,001
SİE total ankiloz, %	33,5	68,4	26,8	<0,001
Servikal mSASS skoru, medyan (IQR)	0 (8)	9 (18)	0 (4)	<0,001
Servikal sindesmofit (+), %	43,4	77,8	35,5	<0,001
Lumbal mSASS skoru, medyan (IQR)	0 (4)	6 (30)	0 (0)	<0,001
Lumbal sindesmofit (+), %	29,0	55,8	24,4	<0,001
Kalça tutulumu, %	15,9	38,2	11,8	<0,001
Serum CRP düzeyi, medyan (IQR)	10 (20)	14 (29)	9 (19)	0,014

AxSpA hastalarında servikal tutulum progresyonu ile ilişkili faktörler

Elif Durak Ediboğlu¹, Ayberk Sinci², Dilek Solmaz³, Esra Erpek³, Haluk Cinaklı³, Gülay Alp³, Eda Otman Akat³, İdil Kurut Aysin³, Ayten Özkan³, Hasan Kocaayan³, Sercan Gücenmez³, Mustafa Özmen³, Servet Akar³

¹Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

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

Amaç: Aksiyal spondiloartritlerde (axSpA) yapısal hasarın değerlendirilmesinde sakroiliyak eklemlerden ziyade servikal, lumbal spinal yapılar ve kalça eklemine değerlendirilmesi önemli olmuş ve bu skora sistemlerindeki değişkenlere yansımıştır. Bu çalışmada servikal spinal progresyona etkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya axSpA tanısıyla takipli en az iki yıl ara ile çekilen sakroiliyak eklem grafisi ile servikal modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spine (mSASS) skorları değerlendirilen hasta dahil edildi. En az iki yıl ara ile çekilen iki grafi arasında mSASS skorunda 1 birim ve üzeri değişiklik olması progresyon olarak kabul edildi. Değerlendirme bir romatolog (EDE) ve bir radyolog (AS) tarafından yapıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Servikal progresyon varlığı ve diğer faktörler arasındaki ilişki hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analiz yöntemi ile test edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 237 hastanın %62'si erkek, ortalama tanı yaşı (IQR) 33 (14) idi. Hastaların %68,8'i radyografik axSpA ile takipliydi. Çalışma grubunun demografik, klinik ve laboratuvar karakteristikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 42'sinde (%17,7) ortalama (IQR) 3 (2) takip süresinde servikal grafi ile takibinde servikal progresyon saptandı. Servikal mSASS skorunda progresyon varlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği analizde servikal progresyon varlığı semptom süresi (p=0,004), semptom başlangıç yaşı (p=0,011), tanı yaşı (p<0,001), sakroiliyak eklem grafisinde total ankiloz (SİE skor =8) varlığı (p<0,001), total SİE skoru (0-8) (p<0,001), bazal servikal mSASS skoru (p<0,001), servikal sindesmotit varlığı (p<0,001), bazal lumbal mSASS skoru (p<0,001), lumbal sindesmotit varlığı (p<0,001), ile ilişkili bulundu. Servikal progresyon HLA-B27, sigara, ekstremskuloskeletal veya periferik tutulumdan herhangi birinin varlığı, bazal hastalık aktivite skorları (BASDAI, ASDAS-CRP) ile ilişkili bulunmadı. Multivariate analizde kurulan farklı iki modelde tanıya yaş, servikal sindesmotit varlığı, sakroiliyak eklem skoru servikal progresyonla ilişkili bağımsız değişken oldukları görüldü (Tablo 2).

Sonuç: AxSpA'da hastaların spinal progresyon açısından takibinde tanı yaşı ve spinal tutulum varlığı ve sakroiliyak eklem skorunun servikal spinal progresyon için öngördürücüler olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, servikal progresyon, mSASS

Tablo 1. AxSpA hastalarında servikal progresyon ilişkili faktörler

	Model 1			Model 2		
	B	CI (%95)	p	B	CI (%95)	p
Tanıya yaş	0.066	1.021-1.117	0.004	0.097	1.054-1.153	<0.001
Tanı	-0.585	0.156-1.989	0.37	1.444	0.522-34.415	0.18
Cinsiyet	0.077	0.354-3.295	0.89	0.270	0.407-4.218	0.65
Semptom süresi	-0.0.20	0.935-1.027	0.39	-0.034	0.920-1.015	0.17
Servikal sindesmotit	1.308	1.310-10.439	0.014			
Lumbal sindesmotit	0.834	0.698-7.596	0.17			
SİE total ankiloz varlığı	0.991	0.771-9.411	0.12			
Bazal Servikal mSASS				0.005	0.945-1.072	0.85
Bazal Lumbal mSASS				0.050	0.995-1.110	0.08
SİE skoru (0-8)				0.653	1.230-3.002	0.004

Tablo 2. AxSpA hastalarının demografik ve radyolojik özellikleri

	Tüm hastalar	Servikal progresyon (+)	Servikal progresyon (-)	p
Tanıya yaş, ortalama (SS)	33 (14)	40 (19)	32 (13)	<0,001
Cinsiyet, erkek, %	62,0	76,2	58,9	0,037
HLA-B27 pozitifliği, %	63,3	68,6	62,1	0,56
Semptom süresi, ortalama (IQR)	10 (12,3)	15 (15)	10 (11)	0,004
mNY pozitifliği, %	68,8	88,1	64,6	0,03
Total SİE skoru, ortalama (IQR)	5 (5)	7 (2,3)	4 (4)	<0,001
Bazal servikal mSASS skoru, ortalama (IQR)	0 (2)	6 (15)	0 (0)	<0,001
Bazal lumbal mSASS skoru, ortalama (IQR)	0 (0)	0 (18)	0 (0)	<0,001
SİE'de total ankiloz, %	24,1	52,4	17,9	<0,001
Servikal sindesmotit, %	30,7	73,8	20,8	<0,001
Lumbal sindesmotit, %	16,3	48,6	9,6	<0,001

Ankilozan spondilit tanılı bireylerde biyopsikosozyal durumun cinsiyetler arasında karşılaştırılması ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin incelenmesi

Uğur Verep¹, Nazlı Elif Nacar², Mehmet Soy³, Fatoş Önen⁴, Edibe Ünal⁵

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, İzmir

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Bölümü, Kahramanmaraş

³Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, İstanbul

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁵Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit hastalarının biyopsikosozyal durumları ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki mevcut çalışmalarda araştırılmasına rağmen biyopsikosozyal durumun cinsiyetler arasındaki farklılıkları ile ilgili çalışma henüz yoktur. Bu çalışma ile, ankilozan spondilit tanılı bireylerde cinsiyetler arasında biyopsikosozyal durumu karşılaştırmayı ve hastalık aktivitesi ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na başvurarak ankilozan spondilit tanısı alan 129 birey dahil edildi. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık aktivitesi (BASDAI), biyopsikosozyal durumları (Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ)) ve depresyon-anksiyete düzeyleri [Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası (HADS)] değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde cinsiyetler arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve değişkenlerin ilişki durumunun incelenmesinde Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 51 kadın ve 78 erkek ankilozan spondilit tanısı almış birey dahil edildi. Farklı cinsiyetteki bireylerin yaş ortalaması birbirine benzer olup $43,81 \pm 11,34$ idi ($p=0,894$). Ayrıca, BASDAI değerleri arasında da anlamlı bir fark yoktu ($p=0,130$). Cinsiyetler arası BETY-BQ toplam, fonksiyonellik ve duygu-durum alt parametrelerinde kadınlar grubunun aleyhinde anlamlı fark olduğu görüldü (sırasıyla $p=0,008$; $p=0,022$ ve $p=0,006$). Aynı şekilde, kadın cinsiyetinde HADS-anksiyete skoru daha kötü bulundu ($p=0,004$). Ek olarak, BASDAI ile BETY-BQ toplam, fonksiyonellik ve duygu-durum ve HADS-anksiyete arasında anlamlı derecede ilişki olduğu bulundu (sırasıyla $r=0,568$, $r=0,665$, $r=357$, ve $r=0,448$; $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada ankilozan spondilit tanılı kadın bireylerin biyopsikosozyal durumlarının erkek bireylere göre daha fazla etkilenmiş olduğu ve bu etkilenimin hastalık aktivitesi üzerine olumsuz yansıdığı görüldü. Çalışmadan elde edilen veriler, kadın cinsiyet ve hastalık aktivitesi ilişkisi dikkate alındığında, AS'li bireylerin biyopsikosozyal özelliklerinin de değerlendirilmesinin tedavilerden elde edilecek optimum yararlanıma katkıda bulunacağı yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, biyopsikosozyal yaklaşım, psikososyal

Psoriatik artritin randomize kontrollü çalışmalarında şiş ve hassas eklemlerde iyileşme

Mustafa Ekici, Erdiñ Ünalđı, Gizem Ayan, Emre Bilgin, Umut Kalyoncu

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

Giriş: ACR yanıtı, psoriatik artritte periferik eklemleri değerlendirmek için kullanılır. ACR tedavi yanıtındaki ana bileşen şiş eklem (ŞE) ve hassas eklemlerdir (HE). Bunlarla birlikte hasta ve hekimin global değerlendirmesi, akut faz yanıtı, ağrı ve fonksiyon bu tedavi yanıtına dahildir. Bu nedenle periferik artritin en iyi ŞE ve HE üzerinden değerlendirilebileceği düşünülebilir. PsA'da ACR tedavi yanıtlarının genellikle anti-TNF ve anti-IL17/anti-IL23 arasında benzer olduğu bulunsa da anti-TNF tedavilerinin periferik eklem üzerinde daha etkili olabileceğine dair genel bir görüş vardır.

Amaç: Bu çalışma, PsA'da yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ŞE ve HE'nin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladı.

Yöntem: Pubmed'de "psoriatik artrit" ve "randomize kontrollü çalışma" anahtar kelimeleriyle arama yaptık. 1975-31.10.2021 arasındaki tüm çalışmalar, tedavi başlangıcında ve birincil sonlanım noktasında ŞE sayısı ve HE sayısı değerleri için tarandı. Anti-TNF'lerle yapılan iki çalışma ve ixekizumab'ı plasebo ve adalimumabla karşılaştıran SPIRIT-1 çalışması, başlangıçta ve birincil sonlanım noktasında ŞE ve HE sayısını göstermiştir. Etki büyüklüğü Morris ve Klauer formülüne göre ayrı ayrı hesaplandı. Etki büyüklüğünü (EB) Cohen'e göre şu şekilde yorumlandı: 0-0,1 etki yok; 0,2-0,4 küçük etki; 0,5-0,7 intermediate etki; 0,8-≥1 büyük etki.

Bulgular: Sertolizumab çalışmasında, 200 ve 400 mg dozlarda ŞE ve HE sayısında etki büyüklüğü makul düzeyde bulundu. (ŞE için EB 0,84). İxekizumabı adalimumab ve plasebo ile karşılaştıran çalışmada, ixekizumab'ın dört haftada bir uygulanmasının, HE (EB 0,16) ve ŞE (EB 0,13) sayısında adalimumaba göre minimal düzeyde daha etkili olduğu gözlenmiştir. İxekizumabın plasebo üzerindeki etkisi de adalimumab'ın plasebo üzerindeki etkisinden biraz daha iyidir. (HE'de 0,51'e karşı 0,36, ŞE'de 0,38'e karşı 0,29).

Sonuç: PsA hastalarında RKC'lerde periferik eklemi doğrudan değerlendiren ŞE ve HE sayısındaki değişiklikler yeterince bildirilmemiştir. Sınırlı sayıda rapora göre, anti-TNF'ler (örneğin; certolizumab), birincil sonlanım noktasında ŞE ve HE sayısında önemli iyileşmeye neden olur. Öte yandan, ixekizumab'ın ŞE ve HE üzerinde adalimumab kadar etkisi vardır. Anti-IL 17 tedavilerinin periferik eklem üzerindeki etkisi, sanıldığı gibi anti-TNF'lerden daha az değildir.

Anahtar Kelimeler: Anti TNF, anti IL-17, hassas eklem, psöriatrik artrit, şiş eklem

Tablo 1, Çalışmaların etki büyüklüğü analizi

Hassas eklem sayısı						
Referans	Hafta (h)	Tedavi	Kontrol	Bazal (tedavi&kontrol)	EB (Morris)	EB (Klauer)
Spirit-1	12	Ixekizumab 4 h (n=107)	Adalimumab (n=101)	20,5 (13,7) vs. 19,3 (13,0)	0,16	0,91
	12	Ixekizumab 2 h (n=103)	Adalimumab (n=101)	21,5 (14,1) vs. 19,3 (13,0)	0,12	0,29
	12	Ixekizumab 4 h (n=107)	Plasebo (n=106)	20,5 (13,7) vs. 19,2 (13,0)	0,51	5,1
	12	Ixekizumab 2 h (n=103)	Plasebo (n=106)	21,5 (14,1) vs. 19,2 (13,0)	0,47	3,9
	12	Adalimumab (n=101)	Plasebo (n=106)	19,3 (13,0) vs. 19,2 (13,0)	0,36	4,1
GENOVESE, Mark C., ve ark. M02-570 Çalışma grubu	12	Adalimumab (n=51)	Plasebo (n=49)	25,3 (18,3) vs. 29,3 (18,1)	0,19	0,30
RAPID-PsA	24	Certolizumab 200 mg (n=138)	Plasebo (n=136)	21,5 (15,3) vs. 19,9 (14,7)	0,67	0,75
	24	Certolizumab 400 mg (n=135)	Plasebo (n=136)	19,6 (14,8) vs. 19,9 (14,7)	0,49	0,61
Sış Eklem Sayısı						
Spirit-1	12	Ixekizumab 4 h (n=107)	Adalimumab (n=101)	11.4 (8.2) vs. 9.9 (6.5)	0,13	0,63
	12	Ixekizumab 2 h (n=103)	Adalimumab (n=101)	12,1 (7,2) vs. 9,9 (4,7)	0,19	1,18
	12	Ixekizumab 4 h (n=107)	Plasebo (n=106)	11,4 (8,2) vs. 10,6 (7,3)	0,38	3,8
	12	Ixekizumab 2 h (n=103)	Plasebo (n=106)	12,1 (7,2) vs. 10,6 (7,3)	0,45	3,2
	12	Adalimumab (n=101)	Plasebo (n=106)	9.9 (6.5) vs. 10.6 (7.3)	0,29	4,4
GENOVESE, Mark C., ve ark. M02-570 Çalışma grubu	12	Adalimumab (n=51)	Plasebo (n=49)	18.2 (10.9) vs. 18.4 (12.1)	0,33	0,29
RAPID-PsA	24	Certolizumab 200 mg (n=138)	Plasebo (n=136)	11.0 (8.8) vs. 11.0 (8.8)	0,84	0,83
	24	Certolizumab 400 mg (n=135)	Plasebo (n=136)	10.5 (7.5) vs. 11.0 (8.8)	0,84	0,87

PP-076**Tersiyer bir merkezde psoriatik artrit hastalarında günlük pratikte tedavi seçimleri nelerdir?**

Mustafa Ekici¹, Erдің Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Fatmagül Gülbahçe İncesu², Umut Kalyoncu¹

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

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

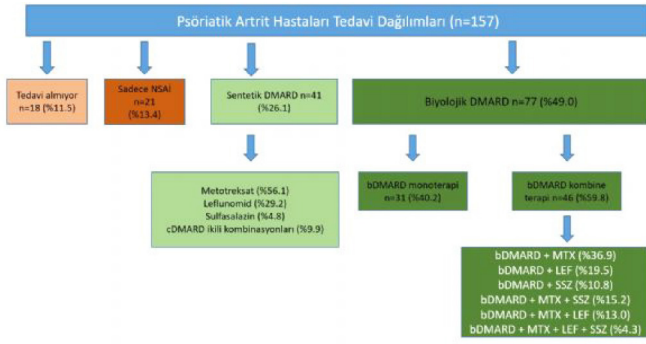
Amaç: Psoriatik artrit'te günlük pratikte NSAİ ilaçlar, sentetik ve biyolojik DMARD'ler kullanılabilir. Bu kesitsel analizde ayaktan başvuru yapan hastalarda tedavi seçimleri gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 2021 ile Haziran 2022 tarihleri arasında bölümümüze ayaktan başvuran 157 hastanın kesitsel olarak hangi tedaviler aldıkları kaydedilmiştir. Hastaların hastalık aktiviteleri de (ASDAS-CRP) not edilmiştir. ASDAS-CRP skoruna göre <1,3 remisyon, 1,3-<2,1 düşük hastalık aktivitesi, 2,1-3,5 orta hastalık aktivitesi, >3,5 yüksek hastalık aktivitesi olarak değerlendirilmiştir. PsA hastalarının kesitsel olarak kullandıkları sentetik DMARD'ler (metotreksat, sulfasalazin, leflunomid) ve bDMARD'lar (anti-TNF, anti-IL17, anti-IL12/23) ve bu tedavilerin kombinasyonları kaydedilmiştir.

Bulgular: Yüz elli yedi PsA hastasının (%65,3 kadın) ortalama yaşları 46,9'dur (10,7). Başvurusu sırasında hastaların %11,5'i hiçbir tedavi almıyor, %13,4'ü ise sadece NSAİ kullanıyordu. Sadece sentetik DMARD kullanımı tüm hastaların %26,1, bDMARD kullanımı ise %49 hastada saptandı (Şekil 1). Tedavi seçimleri şu şekildeydi: Glukokortikoid 60 (%38,2), Metotreksat 58 (%36,9), NSAİ ilaç 57 (%36,3), Leflunomid 32 (%20,4), sulfasalazin 18 (%11,5), anti-TNF 52 (%33,1), sekukinumab 19 (%12,1), ustekinumab 6 (%3,8). Tüm hastaların ASDAS-CRP'ye göre düşük hastalık aktivitesi veya remisyona ulaşma oranları %40'dır, tedavi seçimlerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bir tersiyer merkezde kesitsel olarak PsA'da tedavi seçimleri gösterilmiştir. Buna göre poliklinik takibine gelen hastalar daha sıklıkla kadındır (beklenen kadın-erkek eşit orandadır), bDMARD'lar hastaların yarısında kullanılmaktadır (beklenen tüm PsA hastalarının yaklaşık %15'idir), hiç tedavi almayan veya sadece NSAİ kullanan önemli bir hasta grubu bulunmaktadır, sentetik DMARD'lardan metotreksat ve leflunomid kullanılıyor olmakla birlikte oranları çok yüksek değildir, glukokortikoidler halen tercih edilen bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik DMARD, psöriatik artrit, sentetik DMARD



Şekil 1. Psoriatik artrit hastalarında tedavi dağılımları

PsA hastalarının tedavi durumlarına göre düşük hastalık aktivitesi	
Tedaviler	ASDAS <2,1 (düşük hastalık aktivitesi veya remisyon)
Tüm hastalar	58/145 (%40,0)
Tedavi almıyor n (%)	10/17 (58,8)
Sadece NSAİ n (%)	7/20 (%35,0)
Sentetik DMARD n (%)	11/37 (%29,7)
Sadece bDMARD n (%)	17/30 (56,7)
bDMARD + sentetik DMARD n (%)	11/41 (26,8)

PP-077

Tersiyer bir merkezde spondiloartrit hastalarında günlük pratikte tedavi seçimleri nelerdir?

Erdiç Ünal, Mustafa Ekici, Levent Kılıç, Fatmağül Gülbahçe İncesu, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Spondiloartritler’de günlük pratikte NSAİ ilaçlar, sentetik ve biyolojik DMARD’ler kullanılabilir. Bu kesitsel analizde ayakta başvuru yapan hastalarda tedavi seçimlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

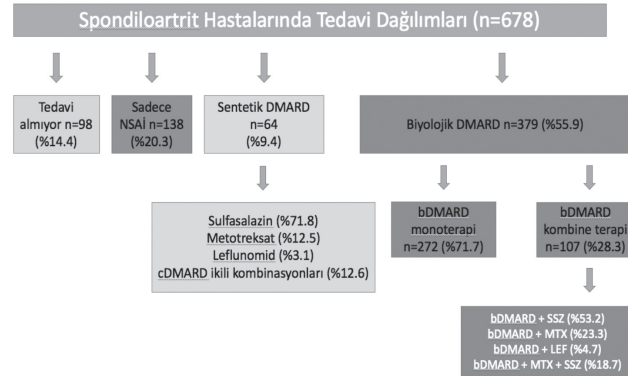
Yöntem: Kasım 2021 ile Haziran 2022 tarihleri arasında ayakta polikliniğimize başvuran 678 hastanın hastalık aktiviteleri kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Spondiloartritler şu şekilde gruplanmıştır. Ankilozan spondilit, non-radyografik SpA ve sadece periferik SpA. Hastaların hastalık aktiviteleri de (ASDAS-CRP) not edilmiştir. ASDAS-CRP skoruna göre <1,3 remisyon, 1,3-<2,1 düşük hastalık aktivitesi, 2,1-3,5 orta hastalık aktivitesi, >3,5 yüksek hastalık aktivitesi olarak değerlendirilmiştir. SpA hastalarının kesitsel olarak kullandıkları sentetik DMARD’ler (metotreksat, sulfasalazin, leflunomid) ve bDMARD’ler (anti-TNF, anti-IL17) ve bu tedavilerin kombinasyonları kaydedilmiştir.

Bulgular: Bu kesitsel çalışmaya 678 hasta dahil edilmiştir; 582 AS (%52,0 kadın), 72 nr-AxSpA (%40,2 kadın), 26 sadece periferik SpA (%46,1 kadın). Tüm hastaların ortalama yaşı 45,9 (10,4) AS 45,8 (10,6), nr-AxSpA 43,5 (9,6), periferik SpA 47,3 (8,4). Başvurusu sırasında hastaların %14,4’ü hiçbir tedavi almıyor, %20,3’ü ise sadece NSAİ kullanıyordu. Sadece sentetik DMARD kullanımını tüm hastaların %9,4, bDMARD kullanımını ise %55,9

hastada saptandı, bDMARD kullanan hastaların %28,3’ü sentetik DMARD ile kombine tedavi almaktaydı (Şekil 1). Tedavi seçimleri şu şekildeydi: NSAİ ilaç 370 (%54,7), sulfasalazin 130 (%19,2), glukokortikoid 66 (%9,7), Metotreksat 62 (%9,2), Leflunomid 10 (%1,5), anti-TNF 335 (%49,4), sekukinumab 44 (%6,5). Tüm hastaların ASDAS-CRP’ye göre düşük hastalık aktivitesi veya remisyona ulaşma oranları %42,0’dır, bDMARD kullanma ve kullanmama arasında fark yoktur.

Sonuç: Bir tersiyer merkezde kesitsel olarak SpA’da tedavi seçimleri gösterilmiştir. Buna göre poliklinik takibine gelen SpA hastalarının yarısından fazlası bDMARD kullanan hastalardan oluşmaktadır. Hiç tedavi almayan ve sadece NSAİ kullanan hastalar da önemli bir hasta grubunu oluşturur. Sulfasalazin tek başına veya bDMARD’lerle kombine olarak tüm SpA hastalarının beşte birinde kullanılmaktadır. SpA hastalarında bDMARD kullanımında monoterapi sık olmakla birlikte sentetik DMARD kombinasyonu (özellikle de sulfasalazin ile) nadir olmayarak tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik dmar, dmar, nsai, spondiloartrit, tedavi



Şekil 1. Spondiloartrit hastalarında tedavi dağılımları

Tablo 1. AS ve nr-AxSpA hastalarında tedavi seçimleri

Tedaviler	AS n=581	nrAxSpA n=72
Tedavi almıyor n (%)	85 (14,6)	12 (16,6)
Sadece NSAİ n (%)	118 (20,3)	18 (25,0)
Sentetik DMARD n (%)	54 (9,3)	4 (5,5)
Sadece bDMARD n (%)	231 (39,7)	30 (41,6)
bDMARD + sentetik DMARD n (%)	93 (16,0)	8 (11,0)

Psöriyatik artritte ixekizumab tedavisine yanıtın her vizitte ve zaman içinde tutarlılığı

Laura C. Coates¹, David Marcelino Sandoval Calderon², Rebecca J. Bolce², Chen Yen Lin², Keri Brooke Stenger², Aubrey Trevelin Sprabery², Arthur Kavanaugh³, Merve Nur Örmeci Armağan⁴

¹Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, Oxford University, Oxford

²Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN

³UC San Diego School of Medicine, San Diego, CA

⁴Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: İxekizumab (IXE) tedavisi alan hastalarda ACR50 yanıtını ve DAPSA yanıtını belirlemek, H24'ten H52'ye kadar her vizitte ve zaman içinde yanıtın bireysel hasta düzeyindeki tutarlılığını ortaya koymak.

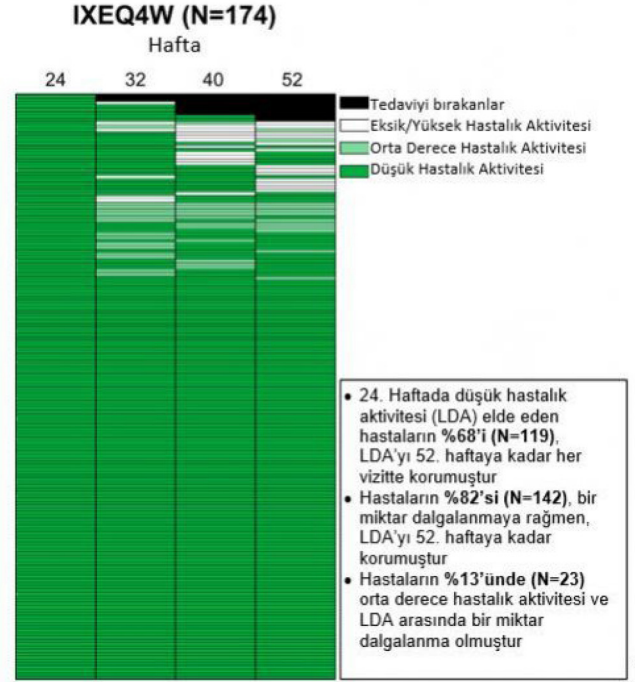
Yöntem: Bu post-hoc analizde, IXE ve adalimumab (ADA) tedavilerinin karşılaştırıldığı bir faz 3b/4 randomize, açık etiketli, paralel grup çalışması olan SPIRIT-H2H (NCT03151551) çalışmasının verileri kullanılmıştır. Aktif psoriasisten etkilenen vücut yüzey alanı (VYA) \geq %3 olan dokuz hasta, başlangıçta PASI=0 olarak değerlendirilmiştir. Bu hastalar, başlangıç sonrası vizitlerde PASI=0 ve VYA=0 olması durumunda PASI100 yanıtı veren hasta olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 566 hasta IXE (n=283) veya ADA (n=283) almıştır. IXE tedavisi alan ve 24. haftada ACR50 yanıtı elde eden 143 hastanın %65'inde (n=93) ACR50 her vizitte korunmuştur. Toplamda, 24. haftada ACR50 yanıtı kaydedilenlerin %83'ü (n=118), ACR50 ve ACR20 arasında bir miktar (%18) dalgalanma olmakla birlikte ACR50 yanıtını korumuştur (Şekil A). ADA tedavisi alan ve 24. haftada ACR50 yanıtı elde eden 132 hastanın %55'inde (n=72) ACR50 her vizitte korunmuştur. ACR50 yanıtı kaydedilenlerin %80'i (n=105), ACR50 ve ACR20 arasında bir miktar (%25) dalgalanma olmakla birlikte ACR50 yanıtını korumuştur (Tablo). IXE tedavisi alan ve 24. haftada düşük DA (DAPSA \leq 14) elde eden 174 hastanın %68'inde (n=119), düşük DA her vizitte korunmuştur. Yirmi dördüncü haftada düşük DA saptananların %82'si (n=142), orta derece ve düşük DA arasında bir miktar (%13) dalgalanma olmakla birlikte düşük DA yanıtını korumuştur (Şekil B). ADA tedavisi alan ve 24. haftada düşük DA elde eden 171 hastanın %57'sinde (n=97), düşük DA her vizitte korunmuştur. Toplamda, 24. haftada düşük DA kaydedilenlerin %77'si (n=131), orta derece ve düşük DA arasında bir miktar (%20) dalgalanma olmakla birlikte düşük DA yanıtını korumuştur (Şekil A).

Sonuç: Bu analiz, IXE kullanan hastaların ADA kullananlara kıyasla sayıca daha yüksek bir oranının, ACR50 ve DAPSA yanıtlarıyla ölçüldüğü üzere, her vizitte ve zaman içinde bireysel hasta düzeyinde yanıt tutarlılığı sergilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, IL17 inhibitörleri, ixekizumab

DAPSA \leq 14 LDA



Şekil. Yirmi dördüncü haftada DAPSA \leq 14 (düşük hastalık aktivitesi) kaydedilen PsA hastalarında IXE'nin etkisinin zaman içindeki tutarlılığını açıklayan ısı haritası diyagramı.

• 24. haftada düşük hastalık aktivitesi (LDA) elde eden hastaların %68'i (n=119), LDA'yı 52. haftaya kadar her vizitte korumuştur • Hastaların %82'si (n=142), bir miktar dalgalanmaya rağmen, LDA'yı 52. haftaya kadar korumuştur • Hastaların %13'ünde (n=23) orta derece hastalık aktivitesi ve LDA arasında bir miktar dalgalanma olmuştur

PsA hastalarında ADA'nın etkisinin zaman içinde tutarlılığı

	IXE Q4W (n=283)	IXE Q4W (n=283)	ADA Q2W (n=283)	ADA Q2W (n=283)
	ACR50 yanıtı, % (n)	DAPSA \leq 14 düşük DA, % (n)	ACR50 yanıtı, % (n)	DAPSA \leq 14 düşük DA, % (n)
24. haftada yanıt elde eden hastalar	%51 (143)	%61 (174)	%47 (132)	%60 (171)
Sonlanım noktasına 24. haftada ulaşan ve bir miktar dalgalanmayla* birlikte, yanıtı 52. haftaya kadar koruyanlar	%83 (n=118)	%82 (n=142)	%80 (105)	%77 (131)
Sonlanım noktasını her vizitte koruyanlar	%65 (n=93)	%68 (n=119)	%55 (72)	%57 (97)
Bir miktar dalgalanma olanlar*	%18 (n=25)	%13 (n=23)	%25 (33)	%20 (34)

*ACR50 ve ACR20 arasındaki veya düşük ve orta derece hastalık aktivitesi arasındaki dalgalanmalar

PP-079

Ixekizumab, ankilozan spondilit tanılı hastalarda MRG veya CRP ya da BASDAI 5. ve 6. sorularla değerlendirildiği üzere, ölçülebilir enflamasyonun ötesinde ağrının iyileşmesi bakımından belirgin patern sergilemektedir

Kurt De Vlam¹, Philip G. Conaghan², Philip J. Mease³, Proton Rahman⁴, Venkatesh Krishnan⁵, Rebecca J. Bolce⁵, David Marcelino Sandoval Calderon⁵, So Young Park⁵, Gaia Gallo⁵, Walter Maksymowych⁶, Merve Nur Örmeci Armağan⁷

¹University Hospital Leuven, Leuven

²University of Leeds, Leeds

³Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington, Seattle, WA

⁴Memorial University, St. John's, NL

⁵Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN

⁶Division of Rheumatology at the University of Alberta, Edmonton, AB

⁷Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, 16 haftalık (H) bir sürede MRG, CRP değeri ve BASDAI 5/6 ile belirlenen objektif enflamasyon ölçütlerinin longitudinal durumuna dayalı olarak, ixekizumab (IXE) ile ağrıdaki iyileşme değerlendirilmiştir.

Yöntem: Elli iki haftalık bir faz III, çok merkezli, randomize, çift kör, plasebo (PBO) kontrollü çalışma olan COAST-V (NCT02696785) çalışmasında, aktif ankilozan spondilitte (AS) IXE'nin etkililiği değerlendirilmiştir. Hastalar orijinal olarak PBO veya ADA almak üzere atanmış ve 16. haftaya gelindiğinde IXE almak üzere yeniden randomize edilmiştir. MRG, CRP düzeyleri ve BASDAI 5/6 ortalaması kullanılarak enflamasyon durumu için kontrol sağlanmak üzere, geceleri omurga ağrısındaki (SP-N) ve SF-36 vücut ağrısındaki değişiklik çalışma vizitleri sırasında ölçülmüş ve analiz edilmiştir.

Bulgular: MRG'ye göre enflamasyon kontrolü sağlandığında, IXEQ4W (-3,9, p<0,001) ve ADA (-2,8, p=0,02) ile tedavi alan hastalarda 16. hafta itibarıyla SP-N'de PBO'ya kıyasla (-1,6) anlamlı azalma kaydedilmiş ve IXE almak üzere yeniden randomize edilenlerde 52. haftaya kadar daha fazla iyileşme olduğu görülmüştür. MRG'ye göre enflamasyon kontrolü sağlanmadığında, IXEQ4W (-3,5, p<0,01) ve ADA (-3,1, p=0,02) grupları için 16. haftada SP-N bakımından anlamlı azalma görülmüş, IXE ile tedavi alan tüm hastalarda 52. haftaya kadar daha fazla azalma olduğu kaydedilmiştir. MRG + CRP'ye göre enflamasyon kontrolü sağlandığında, IXEQ4W (-3,8, p=0,2) ve ADA (-3,1, p=0,4) grupları için 16. haftada SP-N bakımından PBO'ya kıyasla (-2,4) azalma olduğu kaydedilmiş, IXE gruplarında 52. haftaya kadar daha fazla iyileşme olduğu görülmüştür. MRG+CRP'ye göre enflamasyon kontrolü sağlanmadığında, IXEQ4W (-3,7, p<0,001) grubu SP-N bakımından PBO'ya kıyasla (-1,7) anlamlı azalma elde ederken, ADA ile görülen iyileşme (-2,6 p=0,06) anlamlı olmamış ve IXE tedavisi alan tüm hastalarda 52. haftaya kadar daha fazla azalma olduğu kaydedilmiştir. IXE ve ADA ile 16. ve 52. haftada SF-36 vücut ağrısıyla ilgili iyileşmeler, MRG, CRP, MRG+CRP veya BASDAI 5/6 ile kontrol sağlanıss sağlanmamasından bağımsız şekilde görülmüştür.

Sonuç: Bu analiz, IXE'nin ölçülebilir enflamasyon bulunan ve bulunmayan hastalarda ağrı bakımından iyileşme sağladığı hipotezini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, IL-17 inhibitörleri, ixekizumab

PP-080

Enflamatuvar artritli hastalarda anti-TNF kullanımı ve hematolojik maligniteler: HUR-BIO kayıt kütüğü gerçek yaşam verileri

Emine Sarıyıldız¹, Zeynep Özge Öztürk², Emre Bilgin¹, Yahya Büyükaşık³, Ömer Dizdar⁴, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Güllü Sandal Uzun¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹, İhsan Ertenli¹

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

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

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

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

Amaç: TNF inhibitörleri (TNFi), enflamatuvar artritlerin (IA) tedavisinde oldukça etkili olmakla birlikte hematolojik maligniteler (HM) ile arasındaki olası ilişki endişe yaratmaktadır. Bu çalışmanın amacı genel Türk popülasyonu ile karşılaştırıldığında TNFi alan IA hastalarında HM insidansını değerlendirmektir.

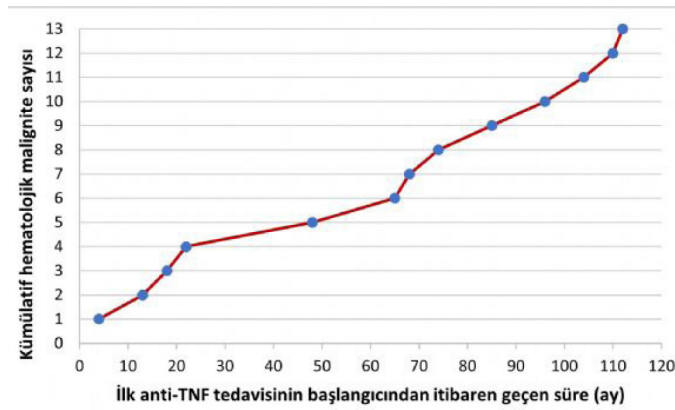
Yöntem: HUR-BIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü) 2005 yılından bu yana biyolojik DMARD kullanan hastaların kaydedildiği tek merkez kayıt kütüğüdür. TNFi kullanımından sonra en az bir viziti olan romatoid artrit (RA), spondiloartrit (SpA) ve psoriatik artrit (PsA) hastaları 2005 ile Kasım 2021 tarihleri arasında tarandı. HM tanısı, hematologların kararına ve/veya kemik iliği/lenf nodu biyopsisine göre belirlendi. Demografik veriler ve hastalık özellikleri kaydedildi. Standardize insidans oranları (SIR), yaş ve cinsiyete göre düzeltme yapıldıktan sonra hesaplanarak, 2017 Türkiye Ulusal Kanser Kayıt Kütüğü'nden alınan yaşa ve cinsiyete özgü SIR değerleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: HUR-BIO veri tabanına kayıtlı 6.139 hastadan 5.355'inin [3116 kadın (%58,2)] en az bir vizit herhangi bir TNFi kullanım öyküsü vardı. TNFi kullanan bu hastaların medyan takip süresi 2,6 yıldır. On üç hastada [SpA n=7, RA=4, PsA=2] takipte HM geliştiği saptandı. Bu hastalarda, IA başlangıcındaki medyan yaş 38 (min: 26-maks: 67), HM tanısındaki medyan yaş 55,5 (aralık 38 ila 76). HM tanıları; 8 lenfoma, 2 multipl miyelom, 1 büyük granüler lenfositik lösemi, 1 plazma hücre diskrazisi ve 1 miyelodisplastik sendrom. TNFi kullanımından HM'ye kadar geçen medyan süre 36 (min: 4-maks: 112) ay ve TNFi dağılımı; etanercept (n=8), adalimumab (n=6), infliximab (n=4), golimumab (n=1) ve sertolizumab (n=1). TNFi kullanan hastalarda HM'ler için artmış insidans hesaplandı (SIR 4,23, %95 GA 2,35-7,05). HM'li 10 hasta 65 yaşın altındaydı ve bu grupta hem erkeklerde (SIR 5,15,

%95 GA 1,88-11,43) hem de kadınlarda (SIR 4,76, %95 GA 1,74-10,55) HM'lerin insidansı daha yüksekti.

Sonuç: TNFi alan enflamatuvar artrit hastalarında HM riski, genel Türk popülasyonundan dört kat daha yüksekti. TNFi tedavisiyle ilişkili HM riskine ilişkin artan endişe, tüm klinisyenlerin bu farkındalığı artırma ihtiyacını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik malinite, TNF inhibitörleri, romatoid artrit, spondiloartrit, psoriatik artrit



İlk anti-TNF tedavisinin başlangıcından itibaren zamansal olarak kümülatif hematolojik malignite sayısı

Hematolojik malignitesi olan hastalar için cinsiyet ve yaş gruplarına göre SIR

Cinsiyet	Yaş	Gözlenen/ beklenen olgular	SIR	%95 güven aralığı
Total	Tüm yaş grupları *	13/3,07	4,23	2,35-7,05
Erkek	20-64 yaş (n=2059)	5/0,97	5,15	1,88-11,43
	≥65 yaş (n=180)	0/0,39	NA	-
	Hepsi (n=2239)	5/1,36	3,67	1,34-8,14
Kadın	20-64 yaş (n=2667)	5/1,05	4,76	1,74-10,55
	≥65 yaş (n=449)	3/0,66	4,54	1,15-12,37
	Hepsi (n=3116)	8/1,71	4,67	2,17-8,88

*18 yaş ve üzeri hastaları içerir. NA: Uygulanamaz, SIR: standardize insidans oranları

PP-081

Secukinumab ile enflamatuvar barsak hastalığı riskinde artış mı oluyor?

Fatih Albayrak¹, Mustafa Gür², Ahmet Karataş², Süleyman Serdar Koca², Bünyamin Kısacık³

¹Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

²Fırat Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Özel Sanko Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Bu çalışmada, secukinumab tedavisi alan hastalarımızda tedavi sonrası gelişen enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ile ilgili gerçek yaşam verilerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan 2018 tarihinden beri romatoloji polikliniğimize başvuran ve secukinumab kullanan hastaların dosyaları taranmıştır. Daha önceden anti-TNF kullanan ya da biyolojik naiv olan 209 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların sorgulamasında İBH öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 176 (%84,3) hasta ankilozan spondilit, 33 (%15,7) hasta psoriatik artrit. Yüz on iki (%53,6) hasta secukinumab öncesi en az bir anti-TNF tedavisi almıştı. İki yüz dokuz hastanın 10'unda (%4,8) İBH gelişmişti. Secukinumab tedavisinin ilk biyolojik ajan olarak kullanıldığı hastaların %1'inde İBH gelişirken, daha önce herhangi bir anti-TNF kullanmış ve sonrasında secukinumab tedavisine dönmüş hastaların %8'inde İBH gelişmişti (p=0,018, odds ratio (OR): 8,38, %95 GA: 1,04-67,45). Anti-TNF kullanımı sonrası ortalama 3,67 ay (±4,3), biyolojik naiv hastada 15 ay sonra İBH semptomları gelişti. Tablo 1'de secukinumab kullanımı sonrası İBH gelişen hastaların demografik ve klinik özellikleri verilmiştir.

Sonuç: Bizim çalışmamızda secukinumab kullanan hastalarda %4,8 İBH geliştiğini saptadık. Anti-TNF kullanımı sonrası secukinumab başlanan hastalarda İBH gelişme oranı ve riski anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Anti-TNF sonrası secukinumab başlananlarda İBH daha erken çıkarken (ortalama 3,67 ay), anti TNF kullanmadan secukinumab kullananlarda bu süre daha uzundu (15 ay, tek olgu). Daha geniş hasta sayılarıyla yapılacak çalışmaların bulduğumuz sonuçları açıklanması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, enflamatuvar barsak hastalığı, psoriatik artrit, secukinumab

Tablo 1. Secukinumab kullanımı sonrası İBH gelişen hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Tanı süresi (yıl)	Biyolojik tedavi ile İBH arasında geçen süre (ay)	Daha önce kullandığı biyolojik tedaviler	İBH sonrası başlanan tedavi
Olgu-1	39	E	AS	11	7	IFX, ETN	ADA
Olgu-2	37	K	AS	6	14	ADA, ETN	IFX
Olgu-3	53	K	AS	8	1	ADA, IFX, ETN	IFX
Olgu-4	46	K	AS	8	1	ADA, IFX, CZP, ETN	GLM
Olgu-5	35	E	AS	6	2	ETN	ADA
Olgu-6	32	E	AS	7	1	IFX	ADA
Olgu-7	27	K	AS	3	15	YOK	ADA
Olgu-8	33	E	AS	3	3	GLM	ADA
Olgu-9	47	E	AS	16	2	GLM	ADA
Olgu-10	55	K	PSA	9	2	ETN	

ADA: Adalimumab, ETN: Etanercept, GLM: Golimumab, IFX: Infliximab, CZP: Sertolizomab pegol

Aksiyel spondiloartrit hastalarında tümör nekrozis faktör inhibitörlerinin 24-saat ambulatuvar kan basıncı ölçümü ve uyku kalitesine etkisi

Kenan Moral¹, Emre Bilgin², Ömer Karadağ², Umut Kalyoncu², Ali Akdoğan², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Levent Kılıç², Tolga Yıldırım³

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

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

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

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) hastalarında anti-TNF tedavi sonrası uyku kalitesi ve 24-saat ambulatuvar kan basıncı ölçümündeki değişimleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Romatoloji polikliniğine 01.03.2021-01.12.2021 tarihleri arasında ayaktan başvuran, anti-TNF-naif ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan axSpA hastaları dahil edildi. Hastalara anti-TNF öncesi (0. ay) ve anti-TNF sonrası (3. ay) hastalık aktivite değerlendirilmesi (ESH, CRP, BASDAI ve BASFI), ambulatuvar kan basıncı ölçümü (AKBM) ve uyku kalitesi değerlendirilmesi (pittsburgh sleep quality index questionnaire (PSQI)) yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 28 axSpA hastası [ortalama yaş 40,0±10,4 yıl, kadın: 16 (%57,1)] dahil edildi (Tablo 1). Çalışmamızdaki hastaların 0. ay ve 3. ay AKBM ölçümleri normotansif sınırlardaydı. Hastaların 0. ay hastalık aktivite skorları, ortalama PSQI 8,5 (4,0-12,8) skorları yüksekti ve hastaların %71'inde uyku kalitesi kötüydü (PSQI >5). Anti-TNF tedavi sonrası 3.ayda hastalık aktivite skorlarında anlamlı düşme, uyku kalitesinde anlamlı şekilde düzelme olmasına karşın, Ambulatory Arterial Stiffness Index (AASI), Average real Variability (ARV), Pulse Pressure İndex (PPI), Sleeptroughsurge ve Prewaking surge gibi AKBM parametrelerinde, tedavi öncesine kıyasla anlamlı değişiklikler gözlenmedi. Anti-TNF tedavi sonrası 3. ayda dipper hasta oranı, 0. aya kıyasla artmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi (%46,4'ü vs. %60,7; p=0,388). Gece sistol kan basıncındaki azalma 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla iken [sırasıyla %4,8 ((-7) - 9,2) vs. %9,2 (4,7-11,1); p=0,020], gece diyastol kan basıncı azalmasındaki değişimde istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır [sırasıyla %6,4 (1,5-14,7) vs. %9,6 (5,0-15,8); p=0,112] (Tablo 2).

Sonuç: Anti-TNF tedavi sonrası uyku kalitesi ve gece kan basıncı düşüşünde artış gözlenmiştir. Anti-TNF'lerin uyku kalitesi ve gece kan basıncı gibi modifiye edilebilir kardiyovasküler risk faktörleri üzerine olumlu etkileri olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, anti-TNF, kardiyovasküler hastalık, uyku kalitesi, 24-saat ambulatuvar kan basıncı

Tablo 1. AxSpA hastalarının demografik ve klinik özellikleri (n=28)

Erkek/kadın n (%)	12 (42,9)/16 (57,1)
Yaş* yıl	40,0±10,4
Hastalık süresi** yıl	6,5 (4-11)
HLA-B27 pozitifliği n (%)	13 (59,1)
Periferik eklem tutulumu n (%)	1 (3,6)
Üveit n (%)	-
Psoriasis n (%)	-
Daktilit n (%)	-
Entezit n (%)	-
IBH n (%)	-
VAS-Ağrı**	7,5 (5,3-9,0)
BASDAI** (0-10)	5,8 (3,5-7,1)
BASFI** (0-10)	6,4 (3,6-7,3)
ESH** (mm/st)	14,0 (6,3-30,0)
CRP** (mg/dL)	0,8 (0,3-2,3)
VKI* (kg/m ²)	27,2±5,6
LDL (mg/dL)*	123,7±38,4
HDL (mg/dL)*	50,2±10,1
Trigliserit (mg/dL)*	117,7±71,9
Sigara kullananlar n (%)	13 (%46,4)
Obez n (%)	9 (32,1)
NSAII n (%)	28 (100)
kDMARD n(%)	17 (60,7)
Steroid# n (%)	4 (14,3)

*Ortalama ± standart sapma ** (Ortanca %25-%75) # <7,5 mg prednizon veya eşdeğeri BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, IBH: Enflamatuvar barsak hastalığı, ESH: Eritrosit-Sedimentasyon Düzeyi, CRP: C-reaktif protein, VKI: Vücut kitle indeksi, NSAII: Non-steroid antiinflamatuvar ilaç, kDMARD: Konvansiyonel DMARD, steroid (<7,5 mg altında kullananlar). Obez olanlar VKI >30 üstünde olarak kabul edildi

Tablo 2. AxSpA hastalarının uyku kalitelerinin ve Dipper/Non-dipper 0. ve 3.ay karşılaştırılması (n=28)

	0. ay	3. ay	p
Uyku kalitesi* n (%)			
İyi	8 (28,6)	16 (57,1)	0,008**
Kötü	20 (71,4)	12 (42,9)	
Uyku kalitesi puanı			
Ortanca (%25-%75)	8,5 (4,0-12,8)	4,0 (1,0-5,8)	<0,001
Dipper n (%)	13 (46,4)	17 (60,7)	0.388**
Non-dipper n (%)	15 (53,6)	11 (39,3)	0.388**
Gece sistol kan basıncı azalması % Ortanca (%25-%75)	4,8 ((-7) -9,2)	9,2 (4,7-11,1)	0,020***
Gece diyastol kan basıncı azalması % Ortanca (%25-%75)	6,4 (1,5-14,7)	9,6 (5,0-15,8)	0,112***

*Pittsburg ölçeğine göre belirlenmiştir. ** Mc Nemar testi & Wilcoxon testi *** Bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır

Obez/hafif şişman psoriatik artrit hastalarında yaşam tarzı değişikliğinin etkileri: Randomize kontrollü çalışma

Sümevra Öteleş¹, Gizem Ayan², Mustafa Ekici², Pelin Bilgiç¹, Edibe Ünal³, Umut Kalyoncu²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Artan vücut ağırlığının hastalık aktivitesini artırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Obez bireylerde psoriatik artrit (PsA) prevalansının yüksek olması obezite-PsA ilişkisini desteklemektedir. Bu çalışma obez/hafif şişman PsA hastalarında diyet ve biyopsikosozyal egzersiz müdahalesinin PsA semptomlarına etkilerini belirlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu çalışma, CASPAR (The Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) kriterlerine göre PsA tanısı almış 20-65 yaş arası obez/hafif şişman hastalar ile yapıldı. Kayıtlı toplam 70 hastadan 48'i çalışmayı tamamladı. Hastalar diyet + BETY (n=11), diyet (n=19) ve kontrol (n=18) gruplarında 12 hafta boyunca takip edildi. Diyet grubundaki hastalara diyet programı verilirken, diyet+BETY grubuna biyopsikosozyal yaklaşımli egzersiz (BETY) programı ile birlikte diyet programı uygulandı. Katılımcıların hastalık aktivitesi değerlendirmeleri, antropometrik ölçümleri, Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID)-12, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Psoriatik Artrit Yaşam Kalitesi Anketi (PsAQoL) ve Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikosozyal Anket (BETY-BQ) skorları çalışmanın başında ve sonunda kayıt altına alınmış ve karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Vücut ağırlığı diyet+BETY (-6,6±2,6 kg) ve diyet (-6,2±1,3 kg) gruplarında başlangıca göre azalmıştır (p<0,05). On iki hafta sonunda DAPSA skoru müdahale gruplarında anlamlı şekilde azalırken (diyet+BETY: -10,7±8,1, p<0,001; diyet: -7,6±6,7, p<0,001), kontrol grubunda (-0,77±8,1, p>0,05) anlamlı bir fark gözlenmemiştir. PsA ile ilişkili skorlardaki toplam değişim diyet ve diyet + BETY gruplarında benzer bulunmuştur. Müdahale türünden bağımsız olarak, ≥%5 kilo kaybı yaşayanların DAPSA, HAQ, PSAID-12 ve VAS-ağrı skorlarında daha fazla iyileşme gözlenmiştir (p<0,05). Ayrıca yaş, cinsiyet ve sigaraya göre düzeltilmiş lineer regresyon modelinde BKİ'de 1 kg/m²lik bir azalma DAPSA skorunu 0,465 birim, PSAID-12 skorunu 0,474 birim ve HAQ skorunu 0,523 birim azalttığı görülmüştür.

Sonuç: Diyet ve biyopsikosozyal egzersiz yaklaşımı tek başına veya birlikte PsA semptomlarını iyileştirmiştir. Obez PsA hastalarına yönelik multidisipliner ağırlık kaybı programlarının düzenlenmesi hastalığın yönetimini iyileştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, diyet, egzersiz, biyopsikosozyal yaklaşım

Psoriatik artrit hastalarında beslenme tarzının etkileri: Diyet asit yükü

Sümevra Öteleş¹, Gizem Ayan², Mustafa Ekici², Pelin Bilgiç¹, Edibe Ünal³, Umut Kalyoncu²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Diyet bileşimi asit veya baz öncülleri sağlayarak kan asit-baz dengesini etkilediği uzun zamandır bilinmektedir. Artan diyet asit yükü metabolik asidoza neden olarak enflamasyonu tetiklemektedir. Bu çalışmada PsA hastalarında diyet asit yükü ile hastalık aktivite skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, CASPAR (The Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) kriterlerine göre PsA tanısı almış 20-65 yaş arası obez/hafif şişman 58 hasta ile yürütüldü. Diyet alımı, 2 ardışık gün 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı ile değerlendirildi. Diyet asit yükü (DAL), PRAL (potansiyel renal asit yükü) ve NEAP (net endojen asit üretimi) skorları hesaplanarak belirlendi ve skorların medyan değerlerine göre "düşük" ve "yüksek" gruplarına ayrıldı. Hastaların hastalık aktivite değerlendirmeleri, antropometrik ölçümleri, diyet alımları ve kan parametreleri kaydedildi ve PRAL-NEAP grupları arasında karşılaştırıldı. Hastalık aktivite skorları ile PRAL-NEAP skorları arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemede korelasyon analizleri ve ilişkinin etki düzeyini saptamak için karıştırıcı faktörlere göre düzeltilmiş modellerde çoklu lineer regresyon kullanıldı.

Bulgular: Yüksek NEAP ve PRAL gruplarındaki hastaların düşük gruplara kıyasla daha yüksek hastalık aktivite skorlarına sahip olduğu gözlemlendi (p<0,05). Diyet asit yükü skorları ile DAPSA (PRAL, r=0,559, NEAP, r=0,543, p<0,001), HAQ (PRAL, r=0,378, NEAP, r=0,381, p=0,003) ve PSAID-12 (PRAL, r=0,303, p=0,021, NEAP, r=0,307, p=0,019) skorları arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptandı. Ayrıca yaş, cinsiyet, sigara ve BKİ'ye göre düzeltilmiş lineer regresyon modelinde PRAL ve NEAP skorundaki 1 mEq artış DAPSA skorunda sırasıyla 0,506 birim ve 0,486 birim artırdı.

Sonuç: Bu çalışma PsA ve diyet asit yükü ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Sonuçlarımız, PRAL ve NEAP skorları arttıkça hastalık aktivite skorlarının arttığını gösterdi. PsA tedavisinde semptomları en aza indirmek veya remisyona ulaşmak için tıbbi tedavi ile birlikte sağlıklı bir yaşam tarzı önerilmektedir. PsA hastalarını artmış diyet asit yükünden korumak için meyve ve sebzelerden yüksek, hayvansal besinlerden ve tuzdan azaltılmış diyetler önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: PsA, diyet bileşimi, diyet asit yükü

Behçet sendromlu hastaların 10 yıllık takip sonuçları: Tek merkez deneyimi

Abdullah Doğan, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Behçet sendromu (BS), tekrarlayan oral ve genital ülserlerin yanı sıra oküler, kutanöz, vasküler, gastrointestinal ve kas-iskelet sistemi bulgularıyla karakterize bir vaskülitir. Bu çalışmada, BS'li hastaların 10 yıllık klinik bulgularının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Hastanemiz romatoloji polikliniğinde 2007 ile 2009 yılları arasında BS tanısı konan 682 hastadan oluşan bir kohort Kasım 2021'de yeniden değerlendirildi. Seksen dört hastanın (84/682) klinik seyrine ilişkin veriler hasta dosyalarından ve telefon görüşmelerinden elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya, yaş ortalaması 47,1±10,6 yıl olan 84 hasta (63 erkek, 21 kadın) dahil edildi. Hastaların tanı anında yaş ortalaması 29,5±9,4 yıl idi. Oral ülser (%100), papülopüstüler lezyonlar, genital ülser ve eritema nodozum tanı anında en sık görülen bulgularıydı. Oküler, kas-iskelet sistemi, vasküler, gastrointestinal ve nörolojik belirtiler azalan sıklıkta görüldü. En sık görülen oküler tutulum posterior üveit idi. On yıl sonra, BS'nin tüm belirtilerinde

istatistiksel olarak anlamlı bir azalma oldu (Tablo 1). Bununla birlikte 9 (%10,7) hastada (8 erkek, 1 kadın) yeni klinik bulgular saptandı. Yeni klinik belirtiler olarak 5 hastada mukokutanöz, 2 vasküler lezyon ve 2 artrit gelişmişti. Yeni klinik bulgusu olan ve olmayan hastalar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Yeni başlayan mukokutanöz belirtiler genital ülser ve eritema nodozumdu. Vasküler tutulum genç hastalarda daha sık saptandı (p=0,03). Oküler tutulum, başlangıçta mukokutanöz tutulumdan sonraki sık görülen bir semptom olduğu halde 10 yıllık takip sonunda hiçbir hastada yeni göz tutulumu olmadı. Tedavide başlangıçta en çok tercih edilen ilaçlar kolşisin (%88,1) ve kortikosteroidler (%57,1) idi. Elli bir (%60,7) hastaya en az bir immünoşüpresif ajan verildi. Kolşisin, kortikosteroid ve azatioprin, sırasıyla tedavide kalımı en yüksek ajanlardı. Başlangıç tedavisi olarak immünoşüpresif uygulanan 21 hasta (%41,1) 10 yıl sonra hala immünoşüpresif ilaç kullanıyordu. İzlemede en sık reçete edilen immünoşüpresifler azatioprin ve siklosporindi.

Sonuç: BS'de özellikle 40 yaşından sonra yeni başlayan klinik belirtilerin sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır. Fakat erkek hastalar, yaştan bağımsız olarak gelişebilecek komplikasyonlar açısından düzenli olarak takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, klinik manifestasyonlar, tedavi seçenekleri

Tablo 1. Behçet sendromunun klinik manifestasyonları

	Başlangıç	Başlangıç	10 yıl sonra	10 yıl sonra	p
			Yok	Var	<0,001*
Oral ülser, n (%)	Yok	0	0	0	<0,001*
Oral ülser, n (%)	Var	84 (100)	42 (50)	42 (50)	<0,001**
Genital ülser, n (%)	Yok	19 (22,7)	16 (84,2)	3 (15,8)	<0,001**
Genital ülser, n (%)	Var	65 (77,4)	54 (83,1)	11 (16,9)	<0,001**
Eritema nodosum ve Papulopustular lezyon, n (%)	Yok	6 (7,1)	4 (66,7)	2 (33,3)	<0,001**
Eritema nodosum ve Papulopustular lezyon, n (%)	Var	78 (92,9)	44 (56,4)	34 (43,6)	<0,001**
Artrit, n (%)	Yok	54 (64,3)	52 (96,3)	2 (3,7)	<0,001**
Artrit, n (%)	Var	30 (35,7)	21 (70)	9 (30)	<0,001**
Vasküler tutulum, n (%)	Yok	68 (81)	66 (97,1)	2 (2,9)	<0,013**
Vasküler tutulum, n (%)	Var	16 (19)	12 (75)	4 (25)	<0,001**
Gastrointestinal tutulum, n (%)	Yok	81 (96,4)	81 (100)	0	<0,001*
Gastrointestinal tutulum, n (%)	Var	3 (3,6)	3 (100)	0	<0,001*
Okular tutulum, n (%)	Yok	45 (53,6)	45 (100)	0	<0,001**
Okular tutulum, n (%)	Var	39 (46,4)	29 (74,4)	10 (25,6)	<0,001**
Nörolojik tutulum, n (%)	Yok	83 (98,8)	83 (100)	0	<0,001*
Nörolojik tutulum, n (%)	Var	1 (1,2)	1 (100)	0	<0,001*

*McNemar-Bowker test, **McNemar test

Anne sütü alımı behçet hastalığına eşlik eden komorbidite ve sakroiliit sıklığını etkiler mi?

Hatice Ecem Konak¹, Abdulsamet Erden², Berkan Armağan¹, Serdar Can Güven¹, Hakan Apaydın¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Yağnur Uzun³, Merve Kaygısız³, Orhan Küçükşahin², Ahmet Omma¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Behçet hastalığının (BH) patogenezinde T helper 1 (Th1), Th 17 ve düzenleyici T-hücrelerinde (Treg) anormal aktivite kritik öneme sahiptir. BH hastalarında bu hücrelerin modülasyonunda ve immün anormalliklerde barsak mikrobiyomunun etkili olabileceği gösterilmiştir. Anne sütü, yenidoğanın olgunlaşmamış barsak mikrobiyomunu ve metagenomunu etkileyerek bebeğin barsak geçirgenliğinin olgunlaşmasını artırır ve bebek barsak mikrobiyotasını doğrudan etkiler. Bu nedenle anne sütü alımı uzun vadede kişinin sağlığını etkiler ve bazı otoimmün hastalıkların ortaya çıkmasını engelleyebilir.

Amaç: Bu çalışmada, BH hastalarında bebeklik döneminde alınan anne sütünün hastalığa bağlı semptomlar, organ tutulumu ve hastalığın seyri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya BH tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek bilgilerine ulaşabildiğimiz hastalar dahil edildi. Hastaların

anneleri ile de görüşülerek bu hastaların anne sütü ile beslenip beslenmediği, emzirme süresi ve doğum şekli soruldu. Hastaların demografik ve klinik verileri, eşlik eden hastalıkları, BH için kullanılan ilaçlar hastane veri tabanındaki kayıtlardan toplandı. BH'ye bağlı organ hasarı Vaskülit Hasar İndeksi (VDI) ve Behçet sendromu Genel Hasar İndeksi (BODI) skorları ile ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya toplam 304 hasta alındı, hastaların %92'yi bebeklik döneminde anne sütü almıştı [medyan süre (IQR): 12 (12) ay]. Anne sütü alan ve almayan hastalar karşılaştırıldığında, anne sütü alanların %6,8'i, almayanların %18,2'i BH tedavisinde TNF- α kullanımı vardı (p=0,052). Anne sütü ile beslenenlerde en az bir komorbiditeye sahip olma oranı %26,4 iken, hiç anne sütü almamış olanlarda bu oran %50 idi. Hastaların organ ve sistem tutulumları karşılaştırıldığında, anne sütü almayan grupta sakroileit insidansı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,025) (Tablo 1). Altı aydan kısa süre anne sütü ile beslenenlerde 6 aydan uzun süre anne sütü ile beslenenlere göre daha erken yaşta, 12 aydan kısa süre anne sütü ile beslenenlerde 12 aydan daha uzun süre anne sütü ile beslenenlere göre daha erken yaşta BH tanısı konuldu (sırasıyla, p=0,039, p=0,035).

Sonuç: Sonuç olarak birçok genetik ve çevresel faktörün rol oynadığı BH hastalarında anne sütünün hastalığın seyri üzerinde olumlu etkileri vardır. Anne sütü alan hastalarda komorbidite ve sakroileit görülme sıklığının daha az olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Behçet hastalığı, sakroileit

Tablo 1. BH hastalarının anne sütü alımına göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Tüm hastalar, n=304	Anne sütü alan hastalar, n=280	Anne sütü almayan hastalar, n=24	p
Kadın, n (%)	140 (46)	128 (46)	12 (50)	0,686
Yaş, yıl, mean (\pm SS)	40,8 (11,1)	40,7 (11,1)	42,1 (10,8)	0,558
Tanı yaşı, yıl, mean (\pm SS)	26,7 (9,9)	29,8 (9,4)	29,9 (8,1)	0,970
Komorbidite, n (%)	86 (28,2)	74 (26,4)	12 (50)	0,014
Organ ve sistem tutulumları, n (%)				
Oral aft	299 (98,3)	275 (98,2)	24 (100)	1
Genital aft	241 (79,2)	221 (78,9)	20 (83,3)	0,609
Papulopüstüler döküntü	229 (75,3)	210 (75,0)	19 (79,2)	0,650
Eritema nodozum	139 (45,7)	131 (46,8)	8 (33,3)	0,204
Üveit	227 (74,6)	209 (74,6)	18 (75,0)	0,960
Nörolojik tutulum	21 (6,9)	19 (6,8)	2 (8,3)	0,774
GIS tutulum	14 (4,65)	13 (4,6)	1 (4,2)	1
Kardiak tutulum	6 (1,97)	6 (2,1)	0	1
Tromboz	91 (29,9)	83 (29,6)	8 (33,3)	0,705
Arteriyel tromboz	15 (4,9)	13 (4,6)	2 (8,3)	0,423
Venöz tromboz	72 (23,6)	68 (24,3)	4 (16,7)	0,616
Anevrizma	14 (4,6)	14 (5)	0	0,612
Artirit	101 (33,2)	93 (33,2)	8 (33,3)	0,990
Sacroileit	26 (8,55)	21 (7,5)	5 (20,8)	0,025
Artiküler tutulum*	114 (37,5)	104 (37,1)	10 (41,7)	0,66
Aktif medikal tedavi, n (%)				
Kolşisin	229 (75,3)	214 (76,4)	15 (62,5)	0,129
Azatiopurin	93 (30,5)	89 (31,8)	4 (16,7)	0,123
Siklosporin	6 (1,97)	6 (2,1)	0 (0)	1
TNF-a inhibitörleri	25 (8,2)	19 (6,8)	4 (18,2)	0,052
VDI skoru, medyan (IQR)	0 (1)	0 (1)	0 (0,75)	0,123
BODI skoru, medyan (IQR)	0 (1)	0 (1)	0 (0,75)	0,095

BH: Behçet hastalığı, BODI: Behçet sendromu genel hasar indeksi, GIS: Gastrointestinal sistem, TNF-a: Tumour necrosis factor alpha, VDI: Vasculit hasar indeksi, *Artiküler tutulum: artirit ve sakroileit

Behçet hastalığında ABO kan gruplarına göre vasküler tutulum riskinin değerlendirilmesi

Erdem Bektaş¹, Abdulkadir Büyükdemir², Yasemin Yalçınkaya³, Bahar Artım Esen³, Murat İnanç³, Ahmet Gül³

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

²*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) değişken damar vaskülitleri arasında sınıflandırılır. Her boyda ven ve arterleri etkiler ve vasküler enflamasyona bağlı gelişen tromboz yatkınlığına neden olur. ABO kan grupları ile tromboz yatkınlığı arasında ilişki gösteren yayınlardan yola çıkarak, BH'nin vasküler tutulumları ile ABO kan grupları arasındaki ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Yöntem: Bilim dalımızda 1978-2022 arasında ISG-1990 kriterlerini karşılayan BH tanısı ile izlenen ve kan grubu bilgilerine ulaşılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. O ve non-O (A, B, AB) kan grubuna sahip hastaların verileri vasküler tutulum özellikleri açısından değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare, t-testi, Mann-Whitney U testi ve lojistik regresyon kullanıldı.

Bulgular: Çalışma toplam 411 hastanın verisi ile yapıldı. Hastaların 143'ü (%34,8) "O" [%58 erkek, ortalama tanı yaşı 31,38±10,13, ortalama takip süresi 153 (98-219) ay], 268'i (%65,2) "non-O" kan grubu [%60 erkek, ortalama tanı yaşı 30,7±8,4, ortalama takip süresi 148 (92-204) ay] taşıyordu. O ve non-O kan grubuna sahip hastalar arasında cinsiyet, tanı yaşı, aile öyküsü, sigara kullanımı, vasküler tutulumu sebep olabilecek komorbid hastalıklar ve genetik trombofilisi açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. O grubunda vasküler tutulum 39 (%27,3), venöz tutulum 35 (%24,5), arteriyel tutulum 11 (%7,7) hastada saptandı; non-O grubunda vasküler tutulum 109 (%40,7), venöz tutulum 95 (%35,4), arteriyel tutulum 38 (%14,2) hastada saptandı, iki grup arasında vasküler tutulum ve venöz tutulum sıklığı açısından anlamlı fark saptandı (p=0,007, p=0,023). Non-O grubu ve O grubu vasküler tutulum (OR 1,8 %95 GA 1,2-2,8, p=0,007), venöz tutulum (OR 1,7 %95 GA 1,1-2,7, p=0,023), arteriyel tutulum (OR 2,0 %95 GA 0,98-4,0, p=0,057) açısından karşılaştırıldığında, non-O kan grubu taşımak vasküler tutulum ve venöz tutulum riskini anlamlı olarak artırıyor (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda, BH olanlarda non-O kan grubuna sahip olmanın vasküler, özellikle venöz tutulum riskini %70-80 oranında artırabildiği görülmüştür. ABO kan grubu antijenleri, BH patogeneziyle ilişkili olduğu bilinen genetik ve çevresel faktörlerle birlikte vasküler bulguların gelişmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ABO kan grubu, vasküler tutulum

Tablo 1.

	O grubu (n=143)	non-O grubu (n=268)	p değeri (χ ²)	OR (%95 GA) (p değeri)
Vasküler tutulum	39 (%27,3)	109 (%40,7)	0,007	1,828 (1,176-2,842) (0,007)
Venöz tutulum	35 (%24,5)	95 (%35,4)	0,023	1,694 (1,074-2,674) (0,023)
Arteriyel tutulum	11 (%7,7)	38 (%14,2)	0,076	1,983 (0,980-4,010) (0,057)

O ve non-O kan grubuna sahip hastaların vasküler tutulumlarının ve alt tiplerinin sıklıklarının karşılaştırılması ve lojistik regresyon analizi

PP-088

Behçet hastalığında ven duvar kalınlığının prognostik değeri var mı? -Prospektif takip çalışması-

Kerem Yiğit Abacı¹, Rabia Ergelen², Fatma Temiz³, Yasin Yıldız³, Tülin Ergun⁴, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

³*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

⁴*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Behçet hastalığında (BH) artmış common femoral ven (CFV) duvar kalınlığını gösteren kontrollü ultrason çalışması ilk defa tarafımızca bildirilmiştir. Artmış CFV duvar kalınlığının, BH'nin ayırt edici bir özelliği olduğu, diğer enflamatuvar/vasküler hastalıklarda nadiren görüldüğü ve ≥0,5 mm'lik cut-off değeri için özgüllüğün %80'den yüksek olduğu tarafımızca gösterilmiştir. CFV duvar kalınlığı ile hastalığa bağlı herhangi bir organ tutulumu, hastalık seyri, tedaviler arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Burada prospektif takip edilen BH'lerin, CFV duvar kalınlık ölçümünün uzun dönem seyrini ve prognostik değerini değerlendirmeyi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 195 BH alındı. Ultrasonografi ile bilateral CFV duvar kalınlığı ölçüldü. Hastalar prospektif olarak 3-6 aylık aralıklarla takip edildi.

Bulgular: Hastaların %98,6'sının başlangıç CFV duvar kalınlığı ≥0,5 mm'lik cut-off'un üzerindedir. Tanı ve takiplerindeki klinik özellikler Tablo 1'dedir. Yüz doksan beş hastanın 139'unun ortalama 26,5 (16,9) aylık prospektif takip verileri mevcuttur. Otuz dokuz (%28) hastada tedavi değişikliğine yol açan yeni majör organ tutulumu ve/veya relaps görülmüştür. Başlangıçta sadece mukokutanöz hastalığı olan 36 hastanın 9'unda takip sırasında yeni majör organ tutulumu gelişmiştir. Bu dokuz hastanın bazal CFV duvar kalınlıkları, majör organ tutulumu olmayan hastalara kıyasla klinik anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek ölçülmüştür (sağ: 0,83 mm'ye 0,73 mm, sol: 0,80 mm'ye 0,73 mm). Kırk yedi hastada, ilk vizitten ortalama 19,8 ay sonra ikinci CFV kalınlığı ölçülmüştür. Her iki CFV'lerin birinci ve ikinci CFV duvar kalınlığı ölçümleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (sağ: birinci ve ikinci: 0,79 ve 0,76 mm, p=0,26; sol: 0,79 ve 0,75 mm, p=0,26). Tedavi modalitesi, yeni organ tutulumu ve relapslara bağlı CFV duvar kalınlığında herhangi bir değişiklik tespit edilmemiştir.

Sonuç: BH için yeni bir non-invaziv tanı aracı olan ultrasonografi ile CFV duvar kalınlığı ölçümü, tedavi modalitesi, yeni organ tutulumu veya nükslerle anlamlı değişiklik göstermemektedir. Ayrıca ön sonuçlarımız daha yüksek CFV kalınlığına sahip mukokutanöz BH'de takipte majör organ tutulumu riskinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, common femoral ven duvar kalınlığı ölçümü, ultrasonografi

Tablo 1. Hastaların başlangıçtaki ve takipteki klinik özellikleri

	Başlangıç (n=139)	Son Takip (n=139)	Takip sırasında relapslar veya yeni organ tutulumları
Yaş ortalaması (SS)	34,85 (8,27)		
Cinsiyet Kadın/Erkek	43/96		
Paterji (pozitif/negatif)	59/44		
Sağ CFV duvar kalınlığı ortalaması (SS)mm	0,791 (0,253)		
Sol CFV duvar kalınlığı ortalaması (SS)mm	0,797 (0,207)		
Oral aft n (%)	134 (95)	134 (95)	13 (9,4)
Genital ulser n (%)	84 (60,4)	89 (64,5)	6 (4,3)
Folikülit n (%)	77 (55,4)	77 (55,4)	2 (1,4)
Eritema Nodosum n (%)	62 (44,6)	69 (49,6)	9 (6,5)
Artrit n (%)	48 (34,5)	48 (34,5)	10 (7,2)
Majör Organ Tutulumu n (%)			
Vasküler tutulum n (%)	84 (60,4)	96 (69,1)	35 (25,2)
Derin ven trombozu (%)	61 (43,9)	65 (46,8)	6 (4,3)
Pulmoner tromboz n (%)	35 (25,2)	52 (37,4)	23 (16,5)
Sinus Ven trombozu n (%)	12 (8,6)	14 (9,9)	2 (1,4)
Tromboflebit n (%)	4 (2,9)	6 (4,3)	5 (3,6)
Veno Cava Trombozu (%)	3 (2,2)	3 (2,2)	0
Pulmoner anevrizma n (%)	1 (0,7)	2 (1,4)	2 (1,4)
Diğer vasküler tutulumları n (%)	4 (2,9)	5 (3,6)	2 (1,4)
NöroBehçet n (%)	14 (9,9)	16 (11,5)	2 (1,4)
Üveit n (%)	33 (23,7)	40 (28,8)	7 (5)
Enterohçet n (%)	8 (5,8)	9 (6,5)	1 (0,7)

CFV: Colloh Fenoral ven

PP-089

Behçet hastalarında Doppler ultrasonografi ile ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümüne hasta pozisyonunun etkisi

Seda Kutluğ Ağaçoğlu¹, Rabia Ergelen², Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

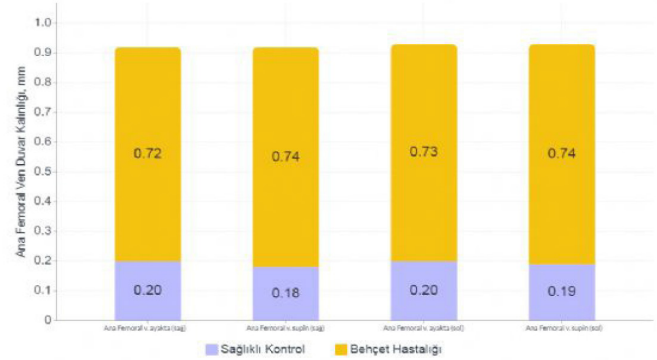
Amaç: Grubumuz Behçet hastalığında (BH) artmış ana femoral ven kalınlığını gösteren ilk kontrollü Doppler ultrasonografi (USG) çalışmasını yayınlamış $\geq 0,5$ mm'lik cut-off değeri için %80'in üzerinde duyarlılık ve özgünlükle BH'nin ayırt edici bir özelliği olduğunu göstererek, BH için tanısal bir test olarak kullanılabilirliğini önermişti. Daha önce yapılan tüm çalışmalarımızda, ana femoral ven duvar kalınlığı sırt üstü yatar pozisyonda ölçülmüştü. Standart alt ekstremite venöz Doppler USG uygulamalarının, venöz tromboz veya yetmezlik için dik pozisyonda yapıldığı bilindiğinden, bu çalışmada, bu ölçümün BH'de doğruluğunu ve uygulanabilirliğini teyit etmek için hem supin hem de dik pozisyonda Doppler USG ile ölçülen ana femoral ven duvar kalınlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Behçet Kliniği'nde BH tanısı almış 42 hasta [Erkek/kadın: 27/15, ortalama yaş: 39,8 (10,04) yıl] ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 41 sağlıklı kontrol [Erkek/kadın: 21/18, ortalama yaş: 36,5 (8,4) yıl] dahil edilmiştir. Demografik ve klinik veriler rutin ziyaretleri sırasında kaydedilerek, bilateral ana femoral ven kalınlığı aynı gün deneyimli bir radyolog tarafından hem ayakta hem de supin pozisyonda Doppler USG ile ölçülmüştür.

Bulgular: BH hastalarının klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Bilateral ana femoral ven duvar kalınlığı BH'de sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksekti (0,74 vs. 0,18 mm, sağ ana femoral ven, $p < 0,001$, 0,74 vs. 0,19 mm, sol ana femoral ven, $p < 0,001$). Hem BH hem de sağlıklı kontrol gruplarında ayakta ve supin ölçülen ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Resim 1).

Sonuç: Doppler USG ile ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümü, BH tanısı için yeni, kolay uygulanabilir ve non-invaziv bir tanı aracı olarak kullanılabilir. Alt ekstremite venöz Doppler USG, venöz tromboz veya yetersizliğin değerlendirilmesi için ayakta yapılmasına rağmen, çalışmamız BH'de hasta pozisyonunun ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümünü etkilemediğini, her iki şekilde de ölçüm yapılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Ana femoral ven kalınlığı, Behçet hastalığı, Doppler ultrasonografi



Resim 1. Supin ve ayakta pozisyonda Doppler ultrasonografi ile ölçülen ana femoral ven duvar kalınlıkları

Tablo 1. Behçet hastalarının klinik ve demografik özellikleri

	Behçet hastaları (n=42)
Yaş, ortalama (SS), yıl	39,8 (10,04)
Erkek cinsiyet, n (%)	27 (%64,3)
Hastalık süresi, ortalama (SS), yıl	9,1 (8,2)
Takip süresi, ortalama (SS), ay	110,1 (98,5)
Aile öyküsü, n (%)	7 (%16,7)
Paterji pozitifliği, n (%)	3 (%7,1)
Mukokutanöz tutulum, n (%)	16 (%38,1)
Majör organ tutulumu, n (%)	26 (%61,9)
Damar tutulumu, n (%)	24 (%57,1)
Oküler tutulum, n (%)	8 (%19)
Nörolojik tutulum, n (%)	7 (%16,7)

Refrakter mukokutanöz tutulum, erken dönemde erkek Behçet hastalarında majör organ tutulumuna kıyasla immünoşüpresif ihtiyacının daha sık bir nedenidir

Fatma Alibaz Öner¹, Belgin Aldağ², Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Emrah Karatay³, Tülin Ergun⁴, Haner Direskeneli¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Majör organ tutulumu, Behçet hastalığında (BH) başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Bununla birlikte, majör organ tutulumunun prognozu ve öngörücüleri yeterince çalışılmamıştır. Bu çalışmada, yeni majör organ tutulumu için en yüksek riske sahip, sadece mukokutanöz semptomlarla prezente olan genç erkek Behçet hastalarının prospektif olarak takip edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 36 BH'li erkek hasta dahil edildi. Hastalar prospektif olarak 3-6 aylık aralıklarla ve herhangi bir acil durum olması halinde aynı gün değerlendirilmiştir. Prospektif takip sırasında yeni majör organ tutulumları ve immünoşüpresif (İS) ihtiyacının nedenleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Başlangıçta, ortalama hastalık süresi 3,3 yıldır. Tüm hastalar kolşisin tedavisi altındaydı. Ortalama takip süresi 90,7 aydır. Genel olarak, 13 (%36,1) hasta takip sırasında İS tedavisi ihtiyacı duydu. İS ihtiyacının nedeni 5 hastada (%13,9) majör organ tutulumu, 7 hastada (%19,4) refrakter mukokutanöz tutulum ve 1 hastada (%2,8) eklem tutulumuydu. Majör organ tutulumu 3 hastada vasküler, 1 hastada oküler, 1 hastada oküler ve vasküler tutulum şeklinde belirlendi. Bu 13 hastanın 8'inde, refrakter hastalık veya nüks nedeniyle İS tedavinin artırılmasına ihtiyaç duyuldu.

Sonuç: Çalışmamız, literatürdeki retrospektif kohortlara kıyasla prospektif takip sırasında erkek Behçet hastalarında majör vasküler olay insidansının daha düşük olduğunu düşündürmüştür. Sonuçlarımız, prospektif takip sırasında refrakter mukokutanöz tutulumun, BH'de majör organ tutulumundan daha sık bir İS ihtiyacı nedeni olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, immünoşüpresif tedavi, mukokutanöz tutulum

İnkomplet Behçet hastalığında tanısal test olarak ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümü

Fatma Alibaz Öner¹, Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Rabia Ergelen², Fatma Temiz³, Efe Soydemir², Tülin Ergun⁴, Haner Direskeneli¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Özellikle tek majör organ tutulumu olmak üzere sınırlı organ bulguları ile başvuran hastalarda Behçet hastalığı (BH) tanısı koymak zorlayıcı olabilir. Grubumuz yakın zamanda, BH'de artmış ana femoral ven kalınlığını gösteren ilk kontrollü Doppler ultrasonografi (USG) çalışmasını yayınlamış, aynı zamanda, artmış ana femoral ven kalınlığının, $\geq 0,5$ mm'lik cut-off değeri için %80'den yüksek bir özgüllükle BH'nin ayırt edici bir özelliği olduğunu göstermişti. Bu çalışmada, uzman görüşü ile "inkomplet Behçet hastalığı" tanısı almış hastalarda, Doppler USG ile ana femoral ven kalınlık ölçümünün tanısal performansını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Behçet Kliniği'nde inkomplet (26 erkek, 22 kadın) BH tanısı almış 48 hasta dahil edildi. Rutin ziyaretler sırasında demografik ve klinik özellikler ve tedavi verileri kaydedildi. Ana femoral ven duvar kalınlığı aynı gün deneyimli bir radyolog tarafından ölçüldü.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 39,1 (SS: 11,1), ortalama hastalık süresi 53,7 (SS: 51,4) ay olarak saptandı. Hastaların 40'ında (%83,3) majör organ tutulumu mevcuttu. Altı (%12,5) hastada paterji pozitifliği, 15 (%31,3) hastada ailesel BH izlendi. Hastaların 20, 8 ve 6'sında sırasıyla vasküler, oküler ve nörolojik tutulum vardı. Sağ ana femoral ven kalınlığı 0,72 (SS: 0,15) mm ve sol ana femoral ven kalınlığı 0,72 (SS: 0,15) mm saptandı. Sadece 2 (%4,2) hastada ana femoral ven kalınlık değeri $\geq 0,5$ mm olan eşik değerinin altındaydı.

Sonuç: Özellikle prevalansın düşük olduğu ülkelerde, tek majör organ tutulumu ile başvuran hastalarda BH teşhisi zor olabilir. Bu hastalara genellikle "uzman görüşü" ile "inkomplet" BH tanısı konur. Bu olguların bazılarında erken teşhis çok önemlidir. Sonuçlarımız, non-invaziv bir radyolojik modalite olan Doppler USG ile ana femoral ven kalınlık ölçümünün, özellikle majör organ tutulumu olan, inkomplet BH'de değerli bir tanı testi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Doppler ultrasonografi, inkomplet Behçet hastalığı

Majör organ tutulumlu Behçet hastalarında pulmoner arter duvar kalınlığı artışı: Bir ciddiye belirtisi mi?

Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Murat Sünbül², Derya Kocakaya³, Semih Kayacı³, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

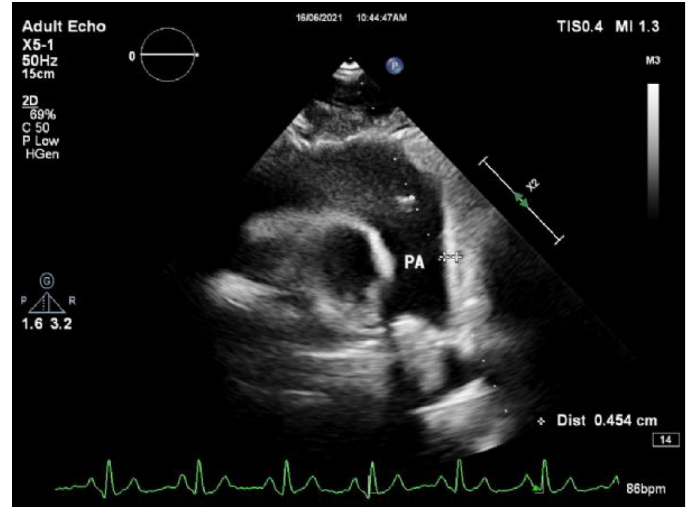
Amaç: Behçet hastalığı (BH), diğer vaskülitlerin aksine, temelde venöz yapıların tutulumuyla giden bir sistemik vaskülitir. Önceki çalışmalar pulmoner arterlerin (PA) ince duvarlı, düşük dirençli ve artmış kompliansa sahip yapılar oluşu sebebiyle, sistemik venlere benzer özellikte olduğunu göstermiştir. Yakın zamanda grubumuz tarafından, Doppler ultrasonografi ile Behçet hastalarının alt ekstremitelerde artmış ven duvar kalınlığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, Behçet hastalarında transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile ölçülen PA duvar kalınlığının, sağlıklı kontroller (SK) ve non-enflamatuvar pulmoner embolili (NIPE) hastalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya, 77 Behçet, 33 NIPE hastası ve 57 SK dahil edildi. PA duvar kalınlığı deneyimli bir kardiyolog tarafından TTE ile, ana PA'nın orta kısmından (pulmoner kapağın yaklaşık 1-2 cm distalinden) ölçüldü (Şekil 1).

Bulgular: PA duvar kalınlığı SK'de, NIPE ve Behçet hastalarına kıyasla anlamlı olarak daha düşüktü (her ikisi analiz için $p < 0,001$). PA duvar kalınlığı, majör organ tutulumu olan Behçet hastalarında, SK ve NIPE'ye göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p = 0,027$). PA duvar kalınlığı, vasküler, oküler ve nörolojik tutulumu olan hastalarda, sadece mukokutanöz tutulumu olan Behçet hastalarına göre daha yüksekti (tüm analizler için $p < 0,001$) (Tablo 1).

Tartışma: Bu çalışmada, majör organ tutulumu olan Behçet hastalarında PA duvar kalınlığının majör organ tutulumu tipinden bağımsız olarak, sadece mukokutanöz tutulumu olan Behçet hastalarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. BH'de PA tutulumu, hastalığın seyrinde, yaygın vasküler enflamasyonun venöz damarlarla sınırlı olmadığını düşündürmektedir. Sadece majör organ tutulumu olan hastalarda saptanan artmış PA duvar kalınlığı, daha ciddi bir hastalığın belirtisi ve hastalık takibi sırasında majör organ tutulumunun habercisi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, transtorasik ekokardiyografi, pulmoner arter



Şekil 1. Transtorasik ekokardiyografi ile pulmoner arter duvar kalınlığı ölçümü

Tablo 1. Pulmoner arter duvar kalınlığı ölçümleri

Grup	Ortalama (SS), cm
Sağlıklı kontrol, ortalama (SS), cm	0,36 (0,03)
Behçet hastaları, ortalama (SS), cm	0,44 (0,06)
NIPE hastaları, ortalama (SS), cm	0,44 (0,05)
Majör organ tutulumlu Behçet hastaları, ortalama (SS), cm	0,46 (0,04)
Vasküler tutulumlu Behçet hastaları, ortalama (SS), cm	0,46 (0,05)
Oküler tutulumlu Behçet hastaları, ortalama (SS), cm	0,47 (0,05)
Nörolojik tutulumlu Behçet hastaları, ortalama (SS), cm	0,49 (0,02)

PP-093

İlk muayenede vitreus hücresi olup posterior üveiti olmayan Behçet sendromu hastalarında posterior üveit riski

Didar Uçar¹, Başak Ecem Bircan², Nigar Rustamli², Bilge Batu Oto¹, Vedat Hamuryudan³, Sinem Nihal Esatoğlu³, Gülen Hatemi³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

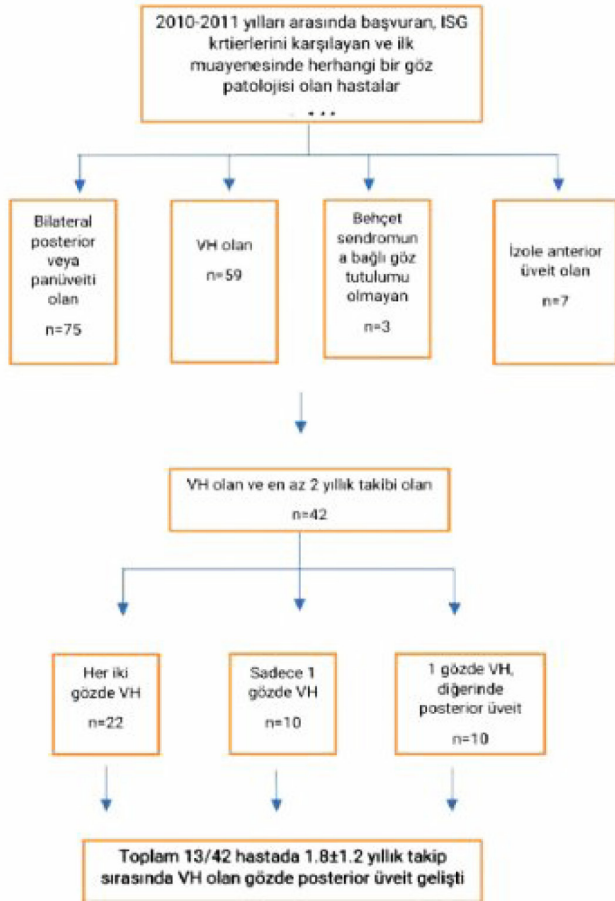
Amaç: Behçet sendromu (BS) hastalarının önemli bir kısmında tanı anındaki biyomikroskopik incelemede vitreus hücresi (VH) saptanmaktadır. Bununla birlikte, VH varlığının prognostik önemi ve immünoşüpresif tedavi gerektiren posterior üveit (PÜ) gelişimi ile ilişkisi bilinmemektedir.

Yöntem: 2010-2011 yıllarında başvuran, ISG kriterlerini karşılayan ve göz muayenesinde herhangi bir patoloji saptanan 144 ardışık hastanın dosyası incelendi. İlk muayenede 59 hastanın bir veya her iki gözünde VH mevcuttu. Geriye kalan hastaların 75'inde bilateral pan/posterior üveit mevcuttu, 3 hastada BS'ye bağlı göz tutulumu yoktu ve 7 hastada ise sadece izole anterior üveit vardı. VH saptanan 59 hastadan 2 yıldan uzun takibi olan 42 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Dahil edilen 42 hastanın (23 erkek, ortalama \pm SS yaş: 30,3 \pm 8,7 yıl) ilk muayenesinde 22'sinde her iki gözde VH, 10'unda tek gözde VH mevcuttu; 10'unda bir gözde VH ve diğer gözde posterior üveit mevcuttu. Başlangıçta 7 hastada VH olmaksızın anterior üveit vardı. Toplam 13/42 hastada (16/64 gözde) 1,8 \pm 1,2 yıllık takip sırasında posterior üveit gelişti. VH'li gözde posterior üveit gelişen 4 hastada başlangıçta kontralateral gözde posterior üveit vardı. Yani bir gözde VH ve kontralateral gözde posterior üveit olan 10 hastanın 4'ünde tedaviye rağmen posterior üveit gelişmişti. Bunlara ek olarak, VH'li gözde posterior üveit gelişen 4 hastada başlangıçta aynı gözde anterior üveit vardı.

Sonuç: VH'li hastaların neredeyse üçte birinde 2 yıl içinde posterior üveit gelişmiş olması VH'li hastaların bu açıdan daha yakın takip edilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Kontralateral gözde posterior üveit ve aynı gözde anterior üveit varlığı, VH saptanan gözde posterior üveit gelişimi için risk faktörü olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, üveit, vitreus hücresi



Figür. 2010-2011 yıllarında dosya açılan ve göz bulgusu olan Behçet sendromu hastalarının dağılımı ve izlemi

PP-094

Behçet hastalığı genel hasar indeksinin (BODI) retrospektif validasyonu ve modifikasyon önerisi

Yeliz Yağız Özoğul¹, Yeşim Özgüler², Didar Uçar³, Uğur Uygunoğlu⁴, Zekayi Kutlubay⁵, Vedat Hamuryudan², Gülen Hatemi²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromu (BS) hastalarında gelişen hasar yıllar içinde ilerleyebilir ve geriye dönük veriler kullanılarak puanlanabilen bir indeks, uzun süreli hasarın ölçülmesinde ve farklı tedavi stratejilerinin veya hasta popülasyonlarının karşılaştırılmasında faydalı olabilir. Bu çalışmada, geriye dönük araştırmalarda kullanılmak üzere Behçet hastalığı genel hasar indeksinin (BODI) yapı geçerliliğini, tekrarlanabilirliğini, değişime duyarlılığını ve uygulanabilirliğini değerlendirmeyi ve BODI'de eksik olabilecek öğeleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: BODI, her iki dilde yetkin iki kişi tarafından ölçek uyarlama ilkelerine uygun olarak ve geri çeviri yöntemi uygulanarak Türkçeye çevrilmiştir. 2015-2017 yılları arasında başvuran ardışık 712 BS hastası tarandı ve en az 1 yıl ara ile ve en az iki viziti olan 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı hastanın hem yüz yüze vizitte değerlendirilen hem de geriye dönük hesaplanan BODI puanı arasındaki korelasyon, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanılarak değerlendirildi. Ayrıca formun geriye dönük doldurulmasında gözlemci içi ve gözlemciler arası korelasyon, hastalık aktivitesi ile korelasyon ve fizibilite değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama BODI skoru 1,56 \pm 1,44 olarak saptandı. Prospektif ve retrospektif değerlendirmeler iyi bir korelasyonun [ICC 0,998; %95 güven aralığı (GA) 0,997-0,999], gözlemciler arası (ICC 0,96; %95 GA 0,94-0,98) ve gözlem içi uyum (ICC 1) iyi olduğu belirlendi. Hastalık aktivitesi ile korelasyon saptanmadı ($r=-0,01$, $p=0,5$). Takiplerde 113 (%37,6) hastada BODI skorunda artış gözlemlendi. BODI skorlarının artmasının başlıca nedenleri; göz, damar ve nörolojik tutulum olarak belirlendi (Tablo). BODI tarafından yakalanamayan ancak çalışma kapsamındaki hastalarda bulunan ve hasar oluşturabilen öğeler; hipertansiyon, lenfödem, karaciğer yetmezliği, glokom, venöz müdahalelere bağlı hasar ve akciğer parankim tutulumu olarak tespit edildi. BODI skora siresi ortalama 1,5 (1-4) dakika olarak değerlendirildi.

Sonuç: BODI'nin valide edilmiş Türkçe versiyonu uygulanabilir, yapı geçerliliği açısından uygun ve geriye dönük çalışmalarda güvenilir bir şekilde kullanılabilir bir ölçektir. BODI'nin bu çalışmada tanımlanan hasar öğelerinin eklenmesi ve daha ileri çalışmalar ile geliştirilmesi daha iyi bir ölçek haline gelmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet, hasar, ölçek, prognoz

Tablo. BS hastalarının demografik özellikleri ve BODI skorları	
Cinsiyet	140 kadın/160 erkek
Ortalama yaş (SS), yıl	33,6 (9,9)
ISG* kriterlerini doldurma sırasındaki ortalama yaş (SS), yıl	30 (9,2)
Ortalama hastalık süresi (SS), yıl	8,8 (5,9)
Ortalama takip süresi, yıl	5,3 (0,8)
Klinik özellikler (%)	
Oral aft	99,6
Genital ülser	81,6
Eritema nodosum	56,6
Papülopüstüler lezyonlar	88,6
Eklem tutulumu	25,6
Paterji pozitifliği	26,6
Göz tutulumu	46,6
Damar tutulumu	20,6
Nörolojik tutulum	2,6
Gastrointestinal tutulum	1,6
BODI skoru ≥ 1 olan hasta sayısı***(%)	239 (79,6)
BODI skoru artışının nedenleri*** (n=113) (%)	
Göz tutulumu	79 (69,9)
Damar tutulumu	17 (15)
Nörolojik tutulum	8 (7)
Gastrointestinal tutulum	3 (2,6)
Mukokutanöz tutulum	6 (5,3)
Kardiyovasküler tutulum	1 (0,8)
Diabetes mellitus	4 (3,5)
Avasküler nekroz	2 (1,7)
Osteoporoz ilişkili kırık	1 (0,8)

*ISG (International Study Group): Uluslararası Çalışma Grubu **Tüm hastaların en az 1 BODI puanı vardır, toplam BODI puanı 0 ile 8 arasında değişmektedir (maksimum BODI puanı 46 olabilir). ***Bazı hastalarda 1'den fazla tutulum tipi vardır

PP-095

Behçet hastalarında oral ülser aktivitesi, tedavi beklentisi ve hasta kaynaklı çıktı ölçütleri arasındaki ilişkiler: Aracı analiz modelleri

Elif Naz Altungöz¹, Yıldız Yenisoy¹, Aysun Kapusuz¹, Kerem Acabar², Meral Yay³, Ümit Karacaylı⁴, Fatma Alibaz Öner², Nevsun İnanç², Tülin Ergun⁵, Farida Fortune⁶, Haner Direkseneli², Gonca Mumcu⁷

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Mimar Sinan Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Centre

Immunobiology and Regenerative Medicine, Queen Mary University of London

⁷Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu araştırmanın amacı; Behçet hastalarında (BH) oral ülser aktivitesi, tedavi beklentisi ve hasta kaynaklı çıktı ölçütleri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 339 BH (K/E: 179/160, yaş ort: 36,13±9,81 yıl) katıldı. Veriler klinik muayene ve anket yöntemi ile toplandı. Anket; 5'li Likert tipi puanlama ile değerlendirilen Tedavi beklentisi (1: Semptomlar tamamen iyileşti- 5: Semptomlar daha kötüleşti) ve hasta kaynaklı çıktı ölçütlerini içerdi. Oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi için Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), hastalık aktivitesi için Behçet sendromu aktivite skalası (BSAS) ve oral ülser aktivitesi için kompozit indeks (KI) kullanıldı. Temel analizler yapıldıktan sonra değişkenler arasındaki ilişkiler Aracı analizi ile incelendi. Bu analiz, bağımsız değişkenin (X) çıktı değişkenini (Y), üçüncü değişken olan aracı değişkenin (M) varlığında nasıl etkilediğini değerlendirmektedir.

Bulgular: Tedavi beklentisi puanı (2,35±0,98) ile BSAS (22,1±16,47), KI (4,1±3,5) ve OHIP-14 (21,7±14,2) puanları ilişkilidir (p<0,05). Çoklu aracı analizinde, OHIP-14 puanındaki artış direkt olarak oral ülser aktivitesi (X) (p=0,0000) ile dolaylı olarak aracı değişkenler olan olumsuz tedavi beklentisi (M1) puanı (p=0,0001) ve genç olmayla (M2) (p=0,0039) ilişkilidir. İkinci basit aracı analizde, BSAS puanındaki (Y) artış oral ülser aktivitesi (X) (p=0,0000) ve olumsuz tedavi beklentisi (M) (p=0,0001) ile ilişkilidir. Üçüncü basit aracı analizde ise KI puanının (Y) artışında, mukokutanöz tutulumun olması (X) (p=0,0018) ve olumsuz tedavi beklentisi (M) (p=0,0000) ile ilişkilidir.

Sonuç: Aracı değişken olarak olumsuz tedavi beklentisinin; OHIP-14, BSAS ve KI puanları üzerinde etkisinin olması hem araştırmalar açısından hem de hasta güçlendirme perspektifinden dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: OHIP-14, oral ülser, tedavi beklentisi, Behçet hastalığı

PP-096

Behçet hastalığına bağlı Budd Chiaride pulmoner hipertansiyon sıklığı

Serez İleri¹, Mustafa Ekici², Levent Kılıç², Ali Akdoğan²

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Budd Chiari (BC) Behçet hastalığının nadir ama şiddetli bir venöz tutulum formudur. Türkiye'den yapılan bir çalışmada BC hastalarının %9'unun etiolojisinde Behçet yer almaktadır. Portopulmoner hipertansiyon nedenlerinin arasında ise BC %1'in altında bulunmaktadır. Bu çalışmada Behçet'in yaygın olduğu ülkemizde BC gelişmesi sonrası pulmoner hipertansiyon sıklığını saptamayı amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Romatoloji Behçet Veri tabanı'nda kayıtlı 902 Behçet hastası geriye dönük Budd Chiari açısından tarandı. BC

saptanan hastaların tanıdan sonraki ilk EKO'ları ve son EKO'ları ile BC öncesi ve sonrası tedavileri kaydedildi. EKO'lara eş zamanlı hemogloblin değerleri de not edildi.

Bulgular: Behçet hastalarında Budd Chiari sıklığı 24/902 (%2,66) olarak hesaplandı. Hastaların 19'u (%79,2) erkek, yaş ortancası 41,5'ti (21-79). Behçet tanısından sonra BC'ye kadar geçen süre ortanca 6 (0-31) yıldır. BC ve Behçet izlem süreleri sırası ile ortanca 5,4 (1,22-20,2) ve 12,4 (2,7-25,9) yıldır. BC tanısı sonrası 13 (%54,1) hastaya EKO yapıldığı saptandı. Altısının (%46,2) PAB değeri <30 mmHg saptanırken 7'sinin (%53,8) (bir tanesi 40 mmHg) PAB değeri ≥30 mmHg bulundu. PAB'ın ortanca değeri 30 mmHg (20-40) olarak saptandı. Kontrol EKO değerlendirmesi 7 (%53,8) hastada mevcuttu. İlk ve son EKO arası geçen ortanca süre 2,2 (0,2-5) yıldır. Kontrol EKO'larda PAB artışı izlenmedi. Hastalardan hiçbirine sağ kalp kateterizasyonu yapılmamıştır. İlk EKO ile eş zamanlı bakılan hemogloblin ortalaması 12,1 (2,1) iken son EKO ile eş zamanlı bakılan hemogloblin ortalaması 12,7'dir (1,9) (p=0,17). BC öncesi ve sonrasına göre tedavi değişimleri Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Retrospektif yapılan bu çalışmada Behçet BC olan yaklaşık %50 hastaya EKO yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmada pulmoner hipertansiyon görülmemiştir. PAB ≥30 olan hasta grubu dikkate alındığında sağ kalp kateterizasyonu yapılmış olsa pulmoner hipertansiyon tanısı alacak hastalar olacağı ön görülebilir. Behçet BC tutulumu olanların EKO ile takip edilmesi uygun olacaktır. Behçet hastalığının bu spesifik tutulumunda prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Tedavi seçimlerinde ise beklendiği gibi trombüs sonrası antikoagülan ve biyolojik tedavi kullanımında anlamlı artış mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Budd Chiari, pulmoner hipertansiyon

Tablo 1. Behçet hastalığında Budd Chiari tanısı öncesi ve sonrasına göre tedavi değişimi

İlaçlar	Budd Chiari öncesi	Budd Chiari sonrası	p
Kolşisin n (%)	14 (66,7)	10 (47,6)	0,34
İnterferon n (%)	5 (23,8)	10 (47,6)	0,26
Anti TNF n (%)	1 (4,8)	9 (42,9)	0,008
Steroid n (%)	2 (9,5)	13 (61,9)	0,01
Antikoagülan n (%)	8 (38,1)	17 (81)	0,01

PP-097

Behçet sendromu hastalarında geçirilmiş aktif tüberküloz ve latent tüberküloz sıklığı

Murat Yıldırım¹, Ali Ahadzade¹, Yeşim Özgüler², Sinem Nihal Esatoğlu², Melike Melikoğlu², İzzet Fresko², Vedat Hamuryudan², Gülen Hatemi²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) hastalarında TNF inhibitörleri (TNFi) ile tedavi sırasında tüberküloz gelişme sıklığının diğer hastalıklardakinden fazla olduğu bilinmektedir. Ancak bunun nedenleri ve TNF inhibitörü kullanımından bağımsız olarak BS'de latent tüberküloz ve geçirilmiş aktif tüberküloz sıklığının diğer enfamatuvar hastalıklardan fazla olup olmadığı iyi bilinmemektedir.

Yöntem: Bu amaçla 3 türlü veri toplanmıştır: 1. kliniğimizde 2006-2012 arasında dosya açılmış ve sadece kolşisin kullanmış 300, konvansiyonel immünosüpresif kullanmış 300 ardışık BS hastası, 2012 yılına kadar TNFi başlanmış BS hastaları, 2006-2012 arasında konvansiyonel tedavi almış 300 ve biyolojik tedavi almış 300 AS hastası geçirilmiş tüberküloz açısından sorgulandı ve dosyaları incelendi. 2. BS ve AS hastalarına biyolojik tedavi hazırlığı için uygulanan tüberkülin deri testi ve/veya Quantiferon testi sonuçları karşılaştırıldı. Herhangi birinin pozitif olması latent tüberküloz olarak kabul edildi. 3. Türkiye'de SGK veri tabanına kayıtlı tüm BS ve AS hastaları arasında tüberküloz kodu olanların oranı belirlendi.

Bulgular: BS ve AS hastalarının sayıları, demografik özellikleri, geçirilmiş aktif tüberküloz, latent tüberküloz ve TNFi tedavi sırasında tüberküloz sıklıkları tabloda verilmiştir. Geçirilmiş aktif tüberküloz öyküsü sadece kolşisin alan BS hastalarında %3, konvansiyonel immünosüpresif alan BS hastalarında %2, konvansiyonel tedavi alan AS hastalarında %3'tü (p=0,680). Latent tüberküloz sıklığı AS'de daha fazlaydı (%63,8'e karşı %76, p=0,004). TNFi sırasında tüberküloz geçirme oranı BS hastalarında AS'ye göre daha yüksekti (OR 1,97; %95 GA 0,76-5,1). SGK'dan alınan verilere göre Türkiye'deki BS hastalarında tüberküloz oranı 677/166.668 (%0,4) AS hastalarında 978/286.973 (%0,34) bulundu.

Sonuç: Kliniğimizde TNFi kullanmayan BS hastalarında geçirilmiş aktif tüberküloz sıklığı AS hastaları ile benzerdir. SGK verilerine göre BS ve AS hastalarında tüberküloz sıklığı benzerdir ve genel toplumdakinden daha yüksektir. Latent tüberküloz sıklığı ise AS hastalarında daha yüksek bulunmuştur. TNFi kullanımı sırasında ortaya çıkan tüberküloz sıklığı BS hastalarında AS'ye göre yaklaşık 2 kat artmıştır. Bu artış TNFi ile birlikte kullanılan kortikosteroid ve azatioprin ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aktif tüberküloz, ankilozan spondilit, Behçet, latent tüberküloz

Hastaların demografik özellikleri, geçirilmiş aktif tüberküloz, latent tüberküloz ve TNFi sırasında tüberküloz oranları

	Behçet sadece kolşisin kullanan n=300	Behçet konvansiyonel immünoşüpresif kullanan n=300	AS Konvansiyonel ajan kullanan n=300	Behçet TNFi kullanan n=195	AS TNFi kullanan n=300
Cinsiyet	46,9±10,2	44±9,7	48,2±10,5	43,7±8,8	47,6±9,4
Erkek	114 (38)	190 (63,3)	188 (62,7)	138 (70,8)	222 (74)
Kadın	186 (62)	110 (36,7)	112 (37,3)	57 (29,2)	78 (26)
Takip süresi (yıl)	12,3±1,3	12,4±1,5	12,2±1,8	15±4,8	11,9±1,4
TNFi süresi (yıl)	-	-	-	5,3±3,4	9,1±3,7
Latent tüberküloz (TST/QTF)	-	-	-	122/191 (%63,8)	228/300 (%76)
Geçirilmiş aktif tüberküloz*	9/300 (%3)	6/300 (%2)	9/300 (%3)	16/195 (%8,2)	19/300 (%6,3)
TNFi sırasında tüberküloz	-	-	-	10/195 (%5,1)	8/300 (%2,7)

*Bu satırda TNFi gruplarında TNFi öncesi geçirilmiş tüberküloz da dahil edilmiştir

PP-098

Behçet hastalığında cinsel işlev bozukluğu: Özellikle erkeklerde gözden kaçan bir sorun mu?

Ömer Faruk Asker¹, Necmiye Burcu Çakmak¹, Seyyide Kübra Erdem¹, Arif Öksüzer¹, Elif Tufan¹, Seda Kutluğ Ağaçkiran², Fatma Alibaz Öner², Haner Direskeneli², İpek Midi³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

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

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) mukokütan, oküler, kas-iskelet sistemi, vasküler ve nörolojik tutulumlarla karakterize kronik, sistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Kronik enflamatuvar hastalıklar nörolojik, vasküler, endokrinolojik ve sosyal sebeplerden seksüel disfonksiyon (SD) sebebi olabilir. Literatürde bu konuda kısıtlı veri bulunduğundan, bu çalışmada, BH'de SD sıklığının sağlıklı kontrollerle (SK) kıyaslanarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya yaş ve cinsiyet uyumlu, cinsel açıdan aktif 59 BH ve 36 SK dahil edildi. BH'nin 41'inde (%69,5) majör organ tutulumu (MOT) mevcuttu [5 (%12,2) göz, 15 (%36,6) damar, 18 (%43,9) nörolojik, 2 (%4,9) göz ve damar, 1 (%2,4) hasta gastrointestinal]. Tüm katılımcılara SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Beck depresyon envanteri (BDI), Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (GRISS), kadın cinsel fonksiyon indeksi (FSFI), Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) anketleri dolduruldu ve BH, aktivite açısından Behçet hastalığı güncel aktivite formu (BDCAF) ile değerlendirildi.

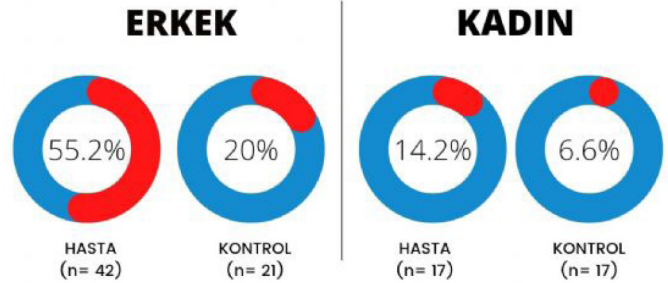
Bulgular: Çalışmaya katılan BH ve SK'ların yaş ortalaması (BH: 36,8±8,6, SK: 34±11,1) ve cinsiyet dağılımları (Şekil 1) benzerdi. BH'de SD oranı (%44,2) SK'ya (%14,2) göre daha yüksekti (p=0,003). Erkek BH, erkek SK'ya kıyasla daha düşük cinsel işlev skorlarına sahipti. Üç GRISS parametre skoru (erken boşalma, iletişimsizlik, sıklık) erkek BH'de, erkek SK'ya kıyasla daha yüksek gözlemlendi (tümü için p<0,05) (Tablo 1, 2). Kadın BH ve SK'ların SD oranları benzerdi. MOT olan ve olmayan BH arasında, SD sıklığı açısından fark saptanmadı (%40 vs. %52,9, p=0,37). Nörolojik

tutulumu olan ve olmayan BH'de SD oranları benzerdi (%42,8 vs. %44,2, p>0,05). BDCAF, erkek BH'nin IIEF-5 skorlarıyla negatif (r=-0,43) kadın BH'nin GRISS skorlarıyla pozitif korelasyon (r=0,74) gösterdi (p<0,05). BH'de SD ile depresyon arasında ilişki saptanmadı (p=0,28).

Sonuç: BH'de SK'ya göre SD sıklığı artmıştır ve erkekleri daha sık etkiler. Erken boşalma, seyreklik ve iletişimsizlik erkek BH'de sık görülen sorunlardır. BH'nin cinsellik üzerine olumsuz etkisi gözardı edilmemeli, hastalar izlem sırasında SD açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, seksüel disfonksiyon, nörobehçet

CİNSİYETE GÖRE CİNSEL DİSFONKSİYON



Şekil 1. Cinsiyete göre seksüel disfonksiyon oranları

Tablo 1. Gruplara göre erkek cinsel fonksiyon parametreleri

Değişkenler	Hasta n=40	Kontrol n=21	p-değeri
IIEF-5	20 (15,0-24,0)	23,0 (22,0-24,2)	0,04 ^a
GRISS	33,0 (19,5-41,2)	20,0 (13,0-31,7)	0,03 ^a
Dokunma	2,0 (0,0-6,0)	1,0 (0,0-3,2)	0,31
Doyum	4,5 (1,7-6,0)	4,0 (0,0-5,0)	0,16
Empotans	5,5 (1,0-8,0)	2,5 (2,0-5,0)	0,2
Erken boşalma	6,0 (4,0-9,0)	2,0 (2,7-7,0)	0,04 ^a
İletişim	3,0 (1,0-6,0)	1,5 (0,0-4,0)	0,03 ^a
Kaçınma	1,0 (0,0-2,2)	1,5 (0,0-2,0)	0,03 ^a
Sıklık	4,0 (2,7-5,0)	2,0 (0,7-4,0)	0,01 ^a

^a $P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Tabloda medyan ve çeyrekler açıklığı değerleri belirtilmektedir. Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. IIEF-5, Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (International Index of Erectile Function); GRISS: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction)

Tablo 2. Gruplara göre kadın cinsel fonksiyon parametreleri

Değişkenler	Hasta n=14	Kontrol n=15	p-değeri
FSFI	27,6 (25,8-30,6)	27,4 (26,2-28,8)	0,98
GRISS	29,0 (21,5-45,7)	32,0 (26,7-42,2)	0,91
Dokunma	4,5 (1,0-6,0)	3,5 (2,0-4,2)	0,37
Doyum	4,0 (2,2-5,0)	1,5 (0,0-4,0)	0,07
İletişim	2,0 (1,0-4,0)	2,5 (0,7-4,2)	0,88
Kaçınma	3,0 (2,0-4,0)	4,5 (2,0-5,2)	0,27
Orgazm	3,5 (2,0-6,7)	6,0 (2,7-7,2)	0,85
Sıklık	4,0 (3,2-5,7)	4,0 (2,0-5,0)	0,42
Vajinismus	5,5 (4,0-7,0)	4,5 (3,7-8,0)	0,60

$P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Tabloda medyan ve çeyrekler açıklığı değerleri belirtilmektedir. Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. FSFI: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index), GRISS: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction)

PP-099

Behçet sendromunda farklı klinik fenotipler: Sistematik literatür taraması

Betül Macit¹, Kevser Akyüz², Sinem Nihal Esatoğlu³, Gülen Hatemi³

¹Kaçkar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Rize

²Wayne State Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Detroit

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) belirli organ tutulumlarının kümelenmesiyle birlikte farklı klinik fenotiplerin varlığı öne sürülmüştür. Fakat bu kümelerin farklı kohort çalışmalarda değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Kohortlar arasında gözlenen bu farklılığı açıklayabilmek adına bu çalışmayı planladık.

Yöntem: PUBMED, EMBASE ve Cochrane'de 2022'ye kadar yayınlanan yayınlar Behçet, cluster ve factor analysis kelimeleri kullanılarak tarandı. İki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak Covidence aracılığıyla yayın başlıklarını, özetleri ve tam metinleri taradı.

Bulgular: Taranan 7,685 çalışma arasından 32 tam metin değerlendirildi ve 11'i çalışmaya uygun bulundu. On bir makalede 13 farklı kohort bulundu, bunların 3'ünün Çin'den, 4'ünün Türkiye'den, 3'ünün Japonya'dan, 1'inin Güney Kore'den, 1'inin İsrail'den ve 1'inin Yunanistan'dan olduğu görüldü. On bir çalışmadan 10'u organ tutulumlarında kümelenme gösterirken (12 kohort), 1 çalışmada hiçbir küme tanımlanmadı. Çalışmalarda rapor edilen kümelerdeki farklılıkların olası nedenleri şunlar olarak belirlendi: A) Çalışma tipi (veri tabanı vs. çok merkezli vs. tek merkezli kohort), B) İstatistiksel analiz yöntemi (hiyerarşik kümeleme analizi vs. faktör analizi), C) Hasta popülasyonu (pediyatrik vs. yetişkin), D) Çalışmanın yapıldığı branş (dermatoloji vs. romatoloji), E) Tanı kriteri (ICG vs. ICBD), F) Hastalık süresi, G) Organ tutulumunun tanımı ve tanı koyma yöntemi (papülopüstüler vs. folikülit veya parankimal sinir sistemi tutulumu vs. dural sinüs trombozu), H) Hastalık semptomlarının tarandığı zaman aralığı (hastalık seyri boyunca ortaya çıkan belirtiler vs. son 3 ay boyunca aktif olan belirtiler), İ) BS'nin seyrindeki farklılıklardır.

Sonuç: Bu kohortlardaki fenotip kümeleri arasındaki farklılıklar, coğrafi veya etnik farklılıklardan ziyade çalışma özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet, fenotip, kümelenme, sistematik literatür taraması

PP-100

Behçet hastalarında COVID-19 aşılması ve hastalık geçirme durumunun incelenmesi

Recep Yılmaz¹, Ahmet İlbay¹, Nilgün Göveç Gıynaş¹, Serdar Sezer², Aşkın Ateş¹, Murat Turgay¹, Gülay Kınıklı¹

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

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Birimi, Ankara

Amaç: Behçet hastalarında COVID-19 aşılması, hastalık geçirme durumunu incelemek, Behçet hastalarına ait özelliklerin COVID-19 ile ilgili verilere olan etkisini sorgulamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Behçet Hastalığı Polikliniği'ne 01.03.2021-01.03.2022 arasında başvurusu olan, Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet tanısı almış kişiler çalışmaya alındı. Hastalara telefonla veya rutin poliklinik kontrolünde ulaşıldı. Toplam 303 hasta bu çalışmada değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, Behçet hastalığı sorgulaması, COVID-19 aşılması ve hastalık geçirme öyküsü sorgulandı. COVID-19 PCR test sonucu ve tarihi Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) üzerinden kontrol edildi.

Bulgular: Çalışmaya 303 Behçet hastası alındı. COVID-19 geçiren (n=171) ve geçirmeyen (n=132) iki grup karşılaştırıldı. Bu iki grubun yaş, cinsiyet, klinik özellikleri ve kullandıkları ilaçların karşılaştırması Tablo 1'de verilmiştir. COVID-19 geçiren Behçet hastalarında geçirmeyenlere göre daha sık oranda santral sinir sistemi tutulumu görüldü. İki grup arasında eşlik eden hastalıklar ve sigara kullanımı açısından fark görülmedi. İki grubun aşılama

bilgileri Tablo 2’de gösterilmiştir. COVID-19 aşılama sayısının COVID-19 geçirmeyen grupta beklediği gibi fazla olduğu görüldü. COVID-19 aşı tipinin ise hastalık geçirme açısından bir fark yaratmadığı görüldü.

Sonuç: Behçet hastalığı deri, mukoza, göz, eklem, barsak ve santral sinir sistemi tutulumu yapabilen, nedeni tam olarak bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. COVID-19 hastalığı Aralık 2019’da Çin’in Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen pnömoni olguları olarak başlamıştır. Behçet hastalığında COVID-19 ile ilgili yapılan az sayıda çalışmadan birinde hastaların %20,5’inde COVID-19 PCR pozitifliği saptanmış, bu hastaların %18,7’sinde akciğer tutulumu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada sigara ve interferon kullanımının COVID-19 PCR pozitiflik oranını azalttığı görülmüş. Çalışmamızda Behçet hastalarında santral sinir sistemi tutulumu dışında, COVID-19 hastalığına yakalanmayı etkileyen klinik veya demografik bir değişken saptanmadı. Santral sinir sistemi tutulumu olanlarda COVID-19 hastalığına yakalanma riski artmıştır. Behçet hastalarında COVID-19 hastalığı geçirmesinde aşılama sayısı öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, COVID-19 hastalığı, COVID-19 aşısı

Tablo 1. COVID-19 hastalığı geçirme durumu ve Behçet hastalığına dair özelliklerin ilişkisi (n=303)

Tablo 1: Covid 19 hastalığı geçirme durumu ve Behçet hastalığına dair özelliklerin ilişkisi (n:303)			
	Covid 19 geçiren n:171	Covid 19 geçirmeyen n:132	p değeri
Cinsiyet*, erkek	73 (42,7)	50 (37,9)	0,40*
Yaş*	45,7 (19,6)	46,5(14,8)	0,95*
Tanı Yaşı*	29 (13,9)	29,7 (12,6)	0,96*
Oral aft*	171 (100)	132 (100)	
Genital ülser*	148 (86,5)	122 (92,4)	0,10*
Eritema nodosum*	79 (46,2)	75 (56,8)	0,067*
Papülopüstüler eritem*	113 (66,1)	86 (65,2)	0,87*
Üveit*	68 (39,8)	58 (43,9)	0,47*
Paterji pozitifliği*, n=182	56 (52,3)	40 (53,3)	0,90*
Artralji - Artrit*	109 (63,7)	89 (67,4)	0,50*
Vasküler tutulum*	52 (30,4)	36 (27,3)	0,55*
SSS tutulumu*	18 (10,5)	4 (3)	0,013*
Enteral tutulum*	2 (1,2)	4 (3)	0,41*
Kullanılan ilaçlar			
Kolşisin,adet*, n:284	2 (1)	2 (1)	0,69*
Metilprednizolon dozu*, n:14	6,5 (11)	4 (5)	0,11*
İmuran 50mg, adet*, n:70	2 (1)	2 (1)	0,95*
Biyolojik ilaç*	6 (3,5)	11 (8,3)	0,070*
Asetilsalisilik asit*	39 (22,8)	30 (22,7)	0,99*

*n(%) *ortalanca (ÇAA) veya ortalamasSS
*Chi-Square *Mann-Whitney U *Independent-Samples T Test *Fisher’s Exact Test

Tablo 2. COVID-19 hastalığı geçirme durumu ve aşılama dair özelliklerin ilişkisi (n:303)

Tablo 2: Covid 19 hastalığı geçirme durumu ve aşılama dair özelliklerin ilişkisi (n:303)			
	Covid 19 geçiren n:171	Covid 19 geçirmeyen n:132	p değeri
COVID 19 aşısı yapan*	158 (92,4)	121 (91,7)	0,82*
COVID 19 aşı sayısı*, n=279	3 (2)	3 (1)	0,003*
	3±0,9	2,7±0,8	
COVID 19 aşı sayısı, 3 ve üzeri	113 (71,5)	69 (57)	0,012*
1. Aşı*, n=279			0,11*
Biotech	83 (52,5)	75 (62)	
Sinovac	75 (47,5)	46 (38)	
2. Aşı*, n=271			0,13*
Biotech	82 (52,9)	72 (62,1)	
Sinovac	73 (47,1)	44 (37,9)	
3. Aşı*, n=182			0,36*
Biotech	89 (78,8)	54 (78,3)	
Sinovac	21 (18,6)	15 (21,7)	
Turkovac	3 (2,7)	0 (0)	
4. Aşı*, n=57			0,74*
Biotech	32 (80)	13 (76,5)	
Sinovac	8 (20)	4 (23,5)	
5. Aşı*, n=12			>0,99 [†]
Biotech	9 (90)	2 (100)	
Turkovac	1 (10)	0 (0)	
COVID test verme*	90 (52,6)	132 (100)	<0,001*
COVID test sayısı*, n=222	2 (3)	3 (3)	0,058 [†]

*n(%) *ortalanca (ÇAA) veya ortalamasSS
*Chi-Square *Mann-Whitney U *Independent-Samples T Test *Fisher’s Exact Test

PP-101

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında anakinra tedavisi ve bu tedaviyi gerektiren nedenler: Tek merkez deneyimi

Melek Yalçın Mutlu, Ozan Cemal İçaçan, Fatih Yıldırım, Bilgin Karaalioğlu, Duygu Sevinç Özgür, Gamze Akkuzu, Gökhan Burul, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Kolşisin, Ailevi Akdeniz ateşi hastalığının (AAA) tedavisinde kullanılan temel ilaçtır. Ancak AAA hastalarının hepsinde hastalık kolşisin tedavisi ile kontrol altına alınamamaktadır. Kolşisin ile hastalık kontrolü sağlanamayan hastalarda interlökin-1 (IL-1) reseptör blokerleri iyi bir tedavi seçeneğidir. Anakinra da rekombinant insan IL-1 reseptör antagonisti bir ilaç olup kolşisine dirençli ve/veya amiloidozu olan AAA hastalarında uzun zamandır kullanılmaktadır. Bu çalışmada, AAA tanısı ile kliniğimizde takip edilen AAA hastaları değerlendirildi ve bu kohortta Anakinra kullanan hastalarda bu ilacın kullanılmasını gerektiren ya da etki eden faktörler araştırıldı.

Yöntem: Çalışma ünitemizden takip edilen ve 37’si Anakinra tedavisi almakta olan 313 hasta ile yapıldı. Hastaların tüm klinik özellikleri ve laboratuvar parametreleri gözden geçirildi.

Bulgular: Üç yüz on üç hastanın %62,9’u (n=197) kadın, %37,1’i (n=116) erkek olup yaşları 17 ile 72 arasında değişmekte ve ortalama yaş 34,27±11,74’tür. Çalışmaya katılanların %69’unun (n=216) kolşisinle tam remisyonda olduğu saptanmıştır. Olguların %11,8’i (n=37) Anakinra tedavisi almaktaydı. Anakinra kullanımını gerektiren temel faktörler kolşisin direnci veya amiloidozdu. Anakinra kullananların yaşları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anakinra kullanım durumlarına göre MEFV durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). MEFV gen mutasyonu yönünden özellikle M694V homozigot mutasyonu olanların Anakinra kullanma oranı daha yüksekken, compound heterozigot mutasyonu olanların Anakinra kullanma oranı daha düşüktü. Anakinra kullanan olguların şikayet başlangıç yaşları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (p=0,039; p<0,05). Anakinra kullananların hastalık süreleri, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01) (Tablo 1).

Sonuç: AAA hastalarının en az %10 kadarında kolşisin direnci ve/veya amiloidoz nedeniyle ek IL-1 inhibitörü tedavisine gereksinim olmaktadır. Anakinra, kolşisin dirençli ve/veya amiloidozu olan AAA hastalarında iyi bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmamızda homozigot MEFV gen mutasyonu varlığı, erken yaşta hastalık başlangıcı, uzun hastalık süresi Anakinra tedavisi gerektiren temel faktörler olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, kolşisin, amiloidoz, Anakinra

Tablo 1. Anakinra kullanan ve kullanmayan hastalarda genetik, ailesel ve aloidoz ilişkisi

		Anakinra kullanmayan (n) (%)	Anakinra kullanan (n) (%)	p
Cinsiyet	Kadın	174	23	a0,917
	Erkek	102	14	
Yaş	Ort ± SS	33,42±11,39	40,54±12,60	d0,001**
	Medyan (min-maks)	31 (17-72)	42 (19-67)	
MEFV	Homozigot	60 (76,9)	18 (23,1)	b0,003**
	Heterozigot	91 (91,9)	8 (8,1)	
	Compound heterozigot	74 (96,1)	3 (3,9)	
	Bilinmiyor	34 (85)	6 (15)	
	Normal	17 (89,5)	2 (10,5)	
Anne-baba akrabalık durumu	Var	51 (89,5)	6 (10,5)	a0,738
	Yok	225 (87,9)	31 (12,1)	
Ailede AAA öyküsü	Var	164 (88,2)	22 (11,8)	a0,996
	Yok	112 (88,2)	15 (11,8)	
Çocuğunda AAA öyküsü	Var	23 (82,1)	5 (17,9)	c0,352
	Yok	253 (88,8)	32 (11,2)	
Ailede amiloidoz öyküsü	Var	20 (83,3)	4 (16,7)	c0,505
	Yok	256 (88,6)	33 (11,4)	

a: Pearson chi-square test b: Fisher-Freeman-Halton test c: Fisher's Exact test d: Mann-Whitney U test **p<0,01

PP-102

Amiloid yaygınlığı ve ilişkili faktörler Ailevi Akdeniz ateşi ilişkili amiloidozda kötü prognoz ve yüksek mortaliteyi öngördürür: Yüz otuz yedi hastanın verisi

Murat Bektaş¹, Nevzat Koca¹, Emin Oğuz¹, Burak İnce¹, Selma Sarı¹, Nihan Şentürk², Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Ahmet Gül¹

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

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

Amaç: AA amiloidoz (AA-a) herhangi bir kronik enflamatuvar hastalığın nadir bir komplikasyonudur. Bu çalışmada referans AA-a merkezimizde takipli Ailevi Akdeniz Ateşi ilişkili Amiloidoz (FMF-AA) hastalardaki AA-a yaygınlığı ve prognoz üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

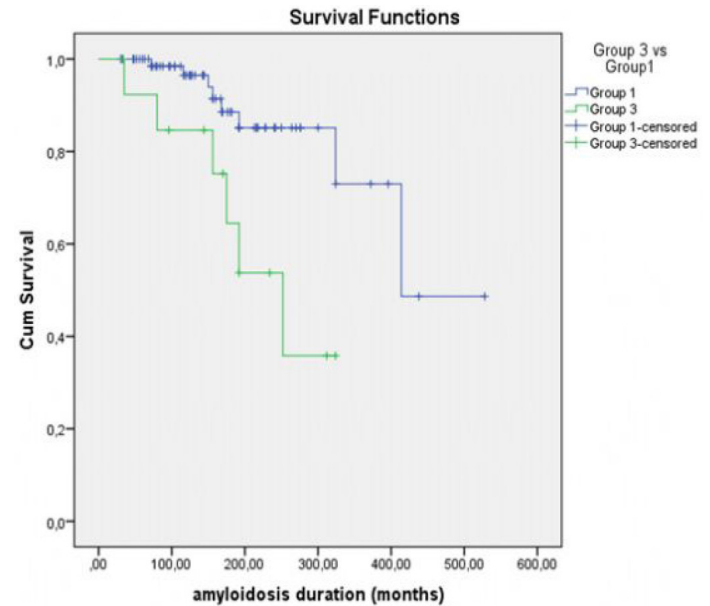
Yöntem: AA amiloidoz kohortumuzda merkezimizde takipli FMF-AA hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar AA-a yaygınlığı açısından üç gruba ayrıldı; Sadece renal tutulumu olanlar (Grup 1; G1), renal + gastrointestinal (GIS) (G2) ve renal + GIS + kalp tutulumu olanlar (G3). Kardiyak amiloidoz ekokardiyografide artmış septum kalınlığına (KSDK, >12 mm) ek olarak granüler ekojenite artışı veya amyloid valvulopati, azalmış ejeksiyon fraksiyonu (<50), diyastolik disfonksiyon varlığından en az birinin eşlik etmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: FMF-AA tanılı 137 hastanın verisi incelendi (%55 erkek). Yetmiş dokuz hasta G1, 20 hasta G2, 14 hasta G3

olarak sınıflandırıldı. KSDK, troponin ve pro-BNP düzeyleri G3'te G1'den (p<0,001, p=0,005 ve p=0,003, sırasıyla) ve G2'den (p<0,001, p=0,1 ve p=0,03, sırasıyla) yüksekti. Toplam mortalite %15,3 olarak gerçekleşti ve AA-a yaygınlığı ile kademeli artış gösterdi (G1'de %10, G2'de %15 ve G3'te %43) (fark G3 ile G1 arasında anlamlıydı; p=0,006). MEFV varyant sayısı AA-a yaygınlığı ile negatif ilişki gösterdi. İki ekzon 10 varyantı ve M694V homozigot oranı sırasıyla G1'de %93 ve %72, G2'de %83 ve %67, G3'te %75 ve %50 ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildi. Korelasyon analizinde tutulan organ sayısı KSDK (r=0,559' p<0,001), troponin (r=0,646'), pro-BNP (r=0,572'), bazal kreatinin (r=0,511'), bazal proteiniüri seviyeleri (r=0,321 p=0,008) ile pozitif, bazal GFR (r=-0,437') ve biyolojik DMARD süresi (r=-0,235 p=0,03) ile negatif korelasyon gösterdi. ROC analizinde bazal kreatinin %56 duyarlılık (SS) ve %70 özgüllük (SP) [eşik değeri (ED) 0,95, EAA=0,726 p=0,03 %95 GA 0,56-0,9], troponin düzeyi %83,3 SS ve %74 SP (ED 35,5 EAA=0,864 p=0,006 GA 0,73-0,99), pro-BNP düzeyi %100 SS ve %85,5 SP (ED 7246 EAA=0,897 p=0,024 GA 0,79-1,0), KSDK %79 SS ve %58 SP (ED: 11,5 EAA=727 p=0,007 GA: 0,61-0,84) mortaliteyi öngörmekteydi.

Sonuç: Bu çalışmamızda FMF-AA hastalarında amiloid yaygınlığı ile mortalite ve kötü prognoz arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Bazal kreatinin, proteiniüri, troponin ve pro-BNP düzeyleri amiloidoz yaygınlığı ve mortaliteyi öngördürmekteydi. Amiloidoz yaygınlığının iki ekzon 10 varyantı olanlarda tek varyantlılara ve M694V varyantlılarda diğerlerine göre daha az olması bu hastalarda ilave genetik veya çevresel faktörlerin amiloidoz gelişimi ve progresyonunda rolü olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: AA amiloidoz, Ailevi Akdeniz ateşi, amiloid yaygınlığı, MEFV



Şekil. Amiloid yaygınlığına göre mortalite karşılaştırılması Log-Rank: p=0,038

Tablo 1. Amiloidoz yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin gruplara göre karşılaştırılması

Değişkenler	G1 (n=79)	G2 (n=20)	G3 (n=14)	p1 (OR)	p2	p3
Yaş (yıl) (ort + SS)	42,8±13	42,8±13	48,9±11	0,9	0,1	0,2
Cinsiyet, erkek (n, %)	36 (45,6)	15 (75)	7 (50)	0,02 (5,5)	0,8	0,1
AA-a tanı yaşı (yıl) (ort + SS)	30,7±13	34,1±14	34,9±15	0,3	0,3	0,9
AA-a süresi (yıl) (ort + SS)	13,8±9	10,8±6	14,3±8	0,15	0,8	0,2
Bazal						
CRP (mg/L) (ort + SS)	20±13	24±19	13±7	0,4	0,05	0,07
Proteinüri (g/dL) medyan (IQR)	3,8 (5,8)	12,4 (16)	5 (4,2)	0,03	0,3	0,2
Kreatinin (mg/dL) (ort+SS)	0,8±0,4	1,5±1	1,8±1,3	<0,001	<0,001	0,6
e-GFR (mL/dk) (ort+SS)	104±31	104±31	59±39	0,02	0,004	0,5
KBY (başvuruda) (n, %)	28/74 (38)	13/19 (68)	9/12 (75)	0,02 (5,7)	0,03 (6)	0,7
SDBY (başvuruda) (n, %)	7/62 (11)	6/18 (33)	4/11 (36)	0,03 (5)	0,03 (4,6)	0,9
KSDK (ort + SS)	10,2±1,7	10,6±1,1	13,9±1,6	0,3	<0,001	<0,001
Troponin κ, medyan (IQR)	9 (13)	28 (68)	75 (85)	0,4	0,005	0,1
pro-BNP κ, İmedyan (IQR)	288 (1040)	766 (1967)	4968 (33800)	0,5	0,003	0,026
MEFV (n=117, %)						
Bir kopya	5/67 (7,5)	3/18 (16,7)	3/12 (25)	0,2	0,06	0,6
İki kopya	62/67 (93)	15/18 (83)	9/12 (75)			
MEFV (n, %)						
M694V homozigot	48/67 (72)	12/18 (67)	6/12 (50)	0,7	0,2	0,4
Diğerleri	19/67 (28)	6/18 (33)	6/12 (50)			
SDBY (toplamda) (n, %)	35 (45)	10 (50)	13 (93)	0,7	0,001 (11)	0,01 (7)
b-DMARD süresi (ay) (ort +SS)	66±29	67,7±37	41,8±30	0,9	0,02	0,08
Mortalite (n, %)	8 (10)	3 (15)	6 (43)	0,5	0,006 (10)	0,1

p1: G2-G1 p2: G3-G1 p3: G2-G3 ort + SS: Ortalama + standart sapma, † IQR: Çeyrekler arası mesafe κ pg/mL KBY: Kronik böbrek yetersizliği, SDBY: Son dönem böbrek yetersizliği, AA-a: AA Amiloidoz, KSDK: Kardiyak septaum duvar kalınlığı b-DMARD: Biological disease modifying anti-rheumatic drug

PP-103

İnterlökin 1 blokleri kullananlarda hasar indeksi artisinin izlemi: Tek merkez deneyimi

Derya Yıldırım, Rıza Can Kardeş, Burcuğül Özkızıltaş, İbrahim Vasi, Hamit Küçük, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığı tekrarlayan ateş artrit ve serozit atakları ile seyreden, neredeyse tüm organ sistemlerinde hasara neden olabilen bir otoenflamatuvar hastalıktır. Hastalık aktivitesini kontrol etmek için kolşisin ve interlökin-1β bloke edici ajanlar başarıyla kullanılmaktadır (1). IL-1 blokerlerinin etkisi hastalık aktivitesini ve amiloidozu kontrol altına aldığı bilinmesine rağmen, organ hasarını önleyip önlemediği belirsizdir. Çalışmamızda kolşisin ve IL-1 antagonistleri (IL1A) ile tedavi edilen FMF hastalarında organ hasarını değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmaya Tel-Hashomer kriterlerini karşılayan ve kolşisin direnci nedeniyle IL-1A ile tedavi edilen toplam 111 hasta dahil edildi. Tüm hastalar ayrıca maksimum tolere edilebilir dozda kolşisin eşzamanlı almaktaydı. Hastalar son hasar durumlarına göre gruplandırıldı (hasar yok, önceden var olan hasar ve IL-1A tedavisi altında gelişen hasar). Hasarın derecesi otoenflamatuvar hastalık hasar indeksi (ADDI) ve modifiye edilmiş ADDI formu (mADDI) (2,3) kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Modifiye ADDI (mADDI) indeksine göre 44 hastada (%42,3) hasar vardı; üç hasta IL-1 antagonist tedavisi altında yeni hasar yaşarken, dört hastada hasar progresyonu ve mADDI skoru görüldü. mADDI skoru pozitif olan hastalarda en sık hasar amiloidoz (n=28, %63), ikinci en sık kas-iskelet sistemi bulguları (n=14, %31) ve üçüncüsü infertilite (n=2, 0) idi (%0,04). IL-1 antagonist tedavisi ile FMF ile ilişkili hasarın en yaygın alanları kas-iskelet sistemi (n=4), böbrek (n=2) ve üreme sistemi (n=2) idi.

Sonuç: IL-1A'nın kolşisine dirençli hastalarda etkili olduğu bilinmesine rağmen, IL-1A tedavisi altında hasar gelişebileceğinin farkında olunmalıdır. Çalışmamız hastaların 2 yıldan uzun süreli IL1A tedavisi altında hasar progresyonu olabileceğini gösteren ilk çalışma olması nedeniyle özgünlük göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, ADDI, IL-1 antagonistleri

Klinik ve laboratuvar özellikleri				
	ADDI negatif	ADDI pozitif	IL1A altında yeni ADDI pozitifliği	p-skoru
Yaş (yıl)	48,4	67,5	56,4	0,002
Cinsiyet (kadın/erkek)	34/33	25/19	2/5	0,17
Hastalık süresi (yıl)	40	56	43	0,33
Dominant atak	Peritonit (%63,7)	Artrit (%34,1)	Artrits (%64)	0,26
CRP (mg/L)	3,6	14,3	12,3	0,04
AIDAI	39	48	40	0,52

PP-104

FMF hastalarındaki düşük kan kolşisin düzeyi, kolşisin direncinin altta yatan nedeni olabilir mi?

Halil İbrahim Yiğit Atlı¹, Halil Orman², Seda Çolak¹, Emre Tekgöz¹, Muhammet Çınar³, Sedat Yılmaz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) dünyada en sık görülen kalıtsal otoenflamatuvar hastalıktır. AAA, pyrin proteinini kodlayan MEFV (*Mediterranean Fever*) genindeki mutasyonlar sonucunda ortaya çıkar. Kolşisin, AAA hastalarında hem atak sıklığını hem de sekonder amilodoz riskini azaltan ana tedavi ajanıdır. Bununla birlikte, AAA'lı hastaların yaklaşık %5-15'i kolşisin tedavisine yanıt vermez. Kolşisin direncinin tanımı konusunda net bir fikir birliği olmamakla birlikte kolşisini düzenli kullanan hastada maksimum düzeyde tolere edilebilen kolşisin dozuna rağmen ayda en az 1 atak veya süregelen subklinik enflamasyon olması olarak tanımlanabilir. Her ne kadar kolşisin dirençli hastalarda en sık neden olarak "tedavi uyumundaki eksiklikler" ön planda olsa da kişisel genetik, metabolik veya yapısal faktörlerin de etkisinin olabileceği speküle edilebilir. Bu çalışmada kolşisin dirençli olan hastalar ile kolşisine yanıt veren AAA hastalarında kan kolşisin düzeyleri arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: AAA hastaları arasında, maksimum tolere edilebilen kolşisin dozunu almasına rağmen, tekrarlayan atakları olan ve/veya enflamatuvar belirtiçelerde devam eden yükseklik olan hastalar kolşisin dirençli kabul edildi. Kolşisin dirençli 24 AAA hastası çalışmaya dahil edildi. Kolşisin tedavisi ile atak geçirmeyen ve akut faz değerleri normal olan 22 AAA hastası kontrol grubu olarak alındı.

Bulgular: Kolşisin yanıtı olan grubun serum kolşisin düzeyleri, kolşisin dirençli hastalara oranla, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak tespit edildi (p=0,001). Kolşisin tedavisine dirençli hasta grubunda M694V mutasyonu, kolşisin yanıtı olan grupta ise M680I ve V726A mutasyonları daha sık saptandı (p=0,0032).

Sonuç: Kolşisin yanıtızlığının en önemli nedenlerinden biri olan tedaviye uyumsuzluğun ve kolşisin dozunun terapötik aralıkta tutulmamasının gösterilmesi için kolşisin düzeylerinin değerlendirilmesi, hem gereksiz biyolojik kullanımının önüne geçilmesi hem de bunun getireceği ekonomik yükün azaltılması açısından klinisyenlere yardımcı olabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, kolşisin, direnç

Hastaların demografik verileri, MEFV gen mutasyonları ve kan kolşisin düzeyinin incelenmesi

	Kontrol (n=22)	Dirençli (n=24)	p
Yaş (yıl)*	48,7±2,8 (24-70)	43,1±2,7 (23-68)	>0,05
Cinsiyet, n (%)	Erkek: 12 (54,5) Kadın: 10 (45,5)	Erkek: 13 (54,2) Kadın: 11 (45,8)	>0,05
MEFV gen mutasyonu, n (%)			p=0,0032
M694V	8 (36,3)	13 (54,1)	
E148Q	3 (13,6)	3 (12,5)	
M694I	-	1 (4,1)	
V726A	6 (27,2)	-	
M680I	7 (31,8)	2 (8,3)	
Kan kolşisin düzeyi**	0,6 (0,25-5,83)	1,4 (0,27-3,94)	p=0,001

*Değerler ortalama ± SS olarak gösterilmiştir. SS: Standart sapma, **Değerler medyan (minimum-maksimum) olarak gösterilmiştir

PP-105

Erişkin Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında ilaç uyumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Sibel Yılmaz Öner¹, Nesrin Şen¹, Sevtap Acer Kasman¹, Ömür Volkan¹, Can Öner², Mehmet Engin Tezcan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) tanılı hastalarda ilaç uyumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: 2021-2022 Haziran tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 117 FMF hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalık aktivitesi son 3 ay içinde atak geçirme öyküsü ile, hastalık şiddeti ISSF skoruyla (hafif-orta-ağır şiddette hastalık) ve ilaç uyumu ise MASIF ölçeği (<60 puan "kötü ilaç uyumu", ≥60 puan "iyi ilaç uyumu") ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %64,4'ü (n=80) kadın, yaş ortalaması 34,4±9,1 yıl ve ortalama FMF tanı yaşları 23,7±10,4 yıl idi. Hastalarda en sık görülen şikayetler karın ağrısı (%85,2), ateş (%61,2) ve göğüs ağrısı (%53) idi. En sık görülen mutasyon M694V heterozigot mutasyonuydu (%38,4). ISSF skoruna göre hastaların %60,7 (n=71) hafif, %27,4 (n=32) orta ve %12,0 (n=14) ağır şiddette saptandı. Yirmi üç hastada (%19,6) kolşisin tedavisine direnç mevcuttu. Hastaların MASIF ölçeğinden aldıkları ortalama

puan $65,9 \pm 10,7$ idi. İyi düzeyde ilaç uyumu olan hasta oranı %71,8 (n=84) idi. İlaç uyumunun iyi/kötü olması ile demografik özellikler arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1). İlaç uyumu iyi olanların %53,0'ı (n=44) son üç ay içinde atak geçirmiş iken, bu oran ilaç uyumu kötü olanlarda %81,8 (n=27) idi (p=0,006). Son üç ay içinde atak geçirme durumuna göre MASIF ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. İlaç uyumu iyi ve kötü olan hastaların ISSF sınıfları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu. İlaç uyumu iyi olan hastaların %16,7'si (n=14) hastalık şiddeti açısından ağır iken, ilaç uyumu kötü olanlarda ağır şiddette hasta yoktu (p=0,021). Amiloidoz varlığı açısından iyi/kötü ilaç uyumu olan gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,321).

Sonuç: Ailevi Akdeniz ateşi hastalarının ilaç uyumunun iyi seviyede olduğu söylenebilir. İlaç uyumu ile hastalık aktivitesi ve şiddeti arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. İlaç uyumunun artırılması için ilaç ile ilgili bilgilerden çok uyumu artırıcı faktörler ve ilaç uyumu önündeki bireysel engellere odaklanılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, FMF, ilaç uyumu

Tablo 1. FMF hastalarının demografik özelliklerine göre ilaç uyumları

		Kötü ilaç uyumu % (n)	İyi ilaç uyumu % (n)	p
Cinsiyet	Erkek	39,4 (13)	28,6 (24)	0,276
	Kadın	60,6 (20)	71,4 (60)	
Yaş (yıl)		$31,2 \pm 11,0$	$36,1 \pm 10,7$	0,062
Medeni durum	Evlü	42,4 (14)	67,9 (57)	0,058
	Bekar/dul	57,6 (19)	32,8 (27)	
Eğitim düzeyi	≤ yıl	31,3 (10)	38,1 (32)	0,740
	>8 yıl	68,3 (23)	61,9 (52)	
Gelir düzeyi	Asgari ücret altı	13,0 (3)	15,9 (10)	0,317
	Asgari ücret	43,5 (10)	34,9 (22)	
	Asgari ücret üstü	43,5 (10)	49,2 (31)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	40,6 (13)	48,8 (41)	0,533
	Çalışıyor	59,4 (19)	51,2 (43)	
Kronik hastalık varlığı	Var	18,2 (6)	32,1 (57)	0,172
	Yok	81,8 (27)	67,9 (57)	

Tablo 2. Son üç ay içinde atak geçirme durumuna göre MASIF ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları

	Atak öyküsü var ort ± SS	Atak öyküsü yok ort ± SS	p
MASIF toplam puan	$63,8 \pm 10,3$	$70,3 \pm 9,3$	0,000
İlaçla ilgili bilgi	$16,5 \pm 2,9$	$16,9 \pm 2,7$	0,434
İlaç uyumu	$20,1 \pm 4,7$	$23,1 \pm 4,4$	0,001
İlaç kullanmaya engel faktörler	$14,9 \pm 3,3$	$16,9 \pm 3,3$	0,002
Uyumu artıran faktörler	$12,2 \pm 2,7$	$13,3 \pm 2,5$	0,041

PP-106

Hereditery periyodik ateş sendromu düşünülen hastalarda ateş paneli ile yapılan genetik incelemelerin sonuçları

Shirkhan Amikishiyev¹, Tuğba Kalaycı², Murat Bektaş¹, Çiğdem Çetin¹, Sarvan Aghamuradov¹, Banu Çiçek Yalçın Dulundu¹, Burak İnce¹, Nevzat Koca¹, Ege Sinan Torun¹, Numune Aliyeva¹, Selma Sarı¹, Burak Alkaç¹, Sibel Ösken¹, Lale Soltanova³, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Ayla Şahin², Sema Sırma Ekmekçi², Neslihan Abacı², Şükrü Öztürk², Şükrü Palanduz², Ahmet Gül¹

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

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

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

Amaç: Hereditery periyodik ateş sendromları tekrarlayan ateş ve vücudun belirli bölgelerini etkileyen ve kendiliğinden düzelen enflamasyon ataklarıyla seyreden genetik hastalıklardan oluşur. Ülkemizde bu kapsamda incelenen hastaların büyük çoğunluğu Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ile ilişkili olduğundan genetik incelemelere *MEFV* geniyle başlamak en uygun yoldur. *MEFV* geninde patojenik varyant saptanmayan ya da klinik bulguları uyumlu olmayan hastalarda diğer otoenflamatuvar hastalık genlerinin taranmasına ihtiyaç vardır. Çalışmamızda kliniğimizde bu nedenle taranan hastaların genetik inceleme sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Nisan 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında genetik bilim dalıyla beraber, IonTorrent platformu ve Hedefli Yeni Nesil Dizileme yöntemiyle, 22 genin tüm ekzonları ve 10 bp intron sınırları tarandı ve klinik bulgularla ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Yüz yirmi üç hasta (53 erkek, 70 kadın hasta; ortalama yaş $41,0 \pm 12,3$) taramaya alındı, 48 hastada (%39) klinik bulguları tam açıklayamayan *MEFV* mutasyonunun varlığı bilinmekteydi. Infers ve ClinVar veritabanları kullanılarak mutasyon sonuçları selim (%7,9), muhtemel selim (%2,3), önemi belirsiz (VUS) (%47,2), patojenik (%14,8), muhtemel patojenik (%5,1), sınıflandırılmamış (%6,5) olarak değerlendirildi. Yirmi beş (%20,3) hastada genetik tarama negatif sonuçlandı. Saptanan varyantlar açısından patojenik, muhtemel patojenik ve VUS olanların dağılımı Tablo 1'de verildi. Saptanan varyantların çoğunluğu VUS karakterindeydi. Patojenik varyantlara *MEFV* dışında, *ADA2*, *MVK*, *NLRP12*, *NLRP3* ve *NOD2* genlerinde rastlandı. PAN tanısı ile takip edilen 13 hastada *DADA2* için tarama yapıldı ve 2 hastada (%15,4) *ADA2* mutasyonu görüldü. İncelenen 56 (%45,5) hastanın kliniğinde tekrarlayan ateş atakları olup, toplam 89 (%72,4) hastada atakta veya ataklardan bağımsız akut faz yüksekliği vardı. Fenotip-genotip ilişkisi yönünden alt grup analizleri henüz tamamlanmadı.

Sonuç: Otoenflamatuvar özellikleri nedeniyle incelenen ve AAA-dışı hastalıkları açısından değerlendirilen hastalarda VUS mutasyonların daha sık saptanması, erişkin hastalarda görülen, klinik bulguları daha değişken tablolarla uyumludur. Bu varyantların klinik bulgularla örtüşen özelliklerinin gösterilmesi

ek incelemeler ve uzun süreli gözlemlerle mümkün olabilecektir. Patojenik varyantların yanı sıra, muhtemel patojenik ve VUS genetik varyantların doğru yorumlanması tanı konulması ve tedavi planlanması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), önemi belirsiz (VUS), patojenik, muhtemel patojenik

Tablo 1. Ateş paneli içerisinde taranan genler ve yayılım sıklığı

Gen	Hasta sayı (n)	%	VUS (n)	Muhtemel patojenik (n)	Patojenik (n)	Gen	Hasta sayı (n)	%	VUS (n)	Muhtemel patojenik (n)	Patojenik (n)
MEPV	54	25,0	26	3	24	NLRP2	3	1,4	2	0	0
NLRP3	25	11,6	20	0	1	TNFRSF1A	3	1,4	3	0	0
NOD2	11	5,1	9	0	1	TMEM173	3	1,4	3	0	0
CARD14	11	5,1	4	0	0	IKBK3	3	1,4	1	0	0
ADA2	9	4,2	2	3	4	IL1RN	2	0,9	0	0	0
PLCG2	9	4,2	2	0	0	IL3RN	2	0,9	1	0	0
NLRP1	6	2,8	3	0	0	NLRP7	2	0,9	0	0	0
NLRP12	6	2,8	2	2	0	API33	1	0,5	0	0	0
IL10RA	6	2,8	3	0	0	NLRCA	1	0,5	1	0	0
LPIN2	5	2,3	3	0	0	ELANE	1	0,5	0	0	0
TNFAIP3	5	2,3	2	3	0	PCMP	1	0,5	1	0	0
MVK	4	1,9	1	0	2	PSMB9	1	0,5	1	0	0
PSTPIP1	4	1,9	2	0	0	RBCK1	1	0,5	1	0	0
TRAF1	4	1,9	3	0	0	SLC28A3	1	0,5	1	0	0
IKBK3	4	1,9	2	0	0	STING1	1	0,5	1	0	0

PP-107

Merkezimizde takipli erişkin başlangıçlı Still hastalığı olanların tedavi yanıtları

Derya Yıldırım, İbrahim Vasi, Burcuğül Özkızıtaş, Rıza Can Kardeş, Aslihan Avanoğlu Güler, Hazan Karadeniz, Rahime Duran, Abdurrahman Tufan, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (AOSD), çevresel faktörlerin indüklediği doğal immünite fazla uyarılması ile oluşan bir otoenflamatuvar hastalıktır. Hastalığın monosiklik ve polisiklik sistemik ve kronik poliartiküler (KPA) olmak üzere 3 ayrı seyri vardır. Tedavi yanıtları hastalığın seyir tipine göre değişebilmekle beraber kortikosteroidler, metotreksat ve interlökin-1 blokerlerinin hem sistemik hem artiküler formda, interlökin 6 blokerleri ve TNF-alfa inhibitörlerinin ise kronik artiküler formda etkin olduğu söylenebilir. Sunumumuzda kliniğimizde tanı almış ve son 1 yılda klinik olarak değerlendirilmiş olan 36 AOSD tanılı hastanın tedavi yanıtlarını sunuyoruz.

Bulgular: Retrospektif olan yapılan çalışmada sistem taramaları üzerinden toplam 72 hastanın verisine ulaşıldı. Son 1 yılda kontrol edilmeyen ve ilaç kompliyansı olmayan olgular çıkarılarak 36 hasta değerlendirmeye alındı. Yirmi ikisi sistemik polisiklik, 2'si monosiklik, 12'si ise kronik artiküler atak tipi ile prezante

olmuştu. Tüm olguların tanısı Yamaguchi kriterleri baz alınarak konulmuştu. Yaş ortalaması medyan 38 (22-58) ve kadın hakimiyeti mevcuttu (26/8). Literatürle uyumlu olarak tedavi yanıtı sistemik tutulumlu olanlarda en iyi metotreksat ve IL-1 blokerlerine olurken, KPA seyirli grupta en iyi yanıtlar metotreksat ve IL-6 blokerleri kullananlardaydı (Tablo 1). Minimum 4 mg gün ve üzeri metilprednizolon kullanım zorunluluğu olarak tanımlanan steroid bağımlılığı her iki grupta da anlamlı olarak yüksekti. Yirmi iki sistemik tutulumlu hastanın 4'ünde makrofaj aktivasyon sendromu gelişirken bir hasta bu nedenle eksitus olmuştu.

Sonuç: AOSD multifaktöriyel patogenezi ve birçok sitokin yolağını barındıran patofizyolojisi nedeniyle birçok yolak inhibitörüne yanıt verir ama genellikle parsiyel yanıtlar elde edilir. Patogeneizde en önemli olan iki sitokinden biri olan IL-1 blokerleri, özellikle anakinra, başarılı şekilde kullanılır, ancak günlük enjeksiyon zorunluluğu ve maliyeti nedeniyle dirençli hastalara saklanabilir. Metotreksat başlangıçtan bu yana seçkin tedavi olarak kullanılmaktadır. Hastalarda seyirden bağımsız öncelikle denenmesi, steroid başlandıktan sonra doz azaltımı için mutlaka etkin immünoşüpresyon yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, klinik tutulumlar, tedavi

PP-108

Pulmoner tutulumlu olan sistemik skleroz hastalarında hematolojik parametrelerin rolü

Dilek Tezcan¹, Sema Yılmaz²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Birimi, Ankara

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Birimi, Konya

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), mikro ve makroanjyopati ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. SSc'deki mortalite esas olarak pulmoner komplikasyonlara bağlıdır. Bu çalışmada, SSc'li hastalarda pulmoner sistemin parankimal ve vasküler tutulumları ile hematolojik parametreler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: SSc tanılı 170 hasta çalışmaya alındı. Katılımcılar, SSc tanılı interstisyel akciğer hastalığı (IAH) ile birlikte pulmoner hipertansiyonu (PH) olanlar (n=14), sadece IAH'si olanlar (n=59), IAH ve PH'si olmayan hastalar (n=97) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Laboratuvar verileri bu gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş, yaygın deri tutulumu ve ACA negatifliği gibi SSc-ILD ile ilişkili iyi bilinen risk faktörlerine ek olarak; yüksek kırmızı hücre dağılım genişliği (RDW) [olasılık oranı 4,62 (%95 GA 2,34-9,11), p<0,001] ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) [3,46 (1,83-6,53), p<0,001] yükselmesi de SSc-IAH'ı gösteren bağımsız risk faktörleriydi. SSc-IAH'lı hastalarda ÜİP ile uyumlu tutulum paterni SSc-PH riskini 4,17 (1,17-14,90) kat artırdı (p=0,028). Yüksek RDW/PLT oranı (RPR) [≥5,39 (10-7 x mm³)] ve düşük trombositte [<206,5 (109/l)] PAH riskinde sırasıyla 3,4 (1,08-12,11) ve 7,43 (2,00-27,58) kat anlamlı artışlar vardı (p=0,047, p=0,003).

Sonuç: IAH, PH'den bağımsız olarak RDW ve ESH ile ilişkilidir. RPR, IAH ve PH birlikteliği olanlarda sadece IAH olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. RPR, SSc ile ilişkili IAH'da, PH için tarama parametreleri olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit dağılım genişliğinin trombosit oranı, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyon, sistemik skleroz

PP-109

Sistemik lupus eritematozus ve sistemik sklerozda otonomik disfonksiyonun kompozit otonom semptom skoru-31 (COMPASS-31) anketi ile değerlendirilmesi

Zeynep Hazal Baltacı¹, Dilara Deniz Ergin¹, Seda Kutluğ Ağaçoğlu², Gizem Sevik², Ebru Aşıcıoğlu³, Serhan Tuğlular³, Haner Direskeneli², Fatma Alibaz Öner²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

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

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) ve sistemik lupus eritematozus (SLE) seyriinde otonom disfonksiyon; otoimmün periferik sinir hasarı, vasküler hastalık ve fibrosise sekonder sinir basısına bağlı görülebilmektedir. Bu konuda literatürde çok az veri mevcuttur. Çalışmamızda SSk ve SLE'li hastalarda otonomik disfonksiyonun COMPASS-31 anketi ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

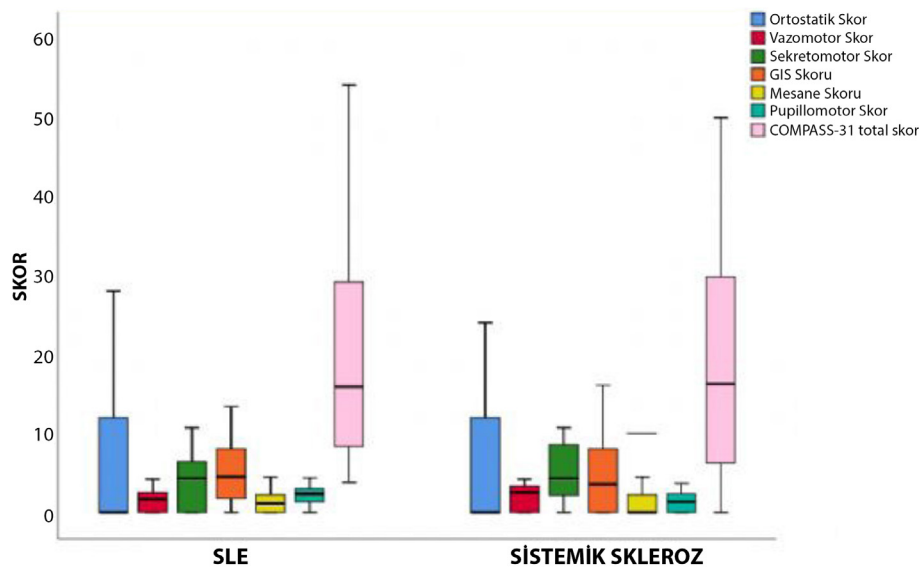
Yöntem: SSk için ACR/EULAR 2013 kriterlerini karşılayan 31 hasta, SLE için ACR/EULAR 2019 kriterlerini karşılayan 43 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Otonomik disfonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla COMPASS-31 formu araştırmacı eşliğinde hastalara doldurulmuştur.

Klinik verileri rutin vizitler sırasında doldurulan takip formlarından elde edilmiştir. Otonom disfonksiyon varlığı, total COMPASS-31 skoru >32,5 olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Yedi SSk'lı hasta (%23,3) ve 8 SLE'li hastada (%18,6) otonom disfonksiyon saptanmıştır. İki grup arasında total COMPASS-31, ortostatik, vasomotor, sekretomotor, gastrointestinal (GIS), mesane skorları benzer saptanmıştır (Şekil 1). SLE hastalarında pupillomotor skor, SSk hastalarına göre anlamlı yüksek tespit edildi (p=0,02). SSk grubunda GIS Medsger ağırlık skoru ile sekretomotor, pupillomotor ve total COMPASS-31 skorları pozitif korelasyon gösterdi (sırasıyla r=0,45, p=0,01, r=0,53, p=0,03, r=0,47, p=0,008). SSk grubunda GIS tutulumlu hastaların total COMPASS-31 skorları, interstisyel akciğer hastalığı (IAH) olan hastalara göre daha yüksek saptandı (27,7±16,2 vs. 20,5±14,6, p=0,03), alt grup skorları ise istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte GIS tutulumlu hastalarda yüksek tespit edildi. SLE grubunda SLEDAI ile sekretomotor ve GIS skoru (r=0,35, p=0,03, r=0,34, p=0,04), SLICC hasar indeksi ile sekretomotor skor arasında pozitif yönlü ilişki tespit edildi (r=0,37, p=0,02).

Sonuç: Çalışmamızda, SSk hastalarının dörtte birinde, SLE hastalarının da yaklaşık beşte birinde otonom disfonksiyon bulunduğu saptandı. GIS tutulumlu hastalarda literatürle uyumlu olarak otonom disfonksiyon daha sıkı. Literatürden farklı olarak, hastalık aktivitesi yüksek SLE'li hastalarda sekretomotor ve GIS disfonksiyonu; hasar skorları yüksek SLE'li hastalarda ise sekretomotor disfonksiyon daha sık saptanmıştır. Bulgularımız SSk ve SLE'li hastalarda otonom disfonksiyonun seyrek olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus, otonomik disfonksiyon, COMPASS-31



Şekil. SLE ve SSk hastalarının COMPASS-31 ve alt grup skorları

Tablo. SLE ve SSK hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	SLE (n=43)	SSk (n=31)
Cinsiyet		
Kadın, n (%)	38 (88,4)	29 (93,5)
Erkek, n (%)	5 (11,6)	2 (6,5)
Yaş (yıl), ortalama (SS)	42,5 (14,6)	54,4 (12,2)
Vücut kitle indeksi (kg/m ²), ortalama (SS)	25,1 (5,4)	26,0 (3,9)
Sigara		
Aktif/geçmişte, n (%)	19 (45,2)	5 (16,1)
Yok, n (%)	23 (54,8)	26 (83,9)
Komorbidite varlığı, n (%)	17 (39,5)	19 (61,3)
Tanı yaşı (yıl), ortalama (SS)	30,5 (11,8)	43,6 (12,5)
Hastalık süresi (ay), ortalama (SS)	136,1 (95,2)	130,4 (89)
Takip süresi (ay), ortalama (SS)	87,3 (77,4)	87,8 (65,8)
İmmünoşüpresif ilaç kullanımı, n (%)	39 (90,7)	27 (87,1)
Kümülatif steroid dozu (g), ortalama (SS)	9,7 (9,6)	11,6 (24,7)
SLE Klinik Özellikler, n (%)		
Kütanöz SLE	25 (58,1)	
Oral/nazal ülser	11 (25,6)	
Eklem tutulumu	22 (51,2)	
Serozit	21 (48,8)	
Renal tutulum	20 (46,5)	
Nörolojik tutulum	7 (16,3)	
Trombositopeni	12 (30,7)	
Otoimmün hemolitik anemi	7 (16,3)	
Antifosfolipid sendromu (AFAS)	13 (30,2)	
SSk Klinik Özellikler, n (%)		
Sınırlı deri tutulumu		26 (86,7)
Diffüz deri tutulumu		4 (13,3)
Raynaud fenomeni		31 (100)
Dijital ülser		21 (70)
İnterstitiel akciğer hastalığı		21 (70)
Gastrointestinal tutulum		14 (46,7)
Pulmoner arteriyel hipertansiyon		4 (13,3)

PP-110**Sjögren sendromu hastalarında alt üriner sistem semptomlarının depresyon ve anksiyete ile ilişkisi**

Nilay Erdik¹, Damla Karataş¹, Gökhan Yavuzbilge¹, Abbas Karakurt², Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Zeynep Öztürk¹, Sümeyye Merve Türk¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Emel Öрге Gönüllü¹

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

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) tanılı hastalarda alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) varlığının araştırılması, AÜSS saptanan hasta gruplarında depresyon ve anksiyete birlikteliğinin sorgulanması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza Kasım 2021-Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimize başvurmuş 60'ı kadın, 63 SS tanılı hasta dahil edildi. AÜSS olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süreleri kaydedildi. AÜSS değerlendirilmesinde uluslararası prostat semptom skoru (IPSS), depresyon ve anksiyete sorgulamasında Beck depresyon ve anksiyete ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare analizi ile değerlendirildi. IPSS ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeği arasındaki ilişki spearman korelasyon analiziyle değerlendirildi. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 53,6±11,6 yıldır. Hastalık süresi medyan 4 (0-40) yıldır. 58 (%92,1) hastada en az bir tane AÜSS mevcuttu. AÜSS olan 58 hastanın IPSS skoruna göre 32'si hafif, 21'i orta, 5'i şiddetliydi. Otuz bir (%49,2) hastada anksiyete saptanırken 37 (%58,7) hastada depresyon mevcuttu. AÜSS olan hastalarda depresyon sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti. AÜSS olmayan hastaların hiçbirinde depresyon ve anksiyete izlenmedi (Tablo 1). AÜSS şiddeti ile anksiyete ve depresyon varlığı karşılaştırıldığında her iki grupta da anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla p=0,033; p=0,032) (Tablo 2). IPSS skoru ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu (sırasıyla r=0,429 p≤0,001; r=0,481 p=0,001).

Sonuç: SS tanılı hastalarda AÜSS varlığının sorgulanması ve tedavi için yönlendirilmesi, hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığının azalmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, alt üriner sistem semptomları, depresyon, anksiyete

Tablo 1. AÜSS olan hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığı

	AÜSS olan n (%)	AÜSS olmayan n (%)	p-değeri
Depresyon	Var	37 (63,8)	0,009
	Yok	21 (36,2)	
Anksiyete	Var	31 (53,4)	0,053
	Yok	27 (46,6)	

Tablo 2. AÜSS şiddeti ile anksiyete ve depresyon varlığı karşılaştırılması

	Hafif AÜSS grubu n (%)	Orta AÜSS grubu n (%)	Şiddetli AÜSS grubu n (%)	p-değeri
Depresyon	Var	16 (50)	16 (76,2)	0,032
	Yok	16 (50)	5 (23,8)	
Anksiyete	Var	13 (40,6)	16 (76,2)	0,033
	Yok	19 (59,4)	5 (23,8)	

PP-111**Sjögren sendromlu kadın bireylerde semptom şiddeti ve hastalık aktivitesinin biyopsikososyal faktörlerle ilişkisinin incelenmesi**

Sinan Buran¹, Gamze Nur Ahıskalı², Muhammet Orkun Tüfekçi², Mustafa Ekici³, Şule Apraş Bilgen³, Edibe Ünal¹, Sedat Kiraz³

¹Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin, özellikle tükürük ve gözyaşı bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, kronik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Göz ve ağız kuruluğu gibi hastalığa spesifik semptomların fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olduğu ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığı bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı SS tanısı alan bireylerin

semptom şiddetleri ve hastalık aktivitelerinin biyopsikosozyal faktörlerle ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmamıza Ocak-Temmuz 2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda SS tanısı ile takip edilen 40 kadın birey dahil edildi. Demografik bilgileri alınan SS tanılı bireylerin hastalık aktivitesi EULAR Hastalık Aktivite İndeksi (EULAR *Sjögren's syndrome disease activity index*-ESSDAI), semptom şiddeti Sjögren Sendromu EULAR Hasta Bildirim İndeksi (EULAR *Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*-ESSPRI) ve biyopsikosozyal durumları Bilişsel Egzersiz ve Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ) ile değerlendirildi. ESSPRI ölçeği semptom şiddetini kurulum, halsizlik ve ağrı semptomları üzerinden değerlendirirken, BETY-BQ ölçeği biyopsikosozyal özellikleri duygu-durum, ağrı, fonksiyonellik, sosyalite, cinsellik ve uyku kalitesi olmak üzere 6 alt parametre ile incelemektedir.

Bulgular: Çalışmaya katılan SS'li kadın bireylerin yaş ortalaması 55,95±9,62 yıl idi. ESSDAI skorları ile ESSPRI skorları ve BETY-BQ ölçeği alt parametreleri arasında ilişki tespit edilemedi ($p>0,05$). ESSPRI skorları ile BETY-BQ alt parametrelerinden ağrı ($\rho=0,414$, $p<0,05^*$), duygu-durum ($\rho=0,358$, $p<0,05^*$), cinsellik ($\rho=0,427$, $p<0,05^*$) durumları arasında orta derecede, pozitif yönde ve fonksiyonellik ($\rho=0,528$, $p<0,05^*$) durumları arasında yüksek derecede, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Çalışmamız hastalık aktivitesi ve semptom şiddetinin ilişki göstermediğini vurgulayan literatür bilgisiyle uyumluydu. Çalışmadan elde edilen sonuçlar SS tanılı hastaların hastalık aktivitesinden bağımsız olarak semptom şiddetleri arttıkça biyopsikosozyal etkilenim oranlarının arttığı yönünde yorumlandı. Bu yorum doğrultusunda SS hastalık yönetiminde semptom şiddetine yönelik stratejiler uygulandığında hastaların biyopsikosozyal durumlarının da dikkate alınması gerektiği görüşüne varıldı.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikosozyal, hastalık aktivitesi, semptom şiddeti, Sjögren sendromu

PP-112

Sistemik lupus eritematozus hastalarında uzun dönem takipte osteonekroz: Tek merkez deneyimi

Buğru Bulat¹, Didem Şahin Eroğlu², Tahsin Murat Turgay², Gülşay Kınıklı², Aşkın Ateş²

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

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

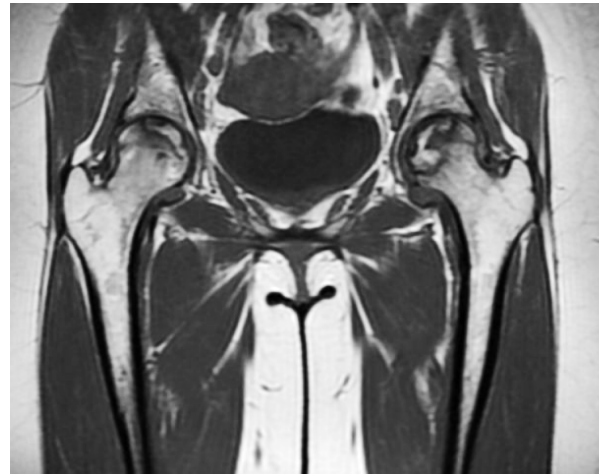
Amaç: Osteonekroz (ON), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında morbiditenin ve yaşam kalitesi kaybının majör nedenlerinden biridir. ON gelişen ve gelişmeyen SLE hastaları arasındaki demografik, klinik ve serolojik farklılıkları ortaya koymayı ve ON gelişimi ile ilişkili risk faktörlerini tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezde yürüttüğümüz retrospektif kohort çalışmamıza SLICC 2012 sınıflama kriterlerini karşılayan 533 SLE hastasını dahil ettik. ON tanısı, semptomatik hastalarda radyolojik görüntüleme teknikleriyle (manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, direkt grafi) doğrulandı. Günlük kullanılan maksimum doz steroid ve ON gelişimi arasındaki gelişimi incelemek için hastalarımızı ≥ 1 ay süreyle günlük kullandıkları maksimum steroid dozuna göre dört gruba ayırdık (Grup 1: 0-19 mg/gün, Grup 2: 20-39 mg/gün, Grup 3: 40-59 mg/gün, Grup 4: ≥ 60 mg/gün). Pulse steroid alan hastalar ayrıca kayıt edildi. ON ilişkili risk faktörlerini belirlemek için tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Ortanca 9,1 yıllık takip süresinin sonunda, 46 (%8,6) hastada ON saptandı. Toplam 85 eklemde ON saptandı, femur başı en sık etkilenen eklem ($\%71,7$). SLE tanı anında ortalama hasta yaşı ON gelişen grupta anlamlı olarak daha düşüktü [ortalama (SS) 26,8 (11,7) vs. 35,3 (11,4), $p<0,001$]. Klinik özelliklere bakıldığında ateş ($\%21,6$ vs. $\%10,9$), malar raş ($\%52,2$ vs. $\%36,3$), serozit ($\%26,1$ vs. $\%14,6$), renal tutulum ($\%65,2$ vs. $\%35,1$) ve hemolitik anemi ($\%32,6$ vs. $\%19,3$) ON gelişen grupta, ON gelişmeyen gruba göre daha yüksek oranla saptandı ($p<0,05$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde malar raş diğer faktörlerden bağımsız olarak ON gelişimi ile ilişkili tek klinik özellik olarak bulundu. Steroid kullanımı ve ON gelişimi arasında doz bağımlı bir ilişki bulundu. Pulse steroid tedavisi ise artmış ON gelişim riski ile ilişkili bulunmadı (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda ≥ 1 ay süreyle yüksek doz (≥ 40 mg/gün) steroid kullanımı SLE hastalarında artmış ON gelişimi ile ilişkili bulundu. SLE hastalarında ON gelişimini önlemek için günlük steroid dozunu ve steroid kullanım süresini mümkün olduğunca minimize etmek amaçlanmalıdır. Ayrıca malar raş artmış ON gelişimi ile ilişkili bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, osteonekroz, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Bilateral femur başı eklemde osteonekroz gelişen bir SLE hastasının manyetik rezonans görüntülemesi

Tablo 1. Pulse steroid tedavisi ve ON gelişimi arasındaki ilişki

	OR düzeltilmemiş (%95 GA)	OR yaş-cinsiyete göre düzeltilmiş (%95 GA)	OR çoklu değişkenlere göre düzeltilmiş* (%95 GA)
Pulse steroid almayan grup	1,00 (referans grubu)	1,00 (referans grubu)	1,00 (referans grubu)
Pulse steroid alan grup	6,29 (3,35-11,81)	4,86 (2,53-9,37)	1,51 (0,69-3,32)

*SLE tanı anındaki yaş, cinsiyet, steroid kullanımı, diğer immünoşüpresif tedavilerin kullanımı ve hastalık takip süresi modele eklenmiştir

Tablo 2. Günlük maksimum steroid dozu ve ON gelişimi arasındaki ilişki

	OR düzeltilmemiş (%95 GA)	OR yaş-cinsiyete göre düzeltilmiş (%95 GA)	OR çoklu değişkenlere göre düzeltilmiş* (%95 GA)
0-19 mg/gün (referans grubu)	1,00 (referans grubu)	1,00 (referans grubu)	1,00 (referans grubu)
20-39 mg/gün	7,22 (1,29-40,31)	6,63 (1,18-32,28)	5,86 (1,00-34,37)
40-59 mg/gün	14,08 (3,02-65,63)	10,69 (2,25-50,75)	8,79 (1,77-43,61)
≥60 mg/gün	31,50 (7,39-134,19)	26,03 (6,02-112,59)	13,93 (3,07-63,16)

*SLE tanı anındaki yaş, cinsiyet, steroid kullanımı, diğer immünoşüpresif tedavilerin kullanımı ve hastalık takip süresi modele eklenmiştir

PP-113**Primer Sjögren sendromu tanılı hastalarda nöropatik ağrı sıklığının otoantikör pozitifliği ve tükürük bezi biyopsi sonuçları ile ilişkisinin değerlendirilmesi**

Cansu Arslantürk Güneysu, Damla Karataş, Nilay Erdik, Gökhan Yavuzbilge, Abbas Karakurt, Seyyid Bilal Açıkgöz, Zeynep Öztürk, Sümeyye Merve Türk, Emel Öрге Gönüllü

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) ön planda ekzokrin bezleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. SS'de ekzaglandüler tutulum oldukça sıktır. Nörolojik bulgular en sık ekzaglandüler tutulumlardan biridir. Nöropatik ağrı sıklığı %40'a ulaşabilmektedir. SS tanısında kullanılan otoantikörler (SS-A, SS-B, Anti-Ro52) ve tükürük bezi biyopsi sonuçlarının nörolojik tutulumlar ile ilişkisi belirsizdir. Bu çalışmada amaç otoantikör pozitifliği ve tükürük bezi biyopsi sonuçları ile nöropatik ağrı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'ne 2021-2022 Ağustos tarihleri arasında başvuran Primer SS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Tükürük bezi biyopsi ve otoantikör (ANA, SS-A, SS-B, Anti-Ro52) sonuçları incelendi. Nöropatik ağrıyı tanımlamak için beş soruluk ağrı anketi ve iki duyu değerlendirme testi içeren LANSS (*The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*) ağrı ölçeği kullanıldı. Elde edilen veriler ki-kare ve Mann-Whitney U testiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 66 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları (ort): 53,5±11,3 yıl; cinsiyetleri 3'ü (%4,5) erkek, 63'ü (%95,5) kadın olarak saptandı. On sekiz (%27,3) hastada nöropatik ağrı varken 48 (%72,7) hastada nöropatik ağrı yoktu. Nöropatik ağrı ile hastalık süresi arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,584). Cinsiyet açısından nöropatik ağrı fark yoktu (p=0,178). Biyopside fokus izlenen hastalarda nöropatik ağrı oranı %25,6 iken fokus izlenmeyenlerde %45,5'ti ve fark istatistiksel anlamlı değildi (p=0,270). Anti-SSA, Anti-SSB ve anti-Ro52 pozitifliği ile nöropatik ağrı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. ANA negatif hastalarda ise nöropatik ağrı sıklığında artış istatistiksel anlamlı bulundu (p=0,031).

Sonuç: Bu çalışmada otoantikör pozitifliği ve fokus skoru ile nöropatik ağrı sıklığı arasında ilişki saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Anti-Ro52, LANSS ağrı skalası, nöropatik ağrı, Sjögren sendromu

Tablo 1. Otoantikör pozitifliği ve nöropatik ağrı sıklığı ilişkisi

	Nöropatik Ağrı Var	Nöropatik Ağrı Yok	p
ANA			
pozitif n(%)	8(18,6)	35(81,4)	0,031
negatif n(%)	10(43,5)	13(56,5)	
Anti-SSA			
pozitif n(%)	3 (13)	20(87)	0,098
negatif n(%)	13 (31,7)	28 (68,3)	
Anti-SSB			
pozitif n(%)	1 (8,3)	11 (91,7)	0,266
negatif n(%)	15 (28,8)	37 (71,2)	
Anti-Ro52			
pozitif n(%)	5 (22,7)	17 (77,3)	0,670
negatif n(%)	10 (27,8)	26 (72,2)	

PP-114**Sistemik skleroz hastalarında otoantikör tipinin hastalık şiddeti ve yeni organ tutulumu üzerine etkisi: Anti-sentromer antikörün seyirde öne çıkan özellikleri**

Melodi Gizem Can¹, Büşra Demir¹, Numune Aliyeva², Shirkhan Amikishiyev², Bahar Artım Esen², Ahmet Gül², Murat İnanç², Yasemin Yalçınkaya²

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

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) tanısı olan hastalarda otoantikörlerin hastalık seyrine etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: En az 12 ay süreyle takip edilen, SSk sınıflandırma kriterlerini karşılayan 206 hastanın (189 kadın) verileri retrospektif tarandı; otoantikör tipinin (anti-nükleer antikör (ANA), anti-Sc170 ve anti-sentromerin (ASA) hastalık şiddetinin zamanla (101,26±71,02 ay) değişimi ve takipte yeni organ tutulumu olmaksızın hastalısız sağkalıma etkisi değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 53,09±12,31 olan hastalarda %2,9 (n=6) ANA(-), %27,7 (n=57) ANA(+), ENA(-), %47,1 (n=97) anti-Scl70(+) ve %22,3 (n=46) ASA(+) saptandı. Anti-Scl70, yaygın deri tutulumu, dijital ülser, aritmi ve akciğer tutulumu ile ilişkiliydi [sırasıyla OR: 3,43 (GA %95 1,89-6,24), p<0,001, OR: 1,835 (GA %95 1,05-3,2), p=0,033, OR: 4,061 (GA %95 1,084-15,22), p=0,038 ve OR: 2,393 (GA %95 1,29-4,43), p=0,006]. ASA, PAH ile ilişkili (OR: 3,319, p=0,040) ve yaygın deri tutulumu, fleksiyon kontraktürü veya İAH'ye karşı koruyucu [OR: 0,203 (GA %95 0,08-0,51)], p=0,001, OR: 0,251 (GA %95 0,09-0,74), p=0,012 veya OR: 0,288 (GA %95 0,12-0,72), p=0,008] bulundu. Tüm otoantikörlerde (+) genel, vasküler, deri, eklem, GIS ve İAH tutulumu şiddeti skorları takipte kötüleşti, kalp tutulumu şiddeti sadece anti-Scl70'lerde (+) artmıştı (Tablo 1). ASA'larda (+) daha az sıklıkta [HR: 0,523 (%95 GA (0,29-0,94), p=0,030] ve daha uzun sürede yeni organ tutulumu ortaya çıktığı, uzun süreli takipte daha sıklıkla PAH geliştiği [OR: 9,63 (1,80-51,46), p=0,008] ve daha az sıklıkta İAH gelişimi/

progresyonu olduğu gözlemlendi [sırasıyla OR=0,29 (GA %95 0,11-0,79), p=0,015 ve OR: 0,16 (GA %95 0,48-0,55), p=0,003]. Takibin 5. ve 8. yılında ASA'ların (+) yarısında halen yeni organ tutulumu olmadığı, ASA(-) [(ANA(+)) veya anti-Scl70(+)] grupta ise 5. yılda >%67'sinde ve 8. yılda >%80'inde yeni organ tutulumu olduğu saptandı (Tablo 2 ve Şekil 1).

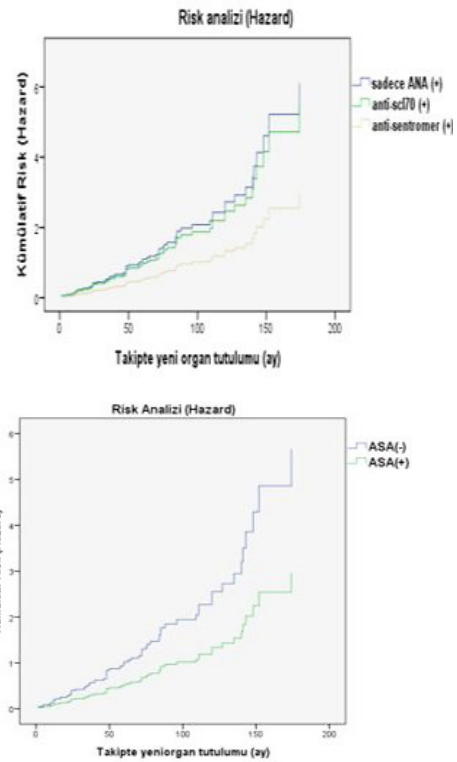
Sonuç: ASA(+) hastalar daha iyi prognoza sahip olarak kabul edilse de bazı hastalarda, özellikle 8. yıldan sonra, hastalık şiddetinin ve yeni organ tutulumunun artabileceği bilinmelidir. ANA veya anti-Scl70(+) hastalarda ise hastalığın seyrinin şiddetli olduğu ve hastalığın ilk 5 yılında çoğu hastada organ tutulumu veya kötüleşmesi olabileceği, bu nedenle de hastalığın erken döneminde dikkatli takibin ve etkin tedavinin gerekli olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Anti-Scl70, anti-sentromer antikor, otoantikör, sistemik skleroz

Tablo 1, 2; Şekil 1. Otoantikör pozitif hastalarda Medsger şiddet skorlarının zamanla değişimi, otoantikör gruplarına göre Ssk hastalarında yeni organ tutulumu kadar geçen süre ve yeni organ tutulumu olmaksızın hastaliksız sağkalım

Medsger Şiddet İndeksi		ANA (+)-ENA (-)	Anti-scl70(+)	ASA (+)
		(n=57)	(n=98)	(n=46)
Genel	Başlangıç	0.42±0.73	0.32±0.65	0.17±0.38
	Son	0.82±0.74	0.92±1.07	0.41±0.62 [^]
	P	<0.001	<0.001	0.012
Periferik	Başlangıç	1.23±0.68	1.32±0.84	1.20±0.58
	Son	1.68±0.95	2.03±1.11	1.78±0.99
	P	<0.001	<0.001	<0.001
Deri	Başlangıç	1.18±0.54	1.32±0.73	0.89±0.48 ⁺
	Son	1.54±0.83	1.71±0.96	1.22±0.76
	P	<0.001	<0.001	0.001
Elam	Başlangıç	0.14±0.35	0.15±0.42	0.04±0.21
	Son	0.30±0.50	0.35±0.58	0.13±0.34
	P	<0.001	0.003	0.046
Kas	Başlangıç	0.11±0.41	0.02±0.14	0.02±0.15
	Son	0.11±0.41	0.04±0.20	0.02±0.15
	P	-	0,157	-
GIS	Başlangıç	0.12±0.38	0.05±0.22	0.07±0.25
	Son	0.26±0.52	0.33±0.54	0.39±0.68
	P	0,011	<0,001	0,001
Akciğer	Başlangıç	0.57±0.91	0.63±0.83	0.39±0.75
	Son	1.60±1.15	1.7±1.24	1.09±1.21
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Kalp	Başlangıç	0.09±0.47	0.03±0.23	0±0
	Son	0.07±0.53	0.33±1.04	0.11±0.61
	P	0,655	0,007	0,180
Böbrek	Başlangıç	0.02±0.13	0.02±0.20	0±0
	Son	0.07±0.37	0.09±0.50	0±0
	P	0,180	0,109	-

Kruskal Wallis testi ile seropozitif gruplar kıyaslandığında *p=0,026, ^ p=0,005



	Yeni Organ Tutulumuna Kadar Geçen Süre		Yeni Organ Tutulumu Olmaksızın Hastaliksız Sağ-kalım		
	Ortalama	%95CI	2.yıl	5.yıl	8.yıl
ASA(+)(n=17)	82,65±14,5	54,25±111,1	%76.5(±10.3)	%52.9(±12.1)	%47.1(±12.1)
ANA(+)-ENA(-)(n=18)*	52,06±9,31	33,82±70,29	%61.1(±11.5)	%33.3(±11.1)	%16.7(±8.8)
Anti-scl70(+)(n=36)	54,95±6,88	41,45±68,44	%72.2(±7.5)	%38.9(±8.1)	%16.7(±6.2)
ASA(-)(n=54) ^	53,98±5,49	43,22±64,75	%68.5 (±6.3)	%37.0 (±6.6)	%11.1 (±4.3)

* p=0,026, ^p=0,026 ASA(+)) hastalar ile kıyaslandığında, Log Rank (Mantel-Cox) testi

Sistemik skleroz hastalarında hastalıkla ilişkili organ hasarının "scleroderma clinical trials consortium damage index (sctc-di)" ile değerlendirilmesi: Deri tutulumu alt tiplerinde seyirdeki farklılıklar

Büşra Demir¹, Melodi Gizem Can¹, Shirkhan Amikishiyev², Numune Aliyeva², Bahar Artun Esen², Ahmet Gül², Murat İnanç², Yasemin Yalçınkaya²

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

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

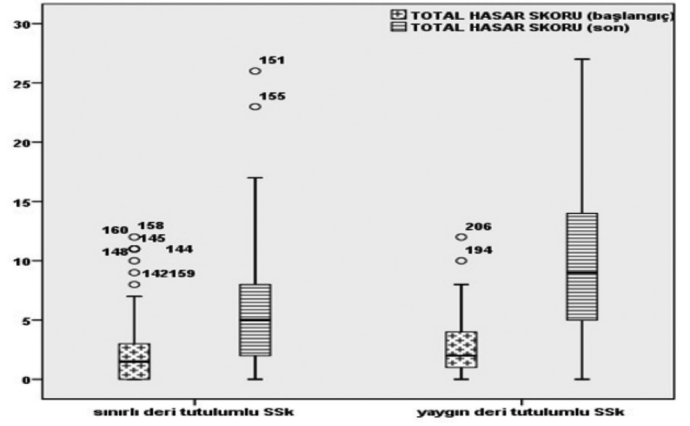
Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında organ hasarının deri tutulumu tipine göre farklarının ortaya konması ve takipteki değişiminin değerlendirilmesidir.

Yöntem: SSk sınıflandırma kriterlerini karşılayan, ≥12 ay süreyle takibi olan 210 hasta (%91,9 kadın) retrospektif incelendi. Tanıda ve son vizitte hasar skoru [*Scleroderma Clinical Trials Consortium Damage Index* (SCTC-DI)] hesaplandı, sınırlı veya yaygın deri tutulumuna göre [sdSSk (%76,2) veya ydSSk (%23,8)] gruplandırılarak karşılaştırıldı. Hasar gelişimi ile ilişkili faktörler değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 52,9±12,3, takip süresi 101,1±70,6 ay ve Raynaud dışı semptom süresi 12,3±7,3 yıldır. Eklem kontraktürleri, BMI/kilo kaybı ve O₂ tedavisi ihtiyacı takipte, HRCT'de >%20 tutulum ve eşlik eden FVC<%70 ise başlangıçta ve takipte ydSSk'de daha sıkı (Tablo 1). Total hasar skorları başlangıçta ve takipte ydSSk'de daha yüksek bulundu (3,1±2,8'e karşın 1,9±2,5, p=0,004 ve 9,7±5,9'a karşın 5,8±4,6, p<0,000) (Şekil 1). sdSSk varlığı başlangıçta respiratuvar ve kardiyovasküler (KVS) hasar, takipte ise yüksek hasar gelişimine karşı koruyucu bulundu. ydSSk'de şiş (puffy) parmakların varlığı respiratuvar hasar, takip süresi >5 yıl olması ise takipte artan kas-iskelet-deri ve respiratuvar hasar ile ilişkilidir. sdSSk'de; takip süresi >5 yıl olması takipte artan kas-iskelet-deri, dijital ülser (DÜ) ve MKF proks.de deri kalınlaşması periferik vasküler, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve anti-Scl70 varlığı respiratuvar hasar ile, İAH, DÜ varlığı ve takip süresi >5 yıl olması GIS hasarı ile ilişkili bulundu. sdSSk'de DÜ ve İAH varlığı takipte orta hasar (6-12 puan), telanjiektazi ve PAH varlığı ise yüksek hasar (≥13 puan) ile ilişkilidir (Tablo 2). Hastaların %4,3'ü (n=9) takipte hayatını kaybetti. Başlangıçta ve takipte KV's. hasar mortalite ile ilişkili bulundu (%55,6'e karşın %5,5, p<0,000 ve %55,6'ya karşın %15,4, p=0,009).

Sonuç: SSk hastalarında, yaklaşık 8 yıllık takip sırasında, organ hasarı sıklığının ve şiddetinin her iki deri tutulumu alt tipinde arttığı görüldü. İAH, DÜ, telanjiektazi ve PAH varlığı ve takip süresinin uzun olması hasarla ilişkili faktörler olarak öne çıktı. KV's. hasar mortalite ilişkili bulundu. Hasar bakımından riskli grupların tanımlanmasının, erken tedavi ile sağkalımda iyileşme sağlayabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Deri tutulumu tipi, hasar skoru, morbidite, mortalite, sistemik skleroz



Şekil 1. SCTC-DI hasar skorlarının deri tutulumu tiplerine göre takipteki değişimini gösteren boxplot grafik

Tablo 1. SCTC-DI hasar parametrelerinin SSk hastalarında deri tutulumuna göre takipteki sıklığı

HASAR PARAMETRELERİ	BAŞLANGIÇ			SON		
	sdSSk (n=160)	ydSSk (n=50)	p	sdSSk (n=160)	ydSSk (n=50)	p
KAS-İSKELET ve DERİ						
Küçük eklem kontraktürü	12 (7.5)	7 (14)	AD	29 (18)	20 (40)	0.004
Büyük eklem kontraktürü	1 (0.6)	2 (4)	AD	7 (4.4)	7 (14)	0.025
Sicca semptomları	24 (15)	3 (6)	AD	41 (25)	8 (16)	AD
Proksimal kas güçsüzlüğü	5 (3.1)	2 (4)	AD	6 (3.8)	4 (8)	AD
Kalsinozis	5 (3.1)	1 (2)	AD	12 (7.5)	5 (10)	AD
VASKÜLER						
Dijital ülser	19 (12)	11 (22)	AD	60 (38)	28 (56)	AD
Dijital amputasyon	5 (3.1)	0 (0)	AD	8 (5)	3 (6)	AD
GASTROİNTESTİNAL						
Ozofageal dismotilite	13 (8)	3 (6)	AD	44 (28)	17 (34)	AD
Psödoobstrüksiyon	0 (0)	0 (0)	AD	1 (0.6)	4 (1.9)	AD
Düşük BMI/ kilo kaybı	7 (4.4)	2 (4)	AD	15 (9)	12 (24)	0.015
GAVE	0 (0)	0 (0)	AD	0 (0)	0 (0)	AD
Ozofageal Striktür	0 (0)	0 (0)	AD	4 (2.5)	0 (0)	AD
Refrakter GÖRH	30 (19)	9 (18)	AD	105 (66)	37 (74)	AD
RESPIRATUVAR						
HRCT>%20	28 (18)	19 (38)	0.005	66 (40)	41 (82)	0.000
HRCT>%20 ve FVC<%70	6 (4)	7 (14)	0.015	27 (17)	24 (48)*	0.000
Devamlı O2 tedavisi	0 (0)	0 (0)	AD	2 (1.3)	4 (8)**	0.030
KARDİYOVASKÜLER						
PAH	5 (3.1)	3 (6)	AD	14 (8.8)	5 (10)	AD
Sağ ventrikül disfonksiyonu	0 (0)	0 (0)	AD	7 (4.4)	4 (8)	AD
Miyokardiyal hastalık	0 (0)	1 (2)	AD	4 (2.5)	4 (8)	AD
>1 cm plevral effüzyon	4 (2.5)	3 (6)	AD	12 (7.5)	5 (10)	AD
RENAL						
Renal kriz öyküsü (SRK)	0 (0)	1 (2)	AD	4 (2.5)	2 (4)	AD
SRK ve GFR<45 ml/dk/1.73 m2	0 (0)	0 (0)	AD	2 (1.3)	1 (2)	AD
ESRD (evre 5) / renal repl ted	0 (0)	0 (0)	AD	1 (0.6)	0 (0)	AD

sdSSk: sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz, ydSSk: yaygın deri tutulumlu sistemik skleroz

Tablo 2. SSK hastalarında deri tutulumuna göre SCTC-DI hasar parametreleri ile ilişkili klinik ve serolojik özellikler

BAŞLANGIÇ HASARI					
	Cilt alt tipi	İlişkili Parametreler	OR	95% CI	p
Respiratuvar	sdSSk	telanjiektazi varlığı	2.05	1.10-3.84	0.024
		anti-sentromer (+)	0.09	0.01-0.73	0.024
	ydSSk	şiş (puffy) parmaklar	3.88	1.43-10.49	0.008
TAKİPTE GELİŞEN / KOTÜLEŞEN HASAR					
	Cilt alt tipi	İlişkili Parametreler	OR	95% CI	p
Kas İskelet - Deri	sdSSk	takip süresi>5 yıl	10.17	2.31-44.78	0.002
	ydSSk	İAH varlığı	3.54	1.22-10.26	0.020
Vasküler	sdSSk	DÜ varlığı	8.48	4.37-16.48	0.000
		MKF proks deri kalın	2.87	1.02-8.11	0.047
Respiratuvar	sdSSk	İAH varlığı	14.03	5.55-35.45	0.000
		anti-Sc170(+)	4.84	1.52-15.46	0.008
	ydSSk	İAH varlığı	23.70	3.4-165.5	0.001
		takip süresi>5 yıl	0.07	0.01-0.09	0.047
Gastrointestinal	sdSSk	İAH varlığı	2.48	1.43-4.30	0.001
		DÜ varlığı	1.79	1.06-3.03	0.029
		takip süresi>5 yıl	5.77	2.39-13.96	0.000
	ydSSk	anti-Sc170(+)	13.42	2.40-74.89	0.003
	Sinovit	0.01	0.00-0.68	0.006	
Kardiyovasküler	sdSSk	PAH	4.48	2.51-8.01	0.000
	ydSSk	PAH	5.28	2.76-10.10	0.000
Orta Hasar (6-12 puan)	sdSSk	DÜ varlığı	2.41	1.54-3.78	0.000
		İAH varlığı	1.94	1.20-3.12	0.006
Yüksek Hasar (≥13 puan)	sdSSk	telanjiektazi varlığı	2.42	1.04-5.64	0.041
		PAH varlığı	2.87	1.41-5.85	0.004

sdSSk: sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz, ydSSk: yaygın deri tutulumlu sistemik skleroz

PP-116

On beş yıllık tek merkezli kohort analizi: Sistemik skleroz hastalarında standardize mortalite oranları ve ilişkili risk faktörleri

Fatma Dülger¹, Ali Karakaş², Yeşim Erez², Tuba Yüce İnel², Sıla Kalender¹, Melike Dönmez¹, Gerçek Can², İsmail Sarı², Fatoş Önen², Merih Birlük²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Türkiye’de sistemik skleroz (skleroderma) hastalarındaki standardize mortalite oranını (SMR) bildiren bir çalışma yoktur. Gelişmiş ülkelerde SMR İngiltere’de 1,34 (%95 GA 1,00-1,75), Çin’de 2,2, Japonya’da 2,76 (%95 GA 2,18-3,35), Kanada’da 3,8 (%95 GA 3,3-4,2), İspanya’da 4,2 (%95 GA 3,3-5,0) ve Fransa’da 5,73 (%95 GA 4,68-6,94) olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, skleroderma kohortunda uzun süreli mortalite ve ilişkili risk faktörlerinin detaylı analiz edilmesi amaçlanmıştır.

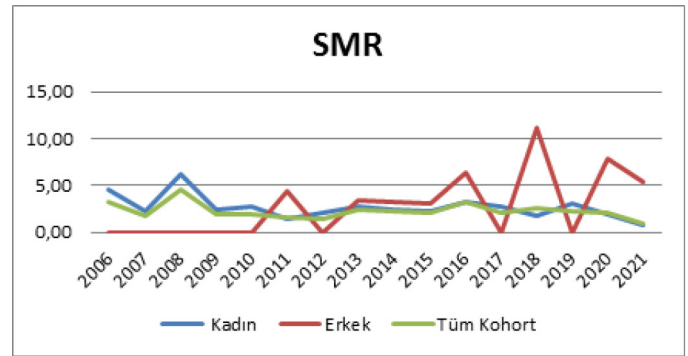
Yöntem: Romatoloji kliniğimizde 2006-2021 yılları arasında skleroderma tanısıyla takip edilen 322 hasta mevcuttu. 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılamayanlar veya çakışma sendromu olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 282 hasta çalışmaya alındı. Türkiye İstatistik Kurumu’nda Türkiye/İzmir genel popülasyonuna ait mortalite verileri 2009-2019 yıllarıyla sınırlıydı. Bu veriler kullanılarak yıllara göre eşleşen SMR analizi yapıldı (Şekil 1).

Bulgular: Takip süresi 3,735 hasta yılı olup, 76 ölüm (%27) saptandı. Türkiye’ye göre genel SMR 2,16 (%95 GA 1,68-2,65) [E: SMR 3,51 (%95 GA 1,60-5,42); K: SMR 2,42 (%95 GA

1,90-2,93)] olarak hesaplandı. İzmir ile Türkiye SMR değerleri birbirine benzemektedir. Ancak cinsiyet bazında ele alındığında erkek cinsiyette SMR değerleri İzmir’de, Türkiye’ye göre kıyaslandığında rakamsal olarak daha düşük hesaplanırken, kadın cinsiyette tam tersi gözlemlendi (Tablo 1). Mortalite ilişkili risk faktörleri; a) tek değişkenli analizde; malignite, PAH, DLCO% düşüklüğü, yüksek medşger hastalık şiddet skoru, ileri Raynaud fenomeni görülme yaşı, ileri hastalık başlangıç yaşı, düşük EF (<%50), kardiyak tutulum, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, interstisyel akciğer hastalığı, gastrointestinal tutulum b) çok değişkenli analizde; malignite, PAH, DLCO% düşüklüğü, yüksek medşger hastalık şiddet skoru olarak bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Yaptığımız uzun süreli analizde elde edilen veriler dünyada 2000 yılı sonrası yayınlanan literatürle kıyaslanırsa; mortalite oranı Asya ülkeleri olan Çin ve Japonya ile benzerken, İngiltere hariç diğer Avrupa ülkelerinden daha düşük saptandı. Erkek mortalite oranları İngiltere, Kanada ve İspanya kohortlarındaki gibi kadınlara kıyasla daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: Mortalite, sistemik skleroz, standardize mortalite oranı, risk faktör



Şekil 1. Yıllara göre SMR dağılımı

Tablo 1. SMR

	SMR (%95 GA)	SMR (%95 GA) erkek	SMR (%95 GA) kadın
İzmir	2,17 (1,68-2,65)	3,45 (1,58-5,33)	2,48 (1,95-3,00)
Türkiye	2,16 (1,68-2,65)	3,51 (1,60-5,42)	2,42 (1,90-2,93)

Tablo 2. Mortalite ilişkili risk faktörleri

	Tek değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)	Cok değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)
İlk raynoud fenomeni görülme yaşı	1,047 (1,030-1,063), p<0,001	1,013 (0,961-1,069), p=0,625
Hastalık başlangıç yaşı	1,078 (1,056-1,100), p<0,001	1,033 (0,974-1,095), p=0,277
Cinsiyet (erkek)	1,711 (0,938-3,122), p=0,080	-
Modifiye rodnan deri skoru	1,022 (0,996-1,049), p=0,099	-
FVC %	p=0,112	
>%80/%60-80	1,837 (1,065-3,169), p=0,029	-
>%80/%59-40	1,859 (0,924-3,739), p=0,082	-
>%80/<%40	1,341 (0,182-9,886), p=0,773	-
DLCO %	p=0,001	p=0,027
>%80/%60-80	2,434 (1,048-5,657), p=0,039	4,237 (1,020-17,597), p=0,047
>%80/%59-40	3,673 (1,556-8,667), p=0,003	6,106 (1,206-30,912), p=0,029
>%80/<%40	6,594 (2,583-16,834), p<0,001	19,387 (2,814-133,576), p=0,003
İntertisyel akciğer hastalığı	2,887 (1,770-4,709), p<0,001	1,869 (0,627-5,573), p=0,262
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	1,838 (1,044-3,237), p=0,035	7,505 (1,753-32,120), p=0,007
Kardiyak tutulum	1,927 (1,210-3,068), p=0,006	0,539 (0,167-1,738), p=0,301
Aritmi	1,673 (0,915-3,059), p=0,094	-
İleti bozukluğu	1,415 (0,824-2,430), p=0,208	-
EF% (≤50)	2,376 (1,178-4,793), p=0,016	10,175 (0,613-168,953), p=0,106
Konjestif kalp yetmezliği	2,077 (1,020-4,231), p=0,044	1,458 (0,079-26,830), p=0,800
Perikardiyal effüzyon/perikardit	1,687 (0,938-3,037), p=0,081	-
Gastrointestinal tutulum	1,681 (1,014-2,788), p=0,044	1,818 (0,678-4,876), p=0,235
Medsger hastalık şiddet skoru	1,087 (1,038-1,137), p<0,001	1,212 (1,059-1,386), p=0,005
Malignite	3,350 (2,005-5,598), p<0,001	37,611 (9,046-156,369), p<0,001
Koroner arter hastalığı	2,734 (1,289-5,799), p=0,009	1,116 (0,284-4,387), p=0,875
İmmünoşüpresif kullanımı	1,562 (0,958-2,546), p=0,074	-
Glukokortikoid kullanımı	1,403 (0,789-2,495), p=0,249	-
Siklofosomid kullanımı	1,398 (0,868-2,251), p=0,168	-

Primer Sjögren sendromunda tükürük bezlerinin 18F-florodeoksiglukoz (FDG) PET-BT görüntüleme özelliklerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, ultrasonografik skorlar ve tükürük akış hızı ile korelasyonu

Kerem Yiğit Abacar¹, Tuğba Nergiz Kıssa², Kevser Öksüzöğlü², Tunç Öneş², Gonca Mumcu³, George A. Bruyn⁴, Nevsun İnanç¹

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

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

³Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

⁴Reumaklinik Lelystad, Romatoloji Bilim Dalı, Lelystad

Amaç: Primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda tükürük bezi görüntüleme yöntemlerinin tanı veya hastalık aktivitesi açısından katkısı farklıdır. Biz burada, pSS'te ve sağlıklı kontrollerde (SK) tükürük bezlerinin boyutlarını ve metabolik aktivitelerini karşılaştırmayı amaçladık. 18F-FDG uptakelerinin, ultrason skorları ve tükürük akış hızlarıyla (TAH) korelasyonu incelendi.

Yöntem: 2016 ACR/EULAR Sınıflandırma Kriterleri'ne göre pSS tanısı alan 22 hasta, yaş/cinsiyet uyumlu 10 SK çalışmaya eklendi. pSS hastalarının ve SK'nin parotis ve submandibular bezlerinin boyutları ve FDG uptakeleri PET-BT'yle değerlendirildi. Hastaların tükürük bezi/karaciğer uptake oranı hesaplandı. Ayrıca PET-BT'de bez boyutları ve FDG uptakelerinin OMERACT ve Hocevar ultrason skorları, uyarılmış ve uyarılmamış TAH, ESSPRI kurulum skorları ve hastalık süreleriyle korelasyonları hesaplandı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 58,6'ken, SK'nin 58,6'ydı. Hastaların ortalama hastalık süresi 8,96 yıldır. Tüm hastalarda ANA pozitifken, %82,6'sında anti-SSA pozitif ve hastaların %30,4'ünde ≥ 1 parotis görüldü. SK'lerle karşılaştırıldığında, submandibular bezlerin ortalama boyutu (sol $p=0,006$ /sağ $p=0,032$) anlamlı olarak küçüktü ve sol submandibular bezin SUV_{maks} 'ı ($p=0,044$) pSS'li hastalarda daha düşüktü. PSS hastalarında sağ ve sol parotis boyutları daha küçüktü ve SUV_{maks} 'ları SK'dekinden fazlaydı; ancak bu farklılıklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Hastaların PET-BT tutulum özellikleri tükürük bezi ultrasonografi skorlarıyla karşılaştırıldığında, PET-BT'deki sol parotis bezi boyutu ile Hocevar inhomojenite skoru ve OMERACT skoru arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. PET-BT'de ölçülen sağ parotis bezi boyutu ile Hocevar inhomojenite, hiperekoik odaklar, parankimal ekojenite, toplam skoru ve OMERACT skoru arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. Hem parotis hem de submandibular bezlerde PET-BT'yle saptanan SUV_{maks} skorları ile ultrason skorları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. PET-BT'de ölçülen toplam bez boyutu ile uyarılmamış TAH arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulundu ($p=0,038$, $r=0,604$). Toplam bez boyutu ile ESSPRI kurulum skorları ve semptom süresi arasında anlamlılığa ulaşmayan negatif korelasyon vardı.

Sonuç: PET-BT SUV_{maks} ölçümleri, tükürük bezlerinin pSS'yle ilişkili tutulumu için yeterli bilgi sağlamaz. Ek olarak, PET-BT'yle parotis bezlerinin boyut ölçümü, OMERACT ultrason skorları ile ilişkilidir, ayrıca tükürük bezi boyutları SK'den küçüktür.

Anahtar Kelimeler: OMERACT, PET/BT, primer Sjögren sendromu, tükürük akış hızı, ultrasonografi

Tablo 1. Gland boyutları ve ultrasonografik skorların korelasyonları

Gland Boyutu (PET/BT)		OMERACT Skoru	Parenkimal Ekojenite	Homojenite	Hinerekoik Alanlar	Hinerekoik Alanlar	Gland Sınırlarının Görünürlüğü	Parenkimal Inhomojenite	Total
Sağ Parotis	r	-.699*	-.717*	-.704*	-0,598	-0,598	-0,368	-.758**	-.645*
	p	0,017	0,013	0,016	0,052	0,028	0,266	0,007	0,032
Sol Parotis	r	-.699*	-.717*	-.704*	-0,598	-0,598	-0,368	-.758**	-0,482
	p	0,017	0,013	0,016	0,052	0,028	0,266	0,007	0,134
Sağ Subm	r	-0,011	0,118	-0,011	-0,270	0,203	-0,006	0,247	0,024
	p	0,972	0,714	0,972	0,397	0,526	0,986	0,439	0,942
Sol Subm	r	0,245	0,306	0,245	0,071	0,327	0,118	0,306	0,435
	p	0,443	0,333	0,443	0,826	0,300	0,714	0,333	0,158

Tek merkezden, 322 sistemik skleroz hastasında sağkalım ve ilişkili faktörler

Fatma Dülger¹, Ali Karakaş², Yeşim Erez², Tuba Yüce İnel², Sıla Kalender¹, Melike Dönmez¹, Gerçek Can², İsmail Sarı², Fatoş Önen², Merih Birlik²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Sistemik skleroz (skleroderma) tanısıyla uzun süre izlenen hastaların ilk semptom tarihinden itibaren sağkalım analizi yapılarak sağkalım ilişkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Romatoloji kliniğimizde 2006-2021 yılları arasında skleroderma tanısıyla takip edilen 322 hasta mevcuttu. 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılamayanlar veya çakışma sendromu olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 282 hasta çalışmaya alındı. İlk Raynaud-dışı semptomun başlangıcından itibaren ölüme ya da çalışmanın bitimine kadar geçen süre "hastalık süresi" olarak kabul edildi. Sağkalım ilk Raynaud-dışı semptomun başlangıcından itibaren Kaplan-Meier ve Log-rank testi kullanılarak analiz edildi. Ayrıca sürekli değişkenler üzerinde sağkalım öngörü değerini belirlemek için Roc analizi yapıldı.

Bulgular: Hastaların 252'sinin (%89,4) kadın (K/E:8,4) ve %64,2'sinin sınırlı hastalık tipinde olduğu görüldü. Ortalama ilk Raynaud fenomeni görülme yaşı 42,3±14,3 iken, Raynaud-dışı ilk semptomdan itibaren ortalama hastalık başlangıç yaşı 46,3±14,0 idi. Ortanca hastalık süresi 12,0 (min-maks: 0-46,6) yıl olarak bulundu (Tablo 1). Takip süresi 3,735 hasta yılı olarak saptandı. İlk Raynaud-dışı semptom başlangıcından itibaren genel ortanca sağkalım süresi 28,0 yıl (22,8-33,2) olarak bulundu. İlk Raynaud fenomeni görülme yaşının >47,5 (p<0,001), hastalık başlangıç yaşının >53,5 (p<0,001), düşük DLCO % (p<0,001), interstisyel akciğer hastalığı (İAH) (p<0,001), pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) (p=0,031), kardiyak tutulum (p=0,005), EF <%50 (p=0,012), konjestif kalp yetmezliği (p=0,038), gastrointesitinal sistem tutulumu (p=0,040), medsker hastalık şiddet skorunun >7,5 (p<0,001), koroner arter hastalığı (KAH) (p=0,014) ve malignite (p<0,001) olması sağkalımı azaltan faktörler olarak bulundu (Şekil 1).

Sonuç: Uzun takip sağkalım analizinde; PAH, İAH ve kardiyak tutulum gibi skleroderma ilişkili majör organ tutulumlarının yanı sıra; malignite ve KAH gibi yandaş hastalıklar ve ileri yaş, sağkalımı azaltan risk faktörleri olarak saptandı. Bununla birlikte renal tutulum, diffüz hastalık tipi ya da anti-Scl 70 antikor pozitifliği ile sağkalım arasında ilişki saptanmadı. Medsker hastalık şiddet skorunun 7,5'in üzerinde olması kötü prognoz öngörü değeri olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Prognoz, sağkalım, sistemik skleroz

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

Özellikler	Tüm hastalar n=282	Ölen n=76	Yaşayan n=206	p-değeri
İlk raynaud fenomeni görülme yaşı (yıl, mean ± SS)	42,3±14,3	46,3±14,6	40,8±14,0	0,004
Hastalık başlangıç yaşı (yıl, mean ± SS)	46,3±14,0	51,1±13,9	44,5±13,6	<0,001
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	252 (89,4)	63 (82,9)	189 (91,7)	0,032
Erkek	30 (10,6)	13 (17,1)	17 (8,3)	
VKİ kg/m ² medyan (min-maks)	27,0 (15,0-45,0)	26,0 (16,0-44,0)	27,0 (15,0-45,0)	0,305
Sigara, n (%)				
Yok	184 (65,2)	55 (74,3)	129 (63,5)	0,093
Var	93 (33,0)	19 (25,7)	74 (36,5)	
Hastalık süresi (yıl) medyan (min-maks)	12,0 (0,0-46,0)	10,5 (0,0-46,0)	12,0 (2,0-45,0)	0,422
Skleroderma tipi n (%)				
Sınırlı	181 (64,2)	42 (55,3)	139 (67,5)	0,058
Diffüz	101 (35,8)	34 (44,7)	67 (32,5)	
Telenjektazi n (%)	196 (70,8)	55 (74,3)	141 (69,5)	0,431
Kalsinozis n (%)	27 (9,8)	8 (11,0)	19 (9,4)	0,702
Kontraktur n (%)	115 (41,7)	27 (36,5)	88 (43,6)	0,291
Raynaud fenomeni n (%)	272 (96,5)	73 (96,1)	199 (96,6)	0,825
Dijital ülser n (%)	97 (34,9)	31 (42,5)	66 (32,2)	0,114
Ampütasyon n (%)	14 (5,1)	7 (9,6)	7 (3,4)	0,058
Modifiye rodnan deri skoru medyan (min-maks)	7,0 (0,0-44,0)	10,0 (0,0-39,0)	6,0 (0,0-44,0)	0,002
Medsker hastalık şiddet skoru medyan (min-maks)	6,0 (0,0-23,0)	8,0 (2,0-23,0)	5,0 (0,0-18,0)	<0,001
İntertisyel akciğer hastalığı n (%)	103 (37,2)	47 (65,3)	56 (27,3)	<0,001
Pulmoner arteriyel hipertansiyon n (%)	28 (10,2)	16 (21,6)	12 (6,0)	<0,001
Kardiyak tutulum n (%)				
Aritmi	81 (30,2)	35 (47,9)	46 (23,6)	<0,001
İleti bozukluğu	28 (10,4)	13 (17,8)	15 (7,7)	0,016
Ejeksiyon fraksiyonu %	44 (16,4)	18 (24,7)	26 (13,3)	0,026
≤%50	10 (3,5)	9 (11,8)	1 (0,5)	<0,001
>%50	272 (96,5)	67 (88,2)	205 (99,5)	
Konjestif kalp yetmezliği	11 (4,1)	9 (12,3)	2 (1,0)	<0,001
Perikardiyal effüzyon	32 (11,9)	14 (19,2)	18 (9,2)	0,025
Gastrointestinal tutulum n (%)	140 (50,7)	51 (69,9)	89 (43,8)	<0,001
Renal tutulum n (%)	21 (7,5)	9 (12,0)	12 (5,9)	0,098
Renal kriz	8 (2,9)	4 (5,3)	2 (2,0)	0,132
Kronik böbrek yetmezliği	20 (7,1)	8 (10,7)	12 (5,9)	0,166
Kas tutulumu n (%)	22 (7,9)	4 (5,3)	18 (8,8)	0,195
Eklem tutulumu n (%)	91 (32,5)	19 (25,3)	72 (35,1)	0,121
FVC %				
>%80	166 (63,4)	34 (50,0)	132 (68,0)	0,023
≥%60; ≤%80	70 (26,7)	22 (32,4)	48 (24,7)	
≥%40; <%60	23 (8,8)	11 (16,2)	12 (6,2)	
<%40	3 (1,1)	1 (1,5)	2 (1,0)	
DLCO %				
>%80	73 (29,0)	7 (10,6)	66 (35,5)	<0,001
≥%60; ≤%80	106 (42,1)	24 (36,4)	82 (44,1)	
≥%40; <%60	56 (22,2)	23 (34,8)	33 (17,7)	
<%40	17 (6,7)	12 (18,2)	5 (2,7)	
ANA pozitif, n (%)	267 (95,4)	72 (96,0)	195 (95,1)	0,757
Anti scl-70 pozitif, n (%)	112 (40,1)	32 (42,7)	80 (39,2)	0,602
Anti sentromer, n (%)	105 (37,5)	24 (32,0)	81 (39,5)	0,250
Anti U1RNP n (%)	14 (5,2)	3 (4,1)	11 (5,7)	0,610
Malignite varlığı n (%)	27 (9,7)	21 (28,0)	6,0 (3,0)	<0,001
Koroner arter hastalığı n (%)	32(11,35)	15 (19,7)	17 (8,3)	0,007
Serobrovasküler hastalığı n (%)	4 (1,4)	1 (1,3)	3 (1,5)	0,929
Diabetes mellitus n (%)	38 (13,5)	7 (9,2)	31 (15,0)	0,203
Hipertansiyon n (%)	58 (20,6)	17 (22,4)	41 (19,9)	0,649
İmmünoşüpresifler n (%)	150 (53,2)	52 (68,4)	98 (47,6)	0,002
Metotreksat n (%)	76 (27,0)	23 (30,3)	53 (25,7)	0,446
Azatiyoprin n (%)	83 (29,4)	28 (36,8)	55 (26,7)	0,097
Mikofenolat mofetil n (%)	13 (4,6)	3 (3,9)	10 (4,9)	0,747
Siklofosomid n (%)	61 (21,6)	27 (35,5)	34 (16,5)	0,001
Ritüksimab n (%)	12 (4,3)	6 (7,9)	6 (2,9)	0,066
Glukokortikoidler n (%)	188 (66,7)	61 (80,3)	127 (61,7)	0,003

Ölen ve yaşayan hastaların karşılaştırılmasında p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

Tek merkez analizi: Sistemik skleroz hastalarında, baştan beri merkezimizde takip edilenler (iç kohort) ile dış merkezlerde tanı alıp sonradan takibimize girenlerde (dış kohort) sağkalım ve ilişkili faktörlerin kıyaslaması

Fatma Dülger¹, Tuba Demirci Yıldırım², Özkan Uruk², Kıvanç Mercan², Fatma Başbüyük², Sıla Kalender¹, Melike Dönmez¹, Gerçek Can², İsmail Sarı², Fatoş Önen², Merih Birlik²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

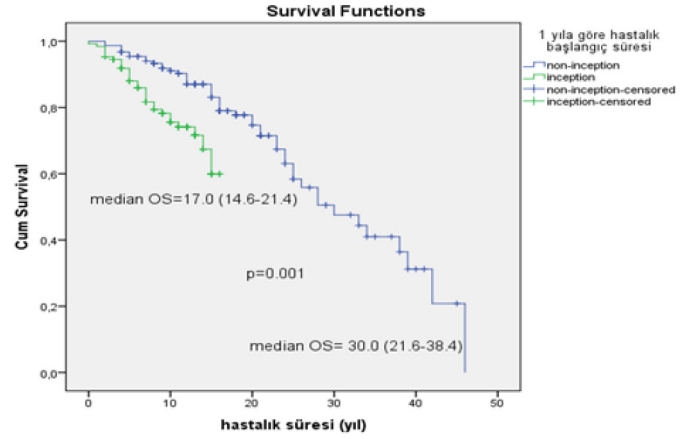
Amaç: Tanımlandığı üzere; uzun hastalık süresi olup geç evre hastalığı temsil eden birden fazla başka merkezlerden izlenen hastalar ile kısa hastalık süresi olup erken evre hastalığı temsil eden (merkezimizde izlenen) hastaların kıyaslanmasıdır.

Yöntem: 2006-2021 yılları arasında sistemik skleroz (skleroderma) tanısıyla takip edilen 322 hasta mevcuttu. 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılamayanlar veya çakışma sendromu olanlar çıkarılıp, kalan 282 hasta çalışmaya alındı. İlk Raynaud-dışı semptom başlangıcından itibaren ölüme ya da çalışmanın bitimine kadar geçen süre "hastalık süresi" olarak kabul edildi. Merkezimizde takibe başlandığında hastalık süresi ≤12 ay olanlar (iç kohort) ve >12 ay olanlar (dış kohort) olmak üzere iki ayrı kohortun Kaplan-Meier ve Log-rank sağkalım analizleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların 128'i (%45,4) iç kohortta, 154'ü (%54,61) dış kohorttaydı. İç kohortta ortalama hastalık süresi 9 yıl (min-maks: 0-16), dış kohortta 16 yıl (min-maks: 2-46) saptandı ($p<0,001$). İç kohortun ortalama sağkalım süresinin, dış kohorta göre daha kısa olduğu bulundu (Şekil 1). İç kohortta kötü prognoz göstergeleri; hastalık başlangıç yaşı >53,5, medşger hastalık şiddet skoru >6,5, erkek cinsiyet, modifiye Rodnan deri skoru >7,5, düşük FVC %, düşük DLCO %, interstiyel akciğer hastalığı (İAH), gastrointestinal tutulum, renal tutulum, renal kriz, kronik böbrek yetmezliği ve malignite olduğu saptandı (Tablo 1). Dış kohortta kötü prognoz göstergeleri; ilk-Raynaud fenomeni yaşının >42,5, hastalık başlangıç yaşının >44,5, medşger hastalık şiddet skorunun >7,5, düşük DLCO%, İAH, pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), kardiyak tutulum, EF ≤%50, malignite ve koroner arter hastalığı olduğu saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Erkek cinsiyet, renal kriz ve gastrointestinal tutulum iç kohort hastalarında; PAH ise dış kohort hastalarında sağkalımı azaltan faktörlerdendi. Hastalık süresi kısa olan iç kohort hastalarında sağkalımın azaldığı gözlemlendi. Sebebinin, dış kohort hastalarında kötü prognoza sahip olanların takibimize girmeden önce eksitus olması ve sağkalım olasılığı yüksek hastaların takibimize girmiş olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Prognoz, sağkalım, sistemik skleroz



Şekil 1. İç ve dış kohort sağkalım karşılaştırması
İç kohort: Inception, dış kohort: Non-inception

Tablo 1. İç kohort sağkalım

İç kohort	Genel sağkalım süresi (yıl, medyan)	%95 GA	p-değeri
Hastalık başlangıç yaşı			
≤53,5	19,0	13,6-22,7	<0,001
>53,5	14,0	9,7-18,3	
Medşger hastalık şiddet skoru			
≤6,5	14,9	14,0-15,7	<0,001
>6,5	10,7	9,3-12,2	
Cinsiyet			
Erkek	9,4	6,6-12,3	0,002
Kadın	13,6	12,7-14,5	
Modifiye Rodnan deri skoru			
≤7,5	18,0	11,6-22,3	0,015
>7,5	15,0	12,2-17,8	
FVC %			
>%80	14,0	13,1-14,9	
%60-80	12,0	10,0-13,5	0,015
%40-59	5,0	3,9-9,8	
<%40	-	-	
DLCO %			
>%80	14,1	13,0-15,2	
%60-80	13,3	12,0-14,5	<0,001
%40-59	11,7	9,2-14,2	
<%40	5,0	3,0-7,1	
İnterstiyel akciğer hastalığı			
Yok	19,0	13,6-27,1	<0,001
Var	14,0	7,8-20,2	
Gastrointestinal tutulum			
Yok	13,6	12,6-14,5	0,019
Var	12,3	10,9-13,6	
Renal tutulum			
Yok	13,6	12,8-14,5	<0,001
Var	8,8	5,5-12,1	
Renal kriz			
Yok	13,5	12,6-14,3	<0,001
Var	5,2	2,2-8,2	
Kronik böbrek yetmezliği			
Yok	13,6	12,8-14,5	<0,001
Var	8,8	5,5-12,1	
Malignite			
Yok	14,0	7,5-21,2	<0,001
Var	7,0	3,5-10,5	

Tablo 2. Dış kohort sağkalım

Dış kohort	Genel sağkalım süresi (yıl, medyan)	%95 GA	p-değeri (Log-rank)
İlk Raynaud fenomeni yaşı			
≤42,5	39,0	32,0-45,9	<0,001
>42,5	23,0	19,5-26,5	
Hastalık başlangıç yaşı			
≤44,5	42,0	32,3-51,7	<0,001
>44,5	23,0	16,2-29,8	
Medsker hastalık şiddet skoru			
≤7,5	46,0	31,3-47,1	0,001
>7,5	24,0	21,0-27,0	
Cinsiyet			
Erkek	28,6	21,9-35,4	0,740
Kadın	30,2	26,8-33,7	
FVC %			
>%80	39,0	23,0-55,0	0,466
%60-80	26,0	22,4-29,6	
%40-59	33,0	21,0-45,0	
<%40	20,0	20,0-20,0	
DLCO %			
>%80	34,0	28,5-39,0	0,019
%60-80	30,0	24,0-35,9	
%40-59	28,0	15,1-40,9	
<%40	25,0	15,0-35,0	
İntertisyel akciğer hastalığı			
Yok	39,0	20,5-57,5	0,001
Var	25,0	19,3-30,7	
Pulmoner arteriyel hipertansiyon			
Yok	34,0	23,3-44,7	0,006
Var	24,0	12,5-35,5	
Kardiyak tutulum			
Yok	34,0	28,2-39,8	0,013
Var	24,0	18,1-29,9	
EF%			
≤%50	16,0	7,7-24,3	0,017
>%50	33,0	24,3-41,7	
Malignite			
Yok	38,0	26,5-50,0	0,018
Var	25,0	12,0-38,0	
Koroner arter hastalığı			
Yok	33,0	24,6-41,4	0,025
Var	24,0	56,6-41,4	

PP-120**Tek merkez analizi: Sistemik skleroz hastalarında, baştan beri merkezimizde takip edilenler (iç kohort) ile dış merkezlerde tanı alıp sonradan takibimize girenlerde (dış kohort) standardize mortalite oranları ve ilişkili risk faktörleri**

Fatma Dülger¹, Tuba Demirci Yıldırım², Özkan Urak², Kıvanç Mercan², Fatma Başbüyük², Sıla Kalender¹, Melike Dönmez¹, Gerçek Can², İsmail Sarı², Fatoş Önen², Merih Birlik²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

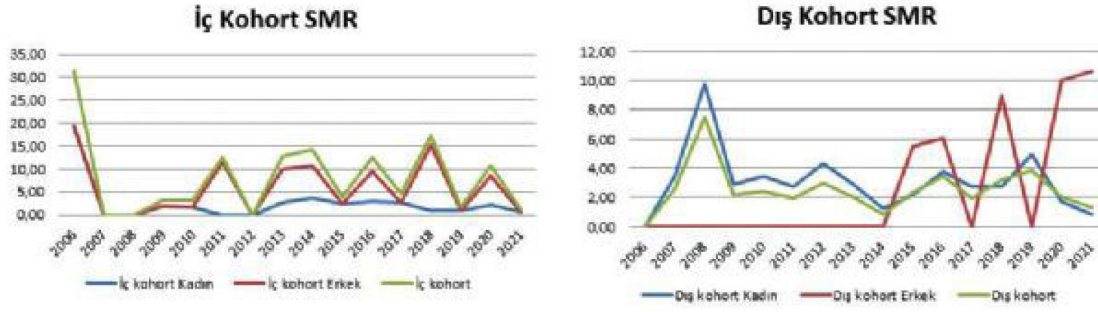
Amaç: Uzun hastalık süresi olup geç evre hastalığı temsil eden birden fazla başka merkezlerden izlenen hastalar (dış kohort) ile kısa hastalık süresi olup erken evre hastalığı temsil eden ve merkezimizde izlenen (iç kohort) hastalarındaki standardize mortalite oranı (SMR) ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesidir.

Yöntem: 2006-2021 yılları arasında sistemik skleroz (skleroderma) tanısıyla takip edilen 322 hasta mevcuttu. 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılamayanlar veya çakışma sendromu olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 282 hasta çalışmaya alındı. Türkiye İstatistik Kurumunda Türkiye/İzmir genel popülasyonuna ait mortalite verileri 2009-2019 yıllarıyla sınırlıydı. Bu veriler kullanılarak, merkezimizde takibe başlandığında hastalık süresi ≤12 ay olanlar (iç kohort) ve >12 ay olanlar (dış kohort) olmak üzere iki ayrı kohortun yıllara göre eşleşen SMR analizleri yapıldı (Şekil 1).

Bulgular: İç kohorttaki 128 hastanın 29'u (%22,7), dış kohorttaki 154 hastanın 47'si (%30,5) öldü. İç kohortta ortanca takip süresi 108 ay (min-maks: 3-196) ve dış kohortta 109,5 ay (min-maks: -317) olup benzerdi. İç kohortta ortanca hastalık süresi 9 yıl (min-maks: 0-16) dış kohortta 16 yıl (min-maks: 2-46) bulundu (p<0,001). İç ve dış kohort arasında, mortalite sıklığı (p=0,138) ve SMR değerleri benzerdi. Cinsiyet açısından kıyaslanırsa; kadın SMR değeri dış kohortta, iç kohortta göre daha yüksekti. Oysaki, erkek SMR değeri tam ters biçimde, iç kohortta dış kohortta göre daha yüksek bulundu (Tablo 2). Tek ve çok değişkenli analizlere göre saptanan mortalite ilişkili faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir. Buna göre, mortalite ilişkili bağımsız risk faktörleri, iç kohortta malignite (HR: 5,1); dış kohortta ileri hastalık başlangıç yaşı (HR: 1,1), intertisyel akciğer hastalığı (HR: 3,0) ve malignite (HR: 3,3) olarak görülmektedir.

Sonuç: Mortalite; erkeklerde erken evreyi ve kısa hastalık süresini yansıtan iç kohortta, kadınlarda ise geç evreyi ve uzun hastalık süresini yansıtan dış kohortta daha yüksek bulundu. On beş yıl gibi uzun hastalık izlem süresinde, mortalite ilişkisi en kuvvetli bağımsız risk faktörünün malignite olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Mortalite, risk faktör, sistemik skleroz, standardize mortalite oranı



Sekil 1. İç ve dış kohort SMR

Tablo 1. İç ve dış kohort mortalite ilişkili risk faktörleri

	Tek değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)	Çok değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)
İlk raynaud fenomeni yaşı		
İç kohort	1,023 (0,995-1,052), p=0,102	-
Dış kohort	1,053 (1,033-1,073), p<0,001	0,981 (0,931-1,034), p=0,300
Hastalık başlangıç yaşı		
İç kohort	1,055 (1,021-1,089), p=0,001	1,029 (0,982-1,078), p=0,234
Dış kohort	1,088 (1,058-1,119), p<0,001	1,141 (1,066-1,221), p<0,001
Cinsiyet (erkek)		
İç kohort	3,322 (1,410-7,828), p=0,006	2,674 (0,746-9,579), p=0,131
Dış kohort	-	-
Kontraktür		
İç kohort	0,471 (0,179-1,241), p=0,128	-
Dış kohort	-	-
Modifiye rodnan deri skoru		
İç kohort	1,051 (1,011-1,093), p=0,011	0,941 (0,845-1,048), p=0,270
Dış kohort	-	-
FVC %		
İç kohort	p=0,015	p=0,596
>%80/%60-80	1,860 (0,804-4,302), p=0,147	1,248 (0,315-4,951), p=0,752
>%80/%59-40	4,485 (1,597-12,597), p=0,004	2,457 (1,412-14,661), p=0,324
Dış kohort	-	-
DLCO %		
İç kohort	p<0,001	p=0,307
>%80/%60-80	3,002 (0,949-9,498), p=0,061	1,791 (0,472-6,789), p=0,392
>%80/%59-40	4,025 (1,070-15,141), p=0,039	1,538 (0,196-12,055), p=0,682
>%80/<%40	26,521 (6,865-102,457), p<0,001	5,203 (0,712-38,022), p=0,104
Dış kohort	p=0,036	p=0,296
>%80/%60-80	2,520 (0,710-8,946), p=0,153	3,939 (0,723-21,442), p=0,113
>%80/%59-40	4,772 (1,387-16,420), p=0,013	5,598 (0,968-32,384), p=0,054
>%80/<%40	5,290 (1,320-21,204), p=0,019	3,983 (0,605-26,214), p=0,151
İntertisyel akciğer hastalığı		
İç kohort	3,812 (1,740-8,348), p=0,001	1,828 (0,562-5,939), p=0,316
Dış kohort	2,659 (1,421-4,974), p=0,002	3,014 (1,098-8,271), p=0,032
EF % (≤%50)		
İç kohort	2,956 (0,688-12,704), p=0,145	-
Dış kohort	2,956 (0,688-12,704), p=0,145	0,858 (0,228-3,225), p=0,820
Gastrointestinal tutulum		
İç kohort	2,598 (1,131-5,970), p=0,024	1,338 (0,445-4,023), p=0,604
Dış kohort	1,413 (0,748-2,670), p=0,287	-
Renal tutulum		
İç kohort	4,071 (1,732-9,568) p=0,001	0,460 (0,063-3,352), p=0,444
Dış kohort	-	-
Renal kriz		
İç kohort	6,938 (2,372-20,291) p<0,001	24,512 (0,993-604,837), p=0,051
Dış kohort	-	-
Kronik böbrek yetmezliği		
İç kohort	4,071 (1,732-9,568), p=0,001	2,212 (0,895-8,653), p=0,105
Dış kohort	-	-

Tablo 1. Devamı

	Tek değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)	Çok değişkenli analiz hazard ratio (%95 GA)
Medsger hastalık şiddet skoru		
İç kohort	1,176 (1,095-1,263), p=<0,001	1,103 (0,917-1,326), p=0,299
Dış kohort	1,066 (1,008-1,128), p=0,026	1,008 (0,910-1,115), p=0,884
Malignite varlığı		
İç kohort	5,281 (2,489-11,205), p<0,001	5,146 (1,396-18,975), p<0,014
Dış kohort	2,300 (1,123-4,711), p=0,023	3,268 (1,222-8,741), p=0,018
Siklofosomid		
İç kohort	2,101 (0,974-4,529), p=0,058	-
Dış kohort	1,126 (0,666-2,222), p=0,524	-
Dijital ülser		
İç kohort	-	-
Dış kohort	1,247 (0,267-1,489), p=0,470	-
Ampütasyon		
İç kohort	-	-
Dış kohort	1,497 (0,662-3,383), p=0,332	-
Pulmoner arteriyel hipertansiyon		
İç kohort	-	-
Dış kohort	2,397 (1,255-4,575), p=0,008	2,897 (0,977-8,592), p=0,055
Kardiyak tutulum		
İç kohort	-	-
Dış kohort	2,083 (1,147-3,782), p=0,016	1,956 (0,694-5,509), p=0,204
Aritmi		
İç kohort	-	-
Dış kohort	1,844 (0,882-3,855), p=0,104	-
Konjestif kalp yetmezliği		
İç kohort	-	-
Dış kohort	2,120 (0,933-4,819), p=0,073	-
Koroner arter hastalığı		
İç kohort	-	-
Dış kohort	2,174 (1,074-4,403), p=0,031	0,514 (0,146-1,808), p=0,300
İmmünoşüpresif kullanımı		
İç kohort	-	-
Dış kohort	1,632 (0,855-3,115), p=0,138	-
Glukokortikoid		
İç kohort	-	-
Dış kohort	1,296 (0,574-2,925), p=0,533	-

Tablo 2. İç ve dış kohort SMR

	SMR (%95 GA)	SMR erkek (%95 GA)	SMR kadın (%95 GA)
İzmir			
İç kohort	2,74 (1,74-3,74)	4,22 (1,09-7,35)	1,77 (1,03-2,50)
Dış kohort	2,59 (1,85-3,33)	2,85 (0,57-5,13)	3,16 (2,19-4,12)
Türkiye			
İç kohort	2,73 (1,74-3,73)	4,27 (1,11-7,44)	1,73 (1,01-2,45)
Dış kohort	2,58 (1,85-3,32)	2,90 (0,58-5,22)	3,08 (2,14-4,02)

Tek merkezden takip edilen 322 sistemik skleroz hastasında mortalite nedenleri

Fatma Dülger¹, Yeşim Erez², Ali Karakaş², Tuba Yüce İnel², Melike Dönmez¹, Sıla Kalender¹, Gerçek Can², İsmail Sarı², Fatoş Önen², Merih Birlik²

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

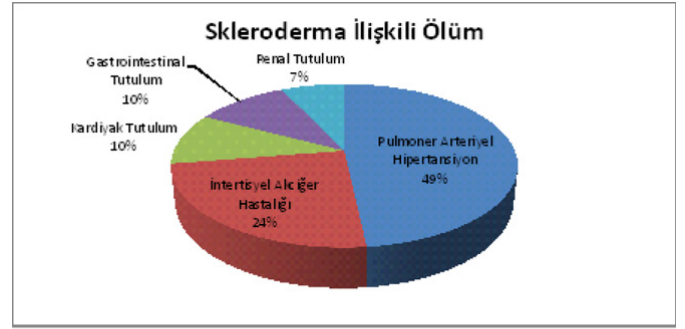
Amaç: Sistemik skleroz (SSk) kohortunda uzun süreli takipte mortalite nedenlerinin detaylı analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2006-2021 yılları arasında skleroderma tanısıyla takip edilen 322 hasta mevcuttu. 2013 ACR/EULAR kriterlerini karşılamayanlar veya çakışma sendromu olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 282 hasta çalışmaya alındı. SSk dışı başka bir hastalığa bağlanamayan pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), interstisyel akciğer hastalığı (İAH), kardiyak, gastrointestinal ve renal tutulum gibi organ hasarı sonucu gelişen ölümler “SSk-ilişkili mortalite” grubunda incelenirken; malignite, enfeksiyon, koroner arter hastalığı gibi diğer nedenlere bağlı ölümler “SSk-ilişkiz mortalite” grubunda analiz edildi.

Bulgular: Takip süresi 3,735 hasta yılı olup, 76 ölüm (%27) saptandı. Ortanca ölüm yaşı 67 yaş (min-maks: 32-86) olarak bulundu. Tüm hasta ölümlerinin 29'u (%38) SSk-ilişkili ve 47'si (%62) SSk-ilişkiz nedenlere bağlandı. Tüm ölümler açısından bakılırsa; en sık nedenler sırasıyla; malignite (%22), PAH (%18), SSk-ilişkiz kardiyak nedenler (%14), enfeksiyon (%11) ve İAH (%9) olarak gözlemlendi. SSk-ilişkili ölümlerin en sık birinci nedeni PAH (%49) iken, ikinci nedeni İAH (%24) olarak bulundu. SSk-ilişkiz ölümlerde en sık sebepler sırasıyla malignite (%36), kardiyak nedenler (%24), enfeksiyon (%17) olarak saptandı. Maligniteye bağlı ölümlerin ana nedeninin akciğer kanseri (%70) olduğu bulundu.

Sonuç: Türkiye’de SSk hastalarında mortalite nedenleri üzerine yapılmış kapsamlı bir çalışma bildirilmemiştir. 2000 yılı sonrası yayınlanan literatürde, bu hastalardaki tüm ölümlerin ana nedeninin pulmoner ve kardiyak tutulum olduğu ancak hastalığın ilerleyen dönemlerinde SSk-ilişkiz ölümlerin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda uzun takip süreli analizde, malignite tüm ölümlerin ana sebebiydi. SSk-ilişkili ölümler açısından bakılırsa, ana ölüm nedenlerinin PAH ve İAH olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Mortalite nedeni, sistemik skleroz, malignite



Sekil 1. SSk-ilişkili/ilişkiz mortalite nedenleri

Tablo 1. Ölüm nedenleri

Ölüm nedenleri	n	%
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	14	%18,42
İnterstiyel akciğer hastalığı	7	%9,21
Kardiyak tutulum	2	%2,63
Miyokardit	1	%1,32
Aritmi		
Gastrointestinal tutulum	2	%2,63
Otoimmün hepatit	1	%1,32
Malnütrisyon		
Renal tutulum (renal kriz)	2	%2,63
Malignite	12	%15,79
Akciğer kanseri	1	%1,32
Kolon kanseri	1	%1,32
Kraniofaringioma	1	%1,32
Meme kanseri	1	%1,32
Multiple myelom	1	%1,32
Yumuşak doku tümörü	1	%1,32
Kardiyak	8	%10,53
Akut miyokard enfarktüsü	3	%3,95
Kalp yetmezliği		
Enfeksiyon	3	%3,95
COVID-19	3	%3,95
Sepsis	2	%2,63
Pnömoni		
Gastrointestinal	1	%1,32
Renal	1	%1,32
Diğer	1	%1,32
Pulmoner emboli	1	%1,32
Serebral infarkt	1	%1,32
Kalça fraktürü	1	%1,32
Trafik kazası	1	%1,32
Bilinmiyor	5	%6,58

Tabloda verilen yüzde değerler tüm ölümler içindeki yüzdeye göre belirtilmiştir

Sistemik lupus eritematozus hastalarında gebelik seyri: Tek merkez deneyimi

Emre Kaan Çadır¹, Nazife Şule Yaşar Bilge², Muzaffer Bilgin³,
Timuçin Kaşifoğlu²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır ve sıklıkla 20-40 yaşlarında, doğurgan çağdaki kadınları etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı gebelik öyküsü olan SLE hastalarında gebeliğin seyri ve sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: 2010-2020 yılları arasında romatoloji polikliniğine başvurmuş, SLE tanısı ve gebelik öyküsü olan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Gebelikten önce tedavisi düzenlenmiş, gerekli tetkikler yapılmış, 6 ay remisyon sağlanmış hastalar planlı gebe olarak kabul edildi.

Bulgular: Gebelik öyküsü olan 31 SLE hastasının toplam 55 gebeliği çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 29,1±4,34 (26,5-32,0) idi. Hastaların %43,3'ünde (n=13) preterm doğum, %40'unda (n=12) IUGR ve %9,09'unda (n=5) preeklampsi öyküsü vardı. Spontan abortus 15 hastada (%27,3), fetal kayıp öyküsü 10 hastada (%18,2) görüldü. Neonatal kayıp ve anne ölümü görülmedi. Lupuslu gebelerin %20'sinde (n=11) anti SS-A, %3,64'ünde (n=2) anti SS-B pozitif. Neonatal kalp bloğu hiçbir gebede görülmedi. Hastaların %34,5'inde (n=19) böbrek tutulumu vardı ve gebelikte lupus alevlenmesi sadece böbrek tutulumu olanlarda görüldü [%26 vs. %0 (p=0,006)]. On sekiz hastada (%32,7) antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) vardı ve bu hastaların %50'sinde gebelik kaybı mevcuttu. Fetal kayıp sadece AFAS'lı olan gebelerde görülmüştü [%55,6 (n=10) vs. %0 (n=0) (p<0,001)]. Çalışmaya dahil edilen 55 gebeliğin 6'sı (%10,9) plansızdı ve bunların 3'ünde alevlenme saptandı, 5'i abortus ile sonuçlandı.

Sonuç: Mevcut literatür SLE hastalarında obstetrik komplikasyonların, alevlenmelerin ve fetal morbiditenin artmış olduğu yönünde veriler içermektedir. Çalışmamızda gebelik öncesi remisyonunda olan hastalarda bu risklerin anlamlı derecede az olduğunu gösterdik. Alevlenme sadece böbrek tutulumu olan hastalarda görülürken fetal kayıp sadece AFAS'lı gebelerde görüldü. SLE hastaları tanı aldığı dönemden itibaren bilgilendirildiğinde, gebelik sırasında romatoloji ve kadın doğum uzmanlarının iş birliği ile olumlu sonuçlar elde edilebilir. SLE hastaları günümüzde yakın ve uygun obstetrik, romatolojik ve neonatal izlem ile başarılı bir şekilde gebelik geçirip sağlıklı çocuklar doğurabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, gebelik, antifosfolipid sendromu

Primer Sjögren sendromunda kognitif disfonksiyonun sıklığı ve sınıflama kriterleri ile ilişkisi

Gökhan Yavuzbilge¹, Damla Karataş¹, Nilay Erdik¹,
Abbas Karakurt², Seyyid Bilal Açıköz¹, Zeynep Öztürk¹,
Sümeyye Merve Türk¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹,
Emel Örgü Gönüllü¹

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

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

Giriş: Sjögren sendromu ekzokrin salgı bezlerinin tutulumu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında ekzaglandüler tutulumlar görülebilmektedir. Nörolojik tutulum yaygın olarak görülen ekzaglandüler tutulumlardan biridir ve geniş bir klinik spektruma sahiptir. Kognitif disfonksiyon nörolojik tutulumunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmamızda primer Sjögren sendromu hastalarında nörolojik tutulumun bulgularından birisi olan kognitif disfonksiyonun sıklığını ve Sjögren sendromunun sınıflama kriterleri ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışma grubumuza Kasım 2021-Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve Primer Sjögren sendromu tanısıyla takip edilen 49'u (%96) kadın 51 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri kayıt edildi. Hastaların kognitif fonksiyonları "Montreal Bilişsel Değerlendirme" testi ile değerlendirildi. Hastalar test sonucuna göre kognitif disfonksiyon pozitif (test puanı <26) ve kognitif disfonksiyon negatif (test puanı ≥26) olarak iki ayrı gruba ayrıldı. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 54±11,9 yıl iken, medyan hastalık süresi 4 (5) yıldır. Otuz beş (%68,6) hastada kognitif disfonksiyon saptandı. Gruplar arasında hastalık süresi açısından fark yoktu (p=0,259). Kognitif disfonksiyonu olan hastalar kognitif fonksiyonu normal olan hastalara göre daha ileri yaşta idi (56,4±11 vs. 48,7±12,5; p=0,027). Gruplar otoantikör pozitifliği açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1). Tükürük bezi biyopsisinde fokus varlığı ve Schirmer testi pozitifliği ile gruplar arasında ilişki saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda Sjögren sendromu hastalarında kognitif disfonksiyon sıklığı literatür ile benzer orandaydı. Sjögren sendromunun sınıflama kriterlerinde yer alan parametreler ile kognitif fonksiyonlar arasında ilişki saptanmadı. Yaş ile kognitif disfonksiyon arasında ilişki gösterildi. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı kontrol grubumuzun olmamasıydı. Sjögren sendromunda kognitif disfonksiyonu etkileyen parametrelerin belirlenmesi için daha büyük örneklem sayısı ve kontrol grubu ile daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kognitif disfonksiyon, montreal bilişsel değerlendirme

Tablo 1. Grupların otoantikör pozitifliğinin, biyopsi özelliklerinin ve Schirmer testi sonuçlarının karşılaştırılması

		Kognitif	Kognitif	p
		Disfonksiyon Pozitif	Disfonksiyon Negatif	
ANA	Var n(%)	24 (72,7)	9 (27,3)	0,393
	Yok n(%)	11 (61,1)	7 (38,9)	
Anti-SSA	Var n(%)	12 (75)	4 (25)	0,743
	Yok n(%)	22 (66,7)	11 (33,3)	
Anti-SSB	Var n(%)	8 (88,9)	1 (11,1)	0,242
	Yok n(%)	26 (65)	14 (35)	
Anti-Ro52	Var n(%)	12 (80)	3 (20)	0,134
	Yok n(%)	16 (57,1)	12 (42,9)	
Biyopside Fokus varlığı	Var n(%)	27 (73)	10 (27)	0,345
	Yok n(%)	3 (50)	3 (50)	
Schirmer testi	≤ 5 n(%)	13 (61,9)	8 (38,1)	0,959
	> 5 n(%)	11 (61,1)	7 (38,9)	

PP-124

Sistemik skleroz tanılı geriatik yaş kadın hastalarda sarkopeninin değerlendirilmesi

Şule Ketenci Ertaş¹, Firuzan Fırat Özer²,
Abdurrahman Soner Şenel³, Sibel Akın⁴

¹Acıbadem Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

²Kayseri Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği, Kayseri

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Sarkopeni; kas kütlesi, kas kuvveti ve fonksiyonunda azalma ile seyreden ilerleyici bir kas hastalığıdır. Yaş ilerledikçe gözlenebilen bu durum enflamatuvar süreçlerden de etkilenebilmektedir. Geriatrik yaş grubundaki kadın sistemik skleroz hastalarında sarkopeni varlığının değerlendirilmesi.

Yöntem: Bu çalışma 2017-2019 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Romatoloji Polikliniği'ne başvuran hastalar ile yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 60 yaş üzerindeki 33 sistemik skleroz tanılı kadın hasta ve 37 kontrol alındı. Hastaların demografik özellikleri, hastalık tipleri, süreleri, aldıkları tedaviler, laboratuvar ve serolojileri kaydedildi. Rutin kontrollerinde yapılan toraks tomografileri, ekokardiyografi, solunum fonksiyon testi, 6 dakika yürüme testi, DLCO testleri kaydedildi. Hasta sağlık değerlendirme anketi (HAQ) uygulandı. Hastalar EÜTF Geriatri Polikliniği'nde hastaların kas kütle indeksi (SMMI) biyoempedans analizi ile, kas gücü kaybı (dinapeni) el kavrama kuvvetinin bir el dinamometresi yardımıyla ölçülmesiyle, nutrisyonel durumları ise mini-nutrisyonel değerlendirme anketi (MNA) ile belirlendi.

Sonuç: Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında el kavrama kuvveti (HgMaks) arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,0001$). Bu durum sistemik skleroz hastalığında olası sarkopeni riskinin daha yüksek olduğunu öngörmektedir. Hasta

ve kontrol arasında kas kütle indeksi açısından anlamlı fark tespit edilmedi. Çalışmanın daha büyük gruplarla yapılması daha net değerlendirmeler açısından önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, sarkopeni, geriatri

Tablo 1. Sistemik skleroz hastaları ve kontrollerin karşılaştırılması

	SS (n=33)	Controls (n=37)	p
Age, mean (SS)	66,61 (5,505)	67,97 (5,025)	0,281*
Waist, mean (SS)	100,39 (15,238)	107,84 (11,908)	0,025*
Hip, IQR (25-75)	110,0 (101,0-121,5)	117,0 (107,0-122,5)	0,060**
Height, mean (SS)	155,03 (5,610)	155,14 (5,534)	0,938*
Weight, mean (SS)	73,36 (14,864)	75,76 (11,541)	0,452*
Waist/Hip, mean (SS)	0,92 (0,098)	0,93 (0,078)	0,450*
BMI, mean (SS)	30,59 (6,267)	31,52 (4,796)	0,486*
4 metre/saniye, mean (SS)***	0,78 (0,224)	0,82 (0,175)	0,424*
SMM, mean (SS)	18,47 (3,222)	18,71 (2,254)	0,709*
SMMI, mean (SS)	7,69 (1,311)	7,78 (0,908)	0,718*
HgMaks, IQR (25-75)	16,3 (13,2-19,8)	21,0 (19,5-25,0)	<0,0001**

*Student t-test, **Mann-Whitney U ***n=30 of SS group

PP-125

Sjögren sendromlu kadın hasta grubunda depresyon, anksiyete ve fibromiyaljinin cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisi

Şümeyye Merve Türk¹, Damla Karataş¹, Nilay Erdik¹,
Gökhan Yavuzbilge¹, Abbas Karakurt², Seyyid Bilal Açıkgöz¹,
Zeynep Öztürk¹, Cansu Arslantürk Güneysu¹, Emel Örgü Gönüllü¹,
Yusuf Türk³

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

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

³Özel Adatıp Hastanesi, Kadın Doğum ve Hastalıkları Kliniği, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu, özellikle ekzokrin bezlerin etkilendiği sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalarda cinsel işlevin bozulduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada depresyon, anksiyete ve fibromiyalji olan ve olmayan Sjögren sendromlu hastalarda kadın cinsel işlev ölçeğini kullanarak sonuçları karşılaştırmak ve hastaları cinsel disfonksiyon açısından değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde takip edilmekte olan 2016 ACR-EULAR kriterlerine göre Sjögren sendromu tanısı konulan 25 kadın hasta, onamları alınarak çalışmaya dahil edildi. Hastalara Beck depresyon değerlendirme ölçeği, Beck anksiyete değerlendirme ölçeği ve eş zamanlı kadın cinsel işlev ölçeği uygulandı. 2016 Modifiye ACR tanı kriterlerine göre fibromiyalji varlığı değerlendirildi. Depresyon, anksiyete ölçeği skorları, fibromiyalji varlığı ile kadın cinsel işlevi arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 49±8,1 yıl ve hastalık medyan süresi 4 yıl idi. On beş (%60) hasta ilkokul, 2 (%8) hasta ortaokul, 4 (%16) hasta lise, 4 (%16) hasta üniversite mezunuydu. Hastaların 11'i (%44) menapozdaydı. Sjögren sendromu tanılı 21 (%84) hastada cinsel işlev bozukluğu saptandı. Cinsel işlev ölçek puanlarında menapozu olan ve olmayanlarda istatistiksel anlamlı fark yoktu. Hastalık süresi, yaş ve fibromiyalji varlığında da ölçek puanları açısından istatistiksel fark bulunamadı. Depresyon ve anksiyetesi olanlarda cinsel işlev bozukluğu daha belirgindi (sırasıyla p=0,003; p=0,045) (Tablo 1).

Sonuç: Sjögren sendromu tanılı kadın hastalarda depresyon ve anksiyete daha düşük cinsel işlev puanlarına neden olmaktadır. Fibromiyaljinin etkisi gösterilememiştir ancak hasta sayımızın kısıtlı olması nedeniyle daha geniş popülasyonlu çalışmalar daha aydınlatıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, Sjögren sendromu

Tablo 1. Depresyon ve anksiyete ile cinsel işlev ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sjögren tanılı hastalar	Depresyon (+)	Depresyon (-)	p	Anksiyete (+)	Anksiyete (-)	p
Kadın cinsel işlev bozukluğu puanı Medyan (IQR)	17,7 (8,6)	24,4 (7,1)	0,003	18,4 (6,9)	23,7 (6,2)	0,045
İstek puanı	1,8 (1,8)	3,0 (1,8)	0,107	2,1 (1,8)	2,7 (2,1)	0,319
Uyarılma puanı	2,2 (2,3)	3,6 (1,8)	0,011	2,7 (2,1)	3,6 (2,0)	0,089
Lubrikasyon puanı	3,4 (1,3)	4,2 (1,5)	0,066	3,6 (1,0)	3,9 (1,6)	0,378
Orgazm puanı	2,8 (2,1)	4,0 (1,2)	0,001	2,8 (1,9)	4,0 (1,4)	0,052
Memnuniyet puanı	2,8 (3,0)	4,4 (1,2)	0,033	3,0 (2,7)	4,6 (1,5)	0,101
Ağrı puanı	3,8 (3,3)	4,2 (4,8)	0,244	4,0 (3,3)	3,6 (4,8)	0,932

Erişkin başlangıçlı ve çocukluk çağı başlangıçlı sistemik lupus eritematozus hastalarında nöropsikiyatrik tutulumların karşılaştırılması

Gözde Kübra Yardımcı¹, Gizem Ayan¹, Seher Şener², Arzu Taghiyeva³, Nazire Pınar Acar Özen⁴, İbrahim Halil Öncel⁵, Ezgi Deniz Batu², Levent Kılıç¹, Aslı Tuncer⁴, Rahşan Göçmen⁶, Kader Karlı Oğuz⁶, Yelda Bilginer², Umut Kalyoncu¹, Seza Özen², Şule Apraş Bilgen¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Nöroloji Bilim Dalı, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Nöropsikiyatrik SLE (NPSLE) hastalığının inatçı tutulumlarından biridir, hastaların yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açmaktadır ve önemli bir mortalite nedenidir. Sistemik lupus eritematozusta klinik özellikleri ve hastalık seyri erişkin ile çocukluk çağı başlangıçlı SLE hastalarında farklı olabilmektedir. Bu çalışmada erişkin ve çocukluk çağı başlangıçlı SLE hastalarında NPSLE sıklığını ve tutulum çeşitlerini değerlendirmeyi ve karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2015-Ocak 2021 tarihleri arasında merkezimizde takip edilmiş olan SLE hastaları dahil edildi. Bu çalışmada ACR tarafından tanımlanan 19 NP sendrom dışında, posterior reversibl ensefalopati sendromu, optik nörit, serebral sinüs trombozu, ince lif nöropatisi ve psödötümör serebri de NPSLE olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 1062 erişkin (K/E:6,2) ve 161 çocukluk çağı başlangıçlı (K/E:4,8) SLE hastasının ortanca takip süresi 12,5 (7,0-18,9) yıldır. Çocukluk çağı başlangıçlı 29 (%18,0) erişkin başlangıçlı 191 (%9,5) hastada NPSLE saptandı (p=0,002) (Tablo 1). Tanı anında, erişkin başlangıçlı hastaların %64,6'sında, çocukluk çağı başlangıçlı hastaların %72,4'ünde NP belirtiler mevcuttu. Her iki gruptaki hastaların yaklaşık üçte birinde ise, takip sırasında NP belirtiler izlenmişti. NPSLE tanısı aldıkları dönemde erişkin başlangıçlı hastalarının %60,4'ünde ve çocukluk çağı başlangıçlı hastaların %86,2'sinde nörolojik tutulum dışında başka bir organ tutulumu mevcuttu ve çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda hastalık aktivitesi daha yüksekti (SLEDAI 17'ye karşılık 14, p=0,036). Pediyatrik hastaların hepsi ve erişkin hastaların yarısı pulse kortikosteroid tedavisi almıştı, sonrasında siklofosfamid her iki grupta en sık tercih edilen tedavi ajanıydı (sırasıyla %76 ve %37). Serebral trombozu olan tüm hastalara ayrıca antiagregan/antikoagülasyon tedavisi başlanmıştı. Erişkin ve çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda sırasıyla medyan 8,7 (4,5-13,7) ve 6,6 (3,3-11,0) yıl takip sonrasında, SLICC-hasar skoru her iki grupta da benzer olup, medyan 2 idi. Bu takip süresinde erişkin hastalarda 13 hastada (%12,8) mortalite izlenirken, diğer grupta kaybedilen hasta yoktu.

Sonuç: Nöropsikiyatrik tutulum çocukluk çağı başlangıçlı SLE hastalarında, erişkinlere göre daha sık görülmüştür ve hastalık tutulumları her iki grup arasında önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Çocukluk çağı başlangıçlı hastalarda tanı anında hastalık aktivitesi daha şiddetli olmakla birlikte, takipte kalıcı organ hasarı her iki grupta benzerdi.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, nöropsikiyatrik, erişkin, pediatrik

Tablo 1. Erişkin başlangıçlı ve çocukluk çağı başlangıçlı NPSLE hastalarında nöropsikiyatrik tutulumlar

	Erişkin başlangıçlı NPSLE (n=101)	Çocukluk çağı başlangıçlı NPSLE (n=29)	p
Serebrovasküler hastalık	63 (62,4)	8 (27,6)	0,001
Arteriyel serebrovasküler olay	44 (43,6)	5 (17,2)	0,007
Santral sinir sistemi vaskülit	25 (24,8)	10 (34,5)	0,209
Parankimal tutulum	18 (17,8)	3 (10,3)	0,256
Demiyelinizan sendromlar	14 (13,9)	2 (6,9)	0,221
Geçici iskemik atak	5 (5,0)	-	0,277
Serebral sinüs trombozu	4 (4,0)	6 (20,7)	0,008
Meningeal tutulum	5 (5,0)	-	0,277
Posterior reversibl ensefalopati sendromu	3 (3,0)	2 (6,9)	0,310
Psödötümör serebri	7 (6,9)	3 (10,3)	0,393
İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon	2 (2,0)	3 (10,3)	0,073
Lupus baş ağrısı	38 (37,6)	18 (62,1)	0,017
Akut konfüzyonel durum	13 (12,9)	4 (13,8)	0,555
Kognitif disfonksiyon	9 (8,9)	1 (3,4)	0,299
Nöbet	31 (30,7)	11 (37,9)	0,302
Hareket bozuklukları (Kore)	4 (4,0)	2 (6,9)	0,402
Myastenia gravis	3 (3,0)	-	0,466
Kranial nöropati	7 (6,9)	3 (10,3)	0,393
Optik nörit	4 (4,0)	1 (3,4)	0,690
Periferik polinöropati	9 (8,9)	5 (17,2)	0,173
Mononöritis multipleks	1 (1,0)	-	0,777
Myelopati	5 (5,0)	2 (6,9)	0,489
Otonomik disfonksiyon	-	-	-
İnce lif nöropatisi	1 (1,0)	-	0,777

NPSLE: Nöropsikiyatrik SLE

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olan sistemik lupus eritematozus tanılı hastalarda tedavi modalitelerinin antikor oluşumuna etkisi

Öznur Sadioğlu Çağdaş¹, Enes Başaran¹, Senar Şan¹, Hüseyin Uzuner², Duygu Temiz Karadağ¹, Aynur Karadenizli², Ayşe Çefle¹, Ayten Yazıcı¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: SARS-CoV-2 enfeksiyonunun sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı hastalardaki semptom ve bulgularını saptamak, mevcut komplikasyonlara ve antikor gelişimine etkili faktörleri araştırmak.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya kliniğimizde SLE tanısı ile takip edilen ve Mart 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olan 46 aşısız hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık süreleri ve aktivitesi, kullandıkları tedavi, COVID semptomları kayıt edildi. Postcovid ilk 6 ay içerisinde (medyan; min-maks: 2,5; 1-6 ay) vizitte SARS-CoV-2 N total (N Ab), spike (S Ab) antikorlarını çalışmak üzere hastalardan kan alındı.

Bulgular: Yaş ortalaması 46,2±13,6 yıl olan hastaların tanı süreleri 11,6±7,6 yıldır. Hastaların %80,4'ü kadın olup SARS-CoV-2 enfeksiyonu sırasında gelişen bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların postcovid dönemde SLEDAI değişimlerine bakıldığında %78'inde enfeksiyon öncesine göre hastalık aktivasyonunda değişiklik olmadığı, %14,6'sında iyileşme ve %7,4'ünde ise kötüleşme olduğu görüldü. Hastaların %34,8'i yatarak tedavi edildi. SLEDAI'deki değişim ile yatış arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı sonuç saptanmadı. SARS-CoV-2 antikor titrelerine bakıldığında mikofenolat mofetil (MMF), azatioprin ve hidroksiklorokin kullanımı ile N Ab ve S Ab titrelerinde anlamlı fark görülmezken rituksimab kullanan 3 hastanın (aynı zamanda MMF kullananlardı) antikor düzeyleri diğer hastalara göre belirgin olarak daha düşüktü (S Ab için p=0,011; N Ab için p=0,031). Yine yatış ile antikor titreleri arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: SARS-CoV-2 enfeksiyonu sonucu SLE hastalarının çoğunda hastalık aktivitesinde belirgin bir değişiklik saptanmamıştır. Enfeksiyon sonrası aktivitede azalma saptanan hastaların oranının artanlardan fazla olması COVID tedavisi sırasında verilen yüksek doz steroid tedavisine bağlı olabilir. Antikor gelişimi beklendiği üzere rituksimab kullanan hastalarda düşük saptandı. Ancak bu düşük antikor titrelerinin re-enfeksiyon açısından risk yaratıp yaratmadığının anlaşılabilmesi için daha kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, SARS-CoV-2, tedavi antikor ilişkisi

Tablo 1. SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçiren SLE hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar verileri

n (%)	n=46
Cinsiyet	
Kadın	37 (80,4)
Erkek	9 (19,6)
Yaş ort ± std (yıl) (medyan; min-maks)	46,2±13,6 (47; 19-75)
Tanı Süresi ort ± std (yıl) (medyan; min-maks)	11,6±7,6 (10,5; 2-31)
Klinik Tutulumlar	
Deri-mukoza Tutulumu	32 (69,6)
Renal Tutulum	17 (37)
Hematolojik Tutulum	25 (54,3)
Serozit	2 (4,3)
Eklemler Tutulumu	4 (8,7)
Nörolojik Tutulum	4 (8,7)
AFAS	5 (10,9)
COVID Semptomlar	
Ateş	14 (30,4)
Öksürük	23 (50)
Nefes darlığı	16 (34,8)
Baş ağrısı	29 (63)
Tat-Koku kaybı	21 (45,7)
Bulantı-kusma	15 (32,6)
Boğaz ağrısı	17 (37)
Ishal	16 (34,8)
Miyalji	21 (45,7)
Döküntü	2 (4,3)
Artrit-artralji	8 (17,4)
Halsizlik	27 (58,7)
SARS-CoV-2 tedavisi	
Favipravir	34 (73,9)
ASA	6 (13)
DMAH	15 (32,6)
Antibiyotik	9 (19,6)
Steroid	8 (17,4)
SLE Tedavisi	
Hidroksiklorokin	39 (84,8)
Mikofenolat	16 (34,8)
Azatioprin	16 (34,8)
Ritüksimab	3 (6,5)

ASA: Asetilsalisilik asit, DMAH: Düşük molekül ağırlıklı heparin, SLEDAI: Sistemik lupus eritematozus hastalık aktivite indeksi

Primer Sjögren sendromuna bağlı interstisyel akciğer hastalığı tutulumu olan hastaların özellikleri ve prognozu etkileyen faktörlerin retrospektif olarak incelenmesi

Fatih Taştekin¹, Duygu Kerim¹, Gül Kitapçıoğlu², Gonca Karabulut¹, Yasemin Kabasakal¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) tutulumu olan Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarının özelliklerinin incelenmesi ve pSS ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığının progresyonunu ve prognozunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda pSS ilişkili İAH olan 73 hastanın dosyalarını retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik ve hastalık özellikleri, C-reaktif protein düzeyi (CRP), sedimentasyon, anti-SSA (Ro) antikoru, romatoid faktör (Rf), albümin, serum laktat dehidrogenaz (LDH), akciğer tutulum bulguları incelenmiştir. Veriler SPSS paket program ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 17'si erkek 56'sı kadın olmak üzere 73 hasta alındı. Ortalama yaş 65,6±9,7 (41-87) yıl bulundu. K/E oranı: 3,2 saptandı. Hastaların akciğer tutulum tipleri ve ilerleme durumları, yaş ve cinsiyet gruplarına göre Tablo 1'de sunulmuştur. Kadınlarda non-spesifik interstisyel pnömoni (NSİP) tutulumu erkeklere göre daha sık görülürken (0,093), erkeklerde usual interstisyel pnömoni (UIP) tutulumu kadınlara göre daha sık görülmektedir (p=0,008). Önce akciğer tutulumu ile başvuran hastalarda, önce pSS ile başvuran hastalara göre erkek/kadın oranı daha fazladır (p=0,16) ve akciğer tutulumlarında progresyon oranları daha fazladır (p=0,14). Serum amiloid A, sedimentasyon ve CRP yüksekliğinin, Rf pozitifliğinin ve albümin düşüklüğünün akciğer tutulumu progresyonuna anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür (p>0,05). Bununla birlikte albümini düşük olanlarda, normal olanlara göre daha fazla progresyon gösterme eğilimi görülmektedir (p=0,08). LDH değeri yüksek hastalarda normal olan hastalara göre akciğer tutulumlarında daha fazla progresyon olduğu görülmüştür (p=0,015). Minör tükrük bezi biyopsi sonucu pozitif olanlar, negatif olanlara göre daha çok stabil kalma ve regresyon gösterme eğilimindedir (p=0,066). Progrese hastalarda başlangıç DLCO düzeyleri daha düşüktür (p=0,21).

Sonuç: Literatürde akciğer tutulumu olan pSS hastalarında LDH yüksekliği bildirilmektedir. Bu çalışmada progrese hastalarda LDH, stabil/regrese akciğer tutulumu olanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,015). Bu sebeple LDH değeri yüksek hastaların ve yeni çalışmalarla progresyona etki eden faktörlerin belirlenmesiyle bu hastaların daha yakın izlenmesi ve hastalara daha erken ve etkili tedavi verilmesi düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, interstisyel akciğer hastalığı, progresyon

Tablo 1. Hastalara ait veriler

Cinsiyet	n	n
Kadın	56	65 yaş altı 19
		65 yaş üstü 37
Erkek	17	65 yaş altı 8
		65 yaş üstü 9
Yaş ort yaş (+/-)	65,6±9,7	
65 yaş altı	27	
65 yaş üstü	46	
Akciğer tutulum tipi		
NSİP	30	K/E: 6,5
UIP	17	K/E: 1,12
LİP	10	K/E: 2,33
Organize pnömoni	3	K/E: 2
Diğer	13	K/E: 12
Akciğer tutulumu		
SS tanısından önce (I)	50	K/E: 2,57
SS tanısından sonra (II)	23	K/E: 6,66
Progresyon		
Progrese	19	K/E: 3,75
Stabil/Regrese	52	K/E: 3,72

NSİP: Non-spesifik interstisyel pnömoni, UIP: Usual interstisyel pnömoni, LİP: Lenfoid interstisyel pnömoni, SS: Sjögren sendromu, K: Kadın E: Erkek

PP-129

Erkek sistemik lupus eritematozus hastalarının klinik, takip ve tedavi özellikleri: Tek merkez deneyimi

Muhammed Canbaş, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Erkek sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında hastalık özelliklerinin farklı olduğu, daha fazla renal ve kardiyak tutulum nedeni ile daha şiddetli hastalığa sahip olabildikleri bildirilmektedir. Kadın baskınlığı nedeniyle erkek hastalara ilişkin klinik bulguların daha iyi belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, SLE'li erkek hastaların klinik özelliklerini değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ekim 2016 ile Aralık 2021 arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen erkek SLE hastaları dahil edildi. 2012 SLE Uluslararası İş Birliği Klinikleri (SLICC) kriterlerini karşılayanlar dahil edildi. Hastaların verileri ve SLE Hastalık Aktivite İndeksi-2000 (SLEDAI-2K) değerleri dosyalardan elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 40 hastanın ortalama yaşları 42,7±17,3 yıl idi. Medyan tanı yaşı 30 (89-19) yıl, medyan hastalık süresi 63,5 (5-444) ay ve ortalama SLICC skoru 4,7±0,8 idi. En sık görülen ilk klinik belirtiler her biri 8 (%9,6) hastada görülen trombositopeni ve fotosensitivite idi (Tablo 1). Altı (%15) hastada sekonder antifosfolipid antikor sendromu vardı. Otuz beş (%87,5) hastada

başlangıç tedavisi ile remisyon sağlanırken, takip döneminde on dört (%35) hastada en az bir relaps görüldü. Nüks sonrası en sık bulgu, tanı anında böbrek tutulumu olmayan dokuz (%22,5) hastada lupus nefriti idi. Bunların medyan SLEDAI skoru 2 (0-12) idi. Tedavi için en sık tercih edilen ilaç hidroklorokin ve kortikosteroidlerdi (her biri için %92,5). On dokuz (%47,5) hastaya pulse steroid verildi. Ayrıca en sık reçete edilen immünoşüpresif ilaç mikofenolat mofetil (%37,5) idi. Azatioprin, siklofosfamid, metotreksat, siklosporin A, rituksimab, intravenöz immünooglobulin ve leflunomid kullanım oranları sırasıyla %30, %27,5, %17,5, %10, %7,5, %7,5, %5 idi.

Sonuç: Bu çalışmada seropozitiflik oranının literatürdekinden daha az olması erkek hastaların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Morbiditeyi ve mortaliteyi önemli derecede etkileyebilen böbrek tutulumu ilk tutulumda daha az görülse de takip esnasında ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, Erkek SLE hastaları, SLEDAI

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri (n=40)

Klinik özellikler	Hastalık başlangıcı, n (%)	Takip, n (%)
Tormbositopeni	8 (20)	0
Lökopeni/lenfopeni	4 (10)	0
Anemi	7 (17,5)	0
Fotosensitivite	8 (20)	0
Malar raş	6 (15)	2 (15)
Subaküt deri lezyonu	4 (10)	2 (5)
Diskoid lupus eritematozus	1 (2,5)	1 (2,5)
Nefrit	6 (15)	9 (22,5)
Artrit	5 (12,5)	6 (15)
Miyozit	1 (2,5)	0
Tromboz	3 (7,5)	4 (10)
Nörolojik tutulum	3 (7,5)	0
Serozit	2 (5)	2 (5)
Pulmoner tutulum	2 (5)	0

PP-130

Sistemik lupus eritematozus hastalarında osteonekroz; tek merkezli retrospektif değerlendirme

Ayşe Erçin Arslan, Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takipli sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı hastalarda osteonekroz (ON) sıklığını belirlemek, lokalizasyon, demografik veriler, ilişkili faktörler, antikor profili, steroid kullanım süresi ile ilişkisi ve tedavi yaklaşımlarını ortaya çıkarmaktır.

Yöntem: Merkezimizde 2000 ve 2022 yılları arasında SLE tanısı ile takip edilen 287 hasta ON açısından retrospektif olarak tarandı. ON tespit edilen 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların

demografik verileri, klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yaklaşımları incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda tüm SLE hastaları içerisinde ON sıklığı %6,9 olarak bulundu. Hastaların 16'sı kadın, 4'ü erkek idi ve ortalama tanı yaşı 49,9+12,2 yıl olarak saptandı. Antifosfolipit antikor sendromu tanısı da olan 5 hastanın sadece 2'sinde tromboz öyküsü vardı (inme ve derin ven trombozu). Antikor verilerine ulaşılan 18 hasta içerisinde 8'inde lupus antikoagülan, 3'ünde antikardiyolipin IgG ve 2'sinde anti-B2 glikoprotein 1 pozitifliği olduğu görüldü. Steroid kullanımı olan 19 hasta içerisinde steroid kullanımından ortalama 4,75+2,15 yıl (minimum 2 ay, maksimum 18 yıl) sonra ON gelişmişti. Bir hastada steroid kullanımından bağımsız ON geliştiği görüldü. Steroid kümülatif doz verileri elde edilemedi. Hastaların 5'i pulse, 4'ü yüksek doz, 5'i orta doz ve 5'i düşük doz steroidi takipleri boyunca herhangi bir dönemde almıştı. On üç hastada bilateral, en sık femur başında (13), femur distali (12), ayak bileği (1), patella (1) ve humerus proksimalinde (1) ON tespit edildi. Tedavi verisine ulaşılan 15 hasta içerisinde 1'ine protez, 2 hastaya dekompresyon ve greftleme işlemi uygulandığı görüldü. Üç hasta cerrahi işlemi reddetmiş ve 1 hasta hiperbarik oksijen tedavisi almıştı. Sekiz hastaya ise sadece yakın takip önerildiği görüldü.

Sonuç: SLE hastalarında yaklaşık %4 ile %15 arasında değişen sıklıkta ON geliştiği bildirilmektedir. Altta yatan temel mekanizma bilinmese de hastalığın kendisi ve steroid kullanımı riski belirgin olarak artıran temel faktörler gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematoz, osteonekroz, risk faktörleri

PP-131

Sistemik skleroz hastalarında genişletilmiş oto-antikor profili ve klinik özelliklerle ilişkisi: Dört yıllık takip verileri

Duygu Temiz Karadağ¹, Andaç Komaç¹, Yeşim Erez², Ahmet Merih Birlik², Alper Sarı³, Bayram Farisoğulları³, Ali Akdoğan³, Gezmiş Kimyon⁴, Emrah Koç⁵, Didem Arslan⁵, Ahmet Karataş⁶, Süleyman Serdar Koca⁶, Nilgün Kaşifoğlu⁷, Ayten Yazıcı¹, Mutlu Hayran³, Ayşe Çefle¹

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

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

⁴Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

⁶Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) oto-antikorlar hastalığın tanısında, alt tiplerinin ve prognozunu belirlemede ve organ tutulumlarının öngörülmesinde kullanılmaktadır. SSk hastalarında hastalığa spesifik oto-antikorlar (anti-sentromer antikor, anti-Scl-70 antikor ve anti-RNA polimeraz II antikor) yanında spesifik olmayan oto-antikorlar da saptanmaktadır. Çalışmamızın, erken SSk hastalarında genişletilmiş bir profilde oto-antikorların sıklığını, erken dönem ve takipte gelişen organ tutulumları ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya ACR/EULAR 2013 sınıflama kriterlerini karşılayan ve hastalık süresi <3 yıl olan erken SSk hastaları alındı. Hastaların ANA ölçümleri HEp-20-10/primat karaciğer mozaiki indirekt immünofloresan (IIF) ve geniş panel oto-antikor ölçümü için SSc (Nucleoli) Profile EuroLine (Euroimmun, Lübeck, Almanya) kitleri kullanıldı.

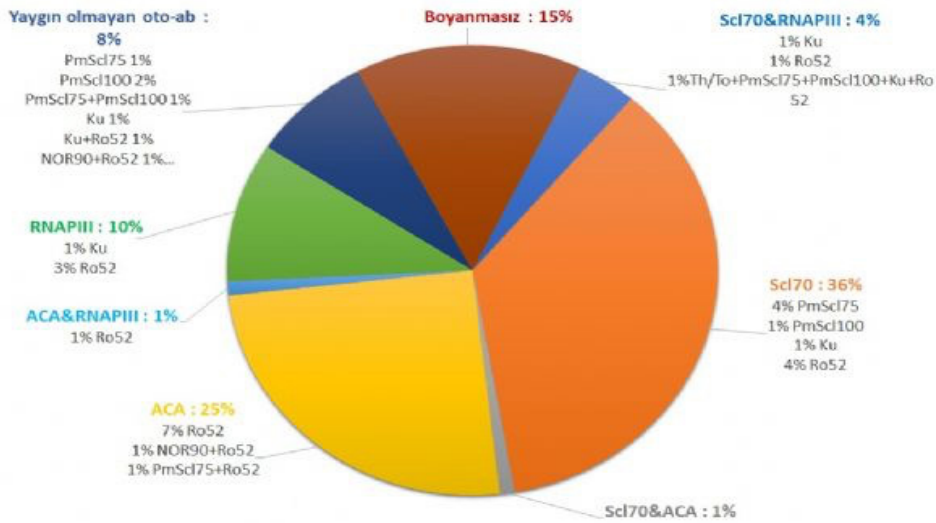
Bulgular: Yüz hastadan 93'ü IIF ile ANA için pozitif. Anti-Scl70 ab en sık saptanan (%41) oto-antikor olurken, bunu %27 ile anti-sentromer ab (ACA) ve %15 sıklıkla RNAPIII izledi. Otuz iki hastada çoklu otoantikor pozitifliği ve 53 hastada tek pozitiflik (26'sı anti-Scl70, 16'sı ACA, 6'sı anti-RNAPIII, 1 anti-Ku ab, 1 anti-PM/Scl100, 2 anti-PM/Scl75 ve 1 anti-Ro52) saptandı. SSk'ye özgü otoantikorlar arasında, anti-Scl70 ve anti-RNAPIII antikorları en yüksek birliktelik gösterdi ve 4 hastada pozitif. SSk'ye özgü otoantikorlar için tek veya çoklu boyanması olan hastalar arasında majör organ tutulumları açısından fark yoktu (tümü için p>0,05). Hastaların 4 yıllık takibi sonucunda 80 hastanın verilerine ulaşıldı. Hastaların 3'ünün takipten çıktığı ve birinin öldüğü saptandı. Daha önce organ tutulumu saptanmayan hastaların takip sırasında 5'inde İAH, 1'inde PAH ve 3'ünde dijital ülserin yeni geliştiği bulundu. İAH gelişen yaygın deri tutulumlu hastalarda Scl-70 saptanırken, İAH gelişen sınırlı deri tutulumlu hastalarda CENPA/B, Ro52 ve anti-ku antikorlarının ikili pozitiflikleri saptandı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre SSk'da spesifik otoantikorlar nispeten sık olmasına rağmen, hastaların çoğunluğunda çoklu otoantikor pozitiflikleri görülmüştür. Çoklu oto-antikor pozitiflikleri SSk-spesifik oto-antikorların beklenen organ tutulumlarında farklılığa farklılığa yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, oto-antikor, interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Erken SSk hastalarının demografik, başlangıç klinik ve oto-antikor sonuçları

	N (%) veya Ort ± SS
Cinsiyet (Kadın)	87 (%87)
Yaş (yıl)	48,9±12,2
Hastalık süresi (yıl)	2,1±1,4
modifiye Rodnan deri skoru	10,8±10,4
Hastalık subtipi	
Yaygın	36 (%36)
Sınırlı	63 (%63)
Sine skleroderma	1 (%1)
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	3 (%3)
İnterstisyel akciğer hastalığı	33 (%33)
Gastrointestinal tutulum	60 (%60)
Dijital ülser	14 (%14)
Skleroderma renal kriz	0
Raynaud fenomeni	95 (%95)
Malignite	3 (%3)
Overlap	23 (%23)
Antinükleer antikor	93 (%93)
SSk geniş panel oto-antikor	
Scl 70	41 (%41)
ACA	27 (%27)
CENPA	27 (%27)
CENPB	26 (%26)
RNAPIII	15 (%15)
RNAP11	9 (%9)
RNAP155	13 (%13)
NOR90	2 (%2)
Th/To	1 (%1)
PmScl75	8 (%8)
PmScl100	5 (%5)
Ku	6 (%6)
Ro52	22 (%22)



Şekil 1. Sistemik skleroz hastalarının oto-antikor dağılımı

Tablo 2. Takipte yeni organ tutulumu gelişen hastaların özellikleri

Cinsiyet	Yaş	SSk alt tipi	Oto-antikor	İntersitisyel akciğer hastalığı	Pulmoner hipertansiyon	Dijital ülser	Skleroderma renal kriz	Organ tutulumu için geçen süre
Kadın	52	Sınırlı	CENPA+CENPB+Ro52	Var	Yok	Yok	Yok	4 yıl
Kadın	23	Yaygın	Scl-70+ku1	Var	Yok	Var	Yok	3 yıl
Kadın	52	Sınırlı	ku1+Ro52	Var	Yok	Yok	Yok	1 yıl
Kadın	52	Yaygın	Scl-70	Var	Yok	Yok	Yok	1 yıl
Kadın	56	Sınırlı	CENPA+CENPB+Th/To	Var	Yok	Yok	Yok	1 yıl
Kadın	66	Sınırlı	CENPA+CENPB+RNAP11+Ro52	Yok	Var	Yok	Yok	1 yıl
Erkek	47	Yaygın	Scl-70	Yok	Yok	Var	Yok	3 yıl
Kadın	55	Yaygın	RNAP11+RNAP155+Ro52	Yok	Yok	Var	Yok	4 yıl

PP-132**Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda gebelik sonuçları ve takrolimus deneyimi**

İbrahim Yaşı¹, Derya Yıldırım¹, Rıza Can Kardeş¹, Burçugül Özkızıltaş¹, Rahime Duran¹, Gizem Tuğçe Alp², Hazan Karadeniz¹, Aslihan Avanoğlu Güler¹, Hamit Küçük¹, Berna Göker¹, Abdurrahman Tufan¹, Mehmet Akif Öztürk¹

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

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) ağırlıklı olarak doğurganlık çağındaki kadınları etkilemekte olan otoimmün hastalıktır. SLE'li kadınlarda gebelik, sağlıklı kadınlarda gebelikle karşılaştırıldığında daha yüksek maternal ve fetal risk taşımaktadır. Bununla birlikte gebelik ve doğum sonrası dönemde SLE alevlenme sıklığında da artış görülmektedir. Hamilelik öncesi düşük hastalık aktivitesinin ve hamilelik sırasında tedaviye devam etmenin önemi birçok çalışmada ortaya konmuştur ancak bununla birlikte SLE'li hastalarda hala yüksek maternal ve fetal riskler görülmektedir. Çalışmamızda SLE kohortunda gebelik sonuçları ve uygulanan immünoşüpresif tedavilerin etkinliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışması, Gazi Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde 2000-2022 yılları arasında takip edilen SLE hastalarındaki gebelikleri belirlemek için hasta kayıtları kullanılarak yapılmıştır. Toplamda 36 kadında 39 gebelik verilerine ulaşılmıştır.

Bulgular: Gebelikler sırasında maternal olumsuzluk gelişim oranı %53,8 olarak saptanmıştır. Maternal olumsuzluklardan en sık görülenleri %33 ile preterm doğum ve %17,9 ile preeklampsi/ eklampsi olarak saptanmıştır. 2,500 mg altında doğum ağırlığına sahip olan canlı doğum ise %35 olarak saptanmıştır. Gebelikleri sırasında 37 hastada hidroksiklorokin, 6 hastada azatiyopurin, 3 hastada siklosporin ve 2 hastada takrolimus kullanımı olduğu saptanmıştır. Bu tedavilerle birlikte 20 hastada prednizolon kullanımının da olduğu saptanmıştır. Takrolimus kullanımı olan bu iki gebelik preterm doğum (33 ve 36. haftalarda) ile sonlanmış olmakla birlikte bu gebeliklerde diğer maternal ve fetal olumsuz sonuçların oluşmadığı görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızda gebelik öyküsü olan hasta sayısı kısıtlı olmakla birlikte mevcut SLE gebeliklerinin sağlıklı şekilde sürdürülebilmesi açısından çalışmamızın takrolimus kullanım örnekleri içermesi nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, gebelik, takrolimus

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Özellikler	
SLE gebelik öyküsü olan hasta sayısı n	36
SLE gebelik sayısı n	39
SLE tanı yaşı (yıl), ortalama ± SS	22,97±6,5
Gebelik yaşı (yıl), ortalama ± SS	29,4±5,2
Gebelik anında hastalık süresi (yıl), ortalama ± SS	6,4±4,4
Komorbiditeler	
Diabetes mellitus n (%)	2 (%5,1)
Hipertansiyon n (%)	2 (%5,1)
Antifosfolipid sendrom n (%)	4 (%10,2)
Sjogren sendromu n (%)	3 (%7,6)
Primer tromboz öyküsü n (%)	1 (%2,5)
ACR 2019 Klasifikasyon Kriterleri	
Ateş n (%)	15 (%38,4)
Lökopeni n (%)	14 (%35,8)
Trombositopeni n (%)	16 (%41,0)
Otoimmün hemoliz n (%)	9 (%23)
Deliryum n (%)	0
Psikoz n (%)	0
Nöbet n (%)	4 (%10,2)
Non-skar alopesi n (%)	15 (%38,4)
Oral ülserler n (%)	15 (%38,4)
Subaküt kutanöz-diskoid lupus n (%)	19 (%57,5)
Akut kutanöz lupus n (%)	18 (%46,1)
Plevral-perikardiyal efüzyon n (%)	7 (%17,9)
Perikardit n (%)	1 (%2,5)
Eklem tutulumu n (%)	35 (%89,7)
Proteinuri n (%)	27 (%69,2)
Class II-V nefrit n (%)	8 (%20,5)
Class III-IV nefrit n (%)	13 (%33,3)
İmmünolojik	
ANA n (%)	36 (%92,3)
Anti-dsDNA n (%)	25 (%64,1)
Anti-sm n (%)	7 (%17,9)
Anti-Ro/SSA ve anti-La/SSB n (%)	11 (%28,2)
Anti beta-2GP1 n (%)	9 (%23)
Anti-kardiopilin antikor n (%)	9 (%23)
Lupus antikoagülan n (%)	3 (%7,6)
C3 ve/veya C4 düşüklüğü n (%)	33 (%84,6)
Gebelik sayısı	
Birinci gebelik n (%)	20 (%51,2)
İkinci gebelik n (%)	12 (%30,7)
Üçüncü gebelik n (%)	2 (%5,1)
Dördüncü gebelik n (%)	1 (%2,5)
Beş ve daha üzeri gebelik n (%)	4 (%10,2)

Tablo 2. Maternal ve fetal komplikasyonlar

Maternal komplikasyonlar n (%)	21 (%53,8)
Preeklampsi/eklampsi n (%)	7 (%17,9)
Gestasyonel diabetes mellitus n (%)	5 (%12,8)
Gestasyonel hipertansiyon n (%)	3 (%7,6)
Erken doğum (<37. gebelik haftası) n (%)	13 (%33,3)
Akut C/S durumu n (%)	9 (%23,0)
Elektif C/S durumu n (%)	9 (%23,0)
Fetal komplikasyonlar	
Fetal kayıp n (%)	1 (%2,5)
Spontan abortus (22. hafta ve öncesi) n (%)	2 (%5,1)
Terapötik abortus n (%)	1 (%2,5)
Konjenital kalp bloğu n (%)	1 (%2,5)
Doğum ağırlığı <2,500 mg n (%)	25 (%64,1)
Doğum haftası ortalama \pm SS	34,7 \pm 5,3

PP-133**ANCA ilişkili vaskülit seyrinde vasküler olaylar ve risk faktörleri: Uzun takip süreli 237 hastanın analizi**

Murat Bektaş¹, Burak İnce¹, Sibel Zaralı², Übeyde Ayşe Gülseren², Ece Ük², Aysu Ecem Altun³, Yasemin Yalçinkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

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

³*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: ANCA ile ilişkili vaskülit (AİV) hastalarında vasküler olay (VO) sıklığında artış olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, AİV hastalarında VO gelişimi ve risk faktörleri üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızda AİV hastalarında VO sıklığını, risk faktörlerini ve mortalite riskine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

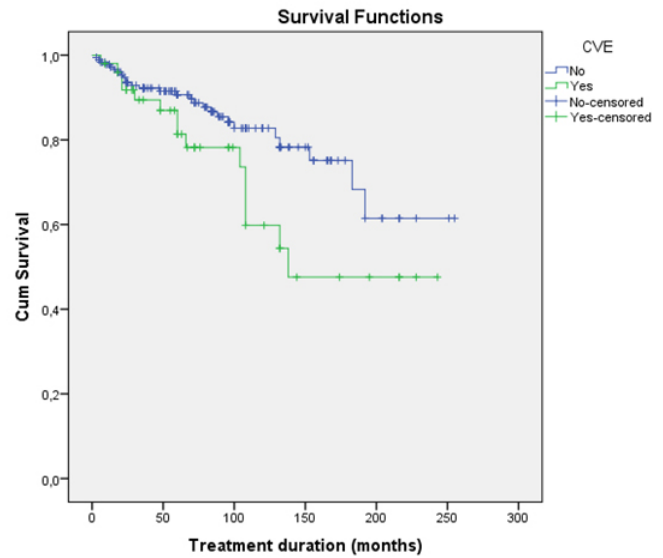
Yöntem: AİV tanılı 287 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. EGPA tanılı hastalar (n=33) ve 17 hasta yetersiz veri nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Arteriyel vasküler olaylar (a-VO) miyokard enfarktüsü, kararsız anjina pektoris, periferik arter hastalığı, revaskülarizasyon ihtiyacı ve serebrovasküler olay olarak kaydedildi. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli venöz trombotik olaylar (VTO) olarak kaydedildi. a-VO ve/veya VTO öyküsü tüm vasküler olaylar (VO) olarak gruplandırıldı. ANCA test sonuçları IFA ve/veya ELISA sonuçlarına göre analiz edildi ve iki serolojik gruba ayrıldı; c-ANCA/PR3+ (+pozitif) ve p-ANCA/MPO+.

Bulgular: Çalışmada 237 hastanın (%46 erkek) verisi analiz edildi. Ortalama tanı yaşı 55,6 \pm 14 (dağılım; 17-88) yıl, ortalama hastalık

süresi 77 (dağılım; 3-255) aydı. Hastaların 173'ü (%73) GPA, 64'ü (%27) MPA idi. ANCA sonuçları 230 hastada mevcuttu; 122'si c-ANCA/PR3+ (%53,5), 85'i p-ANCA/MPO+ (%37) ve 22'si ANCA negatif (ANCA-) (%9,5). En sık organ tutulumları böbrek (%75,8) ve alt solunum yollarıydı (%74,4). Hastaların %22'sinde (n=52) VO, %17'sinde (n=40) a-VO, %9'unda (n=21) VTO ve %3,8'inde (n=9) hem a-VO hem de VTO gelişmiştir. Tek değişkenli analizde; VO gelişimi için risk faktörleri erkek cinsiyet, c-ANCA/PR3+, başlangıçta yüksek CRP, GFR <50 mL/dk, sigara içme öyküsü, şiddetli enfeksiyon öyküsü, yüksek VDI skoru olarak saptandı. Erkeklerde, ileri yaş, c-ANCA/PR3+, sigara içme öyküsü, yüksek VDI skoru, GFR <50 mL/dk olanlarda a-VO gelişimi daha fazlaydı. Mortalitenin VO ve a-VO gelişenlerde yüksek olduğu belirlendi. Çok değişkenli analizde; VO sigara öyküsü (%95 GA: 1,7-21; OR: 6), c-ANCA/PR3+ (%95 GA: 1,15-92; OR: 10,3) ve yüksek VDI skoruyla ilişkili (%95 GA: 1,007-2,4; OR: 1,5); a-VO ileri yaş (%95 GA: 1,002-1,08; OR: 1,04), yüksek VDI skoru (%95 GA: 1,3-2; OR: 1,6) ve c-ANCA/PR3+ (%95 GA: 1,06-8,6; OR: 3) ile ilişkiliydi. VTO gelişimi tek ve çok değişkenli analizde yüksek VDI skoru (p<0,001) ile ilişkiliydi (%95 GA: 1,2-1,8; OR: 1,5). Sağkalım analizinde VO öyküsü olanlarda mortalite anlamlı olarak daha yüksekti (Log-Rank: p=0,04).

Sonuç: Ortalama beş yılın üzerinde takipli verilerimiz, AİV tanılı beş hastadan birinin tanıdan sonra VO geliştirdiğini ortaya koymuştur. VO riski, c-ANCA/PR3+ hastalarda, sigara içenlerde ve yüksek VDI skorlu hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İleri yaş hastalarda a-VO riski yüksek bulunmuştur ve VO gelişen AİV hastalarında mortalitede artış saptanmıştır. Bu bulgular ANCA+ hastalarda VO gelişiminin prognoz açısından önemini göstermektedir ve önleyici tedbirler konusunda uyarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: ANCA, AİV, vasküler olay, VDI, BVAS



Şekil 1. Vasküler olay gelişen ve gelişmeyen hastaların sağkalım analizi

Tablo 1. AAV tanılı hastalarda vasküler olaylar ve ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi

Değişken	VO+ (n=52)	VO- (n=185)	p değeri (OR) (%95 GA)
Yaş*	58,8±14,5	54,9±14	0,08 (0,99-1,04)
Cinsiyet, erkek †	31 (60)	78 (42)	0,03 (5) (1,08-3,8)
Tanı †			
GPA (n=173)	40 (23)	133 (77)	0,5
MPA (n=64)	12 (19)	52 (81)	
ANCA durumu †			
c-ANCA/PR3	33 (27)	89 (73)	0,045 (4) (1,007-4,2)
p-ANCA/MPO	13 (15)	72 (85)	
Bazal CRP (mg/L)κ	73 (85)	48 (89)	0,05 (1-1,009)
GFR<50 mL/dk. †	24 (47)	57 (31)	0,03 (4,7)
BVAS puanı*	19±7	16,3±7	0,06 (1-1,1)
Sigara öyküsü†	19/45 (42)	34/162 (21)	0,004 (8,3) (1,4-5,6)
Kümülatif steroid (MP) dozu (g/12 ay) κ	7,9 (17)	7,5 (8)	0,8
Relaps †	22/49 (45)	58/180 (32)	0,1
Şiddetli enfeksiyon †	23/46 (50)	57/168 (34)	0,046 (4) (1,006-3,8)
VDI puanı*	4,8±2,7	2,4±1,7	<0,001 (1,4-1,96)
6. ayda remisyon †	19 (56)	85 (68)	0,2
Mortalite	15 (29)	27 (14,6)	0,02 (5,7) (1,1-4,9)

*Ortalama ± std sapma † n, % kmedyan, çeyrekler arası aralık OR: Oran oranı, VO: Vasküler olay GA: Güven aralığı

PP-134

Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein normal olan polimiyaljiya romatika

Metem Kara¹, Gülay Alp²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Polimiyaljiya romatika (PMR) spesifik tanısal testleri veya patolojik bulguları olmayan, klinik özellikleriyle tanımlanan enflamatuvar bir hastalıktır. Akut faz reaktanlarından (AFR) eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP), tanıda ve takipte kullanılan laboratuvar bulgularıdır. Anormal ESH ve CRP düzeyleri, PMR sınıflandırma kriterlerinde dahi yerini almış olsa da PMR hastalarının %13'ünde bunlar normal görülebilmektedir. PMR tanısı konulan hastalarda, AFR normal olanların sıklığının ve bu hastaların ayırt edici özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezde klinik olarak tanı konmuş PMR hastaları gözden geçirildi. ESH ve CRP normal olan hastalarda ultrasonografi (USG) ile bursit varlığı gösterildikten sonra PMR kabul edildi. ESH ve CRP normal olan hastalar ile ESH ve/veya CRP yüksek olan hastalar karşılaştırıldı.

Bulgular: PMR tanısı konulan 54 hastanın (%63'ü kadın, ortalama yaş 65,39±7,39 yıl) tümünde >45 dakika sabah tutukluğu mevcuttu. ESH %72,2, CRP %83,3 hastada yüksekti. ESH ve CRP 8 hastada (%14) normal olup bu hastaların hepsinde serum amiloid A (SAA) yüksek saptandı. Hastaların diğer klinik, laboratuvar ve tedavi bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. ESH ve CRP değeri normal olan ile olmayan hastalar karşılaştırıldığında, normal grupta tanı yaşı daha düşük (p=0,027), semptom süresi daha uzundu (p<0,001). En az bir komorbidite varlığı açısından bakıldığında bu grupta komorbidite anlamlı olarak daha az saptandı (p=0,010). Tanı anındaki romatoid faktör pozitifliği, anemi varlığı, platelet sayısı ve izlemde PMR alevlenmesi ile dev hücreli arterit gelişimi benzerdi (Tablo 2). Çoklu regresyon analizinde tanı yaşı, semptom süresi ve komorbidite birlikte değerlendirildiğinde; semptom süresinin uzun olması, ESH ve CRP normal olan PMR ile bağımsız ilişkiydi (OR=0,045, %95 GA 0,03-0,676, p=0,025).

Sonuç: ESH ve CRP değeri normal grupta, olmayana gruba göre anlamlı olarak daha genç tanı yaşı, uzun semptom süresi, daha az komorbidite saptandı ve hepsinde SAA yüksekliği ile USG'de bursit gösterildi. Klinik olarak PMR düşünülen hastalarda USG ile bursit gösterilebileceği gibi ESH ve CRP dışındaki SAA gibi AFR de kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Polimiyaljiya romatika, sedimentasyon, C-reaktif protein, akut faz reaktanları, serum amiloid A

Tablo 1. Hastaların klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve tedavileri

	ESH ve CRP Normal n=8	ESH ve/veya CRP Yüksek n=46
Tanı anında omuz ağrısı, n (%)	8 (100)	43 (93,5)
Tanı anında kalça ağrısı, n (%)	5 (62,5)	36 (78,3)
Tanı anında periferik artrit, n (%)	0 (0)	2 (4,3)
Tanı anında ESH (mm/saat), medyan (IQR)	28 (4)	76,5 (26)
Tanı anında CRP (mg/L), medyan (IQR)	3,9 (1)	35,5 (60)
Görüntüleme		
USG, n	8	5
MRG, n	5	3
PET-BT, n	1	0
Başlangıç steroid dozu (prednizolon mg/gün), medyan (IQR)	18,75 (5)	20,1 (5)
Steroid düşürücü tedavi		
Metotreksat, n	4	23
Azatioprin, n	1	3

USG: Ultrasonografi, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, PET-BT: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. ESH ve CRP değeri normal hastalar ile ESH ve/veya CRP değeri yüksek olan hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

	ESH ve CRP Normal n=8	ESH ve/veya CRP Yüksek n=46	p
Tanı yaşı, ortalama (\pm SS) (yıl)	61,8 (8,3)	68,57 (7,5)	0,027
Semptom süresi, medyan (IQR) (ay)	6 (1)	3 (1)	<0,001
Cinsiyet, kadın, n (%)	7 (87,5)	27 (58,7)	0,234
Tanı anında platelet, medyan (IQR)	315 (85)	288 (103)	0,495
Tanı anında SAA, medyan (IQR)	33 (34)	51,6 (94)	0,165
Romatoid faktör, n (%)	1 (12,5)	2 (4,3)	0,388
Tanı anında anemi, n (%)	3 (37,5)	23 (50)	0,706
PMR alevlenmesi, n (%)	0 (0)	15 (32,6)	0,089
Dev hücreli arterit gelişimi, n (%)	0 (0)	3 (6,5)	1
En az bir komorbidite varlığı, medyan (IQR)	3 (37,5)	39 (84,8)	0,010

Takayasu arteriti hastalarında koroner arter tutulumunun koroner BT anjiyografi ile değerlendirilmesi

Kerem Yiğit Abacı¹, Ahmet Altuğ Cincin², Feyyaz Baltacıoğlu³, Gizem Sevik¹, Zekeriya Doğan², Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteritinde (TAK) aort ve ana dallarının yanı sıra koroner arter tutulumu da önemli oranda görülmektedir. Koroner BT anjiyografi ile yapılan bir çalışmada 111 TAK hastasının 59'unda (%53,2) koroner arter lezyonu saptanmıştır. Bu çalışmada semptomu olan ve olmayan TA hastalarında koroner BT anjiyografi ile saptanabilen koroner arter tutulumlarını değerlendirmeyi ve tutulumu olan ve olmayan hastaların özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya TAK'lı 49 hasta [K/E: 40/9; ortalama yaş (SS): 42,61±9,95] alındı. Kliniğimizde takip edilen ve kardiyak semptomu olan ve olmayan koroner BT anjiyografi yapılan TA hastalarının verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Bu dönemde koroner BT anjiyografiye uygun olmayan ancak konvansiyonel anjiyografi yapılan dört hastanın verileri dahil edildi. BT anjiyografi görüntülerine göre koroner arterlerdeki bulgular

osteal stenoz, stenoz, kalsifik plak ve anevrizma olarak tanımlandı. Ancak hastalar koroner arter patolojisi olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, VKİ'leri, anjiyografik sınıflamaları, TAK için alınan tedaviler, akut faz reaktanları ve lipid düzeyleri, kardiyak semptomları karşılaştırıldı.

Bulgular: On dört hastada (%28,7) koroner arter patolojisi tespit edildi. On bir hastada (%22,5) kalsifik plak, sekiz hastada (%16,3) koroner arter darlığı, birer hastada (%2,04) anevrizma, osteal stenoz ve oklüzyon görüldü. RCA (%20,4), LAD (%28,6), LMCA (%22,4), CX (%26,6) ve birden fazla koroner arter tutulumu (%26,5) saptandı. Koroner arter tutulumu olan hastalarda yaş (p=0,02), tanı yaşı (p=0,004) ve antihipertansif ilaç sayısı (p=0,011) olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti. Koroner arter anomalisi olan hastalarda anjina öyküsü (p=0,004) ve statin kullanımı (p=0,001) anlamlı olarak daha yüksekti. Koroner arter tutulumu olan hastalarda HDL düzeyleri anlamlı olarak düşüktü (p=0,037). Cinsiyet, sigara öyküsü, diyabet, VKİ, ITAS skorları, biyolojik tedavi alma, anjiyografik sınıflandırma, aort tutulumu, kardiyak semptom varlığı, CRP, sedimentasyon, total kolesterol ve LDL düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: TAK'ta önemli bir morbidite nedeni olan koroner arter tutulumu, Takayasu arteritinde koroner BT anjiyografi ile saptanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: BT anjiyografi, koroner arter, Takayasu arteriti, vaskülit

Tablo 1. Koroner arter tutulumu olan ve olmayan hasta gruplarının karşılaştırılması

	Koroner Arter Patolojisi olan (n=14)	Koroner Arter Patolojisi olmayan (n=35)	p
Yaş	49.29 (8.23)	39.94 (9.39)	p=0.02
Cinsiyet (K/E)	10/4	30/5	p=0.254
Hastalık süresi (yıl)	7.43 (6.42)	8.46 (6.25)	p=0.608
Tanı yaşı	41.21 (12.58)	31.37 (9.18)	p=0.004
Diyabet	3/14	1/35	p=0.065
Ailede KAH öyküsü	4/14	7/35	p=0.706
Sigara öyküsü	8/14	25/35	p=0.122
VKİ	25.08 (2.53)	25.17 (4.68)	p=0.930
Biyolojik Tedavi	4/14	15/34	p=0.317
CRP	4.45 (3.4)	8.68 (24.08)	p=0.642
Sedimentasyon	22.5 (20.72)	25.06 (24.9)	p=0.991
ITAS	0.57 (0.94)	0.51 (1.15)	p=0.869
LDL	102 (41.96)	112.44 (35.79)	p=0.398
HDL	46.23 (12.78)	55.12 (12.62)	p=0.037
Total kolesterol	177.77 (44.09)	194.15 (48.98)	p=0.157
Kardiyak Semptom	6/13	2/35	p=0.159
Aorta tutulumu	8/14	18/35	p=0.717
Statin kullanımı	10/14	6/34	p=0.001
Antihipertansif sayısı	1.79 (0.89)	0.85 (1.18)	p=0.011
Asetilsalisilikasit kullanımı	10/14	24/34	p=1
Anjina öyküsü	9/14	6/35	p=0.004

Table 1 Koroner arter tutulumu olan ve olmayan hasta gruplarının karşılaştırılması (KAH: Koroner Arter Hastalığı, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, ITAS: Indian Takayasu Aktivite Skoru)

ANCA ilişkili vaskülitlerde merkezi sinir sistemi tutulumu ve taklitçileri

Yeliz Yağız Özoğul¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Murat Özoğul³, Osman Kızılkılıç⁴, Yeşim Özgüler², Vedat Hamuryudan², Gülen Hatemi²

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Nörolojik semptomu olan ANCA ilişkili vaskülit (AAV) tanılı hastalarımızın klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularını değerlendirmeyi; MSS tutulumunu ve taklit edebilecek durumları analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Nörolojik belirtileri olan AAV tanılı hastalarımızın demografik özellikleri, AAV tipleri, nörolojik belirtileri, son tanıları ve takip süreçleri incelendi.

Bulgular: Nörolojik bulguları olan 19 AAV hastası belirlendi (Tablo 1). Tüm hastaların hastalık aktivitesi, semptom anında yüksekti [ortanca (IQR) BVAS: 13,8 (9,5-18,5)]. Beş (%26) hastada kesin tanı; serebrovasküler olay (SVO) (n=2), hemorajik SVO (n=1), kranial nöropati (n=2) tanıları ile AAV'nin MSS tutulumu olarak belirlendi. Kranial nöropati birinci hastada yüksek doz steroid tedavisi ile iyileşirken, diğer hastada yüksek doz steroid ve siklofosfamid ile gerileme izlendi. İskemik SVO tanılı birinci hasta yüksek doz steroid ve siklofosfamid ile sekelsiz iyileşti; ikinci hasta ve hemorajik SVO tanılı hasta kaybedildi. Altı hastada (%32) semptomlar AAV'nin diğer bulguları ile ilişkili olarak değerlendirildi. Sensörinöral işitme kaybı olan iki hastada ve görme bulanıklığı olan bir hastada sinonazal; baş ağrısı olan iki hastada orbital; görme bulanıklığı olan bir hastada oküler tutulum (sklerit) mevcuttu. Bu hastalarda, yüksek doz steroid (n=6), mikofenolat mofetil (MMF) (n=2), metotreksat (n=2), rituksimab (n=1), siklofosfamid ve plazmaferez (n=1) tedavileri ile iyileşme sağlandı. Üç hastanın (%16) nörolojik semptomları sekonder komplikasyonlar ile ilişkiliydi; nöbet ile başvuran hastada posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) belirlendi ve siklofosfamid ile antiepileptik tedavi sonucunda iyileşti. Baş ağrısı olan hastada serebral venöz sinus trombozu (SVST) tespit edildi ve antikoagülan tedavi ile remisyon sağlandı. Kas güçsüzlüğü olan hasta spondilodiskit ve aort psödoanevrizması nedeni ile kaybedildi. Beş hastada (%26) herhangi bir patoloji bulunmadı; vertigo ile başvuran hastada yüksek doz steroid ve rituksimab tedavisiyle bulgular geriledi. Bu hastalarda nörolojik semptomlar geçiciydi ve 36, 52, 57 ve 120 aylık takip boyunca tekrarlamadı.

Sonuç: AAV'lerde MSS tutulumu nadir görülmekte olup; oküler, orbital, nazofarengeal tutulum veya PRES, SVST gibi komplikasyonlar ve enfeksiyonlar MSS tutulumunu taklit edebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, merkezi sinir sistemi, serebrovasküler olay

Tablo 1. AAV tanılı hastaların klinik özellikleri

Hasta sayısı (n=19)	13 Erkek/6 Kadın
Ortalama yaş	46,6±16,6 SS yıl
Granülatöz polianjit	n=15
Mikroskopik polianjit	n=3
Eozinofilik granülatöz polianjit	n=1
Tanıda nörolojik semptomu olan hasta sayısı	n=9
Tanı sonrası ortalama nörolojik semptom gelişme süresi (n=10)	36,7±40,1 SS ay
AAV'nin MSS tutulumu olan hasta sayısı	n=5
Eşlik eden periferik sinir sistemi tutulumu olan hasta sayısı	n=8

PP-137

Takayasu arteritli hastalarda kalistenik egzersizin fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi üzerine etkisi

Sema Özberk¹, Tuba Yüce İnel², Gerçek Can²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Takayasu arteriti tanılı hastaların fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve fiziksel aktivite düzeylerinin azalmasının ve yorgunluğun yönetiminde egzersizin etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Sekiz kadın hastaya alt ekstremite ve gövdeyi içeren hafif ve orta şiddette süpervize kalistenik egzersizler uygulandı. Egzersizler haftada 2 gün, 6 hafta süresince 30-45 dk olarak 2 kişilik gruplar halinde yapıldı. Yaşam kalitesi, SF-36 yaşam kalitesi anketi-kısa form; fonksiyonel kapasite, 6 dakika yürüme testi (6DYT); yorgunluk düzeyi, yorgunluk şiddet ölçeği (YŞÖ); fiziksel aktivite düzeyi, uluslararası fiziksel aktivite anketi (IPAQ); uyku kalitesi ise Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) ile değerlendirildi. Tüm testler egzersiz öncesi ve sonrası tekrarlandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 44,75±13,63 yıldır. Egzersiz öncesinde ortalama bazal yorgunluk puanı 25,13±17,34; otur kalk tekrarı 11,63±1,68; 6DYT mesafesi 504,37±51,04 metreydi. Hastaların %37,5'inin kötü uyku kalitesine, %12,5'i normal seviyede fiziksel aktivite düzeyine sahipti. Egzersiz sonrasında ise ortalama yorgunluk puanı 12,88±7,18; otur kalk tekrarı 14,63±0,74 ve 6DYT mesafesi 555±39,19 metreydi. %12,5'inin uyku kalitesi kötüyken %25'i normal seviyede fiziksel aktivite düzeyine sahipti. Otur kalk testi ve fonksiyonel kapasitede kalistenik egzersiz sonunda anlamlı artış görüldü. Egzersiz öncesinde uyku kalitesi ile fiziksel aktivite arasında ilişki görülmezken fiziksel aktivite düzeyinde artışla birlikte uyku kalitesinde de anlamlı iyileşme görüldü (r=0,709, p=0,049).

Sonuç: Takayasu arteriti tanılı hastalarda kalistenik egzersiz fonksiyonel kapasite, fiziksel aktivite ve yorgunluk düzeyinde iyileşme sağladığı saptanmasına karşın daha çok hastanın dahil edildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, kalistenik egzersiz, yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite

PP-138

Takayasu arteriti hastalarında steroid azaltıcı ilk immünosüpresif ajan olarak metotreksat ve azatiyopurin karşılaştırılması

Sema Kaymaz Tahra¹, Özün Bayındır², Burak İnce³, Özlem Özdemir Işık⁴, Muhammet Emin Kutu⁵, Özlem Karakaş⁶, Tuba Demirci Yıldırım⁷, Zeliha Ademoğlu⁸, Elif Durak Ediboğlu⁹, Burcu Ceren Ekti Uludoğan¹⁰, Can Ilgın¹¹, Nazife Şule Yaşar Bilge¹⁰, Timuçin Kaşifoğlu¹⁰, Servet Akar⁹, Hakan Emmungil⁸, Fatoş Önen⁷, Ahmet Omma⁶, Nilüfer Alpay Kanitez¹², Ayten Yazıcı⁴, Ayşe Çefle⁴, Murat İnanç³, Kenan Aksu², Gökhan Keser², Haner Direskeneli¹³, Fatma Alibaz Öner¹³

¹Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

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

⁵Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁶Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

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

¹⁰Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

¹²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

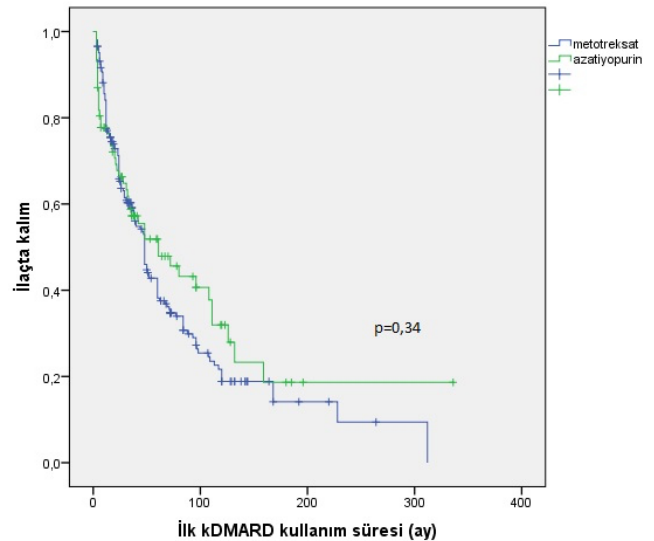
Amaç: Takayasu arteritinde (TAK) tanıdan itibaren tüm hastalara glukokortikoid (GK) tedaviye ek olarak konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (kDMARD) önerilmektedir. İlk seçilecek kDMARD tedavinin hangisi olması gerektiği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda TAK hastalarında ilk seçenek kDMARD olarak kullanılan metotreksat (MTX) ve azatiyopurin (AZA) tedavilerinin sonlanımlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Tanı sonrası GK tedaviye ek olarak kDMARD başlanmış olan hastalar bu çok merkezli, retrospektif kohort çalışmasına dahil edildi. Hastaların klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları değerlendirildi. Ayrıca ilk kDMARD olarak MTX veya AZA almış olan hastalar arasında yaş, cinsiyet ve difüz aorta tutulumuna göre eşleştirme analizi (cc match yöntemiyle) yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 10 merkezden, 301 (K/E: 260/41, ortalama yaş 42,2±13,3) hasta dahil edildi. İlk kDMARD olarak 204 (%67,8) hasta MTX, 77 (%25,6) hasta AZA, 17 (%5,6) hasta siklofosamid, 2 (%0,5) hasta leflunomid ve 1 hasta mikofenolat mofetil tedavileri almıştı. İlk kDMARD olarak MTX alan grup ile AZA alan grup karşılaştırıldığında remisyon, relaps ve radyografik progresyon oranları benzer bulundu. Cerrahi girişim oranı azatiyopurin grubunda daha yüksekti (%23 vs. %9, p=0,001). MTX grubunda GK dozunun izlem sonunda ≤5 mg/gün azaltılma oranı daha yüksek bulundu (%76 vs. %62, p=0,034). Yaş, cinsiyet ve difüz aorta tutulumuna göre eşleştirme analizi sonucunda da vasküler cerrahi oranı AZA grubunda daha yüksekti. Yaş ve cinsiyet+difüz aorta tutulumuna göre eşleşme sonucunda MTX ile GK doz azaltımı oranı daha yüksek olduğu görüldü. İlaçta kalım iki grupta benzer idi (medyan 48 ayda, MTX vs. AZA: %32 vs. %42, p=0,34). Tüm izlem süresince 18 (11 MTX, 7 AZA) hastada immünosüpresif (IS) tedavi remisyon nedeniyle kesilebilmişti. İki hastada 2 ve 6. aylarda relaps nedeniyle tekrar IS başlanırken, 16 hasta ortalama 69,4 (±50,9) aydır remisyonunda takip edilmekteydi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre Takayasu arteritinde azatiyopurin ve metotreksat tedavilerinin remisyon, relaps, radyografik progresyon ve ilaçta kalım oranları benzer bulundu. Azatiyopurin tedavisi altında metotreksata kıyasla vasküler cerrahi oranı daha yüksek, izlem sonunda steroid dozunda azaltılma oranı daha düşük saptandı.

Anahtar Kelimeler: Azatiyopurin, metotreksat, Takayasu arteriti



Şekil 1. İlk kDMARD olarak metotreksat ve azatiyopurin tedavilerine ait ilaçta kalım eğrisi

Tablo 1. Takayasu arteriti hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Tüm grup (n=301)	İlk kDMARD metotreksat (n=204)	İlk kDMARD azatiopurin (n=77)	p
Yaş, ortalama ± SS	42,2±13,3	43,5±13,3	40,4±13,2	0,08
Tanı yaşı	33,4±12,3	33,9±12,3	33,2±12,6	0,65
Cinsiyet, K, n (%)	260 (86)	184 (90)	63 (82)	0,055
Anjiyografik tip, tip5, n (%)	132/294 (45)	86/199 (43)	47/76 (49)	0,41
İlk kDMARD süresi, ay	35 (3-336)	35,5 (3-312)	35 (3-336)	0,64
İlk kDMARD ile remisyon, n (%)	193/296 (65)	138/199 (69)	50/77 (65)	0,48
Hastalık aktivitesi (bazal)				
PGA, aktif, n (%)	283/297 (95)	191/201 (95)	74/77 (96)	0,70
Kerr, aktif, n (%)	270/289 (93)	181/195 (93)	70/75 (93)	0,53
ITAS 2010	9 (2-20)	9 (0-19)	10 (3-21)	0,61
Hastalık aktivitesi (12. ay)				
PGA, aktif, n (%)	53/118 (45)	33/76 (43)	18/39 (46)	0,78
Kerr, aktif, n (%)	32/120 (27)	24/79 (30)	6/38 (16)	0,26
ITAS 2010	1 (0-11)	1 (0-9)	1 (0-11)	0,48
Relaps oranı, n (%)	95/192 (50)	68/138 (49)	24/49 (49)	0,97
İlk kDMARD ile vasküler cerrahi girişim, n (%)	40/291 (14)	17/196 (9)	18/77 (23)	0,001
İlk kDMARD ile GK doz azaltımı (≤5 mg) veya kesme, n (%)	153/220 (70)	110/145 (76)	100/65 (62)	0,034
Radyografik progresyon, n (%)	75/142 (53)	48/98 (49)	22/39 (56)	0,43
Laboratuvar				
CRP, bazal, mg/L	13 (0,4-235)	15,3 (0,5-280)	19,0 (0,4-145)	0,82
CRP, 6. ay, mg/L	5 (0,1-53)	5,5 (0,1-63,0)	5,0 (0,2-47)	0,89
CRP, 12. ay, mg/L	3 (0,8-130)	4,4 (0,2-200)	3,7(0,4-83)	0,90

PP-139**Yüksek doz intravenöz anakinra tedavisi şiddetli ve kritik COVID-19 hastalarında güvenli ve etkilidir: Propensity-score eşleştirmeli çalışma**Murat Bektaş

Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Romatoloji Kliniği, Aksaray

Amaç: Bu çalışmada, şiddetli ve kritik COVID-19'lu hastalarda yüksek doz intravenöz anakinra tedavisine yanıtın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel çalışma üçüncü basamak bir hastanede yürütülmüştür. Tüm hastalar tipik BT bulgularının yanı sıra PCR ile konfirmeydi. Çalışma popülasyonu iki gruptan oluşmaktadır; standart tedaviye yüksek doz intravenöz anakinra (anakinra grubu) eklenen hastalar ve tarihsel kontrol grubu olarak standart tedavi edilen hastalar (kontrol grubu). COVID-19 hastalık şiddeti, NIH şiddet ölçeğine göre değerlendirildi ve sadece şiddetli (NIH skoru 3) ve kritik hastalar (NIH skoru 4) çalışmaya dahil edildi. Hastaların enflamatuvar durumları COVID hiperenflamatuvar sendrom skoruna (cHIS) göre değerlendirildi. Tüm hastalara başvuru ve ardışık günlerde 80 mg/gün metilprednizolon (veya eşdeğeri) ve enoksaparin 0,4 mg/gün başlandı. Anakinra, en az iki gün steroid tedavisine yanıt vermeyen hastalarda veya başvuruda yüksek riskli veya kritik hastalığı olanlarda steroidle birlikte başlandı. Anakinranın ortalama başlangıç dozu intravenöz 400 mg/gündü ve gerekirse kademeli olarak maksimum 1,600 mg/gün (10 mg/kg/gün) yükseltildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başlangıç NLR, ferritin, CRP, D-dimer, LDH düzeyleri ve NIH COVID hastalığı skorları eşleştirildi.

Bulgular: Anakinra grubunda 148 ve kontrol grubundaki 114 hasta çalışmaya dahil edildi. PS prosedüründen sonra anakinra grubunda 79 ve kontrol grubunda 79 hasta eşleşti. Ortalama ± SS hasta yaşı anakinra ve kontrol grubunda sırasıyla 67,4±16,7 ve 67,1±16,3 yılı (p=0,9). Erkek cinsiyet, anakinrada 38 (%48,7), kontrol grubunda 36 (%46,2) (p=0,8). Ortanca (IQR) hastanede yatış süresi anakinra ve kontrol grubunda sırasıyla 7,5 (9) gün ve 11 (8) gündü (p=0,01). Anakinra ve kontrol grubunda sırasıyla 48 (%61,5) ve 44 (%56,4) hastada şiddetli, 30 (%38,5) ve 34 hastada (%43,6) kritik hastalık saptandı (p=0,5). Ortalama cHIS skoru anakinra ve kontrol grubunda sırasıyla 2,9±1 ve 3,1±1,3 idi (p=0,2). Toplamda YBÜ ihtiyacı anakinra ve kontrol grubunda sırasıyla %14,1 (n=11) ve %30,8'inde (n=24), entübasyon %12,8 (n=10) ve %16,7 (n=13) (p=0,5) ve mortalite %14,1 (n=11) ve %32,1 (n=25) hastada gerçekleşti (p=0,008; OR: 7,1). Tek değişkenli analizde hasta yaşı (p=0,005 ve p<0,001), kritik hastalık oranı (p<0,001; OR: 47,6 ve p<0,001; OR: 14,9), cHIS skoru (p=0,005 ve p=0,036), pik ferritin (p=0,005 ve p=0,04) ve LDH (p=0,002 ve p=0,01) düzeyleri her iki grupta da mortalite gelişenlerde yüksek gözlendi. İleri hasta yaşı [OR: 1,048, p=0,018 (%95 güven aralığı (GA): 1,008-1,09)], erkek cinsiyet [OR: 3,2, p=0,048 (%95 GA: 1,013-10,3)], kritik hastalık [OR: 141,9, p<0,001 (%95 GA: 16,8-1,198)], standart tedavi (anakinra ile karşılaştırıldığında) [OR: 6,7, p=0,002 (%95 GA: 1,98-22,3)] çok değişkenli analizde yüksek mortalite ile ilişkiliydi.

Sonuç: Yüksek doz intravenöz anakinra tedavisi şiddetli ve kritik COVID-19 hastalarında güvenli ve etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, anakinra, cHIS skoru, propensity skor

Table 1. Baseline clinical and laboratory features of patients receiving standard of care (SoC) and Anakinra before and after propensity score (PS) matching

Variables	Before PS matching			After PS matching		
	Anakinra (n=148)	SoC (n=114)	p value (OR)	Anakinra (n=78)	SoC (n=78)	p value (OR)
Age (years) (mean ± SD)	66.8±17	63.1±17	0.09	67.4±16.7	67.1±16.3	0.9
Gender, male (n, %)	78 (52.7)	45 (39.5)	0.033 (4.5)	38 (48.7)	36 (46.2)	0.8
Duration of hospitalization (days) (median, IQR)	11 (12)	9 (7.3)	0.02	7.5 (9)	11 (8)	0.01
Comorbidities (n, %)						
Diabetes mellitus	41/146 (28.1)	39 (34.2)	0.3	18 (23)	31 (39.7)	0.025 (5)
Hypertension	84/143 (58.7)	64 (56)	0.7	30 (61.5)	50 (64)	0.7
Coronary heart disease	27/143 (19)	24 (21)	0.7	18 (23)	20 (25.6)	0.7
Heart failure	18/143 (12.6)	23 (20)	0.1	14 (18)	20 (25.6)	0.24
Chronic renal failure	31 (21)	6 (5.3)	<0.001 (13.06)	15 (19)	6 (7.7)	0.035 (4.5)
Chronic obstructive lung disease	23/144 (16)	19 (16.7)	0.9	14 (18)	15 (19)	0.8
Dementia	15/117 (12.8)	2 (1.8)	0.001 (10.4)	3/61 (5)	2 (2.6)	0.5
Malignancy	16/146 (11)	8 (7)	0.3	9 (11.5)	6 (7.7)	0.4
Immunosuppressive usage	18/146 (12.3)	2 (1.8)	0.001 (10.08)	5 (6.5)	2 (2.6)	0.2
Disease severity (n, %)						
NIH score 3 (severe)	57 (38.5)	68 (59.6)	0.001 (11.5)	48 (61.5)	44 (56.4)	0.5
NIH score 4 (critical)	91 (61.5)	46 (40.4)		30 (38.5)	34 (43.6)	
mcHIS score (mean ± SD)	3.4±1.2	2.64±1.5	<0.001	2.9±1	3.1±1.3	0.2
Laboratory results						
Neutrophil to lymphocyte ratio (median, IQR)	7 (7.6)	4.34 (4.4)	<0.001	6.6 (7.7)	6.4 (7.9)	0.6
Hemoglobin (mean ± SD)	13.2±2.2	13±2	0.9	13.5±2.2	13.2±2.1	0.4
Platelets (mean ± SD)	206.4±79.5	199±74	0.5	213±77	195±70	0.13
C-reactive protein (mg/L) (median, IQR)						
Baseline	119.5 (110)	101 (99)	0.2	112 (151.5)	121 (71.3)	0.3
Peak level	152.5 (124)	126 (88)	0.004	147 (174)	169 (70)	0.5
Ferritin (pg/mL) (median, IQR)						
Baseline	393 (616)	393 (205)	0.3	118 (777)	393 (35.6)	0.1
Peak level	716.5 (1023)	396.7 (627)	<0.001	737 (841)	694 (913)	0.3
D-dimer (pg/mL) (median, IQR)						
Baseline	1.25 (1.2)	2.2 (1)	0.001	1.6 (1.2)	2.2 (0.9)	0.044
Peak level	4.3 (14.8)	2.25 (5.2)	<0.001	14.6 (28)	10.8 (28)	0.6
Lactate dehydrogenase (U/L) (median, IQR)						
Baseline	398.5 (209)	312 (30)	0.045	329.5 (361)	448.4 (66.4)	0.037
Peak level	569.5 (285)	420.5 (191)	<0.001	604 (659)	598 (478)	0.02
ALT (U/L) (median, IQR)	22 (19)	21.8 (19)	0.9	17 (21.3)	15 (18)	0.4
AST (U/L) (median, IQR)	39 (33)	38 (19.3)	0.9	32 (50)	42 (25)	0.6

Fibromiyaljinin eşlik ettiği spondiloartrit hastalarında hastalık aktivite, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ölçeklerinin değerlendirilmesi

Menice Güler Şen¹, Özgül Soysal Gündüz², Özgür Akgül², Timur Pırıldar²

¹Özel Bower Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

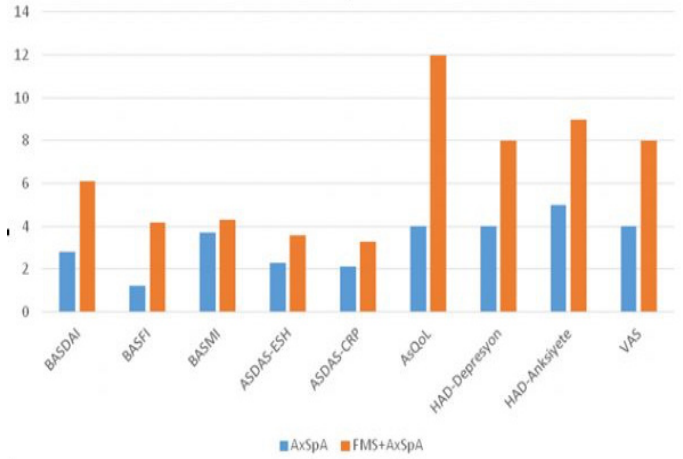
Amaç: Spondiloartritlere (SpA) eşlik eden fibromiyalji sendromunun (FMS) hasta tarafından bildirilen hastalık aktivitesi ölçeklerini, fonksiyonunu, tedavide kalma oranını etkileyebileceğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Çalışmalarda FMS eşlik eden SpA hastalarında, hastalık aktivasyon ölçütlerinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada FMS eşlik eden ve etmeyen aksiyel SPA (axSpA) tanılı hastalarda, hastalık aktivitesi, fiziksel kısıtlılık, psikolojik durum ve hayat kalitesini değerlendirmek ve bu durumların hastalık aktivitesi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmada yer alan tüm olguların demografik özellikleri kaydedildi. Hastalar FMS+SPA ve SPA olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların ağrı skorları, vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Her iki grup verilerine göre Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi (BASDAI) skorları, Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS); ASDAS-CRP ve ASDAS-ESH skorları, Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonellik İndeksi (BASFI), Bath Ankilozan Spondilit Metrolojik İndeksi (BASMI), Yaygın Ağrı İndeksi Skoru (WSPI), Ankilozan Spondilit Yaşam Kalite skoru (ASQoL), Hastane Anksiyete Depresyon skoru (HAD) hesaplandı.

Bulgular: İki yüz otuz altı hastadan 71'inde FMS saptandı. FMS grubunda yaş ortalaması 45, diğer grubun yaş ortalaması 42 saptandı. İstatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). FMS grubunun 40'ı (%56) kadın, 31'i (%44) erkekti. FMS olmayan SPA grubunun 49'u (%30) kadın, 116'sı (%70) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). FMS grubunda sigara içme oranı %38 iken diğer grupta %50 saptandı. İstatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). FMS grubunun %63'ü (n=45) ankilozan spondilit (AS), %2,8'i (n=2) enteropatik artrit, %25'i (n=18) psoriatik artrit (PSA), %8,5'i n=undiferansiye aksiyel spondiloartrit hastasıydı. Diğer grupta AS %76 (n=125), enteropatik artrit %1,2 (n=2), PSA %17 (n=28), undiferansiye aksiyel spondiloartrit %6,1 (n=10) saptandı.

Sonuç: FMS eşlik eden SPA grubunda BASDAI, BASFI, BASMI, ASDAS-ESH, ASDAS-CRP, AsQoL, HAD ve VAS skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. SPA hastalarında hastalık aktivitesini ölçmek için kullanılan ölçütler FMS kriterlerini de karşılamaktadır. Bu ölçekler tedavi planını belirlemektedir. Ancak fibromiyalji varlığında doğru sonuçlar vermemektedir. Özellikle yüksek hastalık aktivitesi bulunan SpA hastalarında tedavi planında değişiklik yapılmadan önce FMS varlığı açısından taranması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, hastalık aktivite skorları, spondiloartritler



Şekil 1. AxSpA ve AxSpA+FMS hasta gruplarının klinik değişken ortalamaları
AxSpA ve AxSpA + FMS hasta gruplarının klinik değişken ortalamaları

PP-141

Renal transplantasyon sonrası biyolojik tedavi ile izlenen hastaların özellikleri ve ciddi enfeksiyon sıklığı: Çok merkezli çalışma

Tuba Demirci Yıldırım¹, Emel Oğuz Kökoğlu², Belkis Nihan Coşkun³, Derya Yıldırım⁴, Abdurrahman Soner Şenel², Yavuz Pehlivan³, Hamit Küçük⁴, Timuçin Kaşifoğlu⁵, İsmail Sarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Renal transplantasyon, otoimmün/kronik enflamatuvar hastalıklarda gerek primer hastalığın renal tutulumu sonrası gerek amiloidoz sebebiyle romatoloji pratiğinde karşılaştığımız, yönettiğimiz bir durumdur. Renal nakilli, otoimmün/kronik enflamatuvar hastalıkla takipli hastalarda da biyolojik tedavi önemli bir tedavi alternatifidir. Bununla birlikte, renal nakilli hastalarda biyolojik tedaviler hakkında çok az şey bilinmektedir. Çalışmamızda renal nakil sonrası biyolojik tedaviyle izlenen hastaların özelliklerini ve ciddi enfeksiyon sıklıklarını tespit etmeyi amaçladık.

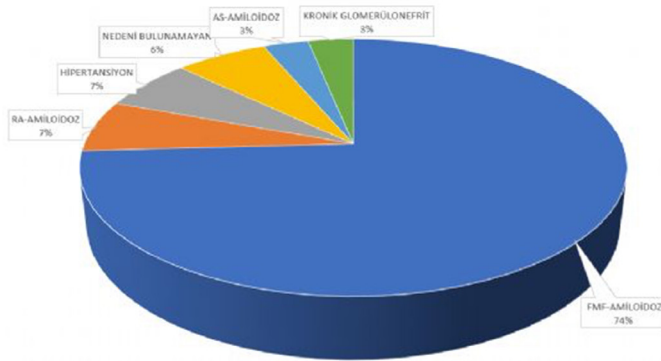
Yöntem: Çalışmamıza toplam beş merkezden biyolojik tedaviyle izlenen romatolojik hastalık tanılı renal nakilli hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, nakil verileri, biyolojik tedavileri, takipleri boyunca yaşanan enfeksiyonlar ve enfeksiyonların ağırlıkları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 14'ü (%45) kadın 31 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 41 ± 9 'du. Yirmi beş (%80) hasta non-preemptif renal transplant hastasıydı, hastaların nakil öncesi ortalama hemodiyaliz süresi 40 ± 40 aydı. Hastaların 23'ünde (%74) son dönem böbrek yetmezliği nedeni FMF-amiloidozdu (Şekil 1). Nakil sonrası dönemde immünoşüpresif tedaviyle birlikte hastaların 17'si

(%54) anakinra, 11'i (%35) canakinumab ve 3'ü (%10) etanercept kullandı (Tablo 1) ve ortalama biyolojik ajan kullanma süresi 4,2±2,6 yıldır. Nakil sonrası dönemde iki hastada solid organ bir hastada hematolojik malignite gelişti. Hastaların 16'sında (%52) en az bir kez enfeksiyon nedeniyle hastane yatış öyküsü mevcuttu. Hastalardan 4'ü (%13) enfeksiyon nedeni ile eksitus oldu, iki hastada eksitus nedeni COVID-19'du (Tablo 2).

Sonuç: Romatolojik hastalıklar son dönem böbrek yetmezliğinin önemli bir nedenidir ve kalıcı tedavi transplantasyondur. Romatolojik hastalık nedeni ile nakil olan hastalar nakil sonrası dönemde de biyolojik ajan kullanmaktadır. Transplant hastaları immünoşüpresif tedavi almaları nedeni ile enfeksiyon gelişimi açısından risk altındır. Biyolojik ajan kullanımı enfeksiyon riskini daha da artırabilir. Meyer ve arkadaşlarının yayınladığı derlemede 187 biyolojik ajan kullanan transplantasyon hastası incelenmiş, 54'ünde (%30) enfeksiyon raporlanmıştır. Bu çalışmada hastalar ortalama 12 ay biyolojik ajan kullanmıştır. Bizim çalışmamızda hastaların %52'sinde enfeksiyon gelişmiştir. Çalışmamızda yer alan hastalar nakil sonrası ortalama 4,2 yıl biyolojik tedavi almıştı, tedavideki süre farkının enfeksiyon oranının yüksekliğine sebep olduğu düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi, renal transplantasyon, enfeksiyon



Şekil 1. Hastalardaki renal transplantasyon nedenleri

Tablo 1. Renal nakil idamesinde kullanan immünoşüpresif tedaviler (hastalarda çoklu ajan kullanımı mevcuttur)

Kortikosteroid, n (%)	28 (90,3)
Takrolimus, n (%)	25 (80,6)
Mikofenolat mofetil, n (%)	15 (48,4)
Mikofenolat sodyum, n (%)	12 (38,7)
Everolimus, n (%)	3 (9,7)
Siklosporin, n (%)	3 (9,7)
Sirolimus, n (%)	3 (9,7)
Azatioprin, n (%)	2 (6,5)

Tablo 2. Nakil sonrası biyolojik tedavi ile izlenen hastalarda gelişen tıbbi durumlar

Rejeksiyon, n (%)	8 (25,8)
Tekrarlayan nakil, n (%)	4 (12,9)
Enfeksiyon, n (%)	16 (52)
COVID-19, n (%)	11 (35,5)
Septik şok, n (%)	4 (12,9)
Hipertansiyon, n (%)	3 (9,7)
Anemi, n (%)	3 (9,7)
Kardiyovasküler hastalık, n (%)	2 (6,5)

PP-142

Sistemik sklerozlu hastalarda performansa dayalı el fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Emre Alp Akatay¹, Deniz Bayraktar², Eda Otman Akat³, Oğuz Üstün¹, İdil Kurut Aysin³, Devrim Can Saraç², Büşranur Atalay², İrem Ramazanoğlu², İlyas Tekin², Tuğba Kurum², Sercan Gücenmez⁴, Mustafa Özmen³, Servet Akar³

¹İzmir Katip Celebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip İzmir Celebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir

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

⁴İzmir Katip Celebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), çeşitli doku ve organlarda kollajen birikimi ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Deri tutulumu en sık görülen bulgulardan biridir ve vasküler hasar ile birlikte el fonksiyonlarının bozulmasına sebep olabilir. Bununla birlikte, SSc'li hastalarda el fonksiyonlarının durumu genellikle hasta tarafından bildirilen ölçümler kullanılarak araştırılmıştır. Bu çalışmanın amacı, SSc'li hastalarda performansa dayalı el fonksiyonlarını Sollerman el fonksiyon testi (SHFT) kullanılarak incelemektir.

Yöntem: SSc'li 39 hasta (33 kadın) çalışmaya dahil edildi. Yirmi dört hasta sınırlı kutanöz SSc (lcSSc) olarak, 15 hasta ise diffüz kutanöz SSc (dcSSc) olarak sınıflandırıldı. Elle ilgili fiziksel özellikler olarak, Modifiye Skleroderma El Mobilite Testi (mHAMIS), kavrama kuvveti ve çimdikleme kuvveti değerlendirildi. Hasta tarafından bildirilen ölçümler olarak Duruöz El İndeksi, Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH), Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ve Skleroderma Sağlık Değerlendirme Anketi (SHAQ) kullanıldı. Performansa dayalı el fonksiyonları SHFT kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Performansa dayalı ve hasta tarafından bildirilen el fonksiyonları açısından lcSSc ve dcSSc alt tipleri arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$). SHFT skorları, elle ilgili fiziksel özellikler ve hasta tarafından bildirilen el fonksiyonları ile anlamlı düzeyde ilişkiliydi ($p<0,05$). En yüksek korelasyon SHFT ile Duruöz El İndeksi arasında belirlendi ($\rho: -0,652, p<0,001$).

Sonuç: Sonuçlarımızı göre performansa dayalı el fonksiyonlarının hastalık alt tipinden etkilenmediği görülmektedir. SSc'li hastalarda performansa dayalı el işlevleri değerlendirilemediğinde, hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri, özellikle de Duruöz El İndeksi, performansa dayalı el işlevleri hakkında fikir verebilir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, el işlevleri, performans

Romatoid artritli hastalarda el aktivite performansı (MAP-Hand) ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliği, güvenilirliği ve psikometrik özellikleri

Deniz Bayraktar¹, Devrim Can Saraç¹, Haluk Cinaklı², Muhammet Bakı Çoban¹, Şuheda Tosun¹, Şeyma Dilan Altın¹, Altan Emircan Yarbuz¹, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında sık görülen el/el bileğine ait etkilenimler el ile ilgili fonksiyonların bozulmasına neden olarak günlük yaşam aktivitelerinde zorluklara ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilir. Hızlı ve kolay uygulanabilir olmaları nedeniyle sıklıkla tercih edilen hasta bildirimine dayalı sonuç ölçümleri, RA'lı hastalarda el fonksiyonlarını değerlendirmede klinisyenlere/araştırmacılara yardımcı olmaktadır. MAP-Hand (*Measure of Activity Performance of the Hand*) El Aktivite Performansı Ölçeği el ile gerçekleştirilen aktivitelerin performanslarının hızlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Bununla birlikte, MAP-Hand ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik, güvenilirlik ve psikometrik özellikleri daha önce incelenmemiştir.

Yöntem: MAP-Hand ölçeğinin Türkçe versiyonu, validasyon çalışmalarında kullanılması önerilen yerleşik kılavuzlar doğrultusunda oluşturuldu. Çalışmaya toplamda 185 hasta (150 kadın) dahil edildi. Hastaların fiziksel, sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri yapılandırılmış bir form ile elde edildi. Ağrı, genel sağlık durumu ve el/üst ekstremitte fonksiyonları ile ilgili özellikler hasta bildirimine dayalı sonuç ölçümleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: MAP-Hand ölçeğinin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı (Cronbach's $\alpha=0,952$) ve test-tekrar test güvenilirliği (ICC=0,908) yüksek seviyede tespit edildi. Ölçeğin Türkçe versiyonu ile fiziksel özellikler, hastalık ile ilişkili özellikler ve hasta bildirimine dayalı sonuç ölçümleri arasında orta-mükemmel seviyede ilişkiler tespit edildi ($p<0,05$, r : 0,437 ile 0,909 arasında). Kadınlarda ve çalışmayan hastalarda MAP-Hand skorları belirgin olarak daha düşük saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Sonuçlarımıza göre, MAP-Hand ölçeğinin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilirlerdir. Klinisyenler/araştırmacılar, RA'lı hastalarda elin aktivite performansını değerlendirmek açısından MAP-Hand ölçeğinin Türkçe versiyonunu tercih edebilirler.

Anahtar Kelimeler: El fonksiyonları, hasta bildirimine dayalı sonuç ölçümleri, romatoid artrit

Sistemik sklerozlu hastalarda nefessizlik inanışları anketinin Türkçe adaptasyonu ve klinik özellikler ile ilişkisinin incelenmesi

Oğuz Üstün¹, Deniz Bayraktar², İdil Kurut Aysin³, Devrim Can Saraç², Emre Alp Akatay¹, Sercan Gücencmez⁴, Eda Otman Akat³, Mustafa Özmen³, Servet Akar³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir

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

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Fibrozis, vaskülopati ve enflamasyonla karakterize bir bağ dokusu hastalığı olan sistemik sklerozda (SSc) solunum sistemi de sıklıkla etkilenmektedir. SSc hastalarında dispne, özellikle efor dispnesi, çeşitli nedenler ile ortaya çıkabilir. Dispneye ilişkin olumsuz tutumların değerlendirilmesi dispneye bağlı hareketten kaçınma gibi negatif sonuçların önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı nefessizlik inanışları anketinin (*Breathlessness Beliefs Questionnaire*) SSc hastalarında Türkçe validasyonunu gerçekleştirmek ve fiziksel/klinik özellikler ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Elli SSc hastası (47 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastalara, solunum fonksiyonları, solunum kaslarının kuvveti, hasta bildirimine dayalı dispne varlığı, solunum problemlerine bağlı yaşam kalitesi, duyu durumu ve yorgunlukla ilgili değerlendirmeler uygulandı. Hastalar bir hafta sonra nefessizlik inanışları anketinin test-tekrar test güvenilirliği açısından tekrar değerlendirildi.

Bulgular: Nefessizlik inanışları anketinin 12 soruluk Türkçe versiyonunun iç tutarlılığının (Cronbach's alfa: 0,862) ve test-tekrar test güvenilirliğinin [ICC: 0,831 (%95 GA: 0,702-0,907)] iyi olduğu saptandı. Anket skorları ile hastalık süresi ile hasta bildirimine dayalı dispne varlığı, solunum problemlerine bağlı yaşam kalitesi, duyu durumu ve yorgunluk arasında düşük-yüksek seviyede ($p<0,05$, r : 0,325 ile 0,727 arasında) ilişkiler tespit edildi.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre, nefessizlik inanışları anketinin 12 soruluk Türkçe versiyonu SSc hastalarında dispne ile ilgili düşünceleri değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Dispne, korku kaçınma, skleroderma

Sistemik skleroz tanılı bireylerde bilişsel egzersiz terapi yaklaşımı-nosiplastik ağrı yönetimi eğitiminin etkinliğinin incelenmesi: Pilot çalışma

Muhammet Orkun Tüfekçi¹, Ayşen Akgöz², Ali Akdoğan³, Edibe Ünal⁴

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

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

⁴Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Amaç: Sistemik Skleroz (SSc) nadir hastalıklar sınıfında bulunan, kronik fibröz ile karakterize çoklu sistem tutulumudur. SSc tanılı bireylerin psikososyal özelliklerinin kronik ağrı durumlarını etkilediği bilinmektedir. Özellikle duygudurumla tetiklenen kronik ağrının nosiplastik ağrı olarak tanımlanması literatürde yer almaktadır. Bu sebeple SSc tedavisinde ağrı yönetiminin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı SSc tanılı bireylerde bilişsel egzersiz terapi yaklaşımı (BETY)-nosiplastik ağrı yönetimi eğitiminin etkinliğini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı tarafından

SSc tanısı ile takip edilen bireyler dahil edilerek rastgele iki gruba ayrıldı. Bir gruba BETY-nosiplastik ağrı yönetimi eğitimi verilirken, diğer gruba bu eğitim verilmedi. Çalışma öncesi ve üç ay sonraki kontrol takiplerinde bireylerin ağrı durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği (BETY-BQ) ağrı alt boyutuyla ve Short Form-36 (SF-36) ölçeğinin ağrı parametreleri ile değerlendirildi. Değişkenlerin analizinde normal dağılım gösteren gruplar arası karşılaştırmalar için “Bağımsız Gruplarda t-testi”, gruplar arası ilişki için “Pearson Korelasyon Testi” kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya BETY-nosiplastik ağrı yönetimi eğitimi alan 1. grup için 14 birey (13 kadın; 1 erkek) ve eğitim almayan 2. grup için 14 birey (11 kadın; 3 erkek) toplamda 28 birey dahil edildi. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri benzerdi ($p>0,05$). Gruplar arası ilk değerlendirmede ağrı parametresi yönüyle anlamlı fark görülmezken ($p>0,05$) son değerlendirmede ise ağrı yönetimi eğitimi alan bireylerde BETY-BQ ağrı skoru ($p=0,001$) ve SF-36 ağrı parametreleri ($p=0,003$) istatistiksel olarak grup içinde anlamlı derecede farklı bulundu. Gruplar arası öncesi sonrası değişimleri BETY-nosiplastik ağrı yönetimi eğitimi verilen bireyler lehine anlamlı fark görüldü ($p<0,05$) (Tablo 1).

Sonuç: Bu pilot çalışmanın sonuçları SSc tanılı bireylerde rutin tedavilerin yanı sıra BETY-nosiplastik ağrı yönetimi eğitiminin de göz önünde bulundurulması ve bu alanda daha çok sayıda SSc’li bireylerle çalışmaları yapılması gerekliliği yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Ağrı yönetimi, nosiplastik ağrı, sistemik skleroz

Tablo 1. Grupların BETY-BQ ağrı skoru ve SF-36 ağrı parametresi başlangıç farkları, grup içi ve gruplar arası değişimi

		İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme	Bağımlı gruplarda t testi	Bağımsız gruplarda t testi
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	p değeri	p değeri
BETY-BQ Ağrı Skoru	Grup 1	10,14 ± 4,4	5,57 ± 2,87	0,002	0,001
	Grup 2	12,86 ± 3,2	11,21 ± 5,08	0,151	
Bağımsız gruplarda t testi	p değeri	0,073			
SF-36 Ağrı Alt Parametresi	Grup 1	53,93 ± 24,9	64,82 ± 18,38	0,05	0,003
	Grup 2	41,43 ± 25,01	39,82 ± 5,84	0,752	
Bağımsız gruplarda t testi	p değeri	0,197			

BETY-BQ: Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire; SF-36: Short Form 36

Sistemik skleroz, ankilozan spondilit ve sistemik lupus eritematozus tanılı bireylerin ağrı ve duygu-durum etkilenimlerinin karşılaştırılması

Muhammet Orkun Tüfekçi¹, Sinan Buran²,
Merve Durmuş Demirtekin¹, Gizem Ayan³, Mustafa Ekici³,
Ali Akdoğan³, Şule Apraş Bilgen³, Edibe Ünal², Sedat Kiraz³

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), ankilozan spondilit (AS), sistemik lupus eritematozus (SLE) kronik, enflamatuvar özellikleriyle çoklu sistem tutulumu ile seyreden romatolojik hastalıklardır. Bu hastalıklara sahip bireylerde sıklıkla ağrı ve duygu durum değişimleri görülmektedir. Çalışmanın amacı SSc, AS ve SLE tanılı bireylerin ağrı ve duygu-durum etkilenimlerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya SSc, AS ve SLE tanılı bireyler dahil edilerek demografik bilgileri kaydedildi. Bireylerin “Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği (BETY-BQ)” ile ağrı ve duygu durum skorları incelendi. Gruplar arası karşılaştırmalar “Kruskal-Wallis H” testi ile analiz edildi. Değişkenlerin ikili karşılaştırmaları post hoc test olan “Mann-Whitney U” testi ile yapıldı. Grup içi ve gruplar arası korelasyon analizinde “Pearson Korelasyon Testi” ve “Spearman Korelasyon Testi” kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada 48 SSc’li (44 kadın; 4 erkek) 58 AS’li (17 kadın; 41 erkek) 54 SLE’li (49 kadın; 5 erkek) toplam 160 birey değerlendirildi. Bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde her grubun yaşları benzerken ($p>0,05$), AS’li bireylerle diğer gruplar arası boy, kilo ve cinsiyet dağılımlarında fark görüldü ($p<0,05$). Gruplar arası BETY-BQ ağrı skorlarında (SSc: 10; AS: 9; SLE: 12) istatistiksel anlamlı fark görülmezken ($p=0,072$); duygu-durum skorları (SSc: 15,50; AS: 10; SLE: 20) arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Gruplar arası ağrı ve duygu-durum karşılaştırmalarında SSc-SLE ($p=0,170$; $p=0,446$) arası fark saptanmazken; AS-SLE ($p=0,023$; $p<0,001$) arası her iki skorda da anlamlı fark bulundu. SSc-AS ($p=0,42$; $p=0,036$) arasında ise sadece duygu-durum skorunda fark görüldü. SSc’li, AS’li ve SLE’li bireylerde grup içi (sırasıyla $r=0,758$, $r=0,705$, $r=0,640$, $p<0,001$) ve gruplar arasında ($r=0,708$, $p<0,001$) korelasyon analizinde yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 1).

Sonuç: Her üç hastalık grubunda bireylerin ağrı ve duygu-durumlarının birbirinden etkilendiği görüldü. AS’li bireylerin duygu-durumları SSc ve SLE tanılı bireylere göre daha az etkilenim gösterdi. AS’li bireylerde erkek katılımcı oranının daha fazla olmasının bu durumu etkilemiş olabileceği düşünüldü. Çalışmanın sonuçları, bu hastalıklarda ağrı ve duygu durum ilişkisinin, diğer değerlendirmelerin yanı sıra dikkatle ele alınması gerekliliği yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ankilozan spondilit, duygu durum, sistemik lupus eritematozus, sistemik skleroz

Tablo 1. Grupların BETY-BQ ağrı ve duygu-durum skorları karşılaştırmaları ve grup içi gruplar arası korelasyon analizi

		Değerlendirme	Kruskal Wallis H	Grupların İkili Karşılaştırılması	Mann Whitney U Test
		Sonucu	Testi		p değeri
		Ortanca (Min-Maks)	p değeri		p değeri
BETY-BQ Ağrı Skoru	SSc’li Bireyler	10 (0-20)	0,072	SSc-AS	0,420
	AS’li Bireyler	9 (0-20)		AS-SLE	0,023
	SLE’li Bireyler	12 (0-20)		SSc-SLE	0,170
BETY-BQ Duygu-Durum Skoru	SSc’li Bireyler	15,50 (1-37)	<0,001	SSc-AS	0,036
	AS’li Bireyler	10 (0-34)		AS-SLE	<0,001
	SLE’li Bireyler	20 (3-34)		SSc-SLE	0,446
		Grup İçi Korelasyon Analizi		Gruplar Arası Korelasyon Analizi	
		r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
BETY-BQ Ağrı ve Duygu-Durum Skoru	SSc’li Bireyler	0,758	<0,001	0,708	<0,001
	AS’li Bireyler	0,705	<0,001		
	SLE’li Bireyler	0,640	<0,001		
BETY-BQ: Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire; SSc: Sistemik Skleroz; AS: Ankilozan Spondilit; SLE: Sistemik Lupus Eritematozus					

Romatizmal hastalıklarda intravenöz immünoglobulin tedavisi: Yeni kurulan bir romatoloji kliniğinin 2 yıllık deneyimi

Gamze Akkuzu, Muhammed Mahsum Yıldız, Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioğlu, Fatih Yıldırım, Rabia Deniz, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Donör plazmalarından elde edilen immünoglobulin; immün yetmezlikler, çeşitli otoimmün/enflamatuvar bozukluklar olmak üzere bir dizi hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Romatoloji pratiğinde intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisine, sıklıkla ağır seyirli, konvansiyonel tedavilere dirençli hastalık tablosu olduğunda veya enfeksiyon varlığında başvurulmaktadır. Bu çalışmamızda yeni kurulmuş olan romatoloji kliniğimizde IVIG tedavisi almış olan hastaları gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ağustos 2020-Temmuz 2022 tarihlerinde kliniğimizde IVIG tedavisi almış olan 27 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 14'ü kadın, ortalama yaş $47 \pm 14,5$ 'ti. Tanılarına bakıldığında 12'sinin enflamatuvar miyopati [10 dermatomyozit (DM), 2 polimiyozit (PM)], 7'sinin ANCA ilişkili vaskülit (AAV), 5'inin sistemik lupus eritematozus (SLE), birinin hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu (HUVS), birinin poliarteritis nodosa (PAN) ve birinin de Sjögren sendromu (SjS) ile ilişkili kriyoglobulinemik vaskülit olduğu görüldü (Tablo 1).

Bulgular: Tüm hastalara parasetamol, metilprednizolon, feniraminle premedikasyon ve %50'sinde prehidrasyon uygulanmıştı. Doz çoğunlukla 0,4 gr/kg/gün'den 5 gün şeklindeydi. Hiçbir hastada allerjik reaksiyon gözlenmemişti. DM tanılı 58 yaşında bir erkek hastada ilk IVIG uygulamasından 5 gün sonra miyokard enfarktüsü gelişti (immobilite nedeniyle profilaktik antikoagülan almaktaydı, IVIG tedavisinde prehidrasyon uygulanmamıştı). Enflamatuvar miyopati tanılı 12 hastanın 10'unda yutma güçlüğü mevcuttu ve bu hastalarda IVIG tedavisinin esas endikasyonu buydu. AAV'lerde IVIG genellikle hipogamaglobunemi nedeniyle verilmişti. Bir hastaya sık enfeksiyon ve yetersiz hastalık kontrolü, başka birine de hastalık alevlenmesi nedeniyle verilmişti. SLE hastalarından 2'si rituksimab öncesi hipogamaglobulinemi nedeniyle ve biri tranvers miyelit nedeniyle IVIG almışlardı. Bir diğer hastaya enfeksiyon/makrofaj aktivasyon sendromu düşünülerek ve bir diğerine de yine enfeksiyon nedeniyle immünoşüpresif tedavisine devam edilemediği dönemlerde IVIG uygulanmıştı. HUVS tanılı hastaya immünoşüpresif tedaviyle yetersiz hastalık kontrolü nedeniyle, SjS/kriyoglobulinemik vaskülit tanılı hastaya da CMV koliti ve hemolitik anemi nedeniyle IVIG verilmişti.

Sonuç: IVIG, romatizmal hastalıklarda çeşitli potansiyel anti-enflamatuvar ve immünomodülatör etkileriyle enflamatuvar/otoimmün süreçlerin baskılanması amacıyla verilmektedir. Etki mekanizması, tedavinin etkinliği konusunda net fikir birliği bulunmamaktadır. Tedavi kararı verilirken endikasyonun doğru konulması, yüksek maliyetinin dikkate alınması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İntravenöz immünoglobulin, hipogamaglobunemi, otoimmün romatizmal hastalıklar

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri, IVIG tedavi endikasyon ve süreleri

Hasta	Yaş/Cinsiyet	Tanı	Tanı zamanı	Tedavi	Komorbidite	IgG düzeyi (g/L)	Toplam siklus	Siklus aralığı
1.	41/E	PM	2020	2022de mtx'den mmf'e geçildi	Yok		8	1 ay
2.	42/K	DM	2021		Nazofarenks CA		1	
3.	49/K	DM	2018	mtx, rtx, mmf, 2020de tofa, 2021de abatacept ve son olarak siklosporin ile devam edilmekte	yok		6	1 ay
4.	72/K	DM	2019	mmf	HT, AF		5	1 ay
5.	57/E	DM	2021	mtx	epilepsi		6	1 ay
6.	61/E	PM	2014	2021'de mtx'den mmf'e geçildi	Diyabet, HT, KAH		6	1 ay
7.	72/E	DM	2021	Aza ile başlanıp mmf'e geçildi	Diyabet, HT		6	1 ay
8.	58/K	DM	2021		Over CA		3	1 ay
9.	31/E	DM	2021	Mtx ile başlanıp rtx verildi	Yok		3	1 ay
10.	55/K	DM	2021	mtx	HT		3	1 ay
11.	26/E	DM	2022	mtx	Kronik HBV		1	
12.	58/E	DM	2022	Mmf (tek doz mtx ile pansitopeni)	Yok		3	1 ay
13.	40/E	GPA	2019	Siklofosfamid/rtx	Yok	4,6-5,3-5,5	3	6 ay
14.	35/E	GPA	2018	Siklofosfamid/rtx	Yok	4,7-4,3-4,5	3	6 ay
15.	54/E	GPA	2019	Siklofosfamid/rtx	Yok	5,6	1	
16.	67/K	MPA	2005	Siklofosfamid/rtx	HT	5,2	1	
17.	60/K	PAN	2020	Siklofosfamid/aza	Diyabet, HT		3	1 ay
18.	34/E	GPA	2022	Pulse/siklofosfamid/plazmaferez/ivig ardından rtx idame	yok		3	1 ay
19.	64/E	GPA	2022	Siklofosfamid/rtx	Diyabet		1	
20.	40/K	GPA	2022	Siklofosfamid/rtx	Yok		2	1 ay
21.	24/K	SLE/APS	2011	Mmf, rtx	Yok	2-3,8-<1,9	3	6 ay
22.	28/K	SLE	2014	Siklofosfamid/mmf+rtx	Avasküler nekroz	5,1-4,6	2	6 ay
23.	50/K	SLE (transvers miyelit)	2021	Siklofosfamid/mmf	Yok		6	1 ay
24.	48/K	SLE (visseral leishmaniazis)	2001	mmf	Yok		1	
25.	46/K	SLE	2022	Tek doz siklofosfamid sonrasında mmf	Avasküler nekroz		2	3 ay
26.	21/E	HUVS/SLE	2019	Mtx/mmf/siklosporin+rtx/aza+rtx	Yok		1	
27.	45/K	Sjs (kriyoglobulinemik vaskülit)	2012	Mtx/mmf/rtx	Yok	2,9	2	1 ay

mtx: metotreksat, mmf: mikofenolat mofetil, rtx:rituksimab, tofa: tofacitinib, aza: azatioprin, HT: hipertansiyon, AF: atriyal fibrilasyon, KAH: koroner arter hastalığı, HBV: hepatit B virüsü

Biyolojik tedavi alan romatoid artrit ve spondiloartrit hasta kohortunda paradoksal psoriasis gelişimi ve etki eden faktörler: TReasure veri tabanından 5 yıllık takip çalışması

Burcu Yağız¹, Nihal Lermi¹, Belkıs Nihan Coşkun¹, Ediz Dalkılıç¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Emre Bilgin², Recep Yılmaz³, Aşkın Ateş³, Abdurrahman Tufan⁴, Rıdvan Mercan⁵, Haluk Cinaklı⁶, Servet Akar⁶, Nazife Şule Yaşar Bilge⁷, Timuçin Kaşifoğlu⁷, Sümeyye Aygan⁸, Emel Öрге Gönüllü⁸, Abdulsamet Erden⁹, Cemal Bes¹⁰, Hakan Emmungil¹¹, Umut Kalyoncu², Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

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

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

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

⁵Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

⁶İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

⁸Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

¹¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

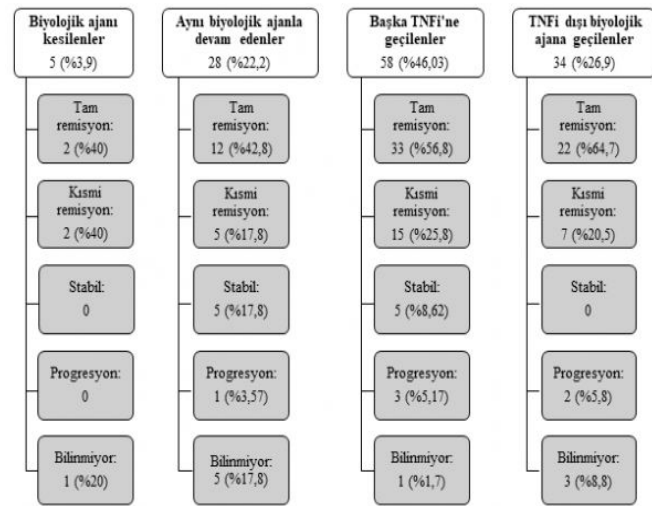
Amaç: Paradoksal reaksiyonlar (PR), biyolojik tedavi sırasında ortaya çıkan ve normalde bu ajanlar ile tedavi edilen patolojik durumlardır. Tümör nekroz faktör inhibitörü (TNFi) ilişkili psoriasis paradoksal deri reaksiyonlarının prototipidir. On beş yılı aşkın tecrübeye rağmen paradoksal psoriasisle (PP) ilgili bilgilerimiz yetersizdir. Bu çalışmada, PP'nin klinik özelliklerini, predikte eden faktörleri ve tedavi yaklaşımlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: TReasure, biyolojik tedavi alan romatoid artrit (RA) ve spondiloartrit (SpA) hastalarına ait bilgilerin 2017'den beri kaydedildiği çok merkezli, web tabanlı kayıt kütüğüdür. Predikte eden faktörleri belirlemek için kohort içinden hastalarla yaş, cinsiyet, kullandıkları biyolojik ajan ve süre açısından benzer özellikleri olan kontrol grubu seçildi.

Bulgular: İki bin sekiz yüz altmış yedi RA ve 5316 SpA hastası değerlendirildi. Yüz otuz altı hastada (%1,66) PR gelişti (%28,6 RA ve %71,3 SpA). Hastaların %64'ü kadındı. Ortalama yaş 46±11 yıldır (Tablo 1). Hastaların %60'unda ilk biyolojik ajanla PR gelişti. Biyolojik başlangıcı PR arası ortalama süre 12 aydı (1-132). PR'lerin %92,6'sını PP oluşturmaktaydı ve psoriasis aile öyküsü hastaların %7,9'unda vardı. Püstüler (%60,3) ve palmoplantar (%30,9) psoriasis en sık gözlenen fenotiplerdi. PP sırasında en sık kullanılan ajanlar adalimumab (%30,9), infliksimab (%19) ve etanersept (%17,4). PP tedavisinde hastaların %73,2'sinde biyolojik ajanların değiştirildiği gözlemlendi; %46,03'ünde TNFi ve %26,9'unda TNFi dışı ajanlar seçildi (Şekil 1). Sırasıyla etanersept (%24,6), sekukinumab (%9,5) ve adalimumab (%8,7) en sık seçilen ajanlardı. Başka TNFi'üne geçen hastaların sadece %5,17'sinde progresyon izlendi. Tedavi yönteminden bağımsız hastaların %54,5'inde tam remisyona ulaşıldı. RA'lı PP hastalarında sülfasalazin, hidroklorokin ve leflunomid kullanımı için odds oranları kontrollere göre anlamlı olarak yüksekti (OR=0,156, OR=0,151, OR=0,132). SpA'lı PP grubunda ise sigara içenlerin sayısı fazlaydı (p=0,003, OR: 2,006, %95 GA: 1,055-3,813).

Sonuç: Çalışmamızda TNFi ilişkili PP en sık gözlenen PR olup hastaların çoğunda kullandıkları ilk biyolojik ajanla gelişti. SpA hastalarında sigaranın PP için bağımsız risk faktörü olduğu görüldü. Eşlik eden immünoşüpresiflerin RA hastalarında PP riskini azalttığı izlendi. Sınıf etkisinin aksine, başka bir TNFi'ne geçilen hastaların yanıtı iyiydi.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, paradoksal reaksiyonlar, psoriasis, prediktörler, tümör nekroz faktör inhibitörleri



Şekil 1. Paradoksal psoriasis hastalarının tedavi yönetimi ve sonuçları

Tablo 1. Paradoksal reaksiyon gelişen hastaların demografik ve klinik özellikleri (n=136)

Değişkenler	N	Hastalar (N/%; Ortalama +/- SS; Ortanca (min-maks))
Paradoksal reaksiyon (PR)		126 (92,6)
Psoriasis		6 (4,4)
Üveit	136	2 (1,4)
Sarkoidoz		1 (0,7)
Enflamatuvar barsak hastalığı		1 (0,7)
Vaskülit		
Primer Hastalık		
Romatoid artrit (RA)	136	39 (28,6)
Spondiloartrit (SpA)		97 (71,3)
Cinsiyet		
Kadın/ Erkek	136	87 (63,9)/49 (36)
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (kg/m ²)	123	28±5/27,8 (17,3-49,7)
Sigara		
Aktif		61 (44,8)
Hiç içmemiş	136	54 (39,7)
Bırakmış		14 (10,2)
Bilinmiyor		7 (5,1)
Yaş (yıl)	136	46±11/45 (19-80)
Hastalık süresi (ay)	131	144±91/132 (11-408)
Biyojik başlangıcı-PR arası süre (ay)	120	21±24/12 (1-132)
Paradoksal psoriasis (PP) tipi		
Püstüler		76 (60,3)
Plak		32 (25,3)
Guttat	126	-
Difüz		-
İnvers		-
Bilinmiyor		18 (14,2)
PP Lezyon Dağılımı		
Tek bölge	126	41 (32,5)
Birden fazla bölge		76 (60,3)
Bilinmiyor		9 (7,1)
Psoriasis aile öyküsü	126	10 (7,9)
Kutanöz biyopsi varlığı	126	36 (28,5)
PR esnasında kullanılan biyojik ajan*		
Adalimumab		41 (30,1)
Etanersept		28 (20,5)
İnfliksımab		25 (18,3)
Sertolizumab	136	20 (14,7)
Golimumab		10 (7,3)
Abatasept		6 (4,4)
Ritüksımab		4 (2,9)
Sekukinumab		2 (1,4)
PR oluşana kadar kullanılan biyojik ajan sayısı		
1	136	1 (1-6)
≥2		82 (%59,9)
Bilinmiyor		48 (%34,9)
		6 (%4,4)
PR sonrasında geçilen biyojik ajan**		
Etanersept		31 (22,7)
Adalimumab		15 (11)
Sekukinumab		12 (8,8)
Sertolizumab		9 (6,6)
İnfliksımab		7 (5,1)
Golimumab		4 (2,9)
Ustekinumab	102	4 (2,9)
Tofasitinib		9 (6,6)
Tosilizumab		5 (3,6)
Ritüksımab		2 (1,4)
Abatasept		1 (0,7)
Anakinra		1 (0,7)
Bilinmiyor		2 (1,4)

*PP esnasında kullanılan ilk üç biyojik ajan: Adalimumab (%30,9), infliksımab (%19) ve etanersept (%17,4) **PP sonrasında geçilen ilk üç biyojik ajan: Etanersept (%24,6), sekukinumab (%9,5) ve adalimumab (%8,7) ***Biyojik ajani kesilen ve aynı biyojik ajanla devam edilen hastalar çıkarılmıştır

Rituksimab kullanılan romatizmal hastalıklarda COVID-19 seyri: Tek merkez verileri

Ayşenur Yalçıntaş Kanbur, Çağdaş Şahap Oygür, Berivan Bitik, Ahmet Eftal Yücel

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Aralık 2019'da ilk olarak Çin'de ortaya çıkan ve kısa sürede pandemi haline gelen COVID-19 enfeksiyonu halen dünyayı etkileyen bir sorundur. 15 Ağustos 2022 tarihi itibarıyla dünya sağlık örgütü verilerine göre 587,396.589 kişiyi etkilemiş, 6,428.661 ölümlü sonuçlanmıştır. Pandeminin ilk dönemlerinde romatolojik hastalıkları nedeniyle immünoşüpresif tedavi alan hastalarda tedavi planının nasıl olması gerektiği net değildi. Hastalık ile ilgili veriler arttıkça romatoloji cemiyetleri tarafından bu döneme özel tedavi önerileri yayınlandı. Yine yapılan çalışmalarda romatolojide kullanılan tedavilerin hastalık seyrine olumlu etkileri olduğuna dair veriler elde edildi. Bu çalışma ile kliniğimizde çeşitli romatizmal hastalıkları nedeniyle rituksimab tedavisi alan hastaların COVID-19 geçirme durumları ve prognozlarını incelemeyi hedefledik.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Mart 2019-Şubat 2022 yılları arasında herhangi bir romatizmal hastalığı için rituksimab kullanan 71 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, klinik ve tedavi verileri değerlendirildi. COVID-19 tanısı hastalarımıza nazofarengeal sürüntü örneğinin polimeraz zincir reaksiyonu ile değerlendirilmesi ve klinik bulgularıyla konuldu.

Bulgular: Romatizmal hastalığı nedeniyle rituksimab alan 71 hastanın 20'si (%28,2) erkek, 51'i (%71,8) kadındı. COVID-19 enfeksiyonunu 21 hasta geçirmişti. Hastaların yaş ortalaması COVID-19 geçirmeyenlerde 57,9, COVID-19 geçirenlerde 55,5 olarak saptandı. Rituksimab ile tedavi süresi hastalığı geçirmeyenlerde 28 ay, COVID-19 olanlarda 43 ay olarak saptandı. Bir kadın, 3 erkek hasta COVID-19 nedeniyle vefat etmişti. Yirmi bir hastadan 11 hastada (%15,5) akciğer tutulumu saptandı, bu hastalardan 8'inin hastane yatışı gerekti (Tablo 2). COVID-19 enfeksiyonu geçiren ve geçirmeyen hastalarda IgG düzeyi açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. COVID-19 enfeksiyonuyla ilgili korelasyon değerlendirmesi Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Bu retrospektif çalışmada hastaların rituksimab tedavisinden önemli ölçüde etkilenmediğini görüyoruz. COVID-19 tedavisi için kılavuz olarak yeterli kanıt bulunana kadar rituksimabın başlatılması konusunda dikkatli olunması, hastalara aşı yaptırılmalarını ve enfeksiyon kontrolünün temel ilkelerine bağlı kalmalarını, rituksimab tedavisi alan hastaların gelişebilecek semptomlar konusunda bilgilendirilmeleri ve eğer klinik olarak mümkünse tedavi aralığını uzatmayı öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, romatizmal hastalıklar, rituksimab

Tablo 1. Korelasyonlar

Değişkenler	Korelasyon katsayısı	p-değeri
Rtx tedavi süresi-COVID geçirme durumu	0,235	0,048*
Rtx tedavi süresi-akciğer tutulumu	0,294	0,013*
Rtx tedavi süresi-hastaneye yatış	0,193	0,106
Rtx dozu-COVID geçirme durumu	0,781	<0,001*

* İşareti istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir

Tablo 2.

Değişkenler	COVID + (n=21)
Akciğer tutulumu (var, %)	11 (%15,5)
Hastaneye yatış (var, %)	8 (%11,3)

PP-150

Romatolojik hastalıklarda episklerit/sklerit

Selda Çelik¹, Muhammet Emin Kutu¹, Burçak Karadeniz¹, Yıldız Engin¹, Mehmet Soy²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi; Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Episklerit ve sklerit, gözün en dış tabakasındaki kronik enflamasyonu tanımlar ve sıklıkla romatolojik hastalığın oküler komplikasyonları olarak ortaya çıkar. Episklerit genellikle hafif, kendi kendini sınırlarken, sklerit sıklıkla ağrılı ve görmeyi tehdit eden komplikasyonlara sahip olduğundan bunları ayırt etmek önemlidir. Nekrotizan sklerit, başta granülomatöz polianjiitis olmak üzere vaskülitlerle ilişkili bir alt grubudur ve tedavi edilmezse göz küresi bütünlüğünü bozabilecek bir oküler acildir.

Yöntem: Burada çeşitli nedenlerle romatoloji polikliniğinde episklerit/sklerit tanısı nedeni ile görülmüş olan 21 hastanın klinik özellikleri ve altta yatan hastalıkları incelenmiştir.

Bulgular: Kadın;14, E; 7; Yaş: 45,05±15,73 (19-82) Episklerit: 14; Sklerit:1; Episklerit + Sklerit: 6 Altta yatan hastalıklar: İdiyopatik: 6; Romatoid artrit: 4; Spondiloartrit: 4; Nekrotizan vaskülit: 4; Diğer: 3. Hastaların tedavileri göz hekimleri ile iş birliği içinde yapılmıştır. Takiplerdeki önemli bir sorun göz hekimlerinden gelen hastaların bulgularının genel olarak detaylı yazılmamış olduğu ve bulguların türü hakkında episklerit gönderilmediği görülmüş ve ancak uzun uğraşlar sonucu hastaların göz verileri elde edilebilmiştir. Episklerit lokal tedavilere yanıtı iken, Sklerit tedavisi altta yatan hastalığın tedavisine bağlı olarak immünoşüpresif tedavilere ihtiyaç duymuştur. Nekroz ya da skleral perforasyon gibi bir komplikasyon gelişen hastamız olmamıştır.

Sonuç: Sklerit/episklerit romatolojik hastalıklara eşlik edebilen ve bir kısmı acil tedavi gerektiren göz hastalıklarıdır. Ağrılı-kızarıklık göz yakınma ve bulguları olan hastalar bu açıdan değerlendirilmek üzere göz hekimine göndermelidir. Romatolog ve göz hekimlerinin bu konuda sıkı iş birliğinde olması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Episklerit, sklerit, romatolojik hastalıklar

BNT162b2 aşısı sonrası gelişen ASIA sendromlu 10 olgu; farklı bir romatoid artrit fenotipi mümkün mü?

Mete Pekdiker, Gezmiş Kimyon

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Amaç: ASIA sendromu (adjuvanlarla indüklenen otoimmün/enflamatuvar sendrom) ilk kez 2011 yılında tanımlanmıştır ve en sık etiyolojik faktör aşılardır. COVID-19 pandemisi iki yılı aşkın süredir dünyayı etkilemekte olup pandemiye karşı aşılama çalışmaları yaygın bir şekilde sürmektedir. Çalışmamızda, BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) aşısından sonra erken dönemde başlayan romatoid artrit (RA) olgularının özelliklerini inceleyerek klasik RA'dan farklı yönlerini ortaya çıkarmayı amaçladık.

Yöntem: Temmuz 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasındaki bir yıllık dönemde kliniğimizde RA tanısı almış olgular elektronik dosya üzerinden retrospektif olarak tarandı. Tanı öncesinde son üç ay içerisinde BNT162b2 aşısı olan, aşı öncesinde herhangi bir romatolojik hastalığı veya semptomu olmayan, 18 yaşından büyük ve düzenli takip edilen olgular çalışmaya dahil edildi. Demografik, laboratuvar, klinik ve tedavi verileri not edildi.

Bulgular: Toplam 10 olgu çalışmaya alındı. Medyan yaş 54,5, erkek/kadın oranı 2/3, sigara öyküsü %90, romatoid faktör (RF) pozitifliği 6/10, anti-CCP pozitifliği 6/10 ve el radyografisinde destrüktif bulgu 10/10 idi. Başlangıç medyan eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, RF ve anti-CCP değerleri sırasıyla 20,5 mm/h, 27,5 mg/L, 24,5 IU/mL, and 83,5 U/mL idi. Medyan inkübasyon süresi yedi gün, akut başlangıç 7/10, intermittan artritik seyir 4/10, el eklemlerinde başlangıç 3/10, medyan tanı gecikme süresi üç ay ve biyolojik tedavi kullanımı 1/10 idi. Başlangıç demografik

ve klinik verileri Tablo 1'de, başlangıç laboratuvar ve son tedavi verileri Tablo 2'de verilmiştir.

Sonuç: Olgularımızın klasik RA olgularından belirgin farklılıkları tespit edilmiştir; birincisi, radyografide hızlı destrüktif seyirdir ve klasik olgularda bu oran ilk üç ayda %25'tir; ikincisi, klasik RA'nın sinsi başlangıcından farklı olarak akut olarak başlayabilmektedir; üçüncüsü ise olgularımızdaki başlangıç eklemlerinin genellikle el küçük eklemleri olmamasıdır. Dünya genelinde COVID-19 aşı dozu 12 milyarı geçmiş olup hem BNT162b2 hem de diğer COVID-19 aşılı ile indüklenen romatolojik ve non-romatolojik immün-aracılı hastalıklar rapor edilmiştir. Farklı branşlardaki tüm klinisyenin bu yoğun aşılama döneminde ASIA sendromunu akılda bulundurması gereklidir. Olgularımız literatürde COVID-19 aşılı sonrasında radyolojik destrüktif bulguların eşlik ettiği ilk RA olgularıdır.

Anahtar Kelimeler: ASIA sendromu, COVID-19 aşılı, romatoid artrit



Sekil 1. Olgu 4'ün el radyografisi
Patolojik bulgular kırmızı ok ile gösterilmiştir

Tablo 1. Başlangıçtaki demografik ve klinik verileri

Olgu numarası	Yaş	Cinsiyet	Sigara öyküsü	Komorbidite	Romatizmal aile öyküsü	RA'yı indükleyen aşı dozu	İnkübasyon süresi (gün)	Artrit başlangıcı	Artrit seyri	İlk etkilenen eklem
1	42	Kadın	Var	Yok	Sjogren sendromu (anne)	1	7	Akut	Persistan	TM
2	54	Erkek	Var	Yok	Yok	3	5	Akut	Persistan	PİF
3	52	Kadın	Var	Yok	Yok	3	7	Subaküt	İntermitan	Omuz
4	49	Kadın	Var	Astım	Yok	2	7	Akut	Persistan	Diz
5	57	Kadın	Var	DM, HT, KAH	Yok	3	7	Akut	Persistan	Omuz
6	57	Erkek	Var	DM, HT	Yok	3	60	Akut	İntermitan	TM
7	44	Erkek	Var	DM	Yok	1	5	Akut	İntermitan	Diz
8	74	Kadın	Var	DM	Yok	3	60	Subaküt	İntermitan	El bileği
9	71	Kadın	Yok	DM, HT	Yok	3	30	Subaküt	Persistan	Dirsek
10	73	Erkek	Var	HT	Yok	1	3	Akut	Persistan	MKF

DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, TM: Temporomandibular, PİF: Proksimal interfalangeal, MKF: Metakarpofalangeal

Tablo 2. Başlangıç laboratuvar ve son tedavi verileri

Olgu numarası	ESH (mm/saat)	CRP (mg/L)	RF (IU/mL)	Anti-CCP (U/mL)	Radyografik bulgular	Tanı gecikme süresi (ay)	Son tedavi rejimi
1	56	45	72	>200	Bilateral 4.MKF ve sol 5.KMK erozyon	1	MTX+LEF+KS
2	24	24	175	>200	Bilateral 5.MKF, sağ 2.PIF ve 3.MKF erozyon	3	MTX
3	5	1	Negatif	Negatif	Sol 1, 2, 3.MKF ve sağ 2.KMK EAD; sol 1. ve 3.MKF erozyon	2	MTX+KS
4	75	40	23	>200	Sol styloid proses, 3,4. MKF ve sağ styloid proses erozyon	5	MTX+RTX
5	17	5	198	70	Bilateral 1.MKF EAD; sağ 2.PIF erozyon	4	MTX+KS
6	17	9	35	10	Bilateral 3-5. KMK EAD; sol styloid proses ve 2.MKF erozyon	3	MTX+HQ
7	57	30	26	Negatif	Bilateral İK ve KMK EAD; sol 1.MKF ve sağ 2.MKF erozyon	4	MTX+KS
8	12	25	Negatif	97	Sol 2-3.MKF ve sağ 4.MKF erozyon	5	LEF+HQ
9	11	2	Negatif	Negatif	Sol 1.MKF EAD; yaygın periartiküler osteoporoz	3	LEF+HQ
10	41	33	Negatif	Negatif	Bilateral 2-4.PIF EAD; yaygın periartiküler osteoporoz	11	LEF+KS

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, RF: Romatoid faktör, Anti-CCP: Siklik sütrüline peptite karşı antikor, MTX: Metotreksat, LEF: Leflunomid, HQ: Hidroksiklorokin, KS: Düşük doz kortikosteroid (prednizolon <7.5 mg/gün), RTX: Rituksimab, EAD: Eklem aralığı daralması, MKF: Metakarpofalangeal eklem, PIF: Proksimal interfalangeal eklem, KMK: Karpometakarpal eklem, İK: Interkarpal eklem

PP-152**Jüvenil psoriatik artrit tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri: Çok merkezli retrospektif PeRA araştırma grubu verileri**

Şerife Gül Karadağ¹, Taner Coşkun², Fatma Gül Demirkan³, Hafize Emine Sönmez⁴, Semanur Özdel⁵, Mustafa Çakan², Gülçin Otar Yener⁶, Kübra Öztürk⁷, Ferhat Demir², Betül Sözeri², Nuray Aktay Ayaz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Ankara

⁶Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa

⁷İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Jüvenil psoriatik artrit (JPsA), jüvenil idiyopatik artrit (JIA) yedi alt tipinden biri olup JIA hastalarının %3-5'ini oluşturmaktadır. JPsA'nın klinik heterojenitesini, demografik, klinik ve tedavi farklılıklarını değerlendirmek üzere 7 farklı merkezde takipli hastaların incelenmesi planlandı.

Yöntem: Çalışmaya 2010-2020 yılları arasında ILAR sınıflama kriterlerine göre Türkiye'deki 7 farklı merkezde JPsA tanısı almış

en az 6 ay süre ile ve düzenli takip edilen hastalar alınmıştır. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenip, demografik, klinik ve tedavi özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: JPsA tanısı almış ortanca tanı yaşı: 12,1 (1,5-16 yıl) olan 46 (%52,9) kız, 41 (%47,1) erkek olmak üzere 87 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 57'sinde (%65,5) tanı anında psöriasis varken, 10 (%11,5) hastada deri lezyonları JPsA tanısından sonra gelişti. Birinci derece akrabalarında psöriasis öyküsü olan 32 (%36,8) hasta varken, sadece ailede psöriasis öyküsü olması nedeniyle JPsA tanısı alan 20 (%23) hasta mevcuttu. Daktilit 30 (%34,5), enflamatuvar karakterde bel ağrısı 20 (%23), entezit 20 (%23) ve topuk ağrısı 18 (%20,7) hastada mevcuttu. Küçük eklem tutulumu 36 (%41,4) hastada, aksiyel tutulum ise 14 (%16,1) hastada gözlemlendi. Dört (%4,5) hastada izlem sürecinde üveit gelişti. Anti nükleer antikor (ANA) 35 (%40,2) hastada, HLA-B27, 4 (%4,6) hastada pozitif. Üveit gelişen bütün hastaların ANA testleri pozitif. Metotreksat (%87,4) ve sülfasalazin (%22,6) en sık tercih edilen konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar olurken (DMARD), konvansiyel tedaviye yanıtız 36 hastaya biyolojik DMARD tedavi başlandı. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve hastalık aktivite özellikleri Tablo 1 ve 2'de verilmiştir.

Sonuç: Asimetrik eklem tutulumu olması, erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı yaş gruplarında farklı klinik tablo oluşturması, hastaların önemli bir kısmında psoriatik deri lezyonlarından önce artrit gelişmesi gibi nedenlerle JPsA sınıflandırmasında zorluklar olabilmektedir. Literatürde JPsA'ya diğer JIA gruplarından ayrıcalıklı odaklanan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada çok merkezli hasta verileri ile JPsA'nın klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Jüvenil idiyopatik artrit, psöriasis, psoriatik artrit

Tablo 1. Juvenil psoriasis hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Demografik özellikler (n=87)	n (%)
Tanı yaşı, ortalama ± SS	11,09±4,54
Tanı yaşı, ortanca (min-maks)	12,1 (1,5-16) yıl
Kız	46 (52,9)
Erkek	41 (47,1)
Psöriasis (tanı anında)	57 (65,5)
Artrit gelişikten sonra deri bulgusu	10 (11,5)
1. derece akraba psöriasis	32 (36,8)
Klinik özellikler (n=87)	n (%)
Sabah tutukluğu	47 (54)
Bel ağrısı	20 (23)
Topuk ağrısı	18 (20,7)
Entezit	20 (23)
Sakroiliit (MR kanıtlı)	14 (16,1)
Aksiyel tutulum	14 (16,1)
Küçük eklem tutulumu	36 (41,4)
Tırnakta pitting/onikolizis	28 (32,2)
Daktilit	30 (34,5)
Üveit	4 (4,5)

Tablo 2. Tanı anı, 6. ay ve son kontroldeki laboratuvar ve hastalık aktivite özelliklerinin karşılaştırılması

	Tanı anında	6. ay	Son kontrol	Tanıda vs 6. ayda (P değerleri)	Tanıda vs. son kontrolde (P değerleri)
Lökosit sayısı (x10 ⁹ /mm ³)	9500 (5300-12100)	9100 (5300-9300)	6400 (4600-8500)	0,006	0,005
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/saat)	12,5 (5-99)	5 (2-18)	1 (2-10)	<0,001	<0,001
C-reaktif protein (mg/dL)	1,5 (1-45)	5 (1-11)	0 (1-5)	0,425	0,01
Hasta/aile, görsel skalası (GAS) (0-10 cm)	6,5 (4-8)	4 (3-6)	0 (0-2)	<0,001	<0,001
Doktor GAS	5 (4-8)	4 (3-6)	0 (0-2)	<0,001	<0,001
Juvenil artrit hastalık aktivite skoru 71 (JADAS71)	13 (10-25)	4,9 (0-41)	0 (0-6)	<0,001	<0,001

PP-153**Juvenil idiyopatik artritli çocuk ve adölesanlarda denge üzerinde propriosepsiyon ve kas kuvvetinin rolü: Karşılaştırmalı çalışma**Merve Mali¹, Bilge Başakçı Çalık¹, Elif Gür Kabul², Selçuk Yüksel³¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli²Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Çalışmamız, juvenil idiyopatik artritli (JİA) çocuk/adölesanlarda denge üzerine propriosepsiyon ve kas kuvvetinin etkisini değerlendirmek ve bu parametreler açısından sağlıklı kontroller ile karşılaştırmayı amaçladı.

Yöntem: Çalışmaya 35 JİA'lı (yaş ortalaması=13,37±2,74 yıl) ve 35 sağlıklı (yaş ortalaması=12,14±3,53 yıl) çocuk/adölesan katıldı. Tüm çocuk/adölesanların denge değerlendirmeleri (statik denge, reaksiyon tepki ve ulaşma süreleri) Sensamove Sensbalance denge tahtası ile, eklem propriosepsiyonu elektronik gonyometre ile (15°, 30°, 45°, 60°) bilateral olarak alt ekstremitte kas kuvvetleri manuel kas testi cihazı ile değerlendirildi.

Bulgular: JİA'lı çocuk/adölesanların denge ile propriosepsiyon ilişkisinde sadece sağ dizde 30° açıda statik denge skoru pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdi (p=0,027). Sağlıklı çocuklarda ise; denge ile propriosepsiyon ilişkisinin 15°, 45°, 60° açılarda statik denge ve reaksiyon tepki süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü (p<0,05). JİA'lı çocuk/adölesanların, denge ile kas kuvveti arasındaki ilişki; statik denge skorunun bilateral kalça fleksiyon, sol kalça ekstansiyon, bilateral diz fleksiyon kuvvetler ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi (p<0,05); reaksiyon testi tepki süresi ile sol diz ekstansiyon, plantar fleksiyon ve dorsi fleksiyon kas kuvvetleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkisi (p<0,05) vardı. Sağlıklı çocuk/adölesanların, denge ile kas kuvveti arasındaki ilişki; reaksiyon testi varış süresi ile bilateral kalça abduksiyon, sağ taraf kalça adduksiyon kuvvetleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardı (p<0,05). Karşılaştırmalı analizlerin sonucunda; denge testine göre reaksiyon tepki süresi ve ulaşma süresi sağlıklı çocuk/adölesanlar lehine anlamlı iken (p<0,001), diğer denge parametreleri benzerdi (p>0,05). Her iki dizdeki propriosepsiyon sonuçları (15° sol diz hariç) tüm açılarda, sağlıklı çocuk/adölesanlar lehine anlamlı idi (p>0,001). Kas kuvveti açısından ise, bilateral kalça fleksör kas kuvveti sağlıklı çocuk/adölesanlar lehine anlamlı iken (p<0,001); diğer kas kuvveti değerleri birbirine benzerdi (p>0,05).

Sonuç: JİA'lı çocuk/adölesanların denge fonksiyonlarının ve propriosepsiyon duyularının sağlıklı akranlarından yetersiz olduğu; dengedeki yetersizliğin propriosepsiyon ve kas kuvvetinde azalma ile ilişkili olduğu sonuçlarına dayanarak; kas kuvvetinin artırılması ve propriosepsiyona yönelik duyu eğitiminin rehabilitasyon programlarına dahil edilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyopatik artrit, denge, propriosepsiyon

Sistemik juvenil idiyopatik artrit tedavisinde kortikosteroid ve biyolojik ajanların yeri

Seher Şener, Ezgi Deniz Batu, Halide Özge Başaran, Yelda Bilginer, Seza Özen

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

Amaç: Bu çalışmada, sistemik juvenil idiyopatik artrit (sJİA) tanılı hastalarda tedavi yaklaşımlarımızı, tedavi sürecini ve hastalık sonlanımlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2005-2022 yılları arasında merkezimizde sJİA ile takipli hastaların tedavi seçenekleri, tedavi süreleri, tedavi cevapları, tedavi yan etkileri ve sonlanımları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yüz otuz sekiz sJİA (%47,5'i kız) hastası çalışmaya alındı (Tablo 1). Hastaların ortalama tanı yaşı 6,7±4,9 yılı. Tüm hastalar, hastalık başlangıcında kortikosteroidler ile tedavi edilirken, %58'inde non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), %84,8'inde ise hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (DMARD) kullanıldı. Hastaların %42'si kortikosteroid ve/veya DMARD ile remisyona ulaştı, ancak diğer hastalar (%58) tedavide en az bir biyolojik ajana ihtiyaç duydu. Kortikosteroidlerin ortanca kesilme süresi 11 (0,5-194) aydı ve hastaların %62,5'inde tedavinin birinci yılında kesilebildiler. Hastalarda biyolojik ajan tedavisine ortanca geçiş süresi ise 3 (1-148) aydı. Anakinra en yaygın kullanılan biyolojik ajandı (%52,9) ve özellikle persistan enflamasyonu olan veya makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ile prezente olan hastalarda tercih edildi. Kanakinumab hastaların %21'inde kullanılırken, tosilizumab (%21) ise hastalık seyri poliartiküler eklem tutulumu ile giden olgularda tercih edildi. Hastalık, hastaların %34,8'inde monosiklik, %23,9'unda polisiklik ve %41,3'ünde persistan seyir gösterdi. Uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı, hastaların %16,7'sinde cushingoid görünüm/obezite, %13,8'inde boy kısalığı, %8,6'sında osteoporoz ve %1,4'ünde katarakt gelişti. Tedavi sonunda, hastaların %90,3'ünde Amerikan Romatoloji Akademisi (ACR) pedi 90 yanıtı, %67,9'unda ise ACR pedi 100 yanıtı alındı. Hastaların %71,7'sinde tam, %25,4'ünde kısmi remisyon elde edildi. MAS ile prezente olan dört hastada ise hastalık ölümle sonuçlandı.

Sonuç: Sistemik JİA hastalarımızın tedavisinde, devam eden sistemik enflamasyonu veya MAS durumunda anti-interlökin (IL)-1 ilaçlar; poliartiküler seyirli hastalarda ise anti-IL-6 ajanlar genellikle tercih edilmiştir. Tedavide kortikosteroidler de oldukça etkindir ancak uzun süreli kullanımda birtakım yan etkiler görülmektedir. Son 10 yılda biyolojik ajanların tedavide kullanılması konusunda deneyim arttıkça ve etkinlikleri göz önüne alındığında ilk basamak tedavide de tercih edilebilirler.

Anahtar Kelimeler: Sistemik juvenil idiyopatik artrit, kortikosteroid, anakinra, kanakinumab, tosilizumab

Tablo 1. Sistemik juvenil idiyopatik artritli hastaların özellikleri

Hasta sayısı, n	138
Tanı yaşı, yıl, ortalama ± SS	6,7±4,9
Cinsiyet, kız, n (%)	63 (45,7)
Klinik bulgular, n (%)	
Ateş	138 (100)
Döküntü	91 (65,9)
Artrit	84 (60,9)
Lenfadenopati	66 (47,8)
Hepatomegali/splenomegali	42 (30,4)
Serozit	15 (10,9)
MAS	50 (36,2)
Laboratuvar bulguları, ortalama ± SS	
Hemoglobin, gr/dL	10,1±1,6
Lökosit, x10 ³ /mm ³	15,1±8,6
Trombosit, x10 ³ /mm ³	419±198
C-reaktif protein, mg/dL	13,7±5,2
Sedimentasyon, mm/saat	53,1±32,4
Ferritin	2004±4213
Tedavi, n (%)	
NSAİİ	80 (58)
Kortikosteroid	138 (100)
Metotreksat	98 (71)
Siklosporin A	34 (24,6)
IVIG	38 (27,5)
Anti IL-1/IL-6 tedavi	80 (58)
Anakinra	73 (52,9)
Kanakinumab	29 (21)
Tosilizumab	29 (21)
Diğer biyolojik ajanlar	30 (21,7)
Steroid kesilme süresi, ay, ortanca (min-maks)	11 (0,5-194)
1. yılda steroid kesilebilen hasta sayısı, n (%)	86 (62,3)
Biyolojik ajana geçiş süresi, ay, ortanca (min-maks)	3 (1-148)
Hastalık seyri, n (%)	
Monosiklik	48 (34,8)
Polisiklik	33 (23,9)
Persistan	57 (41,3)
Tedavi yanıtları, n (%)	
ACR 30'a ulaşan	134/134 (100)
ACR 50'ye ulaşan	134/134 (100)
ACR 70'e ulaşan	132/134 (98,5)
ACR 90'a ulaşan	121/134 (90,3)
ACR 100'e ulaşan	91/134 (67,9)
Sonlanım, n (%)	
Kısmi remisyon	35 (25,4)
Tam remisyon	99 (71,7)
Ölüm	4 (2,9)

ACR: Amerikan Romatoloji Akademisi, IL: İnterlökin, IVIG: İntravenöz immünooglobulin, MAS: Makrofaj aktivasyon sendromu, NSAİİ: Non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, SS: Standart sapma

Cocuk romatolojisinde biyolojik ilaçlara yaklaşım: Jüvenil idiyopatik artrit tedavisinde ne zaman, niçin ve hangi biyolojik?

Fatma Gül Demirkan, Ayşe Tanatar, Nuray Aktay Ayaz

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

Amaç: Jüvenil idiyopatik artrit (JİA) çocukluk çağı kronik artritinin en sık nedenidir. Tam kür sağlayan kanıtlanmış bir tedavisi olmamakla birlikte biyolojik ilaçların kullanıma girmesi hastaların morbiditelerinde önemli ölçüde azalma sağlamıştır. Ancak çocuk hastalar erişkinlere kıyasla hem hastalık yüküne hem de tedavilerin etkilerine daha uzun süre maruz kalmaktadır. Biz de bu konuda merkezimizde biyolojik tedavi alan hasta grubumuzdaki sonuçları paylaşarak sağlık bakanlığı kullanım onayı almış biyolojik tedavilerin bilimsel faz çalışmaları dışında gerçek yaşamda kullanım endikasyonları, kullanan hastaların uzun dönem izlem sonuçları ve ilaç kesimi konularında katkı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Kliniği'nde JİA tanısıyla izlenen en az 3 ay biyolojik tedavi alan hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük tarandı. JİA alt tipine göre biyolojik ilaç seçim nedeni, hastalık süresiyle biyolojik ilaç başlama zamanı ilişkisi ve bu ilaçların

etkinlikleri hastalık aktivite skorlarındaki değişimler göz önünde bulundurularak değerlendirildi.

Bulgular: JİA tanılı 814 hastanın 237'si (%29,1) biyolojik tedavi almıştı, %51,5'i erkekti. En sık görülen alt tipi persistan oligoartiküler JİA'ydı (%45,1). En az bir kez biyolojik tedavi değişimi ihtiyacı olan 54 (%22,7) olguda en sık (%13,5) etanersept kullanımı sırasında tedavi değişimine gerek görülmüştü. Yeterli etkinlik sağlanamaması değişimin başta gelen nedeniydi. Son vizit sırasında 37 (%15,6) hastada tam remisyona sağlanması nedeniyle biyolojik tedavi kesilmişti. Hastaların biyolojik başlangıcındaki ve son vizitteki hastalık aktivite skorlarında, JİA aktivite skoru (JADAS71) veya jüvenil spondiloartrit hastalık aktivite indeksiyle karşılaştırıldığında anlamlı olarak düzelme tespit edilmişti ($p<0,05$). Ayrıca biyolojik başlandığı zamanki hastalık süresiyle remisyona oranları arasında anlamlı farklılık olmasa da ($p=0,095$) daha küçük yaşta biyolojik tedavi başlanan hastalarda daha sık remisyona ulaşma imkanı olduğu görüldü ($p=0,006$) (Tablo 1 ve 2).

Sonuç: Biyolojik tedaviler son yıllarda çocuk ve erişkin romatolojik hastalıkların tedavisinde oldukça etkili sonuçlar vermektedir. Ancak konvansiyonel tedavilerden biyolojik tedavilere başlama kararı noktasında hastaların periyodik muayenelerinde standardize edilmiş ölçeklerle ayrıntılı değerlendirmeleri yapıp gereksiz ilaç değişikliklerinden, aşırı kullanımdan dolayısıyla maliyet yükü oluşturmaktan kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Jüvenil idiyopatik artrit, biyolojik ilaç, etkinlik

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet (K/E), n (%)	115 (%48,5)/122 (%51,5)
Yaş (ay) (medyan, IQR)	173,2 (128-216)
Semptom başlangıç yaşı (ay) (medyan, IQR)	101,6 (39-143)
Tanı yaşı (ay) (medyan, IQR)	108,9 (52-151)
İzlem süresi (ay) (medyan, IQR)	46,4 (24-76)
Biyolojik başlama yaşı (ay) (medyan, IQR)	130,7 (79-174)
Biyolojik başlandığı sırada hastalık süresi (ay) (medyan, IQR)	21,2 (8-37)
Biyolojik kullanım süresi (ay) (medyan, IQR)	22 (10-40)
Biyolojik başlangıcındaki JADAS 71 (medyan, IQR)	13 (11-19)
Son vizitteki JADAS 71 (medyan, IQR)	0 (0-2)
Biyolojik başlangıcında kullanılan konkomitan tedavi, n (%)	
Metotreksat	146 (%61,6)
Steroid	30 (%12,6)
Salazoprin	19 (%8)
Leflunomid	16 (%6,7)
Kolşisin	10 (%4,2)
Siklosporin	9 (%3,7)

K: Kız, E: Erkek, IQR: Çeyrekler arası aralık, JADAS71: Jüvenile Arthritis Disease Activity Score71

Tablo 2. JİA alt tiplerine göre tedavi seçimleri

JİA ILAR kategorisi (n)	ABT n (%)	ADL n (%)	ANK n (%)	ETA n (%)	İNF n (%)	CNK n (%)	SEK n (%)	TOF n (%)	TCL n (%)
Sistemik (28)	1 (%3,6)	2 (%7,6)	7 (%25)	1 (%3,6)	0	5 (%17,9)	0	0	12 (%42,9)
Oligoartiküler Persistan (107)	0	32 (%29,9)	0	68 (%63,6)	1 (%0,9)	0	0	0	6 (%5,6)
Uzamış (8)	1 (%12,5)	1 (%12,5)	0	4 (%50)	0	0	0	0	2 (%25)
Poliartiküler RF+ (10)	0	4 (%40)	0	5 (%50)	0	0	0	0	1 (%10)
RF- (35)	1 (%2,9)	7 (%20)	0	17 (%48,6)	1 (%2,9)	0	0	0	9 (%25,7)
Psoriatik artrit (12)	0	5 (%41,7)	0	3 (%25)	2 (%16,7)	0	2 (%16,7)	0	0
Entezit ilişkili artrit (35)	0	13 (%37,1)	0	18 (%51,4)	2 (%5,7)	0	0	1 (%2,9)	1 (%2,9)
Undiferansiyel (2)	0	0	0	2 (%100)	0	0	0	0	0
Toplam (237)	3 (%1,2)	64 (%27)	7 (%2,9)	118 (%49,7)	6 (%2,5)	5 (%2)	2 (%0,8)	1 (%0,4)	31 (%13)

ABT: Abatasept, ADL: Adalimumab, ANK: Anakinra, ETA: Etanersept, İNF: İnfliksimab; CNK: Kanakinumab, SEK: Sekükinumab, TOF: Tofatisinib, TCL: Tosilizumab

Jüvenil idiyopatik artrit hastalarında biyolojik ajan deneyimi: Üçüncü basamak, tek merkez, gerçek yaşam verisi

Ayşe Tanatar, Fatma Gül Demirkan, Nuray Aktay Ayaz

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Jüvenil idiyopatik artrit (JİA) hastalarında biyolojik tedavilerin güvenlik profilini araştırmak ve advers olaylarla ilişkili faktörleri tespit etmek.

Yöntem: Ocak 2010 ile Aralık 2021 arasında teşhis edilen 811 JİA hastasından biyolojik ajanlarla tedavi edilen 232 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi verileri ve biyolojik tedaviler sırasında görülen advers olaylar kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %51,3'ü erkekti. Medyan semptom başlangıç yaşı 99,9 (IQR: 104,7) ay ve tanı yaşı 108,9 (IQR: 99,5) aydı. Hastalık süresi medyan 55 (IQR: 54,2) ay ve tanıda gecikme 2,5 (IQR: 7,6) aydı. En sık görülen JİA alt tipi süregen oligoartiküler JİA'ydı (%45,7). Medyan 46,4 (IQR: 51,6) aylık takip süresinde, biyolojik kullanım süresi medyan 486,7 (IQR: 30,2) aydı ve biyolojik tedavi altında 27 (%11,6) hastada 32 advers olay görüldü. Advers olaylar ve kullanılan biyolojik tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir. 8 hastada lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu, 8 hastada fırsatçı enfeksiyon (2 hastada akciğer tüberkülozu, 2 hastada suçiçeği enfeksiyonu, 2 hastada verrü, birer hastada CMV enfeksiyonu ve uyuz), 4 hasta sık üst solunum yolu enfeksiyonu, 3 hasta yaygın hipersensitivite reaksiyonu, 2 hasta pnömoni, 1 hasta COVID-19 enfeksiyonu, 1 hasta parotit, 1 hastada karaciğer yetmezliği, 1 hastada konvülsiyon ve PRES tablosu, 1 hastada preseptal selülit, 1 hastada lökopeni, 1 hastada kompleman düşüklüğü görüldü. Sistemik JİA'lı hastalarda diğer alt tiplere göre %33 ile daha fazla advers olay görüldü ancak istatistiksel anlamlı değildi. Biyolojik başlama yaşı medyan 129,3 (IQR: 95,2) ay ve biyolojik başladığındaki hastalık süresi 21,5 (IQR: 29,8) aydı. Öncesinde kullanılan biyolojik sayısı medyan (min-maks) 0'dı (0-8). Biyolojik başladığında hastalık süresi kısa olanlarda daha fazla advers olay görüldü (p=0,05). Biyolojik başladığındaki hastalık aktivitesi, aldığı ek tedaviler (DMARD, steroid), biyolojik kullanım süresi, biyolojik başlangıç yaşı ve öncesinde kullanılan biyolojik sayısı ile advers olaylar arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Sonuç: Biyolojik ajanlar güvenli gibi görünse de çeşitli advers olaylarla ilişkilendirilebilmektedirler. Kullanımları sırasında aileler advers olaylar hakkında dikkatli bir şekilde bilgilendirilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Advers olay, biyolojik tedavi, jüvenil idiyopatik artrit

Tablo 1. Advers olaylar ve hastaların o sırada kullandığı biyolojik tedaviler

Kullanılan biyolojik	Advers olay
Etanersept	Lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu, pnömoni, preseptal selülit, uyuz, suçiçeği
Anakinra	Lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu, yaygın hipersensitivite sendromu, karaciğer yetmezliği, CMV enfeksiyonu
Adalimumab	Sık üst solunum yolu enfeksiyonu, yaygın hipersensitivite sendromu, COVID-19, akciğer tüberkülozu, suçiçeği, verrü
Tosilizumab	Sık üst solunum yolu enfeksiyonu, pnömoni, lökopeni, kompleman düşüklüğü, lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu, yaygın hipersensitivite sendromu, konvülsiyon ve PRES tablosu, parotit
İnfliksımab	Verrü
Abatasept	Sık üst solunum yolu enfeksiyonu

CMV: Sitomegalovirüs, PRES: Posterior reversible ensefalopati sendromu

PP-157

Pediyatrik romatolojide non-enfeksiyöz üveit: Jüvenil idiyopatik artrit ilişkili üveit deneyimi

Vafa Guliyeva, Özlem Akgün, Onur Cihan, Nuray Aktay Ayaz

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Jüvenil idiyopatik artrit (JİA) çocukluk çağındaki en sık kronik artrit nedenidir. Hastalığın eklem dışı en sık bulgusu JİA ilişkili üveittir. Klasik JİA üveiti sinsi başlangıçlıdır, non-granülomatözdür ve ön üveittir. Göz bulguları %80-90 oranda artritli takip eden ilk 4 yıl içinde gelişir. Erken tanı konup tedavi edilmediğinde kalıcı görme kaybı gibi önemli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada merkezimizdeki JİA hastalarında üveit gelişme sıklığı, süresi ve üveit karakteri ile takip sonuçlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kesitsel yapılan bu çalışmada Aralık 2011-Mart 2022 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Kliniği'nde izlenen 354 JİA tanılı hastanın üveit gelişme zamanı, üveit tipi, laboratuvar bulguları, tedavi seçenekleri ve takip sonuçları tıbbi kayıtlarından geriye dönük değerlendirildi.

Bulgular: JİA tanısı olan 354 hastanın 24'ünde (%6,7) üveit gelişmişti. En sık (15, %62,5) persistan oligoartiküler tipinde üveit tanısı konmuştu. Hastaların %66,6'sında üveit JİA tanısından sonra, %16,6'sında aynı zamanda, %16,6'sında ise JİA tanısı üveitten sonra konmuştu. Üveitlerin %25'i akut, %33,3'ü kronik, %41,6'sı ise persistan karakterdeydi. On yedi (%70,8) hastada göz tutulumu bilateralı. Yedi (%29,1) hastanın üveit tanısı sırasında göz şikayeti yoktu. Şikayeti olan hastalar en sık gözlerde kızarıklık (%33) ve bulanık görme (%25) olarak ifade ediyordu. Üveit nüksü tutulan eklem sayısından bağımsızdı (p>0,05) (Tablo 1). Laboratuvar bulgularında hastaların 14'ünde (%58,3) anti nükleer antikor pozitifliği (9'u oligoartikülerdi). Üveit atağı sırasında bakılan C-reaktif protein 9 (%37,5) hastada, sedimentasyon ise 13 (%54,1) hastada yüksek bulunmuştu. Hastaların 6'sı (%25) sistemik steroid, 22'si (%91,6) metotreksat, 19'u (%79,1) anti TNF tedavisi aldı. Bir hastaya cerrahi girişim yapıldı.

Sonuç: Erişkinlerde en sık spondiloartropatilere sekonder üveit görüldüğü de çocukluk çağında oligoartiküler JİA üveit açısından daha riskli grubu oluşturmaktadır. Risk altındaki hastalarda JİA ile ilişkili üveit taramasının yapılması esastır. Erken teşhis ve tedavinin amacı, göz içi enflamasyonu en aza indirmek, böylelikle görme kaybına neden olan komplikasyonları önlemektir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyopatik artrit, üveit, risk

Özellik	Değer
Cinsiyet (Kız/erkek), n (%)	15 (%62,5)/9 (%37,5)
Yaş, ortalama ± SS (ay)	138,5±46,2
Semptom yaşı, ortalama ± SS (ay)	76,1±57,5
Tanı yaşı, medyan, IQR (ay)	74 (IQR: 74)
JİA tanısını takiben üveit gelişimi süresi, süre, medyan (ay)	15,1±2,5
Üveit tanısını takiben JİA gelişimi süresi, medyan (ay)	3,5±1,5
JİA alt tipi	
Persistan oligoartiküler, n (%)	15 (%62,5)
Extended oligoartiküler, n (%)	1 (%4,1)
RF negatif poliaritiküler, n (%)	6 (%25)
Entezit ilişkili, n (%)	1 (%4,1)
Üveit atak sayısı, n (%)	
0	1 (%4,1)
1	9 (%37,5)
2	5 (%20,8)
3	5 (%20,8)
4	3 (%12,5)
5	1 (%4,1)

PP-158

ANCA ilişkili vaskülitlerde akciğer tutulum türleri: Tek merkez deneyimi

Hale Gülçin Yıldırım Doğan, Ozan Cemal İçaçan, Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Selda Çelik, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Granülomatöz polianjiit (GPA), mikroskopik polianjiit (MPA) ve eozinofilik granülomatöz polianjiit (EGPA) ANCA ile ilişkili vaskülit (AAV) grubunda yer alan hastalıklar olup bu hastalıklarda pulmoner tutulum sık görülür. Bu çalışmamızda AAV tanılı hastalarda, akciğer tutulum sıklığı ve akciğer tutulum tipi toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemeleri eşliğinde değerlendirilmiş ve pulmoner tutulumla eşlik eden diğer sistemik bulgular gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 18 yaşın üzerinde olup AAV tanısı almış olan %42,9'u (n=27) kadın ve %57,1'i (n=36) erkek toplam 63 hasta dahil edilmiş olup hastaların %65,1'i (n=47) GPA, %27'si (n=17) MPA ve %7,94'ü (n=5) EGPA tanılıydı. Tanı anındaki ortalama yaş 53,8±14,1. Hastaların tanı anındaki sistemik tutulumları, pulmoner hastalık ile ilgili semptomları, toraks BT bulguları eşliğinde değerlendirildi.

Bulgular: Altmış üç hastanın 50'sinde (%79,4) başvuruları sırasında pulmoner semptomları vardı. Altmış iki hastaya toraks BT görüntüleme yapılmıştı. En sık izlenen akciğer toraks BT bulgusu 62 hastanın 51'inde (%82,3) izlenen nodüler opasiteydi.

Hastalar akciğer tutulum şekilleri açısından incelendiğinde, GPA tanılı olanlarda konsolidasyon, kaviter nodül, bronşektazi, peribronşiyal stenoz, amfizem ve skar şeklinde tutulumun, MPA tanılı olanlarda bal peteği, atelektazi, interstisyel pnömoni, pulmoner venöz konjesyon ve plevral efüzyon şeklinde ve EGPA tanılı hastalarda buzlu cam görünümü, retikülasyon, nodüler opasite, santral hava yolu hastalığı, peribronkovasküler nodül, pulmoner hemoraji, perikardiyal efüzyon ve lenfadenomegali (>10 mm) şeklinde tutulumun sıklığının diğerlerine kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Akciğer tutulumu olanlarda renal tutulum sıklığı artmış görülmele birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Plevral efüzyon, perikardiyal efüzyon ve pulmoner venöz konjesyon şeklinde akciğer tutulum bulguları izlenen hastalarda ağır renal tutulum sıklığı istatistiksel olarak anlamlı artmış bulunmuştur (sırasıyla; p=0,006, p=0,014, p=0,009).

Sonuç: Çalışmamızda AAV tanılı hastaların toraks BT görüntülemelerinde en sık izlenen bulgu nodüler opasite olarak saptanmıştır. İnterstisyel akciğer hastalığı, pulmoner hemoraji ve ağır akciğer tutulumu MPO-ANCA pozitif hastalarda anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: ANCA, akciğer tutulumu, toraks bilgisayarlı tomografi

Tablo 1. Hastaların toraks BT görüntülemesi ile saptanan akciğer tutulum şekilleri ve sıklıkları

Akciğer tutulum şekli	Etkilenen hasta sayısı, n (%)	Değerlendirilen hasta sayısı, n
Konsolidasyon	30 (%48,4)	62
Buzlu cam	38 (%61,3)	
-Periferik	- 9 (%14,5)	62
-Santral	- 13 (%21,0)	
-Diffüz	- 16 (%25,8)	
Retikülasyon	11 (%17,7)	62
Bal peteği	13 (%20,96)	62
Atelektazi	27 (%43,5)	62
Nodüler opasite	51 (%82,3)	
-Unilateral	- 9 (%14,5)	62
-Bilateral	- 42 (%67,7)	
Kaviter nodül	17 (%27,4)	62
Bronşektazi	14 (%22,6)	
-Kistik	- 10 (%16,1)	62
-Silindirik	- 2 (%3,23)	
-Silindirik ve kistik	- 2 (%3,23)	
Peribronşiyal stenoz	5 (%8,06)	62
Santral hava yolu hastalığı	5 (%8,06)	62
Amfizem	22 (%35,5)	
>Amfizem tipi		
-Paraseptal	- 5 (%9,68)	
-Sentrilobular	- 11 (%17,7)	
-Paraseptal ve sentrilobular	- 5 (%8,06)	62
-Amfizem grade		
-Grade 1 (<%5-25)	- 10 (%16,1)	
-Grade 2 (%26-50)	- 4 (%6,45)	
-Grade 3 (%51-75)	- 4 (%6,45)	
-Grade 4 (>%75)	- 4 (%6,45)	
İnterstisyel pnömoni	23 (%37,1)	62
Pulmoner hemoraji	6 (%9,68)	62
Skar	35 (%56,5)	62
Peribronkovasküler nodül	42 (%67,7)	62
Pulmoner venöz konjesyon	9 (%14,5)	62
Plevral efüzyon	20 (%32,3)	
-Unilateral	- 4 (%6,46)	62
-Bilateral	- 16 (%25,8)	
Perikardiyal efüzyon	8 (%12,9)	62
Lenfadenomegali (>10 mm)	21 (%33,9)	62

Jüvenil Behçet hastalığı tanısı ile takipli çocuklarda tırnak yatağı kapilleroskopi incelemesi

Figen Çakmak¹, Şeyda Doğanant², Rana İşgüder³, Müşerref Kasap Cüceoğlu⁴, Şengül Çağlayan⁵, Hafize Emine Sönmez⁶, Özlem Akgün¹, Betül Sözeri⁵, Ayşenur Paç Kısaarslan², Erbil Ünsal³, Seza Özen⁴, Nuray Aktay Ayaz¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri*

³*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

⁴*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

⁵*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Birimi, İstanbul*

⁶*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

Amaç: Behçet hastalığı tekrarlayan oral aftlar ve genital ülserlere eşlik eden göz, eklem, deri, gastrointestinal ve santral sinir sistemi tutulumu ile karakterize kronik enflamatuvar hastalıktır. Hastalık hem arteryel hem venöz sistemi etkileyebilmektedir. Tırnak yatağı videokapilleroskopi (NVC) incelemesi mikrosirkülasyonun değerlendirilmesinde kullanılmakta olan, kolay ve non-invaziv bir yöntemdir. Bu çalışma ile BH tanısı ile takipli çocuk hastalarda kapilleroskopik değişiklikleri incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya jüvenill BH tanısı ile en az altı aydır takipli 5-21 yaş arası hastalar dahil edildi. NVC incelemesi her iki elde başparmaklar hariç 8 parmağa uygulandı ve her parmaktan 4 görüntü elde edildi. Görüntülerden kapiller dansite, kapiller morfoloji ve meandering kapiller, mikrohemoraji, avasküler alan, neoanjiyogenez, kapiller ramifikasyon varlığı değerlendirildi. Kapilleroskopik bozuklukların herbiri için 1-3 arası skorlama yapıldı

Bulgular: Çalışmaya 37 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 17 idi. Hastaların %54,1'i (n=20) kız idi. İlk semptom 26 (%75,6) hastada oral aft idi. On dokuz hastada mukokutanöz tutulum, 9 hastada üveit, 8 hastada vasküler ve nörolojik tutulum, 4 hastada ise gastrointestinal sistem tutulumu mevcuttu. Göz tutulumu olan hastaların beşinde anterior üveit, üçünde posterior üveit, birinde panüveit, üçünde ise retinal vaskülit saptandı. Dört hastada alt ekstremite venöz trombozu, üç hastada santral sinir sistemi (SSS) trombozu, bir hastada hem alt ekstremite hem SSS trombozu mevcuttu. Kapiller morfoloji değerlendirildiğinde; 16 hastada normal, 13 hastada minör anormallik, 8 hastada majör anormallik saptandı. Medyan kapiller dansite 8, kapiller uzunluk 325 µm, arterial genişlik 12 µm, venöz genişlik 16 µm, apikal lup genişliği 18 µm, kapiller genişlik 39 µm ve interkapiller mesafe 107 µm idi. On üç hastada neoangiogenez, 12 hastada dilate kapiller, 9 hastada kapiller meandering, 5 hastada dallı kapiller, 4 hastada bizzar kapiller ve 3 hastada mikrohemoraji görüldü. Tanı sırasında hemoglobin değeri daha düşük olan hastaların NVC

değerlendirmesinde neoangiogenez anlamlı olarak daha fazla saptandı (p=0,014).

Sonuç: Mikrovasküler tutulum yapabilen BH'nda NVC non-invaziv bir inceleme yöntemi olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, nailfold videokapilleroskopi, vaskülit

PP-160

Pediyatrik Takayasu arteritlerinde biyolojik tedavi deneyimi

Ramazan Emre Yiğit, Betül Sözeri, Şengül Çağlayan, Taner Coşkun, Kadir Ulu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti aorta ana dallarına etkileyen bir büyük damar vaskülitidir. Sistemik-lokal organ iskemisi nedeniyle heterojen-ağır özellik gösterir. Hastalık alevlenmelerle gider, kalıcı hasar bırakabilir. Tedavi yönlendirilmesi amacıyla yapılmış olan çalışmalarda TNF-alfa/İL-6'nın varlığı gösterilmiş, bunlara karşı geliştirilen ajanların hastalık kontrolünü sağladığı bildirilmiştir. Pediyatrik-TA için belirlenmiş tedavi önerisi yoktur. Uygulanan tedaviler erişkin-TA hastalarından ekstrapolasyon yoluyla rutine girmiştir. Pediyatrik Takayasu hastalarında anti-sitokin tedaviler ile hastalığın kısmı yanıt gösterdiği gösterilmiştir.

Yöntem: Çocuk romatoloji kliniğinde 2016 yılından itibaren TA tanısıyla izlenen hastalarda biyolojik tedavisi gereksinimin sıklığının, biyolojik kullanan hastalarının genel özelliklerinin ve tedavilerin güvenlik profillerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Kliniğimizde izlenen 10 TA tanısı almış çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların 4'ü erkek 6'sı kızdı. Ortanca hastalık başlangıç yaşı 9 yıldır (min: 7 ay-maks: 18,5 yıl). Medyan hastalık süreleri 4 yıldır (min: 6 ay-maks: 15 yıl). Çalışmaya alınan bir hasta hipertansif ensefalopati ile başvurdu. Bir hasta FMF nedeniyle takip edilirken hastalık saptandı. Hastaların bir tanesinde tanı anında ventrikül hipertrofisi bulunmaktaydı. Bir hastada vertebral arter tutulumu tanı anında görüldü. İki hasta infant dönemde tanı aldı. Bu hastalardan biri piyoderma gangrenozum ile izlenmekteydi. Bir hasta flask paralizi ve MCA infarktı ile kliniğimize başvurmuştu. Hastaların izlemlerinde %30 hasta (n=3) konvansiyonel DMARD'larla izlendi. %70 hastada (n=7) biyolojik tedaviye geçildi. Yedi hastanın tedavisinin tamamında tosiluzumab ile biyolojik tedavi başladı. Hastaların izleminde 2 hastanın tedavisinde infliksimab ile switch yapıldı. Ortanca biyolojik kullanma süresi 2 yıldır. İki hastanın switch yapılma nedeni, AFR'lerde gerileme olmamasıydı. Bu hastalarda İNF tedavi altında hastalık alevlenmesi görülmedi. Biyolojik tedavi öncesi hastaların %50'sinde (n=4) ateş, %50'sinde (n=4) hipertansiyon. %75'inde (n=6) miyalj-halsizlik-zayıflama vardı. %75 (n=6) hastada bu bulgular biyolojik tedavinin ilk 2 ayında geriledi. Biyolojik öncesi hastaların ortanca CRP değeri 41 mg/L sedim değeri 52 mm/saat idi. Biyolojik alan hastaların 1 ay sonrası bakılan ortanca CRP değeri 2 mg/L sedim değeri 10

mm/saat görüldü. Hastaların izleminde MR-anjiyo bulgularında gerileme saptanmadı. Hastaların biyolojik izlemlerinde problem yaşanmadı. Alerjik bulgular görülmedi. Hastaların hiçbirinde orta-ağır enfeksiyonlar yaşanmadı. Biyolojik kullanan TA hastalarının tedaviye cevapları ve sedim-CRP düşüşleri arasında yaş-cinsiyet açısından farklılık saptanmadı. MR ile hastalık gruplandırıldığında %40 (n=4) hasta tip 1, %20 (n=2) hasta tip 2, %10 (n=1) hasta tip 3, %20 (n=2) hasta tip 4, %10 (n=1) hasta tip 5 olarak sınıflandırıldı. Gruplar arasında tedavi yanıtında fark saptanmadı. Biyolojik tedaviler İL-6 veya TNF-inhibitörleri, immünoşüpresif tedavilere dirençli hastalarda güvenle kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik romatoloji, Takayasu arteriti, vaskülit

PP-162

Hiperferritinemi nedenlerinin değerlendirilmesi: COVID-19 pandemisiyle ne değişti?

Özlem Kılıç, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Ezgi Çimen Güneş, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Hiperferritinemi enflamasyon, enfeksiyon veya malignite gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Çalışmamızda, serum ferritin düzeyi $\geq 1,000$ $\mu\text{g/L}$ olan hastaların Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pandemisi öncesinde ve sonrasında kliniklerine ve tanılarına göre dağılımını araştırmayı ve karşılaştırmayı amaçlamaktayız.

Yöntem: Serum ferritin düzeyleri $\geq 1,000$ $\mu\text{g/L}$ olan 18 yaş üstü ve 85 yaş altı tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tanıları ve takip oldukları servisler tıbbi

kayıtlardan elde edilerek retrospektif olarak kaydedildi. Birden fazla ferritin ölçümü yapılan hastalarda en yüksek değer alındı. Hastaların kliniklerine ve tanılarına göre dağılımları, COVID-19 pandemisi öncesindeki 18 ay ve sonrasında 18 ayı kapsayacak şekilde belirlendi.

Bulgular: Çalışmamıza toplamda 2,022 hasta dahil edildi. COVID-19 pandemisi öncesindeki 554 hastanın ve COVID-19 pandemisi sonrasında 1,468 hastanın ferritin düzeyi 1000 $\mu\text{g/L}$ ve üzerindedir. Pandemi öncesinde hastaların yaş ortancası 57 (39-69), pandemi sonrasında ise hastaların yaş ortancası 63 (52-72) idi. Pandemi öncesine göre pandemi sonrasında hiperferritineminin nedenleri erkek hastalarda anlamlı şekilde artmıştı ($p < 0,001$). Pandemi öncesinde en sık hiperferritinemi nedeni olarak hematolojik maligniteler yer alırken pandemi sonrasında en sık olarak COVID-19 enfeksiyonu yer almaktaydı (Tablo 1). Takip oldukları servislere göre dağılımına bakıldığında ise pandemi öncesinde hematoloji bölümü, pandemi sonrasında ise COVID-19 klinikleri hiperferritineminin en sık saptandığı bölümlerdi.

Sonuç: Serum ferritin değerleri sıklıkla enfeksiyöz, enflamatuvar ve malign durumlarda bir akut faz reaktanı olarak yükselebilmektedir. Özellikle $\geq 1,000$ $\mu\text{g/L}$ üzerinde ki değerler hastanın klinik durumuna göre klinisyenleri daha spesifik tanılara yönlendirebilmektedir. COVID-19 pandemisi ile birlikte enfeksiyonun hiperenflamatuvar sendroma yol açabilmesi sebebi ile özellikle klinik durumunu destekleyici laboratuvar testi olarak sıklıkla serum ferritin ölçümü istenmiş ve yüksek saptanmıştır. Bu sebeple aşırı yüksek ferritin değerleri tespit edildiğinde birçok önemli klinik durumları akılda tutmak gerekse de ilk olarak hastanın klinik durumu ile uyumlu olabilecek en yaygın tabloları düşünmemiz gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, hiperferritinemi, pandemi

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Hiperferritinemi Nedenleri

	Toplam (n=2022)	Pandemi Öncesi (n=554)	Pandemi Sonrası (n=1468)	p
Yaş*	62 (49-71)	57 (39-69)	63 (52-72)	<0,001 ¹
Cinsiyet**				
Erkek	1387 (68,6)	334 (60,3)	1053 (71,7)	<0,001 ²
Kadın	635 (31,4)	220 (39,7)	415 (28,3)	
Tanı grupları**				
COVID-19 enfeksiyonu	959 (47,4)	0 (0)	959 (65,3)	<0,001 ²
COVID-19 dışı enfeksiyon	228 (11,3)	95 (17,1)	133 (9,1)	<0,001 ²
Hematolojik malignite	241 (11,9)	164 (29,6)	77 (5,2)	<0,001 ²
Aşırı demir yüklenmesi	89 (4,4)	52 (9,4)	37 (2,5)	<0,001 ²
Hepatosellüler hasar	100 (4,9)	37 (6,7)	63 (4,3)	0,027 ²
Renal yetmezlik	142 (7,0)	72 (13,0)	70 (4,8)	<0,001 ²
Solid organ malignitesi	226 (11,2)	111 (20,0)	115 (7,8)	<0,001 ²
Romatolojik hastalık	37 (1,8)	23 (4,2)	14 (1,0)	<0,001 ²
Ferritin**				
1000-1500	903 (44,7)	262 (47,3)	641 (43,7)	0,143 ²
≥ 1500	1119 (55,3)	292 (52,7)	827 (56,3)	

*Medyan (%25-%75), ** n (%), ¹Mann-Whitney U test, ²Pearson ki-kare testi

Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi

Burcuğül Karşıyakalı Gündü, Ezgi Mutluay Yayla

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Aralık 2019 tarihinde ilk kez Çin'in Wuhan kentinde görülen koronavirüs (COVID-19) hastalığı henüz etkeni bilinmeyen bulaşıcı bir solunum yolu hastalığı idi. Tüm dünyayı kısa sürede etkisi altına alan hastalık ile hızla olgular artmakta iken sağlık sistemimizde hemşireler, primer görevleri olan, bakım ile ön plana çıkmışlardır. Ancak mesleğin getirdiği yükler üzerine bir de pandemi dönemi ekleneince hemşireler kilit rollerini yerine getirmekte gün geçtikçe zorlaşan onları tükenmişliğe iten bir girdap içine girmişlerdir. Birey olarak bu süreçte hemşireler çoğu sosyal ve hatta fizyolojik gereksinimlerinden taviz gererek bu zor şartlarda görevlerini tam bir şekilde gerçekleştirmek için çabalamışlardır. Zor şartlar tükenmişliğe, tükenmişlik ise tıbbi hataya yol açan en önemli kavramlardandır. Hemşirelik mesleğinin etik ilkelerinden birincil sırada yer alan "Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi" ile hasta güvenliğinin her koşulda sağlanması gerekmektedir.

Tükenmişlik düzeyleri ve tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi ile tükenmişliğe götüren faktörlerin kontrol altına alınması ya da ortadan kaldırılması önemlidir. Bu araştırma, koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Şubat 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında Ankara ilinde bir üniversitesi hastanesinde koronavirüs hastalarına bakım veren 235 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmada Google Form üzerinden online anket yöntemi ile "Kişisel Bilgi Formu", "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", "Hemşirelikte Tıbbi hataya Eğilim Ölçeği" kullanılarak uygulama yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin MTÖ toplam puan ortalaması 36,06±12,81, ölçeğin alt boyutlarından olan "duygusal tükenme" alt boyut puan ortalaması 20,34±7,52; "duyarsızlaşma" için 5,94±4,23 ve "düşük kişisel başarı duygusu" için 9,77±5,04 olarak hesaplanmıştır. HTHEÖ puan ortalaması ise 227,86±15,74, alt boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları için 84,49±5,26; Düşme için 23,14±2,24; hastane enfeksiyonları için 56,10±4,62; hasta izlemi ve malzeme güvenliği için 40,52±4,12 ve iletişim için 23,61±1,96 olarak hesaplanmıştır. MTÖ ve HTHEÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır (p<0,05: r=-0,303).

Anahtar Kelimeler: Hemşire, koronavirüs, tıbbi hata, tükenmişlik

Tablo 1. Hemşirelikte Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

	MTÖ Toplam Puan	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı	HTHEÖ Toplam Puan	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Düşme	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	İletişim
Duygusal Tükenme	.859**	1								
Duyarsızlaşma	.749**	.526**	1							
Düşük Kişisel Başarı	.632**	.250**	.280**	1						
HTHEÖ Toplam Puan	-.303**	-0.097	-.275**	-.395**	1					
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	-.223**	-0.054	-.196**	-.322**	.921**	1				
Düşme	-.333**	-.147*	-.313**	-.365**	.776**	.672**	1			
Hastane Enfeksiyonları	-.254**	-0.074	-.249**	-.325**	.923**	.813**	.654**	1		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	-.329**	-.147*	-.252**	-.406**	.861**	.693**	.565**	.759**	1	
İletişim	-.167*	0.016	-.211**	-.271**	.688**	.576**	.559**	.528**	.521**	1

*p<0.05**p<0.01

Behçet hastalarında vasküler tutulumda erektil disfonksiyon

Büyüamin Polat¹, Abdulsamet Erden², Selman Ünal³, Berkan Armağan¹, Serdar Can Güven¹, Emrah Okulu⁴, Ahmet Omma¹, Orhan Küçükşahin², Önder Kayıgılı⁴

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

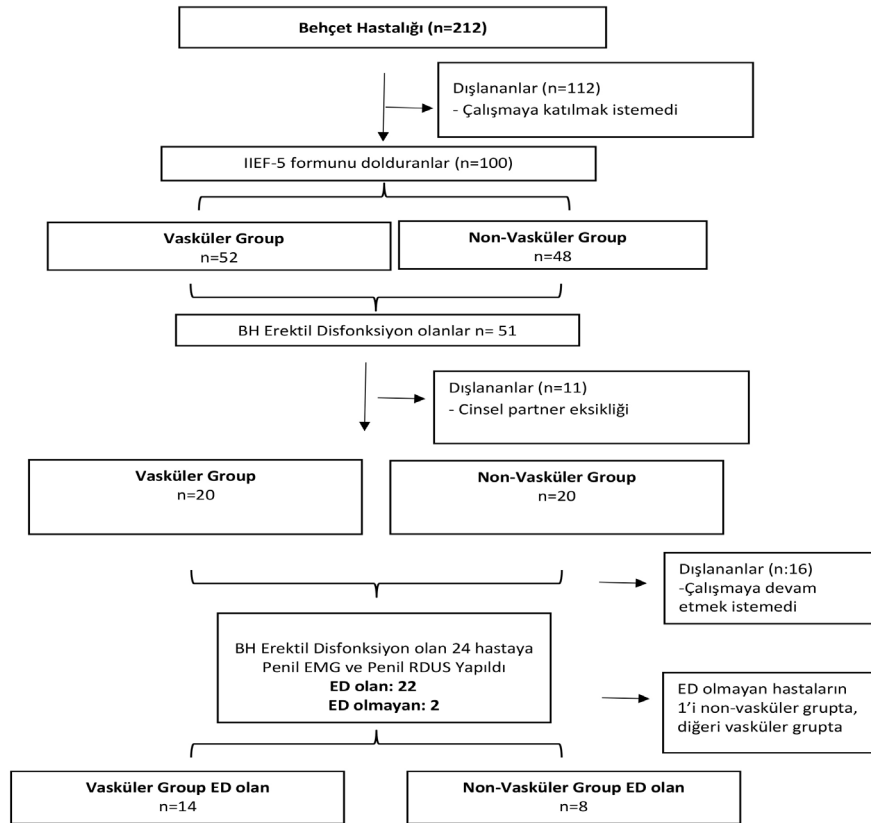
Amaç: Behçet hastalığı (BH) seyrinde vasküler, nörolojik, gastrointestinal, artiküler ve ürogenital tutulum görülebilir. BH erkek hastalarda epididimit, uretrit ve dorsal penil ven trombozu yaparak ürogenital sistemi tutabilir. Romatolojik hastalarda seksüel problem prevalansının normal popülasyona göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Literatürde BH ve depresyonu olan hastalarda erektil disfonksiyon (ED) insidansının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda erkek hastalarda vasküler tutulumun ED üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde takipli çalışmaya katılmayı kabul eden 100 erkek BH'na International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) ve Beck Depresyon Anketi (BDA) yapıldı. IIEF-5 skoru ≤ 21 olan hastalar ED kabul edildi. IIEF-5'e göre ED olan hastalara invaziv girişim (penil Doppler USG ve penil EMG) yapıldı (Şekil 1).

Bulgular: Çalışmamıza 52'si vasküler 48'i non-vasküler olmak üzere 100 hasta katıldı. İki grup arasında; yaş, oral aft, papülopüstüler lezyon, eritema nodozum, artrit, üveit, paterji pozitifliği ve HLA-B51 pozitifliği açısından anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1). Non vasküler grupta artralji ve genital ülser daha sık görüldü. Çalışmada 51 (51%) hastada IIEF-5'e göre ED saptandı. Vasküler ve non-vasküler IIEF-5'e göre ED varlığı açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ED olan 51 hastanın 24 tanesi invaziv girişimi kabul etti. Bu 24 hastanın 22'sinde arteriyel-venöz yetmezlik veya nörolojik nedenlere bağlı ED tespit edildi. Behçet hastaları kendi içinde değerlendirildiğinde vasküler grupta arteriyel yetmezlik (Penil RDUS'da peak sistolik velositesi) non-vasküler gruba göre daha fazla saptandı. İki grup arasında nörojenik (EMG'de relaksasyon derecesi ve amplitüd) ve venöz ED (end diastolik velosite) açısından anlamlı farklılık yoktu.

Sonuç: BH arteriyel, venöz ve nörolojik sistemi etkileyebileceğinden hem vasküler hem de nörojenik ED'ye neden olabilir. Çalışmamızda vasküler grupta arteriyel ED anlamlı olarak fazlaydı. BH yönetiminde tüm sistem tutulumları değerlendirilip tedavi edilir iken, hastalar seksüel disfonksiyon açısından sıklıkla taranmamaktadır. Seksüel disfonksiyonun hayat kalitesi üzerine negatif etkisi bilinmektedir. BH hastalarının yönetiminde erektil disfonksiyonun akılda tutulması hastaların yaşam kalitesini artırmak adına faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, erektil disfonksiyon, depresyon, vasküler tutulum



Şekil 1. Çalışma diyagramı

Tablo 1. Hastaların başlangıçtaki demografik ve klinik özellikleri

	Vasküler (n=52)	Non-vasküler (n=48)	Total (n=100)	p
Yaş, yıl, ortalama (SS)	41,4 (10,2)	40,1 (11,5)	40,8 (10,8)	0,541
BH özellikleri, n (%)				
Oral aft	42 (80,8)	40 (83,3)	82	0,739
Genital ülser	24 (46,2)	33 (68,8)	57	0,023*
Papülo-püstüler lezyon	32 (61,5)	34 (70,8)	66	0,327
Eritema nodozum	15 (28,8)	22 (45,8)	37	0,079
Artrit	13 (25)	17 (35,4)	30	0,256
Üveit	26 (50)	25 (52,1)	51	0,835
Paterji	24 (46,2)	21 (43,8)	45	0,809
Tromboz	50 (96,2)	0	50	0,000*
HLA-B51	8 (15,4)	10 (20,8)	18	0,479
Artralji	25 (48,1)	36 (75)	61	0,006*
Behçet hastalığı aktif tedavileri, n (%)				
Glukokortikoid	16 (30,8)	12 (25)	28	0,521
Siklofosamid	5 (9,6)	1 (2,1)	6	0,207
ASA	20 (38,5)	9 (18,8)	29	0,030*
Varfarin	8 (15,4)	0	8	0,005*
Azatiopürin	26 (50)	9 (18,8)	35	0,001*
Siklosporin	0	2 (4,2)	2	0,228
TNF-a inhibitörü	7 (13,5)	3 (6,3)	10	0,322
IIEF-5 <21, n (%)	26 (50)	25 (52,1)	51	0,835
IIEF-5, ortanca (IQR)	21 (13)	21 (9)	21 (12)	0,537
Penil EMG veya RDUS sonuçları				
	Vasküler (n=15)	Non-vasküler (n=9)	Total (n=24)	p
Peak sistolik, n (%)	12 (80)	2 (22,2)	14 (58,3)	0,010*
End diastolik, n (%)	10 (66,7)	6 (66,7)	16 (66,7)	0,675
Rezistif indeks, ortalama (SS)	0,82 (0,141)	0,88 (0,06)	0,842 (0,121)	0,176
Pre-VAD amplitüd, ortalama (SS)	356 (176,4)	375,5 (101,3)	363,3 (150,4)	0,765
Pre-VAD frekans, ortalama (SS)	5,5 (1,6)	6,7 (1,6)	6 (1,7)	0,091
Post-VAD amplitüd, ortalama (SS)	212,6 (103,7)	160 (84,8)	192,9 (98,6)	0,213
Post-VAD frekans, ortanca (IQR)	5 (2)	6 (1,5)	5 (1,7)	0,079
Relaksasyon derecesi, n (%)	8 (53,3)	4 (44,4)	12 (50)	0,673
Eretil disfonksiyon tipi, n (%)				
Arteriyel ED	12 (80)	2 (22,2)	14 (58,3)	0,010*
Venöz ED	10 (66,7)	7 (77,8)	17 (70,8)	0,669
Nöronal ED	8 (53,3)	4 (44,4)	12 (50)	1

TNF-a: Tümör nekrozis faktör-alfa, EMG: Elektromiyografi, RDUS: Renkli Dopler ultrason, IIEF-5: International Index of erectile function-5, ED: Eretil disfonksiyon, N: Number, BH: Behçet hastalığı, VAD: Vazoaktif drug, IQR: Interquartile range, ASA: Asetilsalisilik asit, * p<0,05

Oküler ve periferik kan immün fenotiplerinin değerlendirilmesi ile Behçet sendromunda CD16+ monositlerinin efektör bölgelere tercihli göçünü düşündürmektedir

Yeşim Özgüler¹, Ziyun Lin², Gülen Hatemi¹, Ann Cavers³, Johannes Nowatzky³

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

²NYU Grossman School of Medicine, Department of Medicine, Division of Rheumatology, NYU Langone Behçet's Disease Program, NYU Ocular Rheumatology Program, New York, USA

³NYU Langone Applied Informatics Laboratories, New York, USA

Amaç: Behçet sendromunda (BS) hücrel immünite henüz tam olarak anlaşılammıştır. BS'de daha önce yapılan çalışmalarda doğuştan ve adaptif immün hücre tipine işaret eden ipuçları sağlanmış, ancak immünojenetik olmayan çalışmalardan gelen güçlü sinyaller nadirdir ve çoğu zaman yetersizdir. Burada, yarı yanlı ve hedefe yönelik yaklaşımlar ile BS ile sağlıklı kontrolleri yüksek oranda ayıran bağışıklık hücrelerini tanımlamayı ve bunların BS'nin efektör bölgesinde önemini belirlemeyi amaçladık.

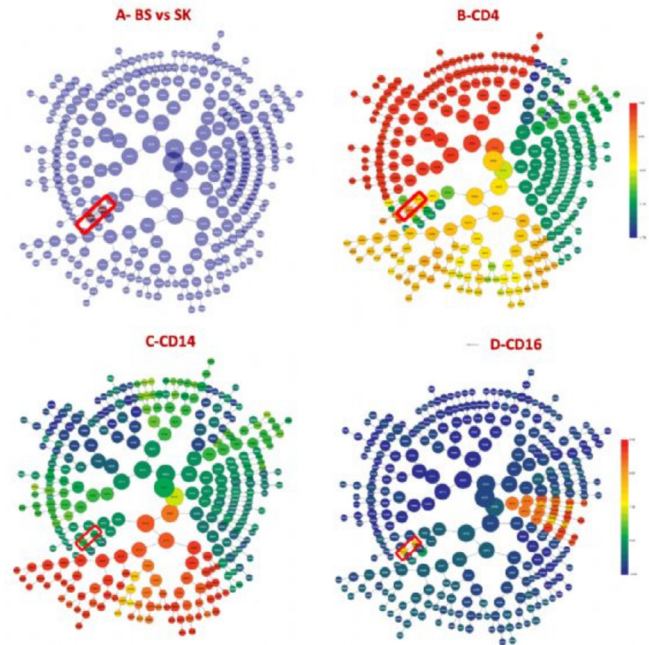
Yöntem: Ağırlıklı olarak aktif oküler ve vasküler BS deneklerinden oluşan tedavi-naif BS hastalarının (n=27) ve sağlıklı kontrollerin (n=22) periferik kan mononükleer hücre fenotiplerini incelemek için multi-parametrik akış sitometrisini kullandık. Veriler, denetimli makine öğrenmesine (CITRUS) tabi tutuldu ve sonuçlar hedeflenen kapı alma ile doğrulandı. Ayrıca tek hücre RNA sekanslama (scRNA-seq) ile BS üveit deneklerinden ön kamarada hücrelerini ve otolog PKMH'yi de analiz ettik.

Bulgular: CITRUS analizinde BS/sağlıklı kontrol ayırıcı hücrel ekspresyon paterni olarak CD16+, CD14^{low}, CD4^{low}, CD3⁻, CD19⁻ hücreleri tanımlandı (Şekil 1). Periferik kan mononükleer hücre hedefli kapı alma analizinde "klasik olmayan" (CD14^{low}CD16^{hi}) ve "orta" (CD14⁺CD16⁺) monositlerin BS'de sağlıklı kontrollere göre daha düşük frekansta görüldüğü yüksek etki büyüklüğü ile anlamlı olarak farklı saptandı (p<0,0001). "Klasik" (CD14⁺⁺CD16⁻) monositler, BS'de sağlıklı kontrollere göre daha fazla idi, ancak etki büyüklüğü daha düşüktü (p=0,22). CD16+ dendritik hücreler de BS hastalarının periferik kan mononükleer

hücrelerinde önemli ölçüde düşüktü. scRNAseq analizinde CD14+ hücreler, BS üveiti sırasında ön kamarada artmıştı ve bu hücrelerin otolog periferik kandaki CD14+ hücrelerinden çok daha sık olarak CD16'yı birlikte eksprese ettiği saptandı.

Sonuç: Tedavi-naif aktif BS'nin periferik kan mononükleer hücrelerinde CD16+ monosit ve dendritik hücre alt kümelerinin sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha düşük sıklıkta olması, BS'deki önemlerine güçlü bir şekilde işaret etmektedir. Üveit sırasında ön kamarada CD16 ile birlikte eksprese olan CD14+ hücrelerin, otolog periferik kandakinden daha fazla olması, bunların rasgele bir süreçten ziyade BS üveiti sırasında göze geçişlerini veya daha az olasılıkla göz içinde birbirlerine dönüşümlerini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, CD16+ monosit, dendritik hücre, makine öğrenmesi, tek hücre RNA sekanslaması



Şekil 1. Behçet sendromlu hastaların ve sağlıklı kontrollerin CITRUS analizi Behçet sendromu (n=27) ve sağlıklı kontrollerin (n=22) periferik kan mononükleer hücrelerinde genel immünofenotipleme paneli kullanılarak elde edilen sonuçlar makine öğrenmesi CITRUS analizi değerlendirildi ve iki grup arasındaki hücrel farklar saptandı